

Transcrito por Rafael de Souza Alberto

Arquivo: OS 149-72 GT PARA DISCUSSÃO DA LEI 13003 - PARTE DA MANHÃ

P/Marta – Oi, vamos sentar gente, para a gente começar? Vamos gente. Oi gente, bom dia... Ainda tem gente chegando, mas a gente precisa começar porque se não a gente não termina. É muito bom ter vocês aqui, eu conversei com algumas pessoas e eu vi que está todo mundo no espírito de integração e paz, isso vai ajudar muito o andamento do dia de hoje. Estamos... Sabe aquela coisa todos juntos no mesmo ritmo, aquela propaganda. A gente vai passar aqui aquelas regrinhas da câmara técnica para a gente começar, mas antes o doutor Abraão também veio aqui nesse espírito de paz e união, e queria dar uma palavrinha com vocês, antes da gente começar também.

P/Abraão – Eu vim não, eu fui intimado a vir. Então bom dia a todos. A gente sabe ai da importância desse momento, e na realidade eu estou representando os demais diretores que o espírito que a gente tem desenvolvido hoje é sempre aquele de que somos cinco diretores e uma agência só, e que devemos, principalmente nesse momento que é um ponto que a gente sabe que é conflitante, estarmos juntos. Não só o setor, a diretoria, apoiando a Marta para que a gente possa exercitar ai os melhores trâmites de oportunidade de consenso e a busca do equilíbrio e da sustentabilidade do setor como um todo. Então a gente vai ficar um pouquinho aqui de manhã, porque a gente tem outras atividades lá na agência, mas estamos ___ ai conversando para que a gente caminhe de forma a construir o melhor dentro desse projeto ai que é fundamental para o setor. Que todos tenhamos ai um bom dia, um dia profícuo e com tranquilidade possamos chegar ao que necessitamos. Bom dia.

P/Marta – Bom gente, hoje vai ser um dia pesadinho, não é? A gente tem todos os pontos da lei para passar, tirando o reajuste que é o que a gente deixou para a próxima reunião. Então, na última reunião que a gente tentou discutir um ponto que eu selecionei que era mais fácil, a gente levou sei lá, duas horas no mesmo ponto. A gente fez as contas hoje, para que a gente conseguisse perpassar todos os pontos que a gente tem, a gente teria 25 minutos para cada ponto. (risos). Então, a gente vai tentar ser o mais profissional possível. Então assim, a gente tem alguma coisa para falar daquele ponto? Vamos direto ao ponto que a gente quer. Vamos direto falar qual é a mudança que a gente aceita ou que a gente não aceita. Vamos direto falar o que a gente quer que mexa ali, para a gente conseguir seguir em frente. Então pode passar o próximo. A gente então vai fazer... Primeiro assim, eu queria agradecer todos vocês porque a gente recebeu as contribuições do jeitinho que a gente pediu, então assim, praticamente todas as instituições mandaram contribuição, vocês correram atrás, vocês foram atrás de argumentos e as contribuições chegaram

de uma maneira bastante bacana. E a gente conseguiu de alguma maneira organizar isso tudo para trazer para vocês aqui hoje. Se a gente esqueceu de alguma coisa, vocês por favor, falem para a gente. A primeira coisa é que a gente transformou esse grupo técnico em uma câmara técnica, tá? Por quê? A câmara técnica tem umas regras mais específicas e a gente achou que já que a gente tinha muita representação aqui nesse grupo, valia a pena fazer isso. Deixar formalizado, isso foi publicado no diário oficial, e daqui para frente a gente vai tratar como câmara técnica, menos a reunião do dia 11 de novembro que vai ser uma audiência pública. Então a reunião do dia 11 de novembro, além do nosso grupo, ela vai ser aberta a quem quer que queira participar, por quê? Porque ela já é a reunião que traz o consolidado de todas as outras. Então como não vai dar tempo de fazer consulta pública, a gente vai fazer uma audiência pública no dia 11 de novembro. A gente separou por tema, trouxemos o consolidado das contribuições, e apontamos o que vai ser o resto. De novo, só para a gente lembrar das regras, a gente está gravando então todo mundo tem que falar o nome e a instituição que está representando. Assim que acabar a reunião e a gente conseguir consolidar tudo, vai para o site todo o material. Então todas as contribuições que a gente recebeu, a gravação, a apresentação está tudo no site. Quem não conseguir achar dentro do site da ANS tem uma barra verde escura no item transparência, dentro de transparência tem câmaras e grupos técnicos e aí tem a câmara técnica da 13003. Está tudo lá. Então todo mundo tem que falar no microfone, as contribuições continuam sendo enviadas pelo mesmo lugar, lei 13003@ans e tudo vai ser compartilhado, todos os materiais. De novo, eu não vou abandonar minha faixa vermelha, vamos pensar simples, hoje além de pensar simples, a gente vai falar simples, (risos), porque se não a gente não vai conseguir chegar em todos os temas que a gente precisa. O que a gente está resolvendo aqui? Só para lembrar, contratualização. Todos os outros temas que a gente tem necessidade de falar, de discutir, mas que não fazem parte dessa lei, a gente vai criar um outro lugar para a gente fazer isso. Não vou passar a lei para a gente poder andar mais rápido, mas ela está aqui se a gente precisar voltar nela, mas eu acho que ela já está na cabecinha de todo mundo também, e aqui a gente começa então o que chegou hoje, a Jaqueline vai fazer a apresentação. A gente não trouxe cada contribuição de cada instituição se não a gente ia levar o dia inteiro só passando isso. Eu trouxe a lista de todo mundo que mandou. Então o CBR mandou, Conselho de Nutricionistas mandou, FBH, Unimed Brasil, Unimed BH, Federação Rio, União Médica, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Federação Unimed Rio Grande do Sul, COFFITO, ABRAMGE, SINAMGE, ABRAMED, SINOG, ANAPE, SBP, CFO, Fenasaúde, mandaram contribuições que é o que a gente vai ter aqui hoje. Então ainda dentro das regras a gente vai ter esses itens para debate, dentro desses itens aqui que é a forma de comunicação que a gente trouxe consolidado, os critérios de equivalência a área de abrangência para substituição, necessidade de adaptação dos contratos vigentes, forma e conteúdo, somando isso aqui tudo a

gente tem 25 itens para a gente debater. Bom, vamos lá. A comunicação, vai passar rápido gente, porque isso aqui a gente já discutiu na outra reunião.

P/Jaqueline – Bom dia pessoal, então houve todo um esforço da equipe técnica de tentar consolidar alguns entendimentos, foram muitas contribuições, 20 instituições enviaram contribuições, e contribuições grandes então a ideia foi consolidar entendimento semelhantes divididos nesses cenários aí, contribuição um, contribuição dois, contribuição três e contribuição quatro. Nós fizemos isso para cada tema, os temas, alguns tem tópicos, então a ideia é essa. Nós vamos passar as contribuições, mais ou menos qual é o entendimento da ANS, que é o entendimento que está aberto para a discussão, não está fechado e vamos discutir cada tópico desse. Então dentro de forma de comunicação, que nós começamos a discutir no finalzinho da última reunião, o que chegou de contribuição. Então que a comunicação deveria ser individualizada aos consumidores por qualquer meio que garanta ciência, mais a divulgação no portal corporativo na internet, e estender a comunicação ANS. Então algumas pessoas entendem que a agência deveria ser comunicada de cada substituição, além de comunicação individual a cada beneficiário. Contribuição dois é notificação por carta, aos beneficiários dos planos individuais, e aos contratantes dos planos coletivos, para qualquer substituição na abrangência do produto. Contribuição três, comunicação individualizada, apenas por meios eletrônicos como email e SMS, e contribuição quatro, divulgação no portal corporativo na internet, mantendo a informação no portal por 60 a 180 dias, mais call Center capaz de informar ao beneficiário da substituição solicitada. Qual foi o caminho de entendimento que a gente começou a construir na última reunião e avançamos um pouquinho na discussão da agência. Divulgação no portal corporativo na internet das substituições e manutenção da rede atualizada conforme a RN 285. Então a rede atualizada continua valendo, mas teria que ter um espaço para informar as substituições, para o beneficiário poder ter acesso as substituições. Manter essa informação no portal por 90 dias. A central de atendimento da operadora deve ser capaz de informar ao beneficiário a substituição em caso de solicitação, então não seria só no portal, isso estaria também disponível no call Center. A operadora deve informar individualmente aos titulares de planos individuais e familiares, e ao contratante no caso de planos coletivos, que as substituições de prestadores podem ser acessadas no portal corporativo, então dizendo qual é o local e o call Center, dizendo qual é o telefone, e além disso a operadora deve manter a guarda dessa informação e a prova de que foi disponibilizada a informação no site para fins de fiscalização por cinco anos. Por fim a padronização dessa informação no site da operadora seria definida pela ANS. Então como é que a operadora vai disponibilizar essa informação o site? Então está aberta a discussão, primeiro tópico. Rumo a inscrição...

P/Marta – Fala o seu nome e a instituição, já pode passar para ele o microfone que ele já foi o primeiro...

P/Luiz Felipe – Oi bom dia, eu sou Luiz Felipe Costa ___ da ANAPE. E a questão da comunicação é uma questão fundamental para os consumidores e eu como ANAPE estou falando aqui especialmente na questão dos hospitais. E obviamente não tendo nenhuma legitimidade de falar da substituição de médico, mas no caso dos hospitais, quando, por exemplo, eu tenho um grande hospital que é substituído, digamos que eu tenho um plano nacional...

P/Marta – Calma, calma. Aqui é só comunicação. A regra de substituição é o próximo slide.

P/Luiz Felipe – Não, não, mas é comunicação mesmo. Mas, a comunicação sobre a substituição. Digamos que eu tenha um grande hospital que seja substituído, Albert Einstein, Sírio Libanês e etc., e eu estou no Rio, eu quero saber. Talvez se eu tenho um médico e etc., eu não preciso querer saber e eu quero saber ativamente, eu quero ser informado.

P/Marta – Olha só, quando a gente coloca no portal, no portal ele fica aberto e vai dizer qual é a localização daquela pessoa. Essa coisa de você restringir a comunicação aquela área de abrangência, ela estava nessa discussão quando a gente estava discutindo quando ia ser enviado para a casa do cara. Então como está aberto no portal, no portal quando você clicar aquela determinada área de abrangência, então eu quero um hospital em São Paulo, eu estou no Rio de Janeiro e meu plano nacional, eu vou ver essa troca sim.

P/Luiz Felipe – É, mas quando a gente está falando de hospital, a gente está muitas vezes falando, por exemplo, de serviço de emergência, então se eu tenho um plano e o hospital foi descredenciado do meu plano, eu tenho que saber anteriormente já, eu não tenho uma emergência, ai eu vou no site enquanto eu estou com a minha emergência para descobrir em que hospital que eu vou.

P/Marta – A rede está atualizada no site, essa é a segunda regra. Então isso já está valendo pela 285. Se eu chego em qualquer lugar e eu quero saber em qual hospital que eu vou, hoje eu já tenho rede atualizada. Isso daqui é uma regra para comunicar as trocas. Em teoria hospital nem precisava comunicar dessa maneira, porque ela já tem uma regra própria. Como a gente está falando de comunicação no site, a gente vai criar uma regra geral para englobar também o hospital para facilitar. E ai, se eu estou no Rio e vou ser atendido em São Paulo ou então em qualquer lugar do mundo, e eu quero saber qual é a rede, eu vou ter a rede atualizada do Brasil inteiro. Isso daqui é para falar quem trocou e em que lugar. A gente poluiria demais a informação para o beneficiário se eu estou no Rio e eu vejo a troca do Brasil inteiro. Ele não ia nem conseguir entender o que está acontecendo ali em um plano

nacional. O volume disso ia ser enorme, gigante. Então o que a gente sugere é o seguinte, eu boto lá, onde é que eu estou procurando a minha rede? São Paulo. Ai eu vou ver todas as trocas daquele lugar.

P/Luiz Felipe – Não, eu concordo. Mas para hospitais não seria. Hospitais são...

P/Marta – A gente vai manter a mesma regra, porque se não a gente não consegue falar o seguinte para o sistema, “sistema só para hospital de grande porte você avisa para o Brasil inteiro”. A gente precisa ter uma lógica dentro disso que a gente está falando, porque um beneficiário pode falar assim, não, para mim não é importante saber hospital, para mim é importante saber clínica de fisioterapia, que a Marlene acabou de entrar aqui. Então assim, como vai do gosto do freguês, assim, a gente não consegue saber o que para aquele indivíduo é aquela necessidade real naquele momento, a gente tem que criar uma regra geral, uma regra única. E ai se eu for procurar um hospital em São Paulo, mesmo morando no Rio de Janeiro, eu vou ver que foi uma troca em um determinado hospital. E eu tenho certeza que isso vai acontecer para todas as outras coisas e não para hospital. Não vai ser a busca única que eu vou fazer. E eu também tenho certeza que a gente precisa qualificar os produtos não só por rede hospitalar. Então isso também é um norte, uma diretriz da gente. Eu preciso qualificar o meu produto por critérios de qualidade, e não porque eu sei que tem um grande hospital dentro dele e a gente está buscando isso nessa resolução também.

P/Mônica – Bom dia, Mônica Nigri da Fenasaúde. A contribuição que a Fenasaúde fez, eu não estou identificando nesse slide. Ela se restringia as informações estarem disponíveis no site, serem também disponíveis no call Center, mas não tratava especificamente da substituição. A Fenasaúde entende também que a regra deve ser simples e única para todos os prestadores. Até para facilitar consulta do beneficiário, porque se houver várias regras é muito provável que ele se perca. Então o que a Fenasaúde também havia proposto, é que saiu o prestador, é informado lá e o beneficiário também vai poder verificar quais outros prestadores fazem aquele entendimento. Não necessariamente seria uma substituição.

P/Marta – Mas eu não entendi qual é a diferença do ____.

P/Mônica – É porque o termo substituição, necessariamente __ a minha interpretação, porque entraria um novo no lugar daquele que está saindo. Em algumas localidades é possível, que a gente não consiga...

P/Marta – Não, olha só, substituição é saiu entrou alguém ou saiu e não entrou ninguém. Ou saiu e entraram cinco. Ou eu comprei uma grande carteira e incluí. Essa informação também tem que estar aqui. Então não é substituição saiu e entrou alguém, inclusive quando não saiu alguém e entraram cinco, isso

pode estar em destaque. Então não é isso. Agora, ele tem que entender qual foi a... Talvez a melhor palavra seja a mudança, movimentação que houve naquela carteira naquele momento, naquela rede, naquele momento para aquela carteira, e ai não é para mais, para menos, é para tudo. Ele tem que entender o que quê mudou ali. É como um resumo daquela movimentação que gerou aquele mapa atualizado. Ok?

P/Mônica – Tá, ficou claro.

P/José Luiz Toro – José Luiz Toro, UNIDAS. É mais para o esclarecimento. Quando você coloca que a operadora deve informar individualmente aos titulares e ao contratante que as substituições podem ser consultadas no portal corporativo, vocês estão partindo do princípio que seria mensal, ou seja, a cada substituição teria que ter essa informação? Porque, por exemplo, uma operadora vai com certeza, todo mês uma rotatividade...

P/Marta – O que quê a gente pensou quando a gente fez isso? Você tem formas periódicas de contato com beneficiário, cada um tem uma periodicidade, que nessas formas periódicas sempre vem uma frasezinha, toda mudança está disponível no site em www nanana. Na sua periodicidade de forma de comunicação. Então eu mando o boleto todo mês, vai ter uma frasezinha lá todo mês. Eu mando o boleto a cada seis meses, a cada seis meses vai estar uma frasezinha lá. Então dentro da sua forma de comunicação com o beneficiário tem lá um www e 0800 que ele sabe que ele pode acessar.

P/José Luiz Toro – Ok. Obrigado.

P/Doutor Zilli – Bom dia a todos, Emilio César Zilli, Associação Médica Brasileira. Eu concordo sim, eu acho que o termo substituição é um termo muito vago. Porque na realidade o termo substituição ele leva, na minha cabeça a uma discussão sobre redimensionamento. Então uma vez que seria colocada a substituição, ele não me define, eu concordo contigo, acordo de uma maneira muito clara. E eu estou sentindo falta ali da informação ao prestador. Porque na realidade o prestador precisa ser informado do redimensionamento da rede e da substituição de um hospital na rede. Porque não é só o usuário, o paciente que precisa ser informado que o hospital mudou. O prestador que encaminha o paciente precisa saber disso também, eu não estou vendo isso ai em momento nenhum.

P/Marta – Na verdade, a lei ela fala de comunicação em beneficiário. Como a gente está trazendo isso tudo da lei, a gente está regulamentando o que a lei falou. Eu compreendo o que o senhor falou, só que, esse portal ele é aberto, é por onde a gente vai fiscalizar também, inclusive. Então ele está lá aberto para todo mundo, então os prestadores também vão ter acesso nesse portal, a gente, a ANS também vai ter acesso nesse portal, e uma pessoa qualquer, que não tenha aquele plano, tenha outro plano, ela também tem acesso a essa

informação no portal de qualquer operadora. Essa que é a ideia. A gente pode deixar isso mais claro.

P/Carlos – Carlos Moura, Colégio Brasileiro de Radiologia. Falando mais como pessoa física, não como colégio brasileiro de radiologia, quando a gente contrata um plano, a gente contratou aquele nível de hospital, aquele nível de clínica, a gente contratou algum com um nível de qualidade e é precificado por isso. A preocupação, eu concordo com você, da comunicação não nacional, mas pelo menos a comunicação regional, via ou SMS ou via email, isso me garante o quê? Eu sei o que está acontecendo na minha carteira, porque olha o caso hipotético, seguindo a linha raciocínio-prática sua, imagina o seguinte, eu sempre vou no hospital. Eu não fico todo mês olhando no portal se esse hospital continua lá. Precisei do hospital, descobro que ele não está eu já estou na porta do hospital. Então pelo menos na região, e não dá para a gente tratar tudo na mesma proporção, clínicas, hemocentros, hospitais, laboratórios, eles tem um impacto grande quando decido contratar uma carteira, eu não contrato médico por médico pessoa jurídica. Então a gente, de repente poderia pensar sim implementar nisso, pelo menos na localidade da pessoa, na macro região, ela saber dessa movimentação. Porque se não você compra um produto e esse produto deteriora com o tempo, de forma prática também isso é impacto.

P/Marta – Mas a tua proposta é o que? Que se envie nome por nome?

P/Carlos – No caso de laboratórios, clínicas, hemocentros, me perdoem se eu estou esquecendo alguém, hospitais, os grandes pontos da decisão da compra de um plano sim. Porque isso muda o perfil do plano que eu comprei. Eu comprei aquele plano porque tinha um tal laboratório, a tal clínica de imagem, o tal hospital. Se for fazer isso no nível do médico, em São Paulo fica complicado, você está falando de 10 mil médicos. Tem que ter uma maneira intermediária, porque isso é muito ruim e você não vai ficar todo mês olhando no portal, nossa deixa eu ver se o plano que eu comprei ainda está o hospital ai. Ainda está o laboratório ai, ainda está a clínica de imagem ai. Eu não vou fazer esse movimento nunca, entendeu? Então só um comentário como pessoa física.

P/Marta – Entendi. Na verdade a nossa preocupação Carlos, era preservar assim, na hora que eu estou buscando aquilo eu tenho acesso a lista de todo mundo que entrou e que saiu, a tua proposta é que ele receba por algum meio, uma informação...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – É, eu acho que a gente pode botar alguma observação no sentido que é bacana que se mande isso, por que quê a gente não pode... A gente viu que isso não é uma forma jurídica razoável de comunicação. Então isso não existe...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – É, isso não existe na verdade. Ou o cara vai mandar uma carta com AR que eu sei que a carta chegou e aí eu tenho como multar o cara, ou eu vou ter um instrumento que eu sei, ele tem que guardar a prova de que ele vinculou aquilo no site para eu poder fiscalizar. Se eu falar assim, po, manda um email aí, como é que eu vou comprovar...?

(intervenção feita fora do microfone)

P/Voz não identificada – Hoje evoluiu muito os meios de comunicação, e como eu confirmo isso, inclusive com o recebimento de volta do SMS, envolve esse... Se pergunta se tem como, seria muito legal isso. Isso traria um outros viés para essa discussão nossa de comunicação em efetividade de comunicação. Como usuário comum eu ficaria agradecido. Obrigado.

P/Paulo – Marta, eu estava concordando com isso, e não ia falar absolutamente nada. Quando o Carlos colocou me lembrei da seguinte situação há exatamente um mês, vindo para uma reunião da agência, eu comecei a passar mal no avião. Eu não sabia o que era, e médico tem mais medo que os normais. Eu saltei e entrei e me leva para o samaritano, meu plano era um plano que dava direito ao samaritano. Quando eu cheguei no samaritano para um atendimento de urgência, o samaritano não me atendeu porque não estava mais atendendo aquele plano, há 15, 20 dias não estava atendendo aquele plano. Obviamente eu fiquei no samaritano e paguei. Mas se eu soubesse eu não tinha ido para o samaritano, eu tinha ido para o Copador ou para outro lugar. Ninguém vai consultar na hora da agônica. O individuo vai.

P/Marta – Ok, já anotei aqui para a gente ver se tem alguma forma de fazer um envio periódico, com resumo, alguma coisa assim. Vamos pensar.

P/José Luiz Toro – Quando se coloca que deve informar que há substituições dos prestadores podem ser consultadas no portal corporativo, talvez fosse interessante colocar substituições e alterações. Porque no redimensionamento eu não tenho substituição.

P/Marta – A gente botou aqui movimentação, tá?

P/José Luiz Toro – Ok, perfeito. E a questão, vamos dizer, do envio periódico, quer dizer, a 285 ela já trata alguma coisa que você tem que disponibilizar pelo menos uma vez por ano, o orientador médico. Então você já tem na verdade hoje, na 285 um tratamento a respeito dessa questão.

P/Virginia – Virginia, ABRAMGE. A gente gostaria primeiro de ratificar o nosso entendimento da ABRAMGE que foi explanado na última reunião, de que a comunicação ela deveria ser via portal, justamente por todos os dificultadores que tem nos outros meios de comunicação e o impacto financeiro que haveria

nisso, que no final acaba recaindo para o próprio beneficiário. E como foram levantadas essas questões novamente de SMS, email, a gente trouxe nas contribuições para essa nova consulta pública pesquisas de como isso já ocorre em outros órgãos e, por exemplo, em São Paulo, o PROCON de São Paulo tem multado ostensivamente empresas que mandam SMS, email, sem autorização do consumidor. Então a gente não poderia implantar uma regra sem que ela tivesse antes uma prévia análise, então não seria algo tão simples de fazer nesse pensar simples que é uma regulação já imediata. Então lembrar que email e SMS não é algo que a gente possa implantar sem antes a comunicação ao beneficiário, a autorização dele e pensar no impacto disso. Levando também essa questão de regionalização que, se a gente em um plano nacional comunicar para os beneficiários, movimentação, ele vai receber uns 50 comunicados por dia. Então acho que ninguém vai querer receber tanto SMS assim. E nessa nossa pesquisa, uma outra questão que foi levantada, é que o beneficiário questiona muito o horário de recebimento de SMS. Principalmente, ai tinha até os relatos de consumidores, quem tem filho adolescente que deixa celular ligado de madrugada e que fica recebendo SMS esse horário. A operadora não tem controle sobre o horário em que vai receber, uma vez que ela tem que disparar para uma série de pessoas. Então isso certamente aconteceria e seria mais ainda a razão de insatisfação por algo que a gente já está falando de quase 20 anos de internet, então não é mais algo tão desconhecido do beneficiário para não falar que o portal é um mecanismo válido de comunicação.

P/Marta – Gente, olha, eu concordo como Paulo, ele fez assim, encerra isso. Concordo, a gente vai ter muitos pontos que a gente vai brigar. Mas assim, só para resumir eu acho que essa redação ok, a gente vai adaptar substituição por movimentação, vamos avaliar essa possibilidade de como faz SMS e email. O colégio do meu filho que tem um pingo de criança, você vai no site da criança entra e marca assim, eu quero receber SMS, eu quero receber email, pronto. E ai o cara vai lá e marca “eu quero” e começa a receber. Isso não é nada tão elaborado assim em 2014. Então é uma possibilidade, a gente vai avaliar isso, e ai a gente pode separar qual é a rede, pessoa jurídica, enfim. A gente vê alguma coisa para a gente fazer. Podemos passar? Então, próximo.

P/Jaqueline – Bom, segundo tema, critérios de equivalência para a substituição. Lembrando aqui que nesses entendimentos resumidos, nós incorporamos várias contribuições, não está a contribuição de cada entidade. Então, as vezes você não vai identificar exatamente a sua contribuição aqui. Então contribuição um, mesmo tipo de estabelecimento, então equivalente a laboratórios de análises clínicas, por laboratório de análises clínicas, e por ai vai. Contribuição dois, características equivalentes quanto a porte, especialidade, cobertura de atendimento, localidade e qualidade. Atributos de qualidade e acreditação. Capacidade instalada, capilaridade e força da marca,

prestígio entre os beneficiários. Contribuição três, seguir a ótica da garantia de atendimento e as diretrizes definidas pela RN 259 e 268. Não recompor de forma numérica os profissionais, desde que garanta o cumprimento da RN 259 e 268. Opção da ANS, para hospitais já há regras bem claras de...

P/Marta – Deixa eu só, antes da Jaque explicar a nossa opção, para vocês não levantarem da cadeira, a gente está ali entre duas contribuições. Uma que fala que tem que ver a força da marca para eu substituir. Vai nesse nível, e a outra que fala o seguinte, não precisa substituir... Por quê? Porque está cumprindo a 259 e não precisa substituir. Então lembra aqueles dois cenários catastróficos que eu apresentei na outra reunião? Vocês conseguiram ir além. Vocês puxaram o catastrófico mais para cada lado possível. Para vocês terem noção de que o meu cenário estava bonzinho, não é? E aí a gente chegou em um lugar onde a gente acha que é possível, viável e fiscalizável. Vocês não esqueçam que toda vez que eu faço uma regra, eu tenho que fazer essa regra ser cumprida. Não adianta falar assim, “ah super bonito, vamos lá, vamos botar força da marca”, aí eu vou ter que fazer uma enquete para descobrir qual é a força da marca? Então assim, eu preciso que essa regra seja cumprida, ok? E é nesse sentido que a gente colocou essa opção. Vai lá Jaque.

P/Jaqueline – Então para estabelecimentos hospitalares já há regras. Então aqui a gente está discutindo os não hospitalares. Para estabelecimentos não hospitalares, seria considerar o mesmo tipo baseado na tabela do CNEAS, então hospital por hospital, clínica por clínica e aí para a gente discutir, considerar um subtipo com o serviço prestado? Então ao invés de substituir SADT por SADT, teria que entrar no nível do análises clínicas por análises clínicas, enfim, isso está para discussão, não fechamos. Em relação ao profissional de saúde pessoa física, ou pessoa jurídica, porque tem alguns profissionais de consultório isolado que são pessoa jurídica, mesma habilitação profissional. Então seria médico por médico, fisioterapeuta por fisioterapeuta... Essa é a ideia.

P/Marta – Vamos lá, só para ficar claro e ninguém sair com dúvida. Não estamos tratando hospital. Por quê? Hospital tem uma regra própria que diz que ele tem que passar por uma análise da ANS, paga registro, a gente analisa e a gente autoriza essa substituição, ok? A gente está falando aqui então de toda rede de prestação de serviços a exceção de hospitais. A gente precisa de algum lugar que me comprove que essa rede está cadastrada como uma mesma rede do outro. Qual é o único sistema que me dá isso hoje? CNEAS. Se alguém tiver algum outro sistema que me dá isso hoje vocês me falem. CNEAS tem milhões de defeitos, tem milhões de repulsas, mas é o único. Então ou a gente melhora o CNEAS, ou a gente não vai chegar em lugar nenhum. Já tem um monte de mão levantada, Paulo, Cristiane, Marlene e Carlos. Toro. Dois, como a gente faria essa substituição? O CNEs, tem grandes grupos, hospitais, prestação de atendimento individualizado, SADT e

dentro desses grupos ele tem algumas sub características. Então dentro de SADT tem um grupão SADT e depois eu vou separado, clínica de hemodiálise, clínica de oncologia, clínica... Então, isso é viável, ok? Profissional de saúde PF ou PJ, por quê? Porque o PJ aqui a gente ainda vai ter um probleminha, porque o PJ no CNEs, está como clínica ambulatorial, só que é diferente um PJ de uma ou duas pessoas de uma clínica de verdade. Como que a gente separa isso? Não sei. Não sei. Mas a gente teria que criar uma maneira de conseguir perceber isso. Então, para esse PJ que funciona como um PF, o nosso critério seria a mesma habilitação profissional e agora está aberto com calma, paz e luz, cada um vai se manifestar. Paulo, Cristiana, Marlene, Carlos e Toro.

P/Paulo – Bom, eu queria deixar um comentário. Essa ___ na tabela do CNEs é muito simplista. Imagina o seguinte, eu vou dar um exemplo, vou citar o Rio de Janeiro. A rede de laboratórios do Data deve ter uns 250 postes...

P/Marta – Gente, ele fala alto, mas o microfone dele está funcionando?

P/Paulo – Não, eu estou falando baixo por causa do microfone. É para eu falar alto eu troco o microfone?

P/Marta – Não, é porque eu acho que não funcionou...

P/Paulo – Bom, então é muito simplista essa solução, tá certo? Por que ela é muito simplista? Imagina... Eu não faço parte da ___ então pode falar. O (Dasa?) tem mais ou menos 250 postos no Rio de Janeiro, então lá o plano XPTO tem o Dasa como credenciado, o meu laboratório era um posto no Rio de Janeiro, o único posto capaz de atender 40 pessoas por dia. Esse único posto capaz de atender 40 pessoas por dia vai substituir o DASA que tem 250 postos, vezes 250 metros quadrados de atendimento?

P/Marta – Então, olha só, a gente tem três pontos. A gente vai falar de equivalência, o que é igual a que, qual é a área que essa criatura está, e quais são as exceções. Então a gente tem que, aqui a gente está dizendo assim, o que é igual ao que? A gente vai precisar chegar no item em como eu quantifico esse igual? Então é uma clínica, um posto, por um posto. Até ai é mole. Sabe onde é que é difícil? Vou voltar na Marlene. A Marlene vai me dizer o seguinte, eu tenho uma clínica com dez fisioterapeutas dentro dessa clínica. Que está lá no CNES sem nenhum outro equipamento junto, então eu consigo ver que é uma clínica de prestação de serviço de profissionais da saúde. É intercambiável esse PJ por um PF profissional fisioterapeuta? Em teoria é. Só que como é que eu faço isso? Eu vou trocar um por dez, ou um por um? Ai é que está o meu problema. Então na coisa da instituição PJ, eu não estou trocando toda a rede DASA por um laboratório, eu estou trocando cada laboratório DASA unidade, por cada unidade. Ai, olha, é mole. A gente vai ter problemas quando a gente começa a falar desse intercambio PJ e PF. Ai você vai me dizer, mas a clínica que ele estava, era linda, maravilhosa, ela tinha

cinco tomógrafos, ela tinha duas ressonâncias e enfim, tinha cafezinho e tinha estrela na porta. Agora ele está trocando por uma que não tem nem água, a estrela já caiu há muito tempo... É isso. É isso que a gente está discutindo aqui.

P/Paulo – Então não está em discussão aqui...

P/Marta – Não, está. Só que assim, a gente vai chegar nesse item.

P/Paulo – Tá bom, não está em discussão agora?

P/Marta – É.

P/Paulo – Então perdão, desculpe.

P/Marta – Não, não. É isso, é muita coisa dessa coisa da equivalência.

P/Cristiana – Cristiana da Fenasaúde. Eu queria falar um pouquinho sobre o uso do CNES. Acho que a gente entende perfeitamente a necessidade de se reforçar o CNES, de valorizar uma ferramenta que o Ministério da Saúde já instituiu há muito tempo, a única questão que a gente tem em relação ao CNES, é que ele não é um instrumento perfeito, não é? Ele não reflete a realidade de todos os casos, por diversas questões. Ai eu acho que não vale a pena aqui elencar. Não é culpa de um agente específico. O que eu gostaria de pleitear é que, sempre que for identificado pela operadora ou pelo prestador, uma diferença em relação ao que está cadastrado no CNES, que seja possível expor essa diferença, que essa diferença esteja registrada e ai o CNES sozinho não ser a única e exclusiva referencia para fazer essas alterações porque atualmente algumas normas da ANS estão muito engessadas no CNES.

P/Marta – Ok. Ok. A gente também tem uma novidade que é o seguinte, a gente está fechando um acordo com o Ministério da Saúde para a gente atualizar o CNES a partir do TISS. Então o TISS seria um fomentador do cadastro do CNES, e ai a gente melhoraria, não os atributos, porque atributo quem tem que preencher é o próprio prestador. Mas a existência desse prestador, e qual é a característica dele, eu consigo pegar pelo TISS e ai o Ministério está disposto a abrir o CNES em dois módulos e num dos módulos a gente fomentar essa entrada de prestador lá para dentro que vai melhorar muito a nossa vida. Ai você vai falar assim, isso não vai acontecer “nos próximos dois anos”. Pode ser, pode ser que aconteça. Eu estou apostando porque eu sou uma pessoa peliana, mas, vamos ver se a gente consegue isso porque ai a gente já dá um passo a frente no CNES.

P/Marlene – Vamos aproveitar o seu exemplo então Marta, digamos que vocês resolvam alterar uma clínica, substituir uma clínica de fisioterapia que tem dez fisioterapeutas, por uma outra clínica de fisioterapia. Só que nesta clínica de

fisioterapia que tem dez fisioterapeutas, tem dois especialistas em urogineco, dois especialistas em neuro, dois especialistas em traumaortopedia, e daí você substituiu por uma outra clínica que também tenha dez fisioterapeutas, mas não em nenhum especialista em neuropediatria. Como fica?

P/Marta – É isso.

P/Marlene – Pois é.

P/Marta – É isso, assim, ai assim porque se não a gente vai lá para a estrelinha e a força da marca. Eu não tenho como saber isso, não tenho. Não tem isso em lugar algum do mundo. Não tem. E ai como é que a gente vai fiscalizar isso? Pela tal da 259 porque ela existe. Não estamos abandonando 259 e ela é um instrumento de regulação da ANS. Então você vai me falar o seguinte, aquela pessoa precisou de um fisioterapeuta que é especialista em coluna, e ele tinha, depois ele não conseguiu encontrar e tal, e ai por conta da 259 a gente vai conseguir chegar nesse lugar. Eu não tenho hoje nenhum instrumento que me diga isso. Nem você sabe lá no seu conselho, tenho certeza. A gente não tem isso em nenhum lugar.

P/Marlene – A alteração também Marta, por exemplo, de um profissional por outro, você não pode substituir, por exemplo, um oftalmo por um neuro.

P/Marta – Pode.

P/Marlene – Mas e ai, a rede fica...?

P/Marta – Então, e ai é o seguinte, a 259 hoje me mede o tempo de atendimento naquele profissional que eu fui buscar. Então eu tenho que ter todas as especialidades na minha rede. Se eu não conseguir achar qualquer especialidade dentro de X dias, que para algumas especialidades é sete e para outras 14, eu vou entrar com uma fiscalização na agência e ai sim eu tenho como ir na operadora e falar, me dá a sua lista, me dá a sua rede, isso é capaz ou não de chegar naquele lugar que eu preciso que é atender a todo mundo. Por outro lado isso também tem uma coisa bacana que é o movimento epidemiológico dentro da carteira. Então, se hoje eu falo assim, operadora você tem que ser capaz de atender essa população, ela tem que ser capaz. E existe um movimento dentro da carteira, então eu posso trocar alguns beneficiários de uma empresa de pneu por alguns beneficiários de uma empresa de perfume. Aqui eu só tinha homens, aqui eu só tenho mulheres. Eu vou ter que reorganizar essa empresa, eu vou ter que tirar algumas especialidades para colocar ginecologista, por exemplo. Então essa mudança ela tem que poder existir de alguma maneira. Por exemplo, eu tenho uma carteira que ela se formou com um monte de gastro, só que essa carteira inteira envelheceu, envelheceu, que é o que aconteceu hoje. Eu preciso contratar geriatra. Então assim, eu preciso ter essa possibilidade de mudança. E ai como é que eu vou

saber se isso está sendo feito da maneira correta, ou se isso está sendo feito da maneira errada? Com a denúncia dos beneficiários dizendo eu não consegui essa especialidade. E aí a gente vai lá com a força da 259 e suspende a comercialização, multa tudo que a gente pode fazer. Hoje se a gente tivesse um outro critério que não a 259 para dizer quantos funcionários eu tenho que ter para quantos beneficiários com aquele perfil, eu conseguiria medir isso. Só que, por conta dessa mobilidade a gente faz isso através da 259. Entendeu?

P/Marlene – Marta, eu só queria voltar na questão da clínica de fisioterapia. Eu insisto ainda porque assim, nos nossos contratos, aqueles que existem ainda hoje, estão lá elencados quais são os procedimentos, as áreas que as clínicas prestam serviço. Então veja, digamos que lá na minha clínica, eu presto serviço em traumatologia ortopedia, neurologia e urogineco, e a minha clínica é descredenciada e é credenciada uma outra. Nessa clínica ele não está elencado o serviço de urogineco, isso não tem como a ANS?

P/Marta – Isso está só no seu contrato com a operadora.

P/Marlene – Mas vocês não vão ter acesso?

P/Marta – Isso é contrato entre dois entes privados.

P/Marlene – Mas quando a operadora informa para a ANS que ela fez a movimentação...

P/Marta – A gente está regulando esse contrato, não é? Dizendo quais são as regras que ele tem que ter, como é que vai reajustar e tal, mas é uma regra entre os dois. Da mesma maneira Marlene, que você dentro do seu contrato pode virar para ele e falar assim, olha só, esse ano eu perdi esse cara que fazia cardio e botei um cara que faz ortopedia. Isso está entre o contrato dos dois, entendeu? Não tem. E aí você vai me perguntar assim, além de não ter, você acha devido? Eu Marta não acho. Por quê? Porque a gente tem que ter essa possibilidade de em função do número de beneficiários e da característica desses beneficiários que estão ali, e eu não tendo o parâmetro, então assim, se eu tivesse um parâmetro, “eu tenho 10 crianças”, para cada 10 crianças eu tenho um beneficiário, um pediatra. Se eu tivesse isso escrito, ok, mas a gente não tem esse parâmetro. E aí por que que a gente não tem esse parâmetro? Porque um pediatra pode atender 50 operadoras, ou ele atende uma só, ou ele tem uma agenda só de manhã, ou ele tem agenda só a tarde. Tem outros que tem agenda o dia inteiro... Então assim, eu não tenho como, pelo profissional, sem o controle das agendas, saber o tempo de atendimento daquele profissional. Para ter isso, a operadora deveria ter o controle das agendas das pessoas físicas, o que a gente está um pouquinho distante de ter. Então a gente está nesse lugar, e o lugar que a gente tem hoje é eu controlo isso pela 259.

P/Carlos – Carlos, Colégio Brasileiro de Radiologia. No caso diagnóstico por imagem, o CNES hoje é estrutura do CNES ela está falha, desatualizada, então tem um (PETCT?), eu não tenho outros serviços que são prestados.

P/Marta – Você vai atualizar agora.

P/Carlos – Isso. Então esse é o primeiro ponto de atenção. O segundo ponto de atenção é um serviço de ultrassom não tem nada a ver com um serviço de ressonância, ou um serviço de ____ óssea. Então sim, nós precisamos trocar serviço por serviço. Eu não vou fazer um exame de ultrassom, num exame de ressonância, e nem vice-versa, então isso é de extrema importância no caso de diagnóstico por imagem. Terceiro, nós temos já hoje uma ferramenta já reconhecida pela própria ANS de acreditação para diferenciar qualidade e isso é público, e cada vez vai ser mais. Então, ou seja, tem que ser levado sim o critério de qualidade, porque infelizmente hoje a gente tem um abismo de diferença, infelizmente da prática no Brasil. Então você tem clínicas de diversos portes e de diversos níveis de qualidade. Como o programa de acreditação é reconhecido pela própria ANS, ele pode ser levado em conta, eu não vejo problema nisso. Porte é muito importante, volume. E aí o CNES não pega isso. Eu troco fisicamente um CNPJ por outro, mas o volume produzido por isso pode ser totalmente estorcido entendeu? Então são esses pontos que eu queria alertar e rápido, porque como disse a colega lá, o CNES hoje a gente sabe que a falta de qualidade dele e de atualização, e no caso do que eu estou te falando de estrutura. Então o Colégio Brasileiro de Radiologia está disposto, se precisar até esse ano já propor uma atualização na estrutura do CNES.

P/Marta – Ok, vamos lá. Qualidade a gente está estudando esse projeto e criando projetos de qualidade, vários. Então hoje o que que eu tenho institucionalizado? Uma qualidade para o hospital que é a acreditação.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Isso, estou falando que eu tenho institucionalizado a ANS.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Calma Paulo, não precisa ter um colapso nervoso. A gente...

P/Paulo – A Dilma que teve ontem, eu não. Eu não sou candidato

(risos)

P/Marta – A gente vai fazer o seguinte, a gente vai usar sim os critérios de qualidade, a gente está até estudando junto com vocês outros critérios desses. Eu acho que, aí eu estou dando a minha opinião, cinco segundos para entrar no outro tema que é qualidade. Eu acho que eu ANS não posso julgar a qualidade dos prestadores, não é meu business fazer isso, não sou eu que

tenho que julgar isso, então quem tem que julgar isso é quem entende daquilo. Então a gente está conversando com vários de vocês para usar os instrumentos de vocês de critérios de qualidade, nos nossos critérios de qualidade. Então a gente está conversando com a radiologia, com a patologia, para a gente usar o de vocês nisso, então a gente está tentando construir isso. Hoje eu ainda não tenho assim, todas as listas, como é que eu vou saber quem é e quem não é. Está lá no livrinho, não é isso? Então assim, hoje isso ainda não pode ser um critério para troca, até porque eu não tenho isso e isso, de uma maneira tão espalhada. Então a gente não tem como usar o critério de qualidade hoje. Ultrassom por ultrassom seria trocar o fisioterapeuta de coluna, pelo fisioterapeuta de coluna, não é? Calma Carlos, não precisa levantar. Da mesma maneira que eu disse para a Marlene, a gente vai avaliar se eu estou conseguindo ter atendimento do pediatra, do oftalmo e nanana, pela 259, eu também consigo medir isso pela 259. Cada exame tem o seu tempo de atendimento, e se aquele tempo de atendimento não for cumprido, ele não vai dar conta. Ai vamos para o ultrassom, hoje a gente não tem mais clínica que só faz ultrassom.

P/Carlos – Temos. Na verdade no Brasil a gente tem essa divisão muito clara.

P/Marta – Tá. Calma Carlos eu não terminei, estou no meio da minha linha de raciocínio, então assim, hoje o ultrassom não cumpre a 259. Hoje. Nenhum ultrassom cumpre, porque ninguém mais quer fazer, então ultrassom é um péssimo exemplo. Então assim, eu não conseguiria trocar ultrassom por ultrassom, nunca, porque não tem. Então assim, como é que eu faço que essa troca de conta de substituir pela mesma característica, e que dentro dessa característica, eu posso ir lá e montar a operadora a suspender a comercialização dela, se ela não estiver dando conta daquele objeto, e ela vai ter que correr atrás.

P/Carlos – Marta, deixa eu te lucidar o por que eu não tenho ultrassom. Justamente porque eu não tenho o índice de reajuste. Eu estou há 18 anos recebendo o mesmo preço.

P/Marta – É na próxima reunião...

P/Carlos – Então o que acontece? E quando eu estou citando o exemplo da Marlene, para nós não é a mesma coisa. Eu não estou falando ultrassom morfológico, eu não estou falando ultrassom só da mulher. Ultrassom já é genérico. Eu não tenho como trocar uma técnica de procedimento de ultrassom de serviço prestado, por uma ressonância, por um PETCT. São coisas totalmente diferentes. A única similaridade é que são diagnósticos por imagem. Eu concordo na sua linha de raciocínio um nível abaixo, “ah não, só ressonância de neuronavegador”, po beleza, eu estou buscando detalhe. Quando eu falo serviço de ressonância, eu to falando em uma gama de 70 procedimentos. Eu não to no nível do detalhe.

P/Marta – Eu vou te dizer qual é o degrau anterior então só pra você entender. Assim, o degrau anterior da pessoa física é: Qualquer profissional por qualquer profissional, então eu troco o médico pelo fisioterapeuta. Degrau 2, mesma habilitação. Médico por médico, fisioterapeuta por fisioterapeuta. Degrau 3, médico e oftalmologista por médico oftalmologista. Ultra som, degrau um, qualquer SADT por qualquer SADT. To falando de terminais. Então eu trocava uma clínica de hemodiálise por uma de oncologia. Degrau 2, to falando como é o CNEs e como a gente construiu todas as lógicas.

P/Voz não identificada – Mas não é porque está certo, não é porque faz sentido.

P/Marta – Mas olha só, a gente vai criar uma lógica só pra todo mundo. Se não a gente vai pirar o cabeção.

P/Voz não identificada – Mas no CNEs você tem essa informação, é isso que eu to (ininteligível)

P/Marta – Degrau 2, subclassificação dentro do CNEs. Dentro do SADT qual vai ser aquela coisa. Então imagem por imagem, laboratório de patologia por patologia, oncologia por oncologia. Degrau 3 que daí já seria oftalmologista por oftalmologista é que seria ultrassom por ultrassom. Não dá pra fazer isso hoje em termos de perna. Eu to falando aqui o que é possível e viável da gente ter perna pra fiscalizar.

P/Voz não identificada – Marta, eu só quero te alertar o seguinte, quando a gente fala da 13003, a gente tá falando de lei. Quando a gente cria algo aqui insolúvel e inviável de eu trocar uma técnica de ultrassom por outro procedimento e chegar num juízo por mais comum e ordinário que ele seja de primeira instância, ele vai olhar e falar: Isso não é a mesma coisa. É óbvio que o ultrassom não é uma ressonância.

P/Marta – Olha só, zero de problema de a gente levar para o juiz. Assim, eu levo para o juiz coisas todos os dias, esse não é um bom argumento. Assim, a gente tá lidando com argumentos que a gente consegue pautar e realizar aqui dentro. O juiz é o juiz, eu sou eu. Aí o juiz toma a decisão que ele quiser e a gente tá aqui tomando a nossa decisão. A gente tem que entender assim, o que eu consigo dentro dessa lei que foi genérica, porque no genérico Carlos, a gente podia chegar aqui, seria muito mais fácil pra mim, o Rafael é o gerente da área dessa coisa de rede, e eu chegaria aqui e falaria: Gente, isso tá resolvido. A gente já publicou a 259 e já resolvemos. Ia ser muito mais fácil pra mim, muito. Muito mesmo, eu ia ter zero de desgaste. E a 259 foi criada para isso. Então a gente tá tentando chegar em algum lugar que seja palpável e razoável. Toro, Zilli, Luiz Felipe e alguém... É Unimed? Toro.

P/Toro – Primeiro, um aspecto só pra esclarecer. Quando você falou dos hospitais.

P/Marta – Aonde você tá? Eu não te vi. Tem que gritar: “Euuu”

P/Toro – Quando você falou dos hospitais, você falou que esse já dependia de autorização da ANS. Mas na verdade na substituição não há o que se falar em autorização de hospitais. Quer dizer, o critério é o mesmo de substituição só no redimensionamento que eu tenho autorização prévia. Só uma questão para esclarecer.

P/Marta – Se você quiser a gente te dá autorização prévia também.

P/Toro – Não, por favor, não é essa a idéia. Era só pra esclarecer. E a segunda, a questão do CNEs, como foi colocado pela FenaSaúde, admitir outro meio de prova, porque como você sabe, principalmente com uma dimensão nacional, a gente enfrenta muitos problemas às vezes dos prestadores estarem adequados do CNEs. E até em benefício dos beneficiários ser admitido algum outro meio de prova para demonstrar que efetivamente aquele substituto tem condições de preencher aqueles requisitos. Então somente se possível admitir outro meio além do CNEs na excepcionalidade. De repente eu posso até demonstrar uns equipamentos que ele tem, eu posso apresentar um inventário, alguma coisa.

P/Marta – Eu acho que isso seria possível na total inexistência do CNEs. O que eu não acho que exista. Eu acho assim, o CNEs tem milhões de defeitos, mas ele tem uma quantidade tão grande de prestador ali dentro que fatalmente você vai achar um. Eu acho que o que a gente tem que fazer é o seguinte, melhorar o CNEs para que isso não exista. Aí vamos ver, vamos fazer uns testes pra ver se a gente precisa colocar na total inexistência do CNEs o que quê a gente faz.

P/Toro – E como você muito bem colocou, a 259 supre qualquer outro problema que possa vir a ter desses critérios todos que estão sendo colocados até porque o próprio critério do profissional de saúde, no caso do médico, tá em conformidade com o código de ética médica.

P/Marta – Doutor Zilli.

P/Zilli – Meu nome é Zilli, Associação Médica Brasileira. Bom, eu queria entender de uma forma muito objetiva a opção ANS. A opção ANS tem regra, estabelecimento do mesmo tipo, serviço prestado e tal, profissional de saúde e mesma habilitação profissional. Bom, eu to entendendo que existirá a opção ANS uma substituição cordial. Não tem o estabelecimento de saúde, será credenciado, o outro estabelecimento de saúde não tendo um profissional de saúde, sendo descredenciado será recredenciado outros, bom, essa é a opção. Bom, isso me parece que é feito sob a lógica da RN 259. E nós na MB que a RN 259 é uma RN postulada, mas não vigeu. Ela realmente não funciona. Nós

achamos que na realidade é uma RN, parece que tá no melhor dos mundos. A gente olha pra isso, poxa vida, isso aqui é o mundo ideal. A RN tá funcionando, vai ficar tudo certinho, mas a RN já não funciona. Nós não temos hoje nenhum critério real de que realmente o nível de prestador contra o nível de usuário esteja em uma relação ideal da RN 259. Se a ANS tem isso, ela tem que divulgar. Porque isso é um direito tanto do usuário quanto do prestador, como de todo o sistema. Isso é claro. Então tomar decisões baseadas em uma RN que algumas partes do sistema entendem que ela não funciona, é um negócio meio complicado.

P/Marta – Deixa eu só fazer uma vírgula pra explicar pro senhor.

P/Zilli – Não, eu explico, porque se não eu me confundo. Então realmente eu acho que isso é uma coisa importante. E outro ponto que eu acho importante na discussão do CNEs, eu acho que se a gente não trabalhar junto, vai ser muito difícil que a gente consiga evoluir sob qualquer RN, sob qualquer diretriz. Eu acho que as sociedades, não todas, mas algumas e NB agora tá fazendo isso também, elas têm sim critérios de qualidade de saber quem é quem e aonde tá. Então se a ANS ou se a operadora buscar (ininteligível), ela vai ter essa resposta sim. Isso não é uma caixa preta, tá tudo lá. A (ininteligível) diz isso muito claramente. Se vocês quiserem, pode expor na hora que vocês bem entenderem. Agora eu insisto, se a coisa não for clara e não for trabalhada com todo mundo, a gente vai perder mais uma sexta-feira linda de sol no Rio de Janeiro.

P/Marta – Tá, deixa eu só explicar pro senhor, a idéia não é usar só a 259. Usar só a 259 ia ser dizer o seguinte, a 259 existe e aí não precisa ter a troca um por um. Saiu um, mas se julga que aquele tempo de atendimento ele é razoável e está dentro da 259, eu não preciso nem substituir. Isso seria usar a 259. A nossa proposta é a seguinte, a gente está criando uma regra de substituição. Saiu um, entrou um, saiu um, entrou um, essa é a regra. Como é que eu vou medir se a operadora fez a opção certa de trocar um pediatra por um geriatra. Eu vou medir isso pela 259. Então a 259 ela só serve para eu fiscalizar se aquela troca que ele fez, aquela substituição foi a troca correta. Agora a gente não tá dizendo que a troca vai ser pela 259. Eu estou garantindo que saiu um e entrou um. É diferente, entendeu? Deixa eu só terminar assim, a gente não esqueceu da qualidade e a gente não esqueceu que vocês estão produzindo esses critérios de qualidade. Eu só queria que vocês esperassem a próxima reunião que é o reajuste que a gente tem uma proposta.

P/Zilli – Ótimo, mas assim que eu fiz uma proposta pra você, que nós temos, eu quero ouvir as tuas em relação a 259.

P/Milk – Milk da Associação Brasileira. A questão que eu vi que na comunicação não foi colocada e que a gente vai pegar justamente por causa da 259, já que a questão é que o beneficiário não seja prejudicado, não importa

quanto tempo antes se a operadora tá descredenciando ou é o profissional que tá solicitando o descredenciamento se neste momento zero que ele comunicou a operadora ou ao contrário, a operadora comunicou ao prestador, se neste momento ele vai atender mais dois meses, enfim, isso já vai para a comunicação, porque na realidade o que acaba acontecendo, o mais prejudicado é que fato consumado o beneficiário fica sabendo pós. Então nesse tempo é que ele vai poder dizer se a sua proposta de substituição, porque muitas pessoas que fazem tratamentos, tem o pediatra, tem o cardiologista, ele vai tentar já saber quem vai substituir. E aí provavelmente nesse tempo ele já consultou o novo profissional.

P/Marta – A lei estabelece esse tempo, por isso que a gente não trouxe pra cá. São trinta dias antes. Então é como se fosse um aviso prévio de 30 dias para a comunicação. Isso pode acontecer e aí isso acontece de diversas formas. Uma é o beneficiário falar pra gente assim: Eu queria a Doutora Jaqueline, só queria ela. E a Doutora Jaqueline saiu. Essa é a maior queixa que a gente recebe. E aí isso não tem jeito, a Doutora Jaqueline saiu e entrou a Doutora Michele. E eu não gosto da Doutora Michele. Isso vai acontecer. Acontece direto e a gente não tem nada pra fazer. O contrário é ela falar assim, sai a Doutora Jaqueline, entrou o Doutor não sei quem, mas eu consegui marcar com a Doutora Adriana. Isso tudo que a gente vai checar pela 259 e o tempo é 30 dias. Vamos lá, eu tenho o Luis Felipe, a Unimed que eu esqueci o nome, alguém que falou o dedo aqui, me falaram CBO, você que eu também não sei o nome, Denise, vamos lá... Agora é Luis Felipe, Anape .

P/Luis Felipe – Eu fico feliz que a questão da qualidade vá ser contemplada no índice, mas acho importante que a questão da qualidade seja contemplada aqui também. O parágrafo quarto do inciso quatro da 9656, desse mês do artigo 17 que foi o captcha alterado, ele fala explicitamente a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente. E a gente tem uma ferramenta que é a creditação, que pode ser usada para tratar dessa questão da qualidade. Então eu não to vendo por quê tratar da qualidade só na questão do índice, não aqui na questão da equivalência.

P/Marta – Porque eu fui até o segundo degrau, não consegui descer até o décimo. A qualidade é o décimo degrau dessa escada. A gente vai chegar lá. Eu acho assim, se a gente atropelar ao invés de descer degrau por degrau, a gente se jogar da escada, a gente vai chegar lá toda arrebetada. Se a gente descer a cada degrau da escada com o pezinho bonitinho, a gente vai chegar no décimo degrau não é hoje. Daqui a dois anos, três anos, mas a gente vai chegar inteiro. Então eu prefiro chegar inteira, eu tenho três anos pra viver aqui (risos) na agência e eu espero que eu chegue no final ainda viva. Então eu optei por descer degrau por degrau. E aí eu queria que vocês guardassem no coração de vocês essa coisa da qualidade pra gente discutir na semana que vem.

P/Luis Felipe – Mas quando a gente fala, por exemplo, nos casos específicos dos hospitais, a gente tem centenas de hospitais acreditados já no Brasil, é uma ferramenta...

P/Marta – Luis Felipe, a gente não consegue usar a qualidade agora. A gente tem 5.000 hospitais, a gente tem beneficiário no Pará, em Roraima, no Amazonas... Não tem... Instituições eu acredito. Têm alguns. A gente tá com essa lista lá, porque a gente tá usando essa lista e eu vou soltar um indicador disso daqui a duas semanas. A gente vai divulgar pra todo mundo quantos hospitais acreditados existem na rede de cada operadora. E é péssimo Paulo, é péssimo. É de doer o coração. Então eu tô dizendo: Não dá. A gente ia se jogar da escada e ia chegar lá embaixo morto. Tá, deixa eu seguir. A Jaqueline também quer falar, vai falando... Unimed, CBO, Denise e alguém... É físico você também? Alexandre? Eu não... Você é quem? Abramge...

P/Voz não identificada – Um comentário sobre essa questão da qualidade, a gente tá tratando de uma norma que vai trazer uma regra pra todos. Na visão da contratualização. Isso não impede outras medidas de indução na qualidade da rede que a agência vai continuar fazendo. Aqui é uma regra obrigatória que todo mundo deve cumprir, então a gente deve ter uma noção do potencial de todos os serviços cumprirem isso. Quando a gente pensar em equivalência, tem que considerar todos os serviços. Não as centenas que são acreditadas, mas são 5.000 hospitais, por exemplo, então tem que ser uma equivalência que caiba para todos. Mas a gente continua com muitas medidas e a perspectiva da gerência é essa de induzir a qualidade da rede, ao necessariamente por medidas obrigatórias, RNS, enfim...

P/Daniel – Daniel, Unimed. Na verdade eu queria um esclarecimento. Pelo que eu entendi da opção da ANS no slide anterior, eu vou ser obrigado a fazer a substituição sempre, quer dizer, além dos critérios da 259 eu vou ser obrigado sempre a fazer uma substituição e o que me preocupa, principalmente para o sistema Unimed que tem uma abrangência nacional, 85% do território nacional são cobertos por singulares Unimed, como que eu vou fazer essa substituição em casos...

P/Marta – Daniel, você pode aguardar dois slides e depois mais quatro slides que a gente vai falar só das cooperativas? CBO. Quem levantou a mão? Esqueceu? Vamos lá, Denise. Denise...

P/Denise – Bom, bom dia a todos e a todas, eu represento o conselho nacional de saúde, todo mundo sabe, é um organismo de controle social da sociedade e que tem em sua composição representantes de trabalhadores da saúde, usuários, prestadores de serviço e governo. Então é uma situação bastante complicada aqui pra nós ficar escutando todas essas ponderações. Mas eu queria fazer uma observação e eu acho que em uma hora como essa é muito difícil a gente não trazer experiências pessoais. Naquele slide anterior que

vocês estavam falando sobre as formas de comunicação ao beneficiário, a minha mãe tem 81 anos de idade, a pouco tempo atrás ela estava com suspeita de tuberculose, porque a empregada foi a óbito por tuberculose, e aí a gente vai fazer um raio x. E o raio x ia ser marcado, era agosto, e só tinha vaga para 6 de novembro pela Unimed Rio. Então é curioso que a gente só tenha 30... Vamos imaginar que a gente tivesse, que eu acordo e falo assim: Ah, eu quero fazer um raio x, que é uma coisa que quando a gente acorda, a gente quer fazer. A gente acorda e fala o que quê eu vou fazer hoje? Vou ver um domingo de sol, um dia lindo ou vou fazer um raio x? A gente só faz um raio x se a gente precisar de urgência. E aí só tinha para 6 de novembro. Então vamos imaginar que ela tinha marcado para 6 de novembro e ela acordou com vontade de fazer. Aí a gente precisa de 30 dias para notificar o descredenciamento. Então eu to em agosto, você ta entendendo bem? Eu to em agosto, 30 dias antes eu tenho que ser notificado do descredenciamento e eu to marcada pra novembro, é isso? Eu to entendendo certo? Essa é a minha primeira dúvida.

P/Marta – Tá, que ótimo.

P/Denise – A outra dúvida. É o slide seguinte Marta, que eu queria voltar um pouco a equivalência da substituição e eu não sei se isso atende as necessidades, porque eu acho que não atende, porque o direito a saúde, ele tem que ser para todo mundo e tem que ser amplo. Mas a questão da troca do profissional de saúde só pela mesma habilitação profissional, ainda que você tenha dito que a questão da especialidade não pode entrar, não seria o caso de considerar o serviço prestado também na troca do profissional de saúde? Então eu acho que mais ou menos você contempla... Porque assim, se você não pode colocar especialidade, então seguindo o que a Marlene ta falando, não vamos trocar sub CBO se a gente pode falar assim, CBO por CBO. Mas a descrição do serviço não aproximaria um pouco da especialidade? Se eu não posso amarrar pela especialidade? Aí eu não sei, eu to fazendo uma pergunta para todo mundo. Já que eu não posso colocar habilitação, especialidade profissional por mesma habilitação e mesma especialidade profissional. Eu não posso colocar a mesma habilitação profissional e serviço prestado? Isso não ajudaria... Não acabaria chegando na especialidade? E de todo modo Marta, eu sei que esse não é o objetivo dessa discussão, mas eu acho que essa questão da cobertura essencial e do volume de cobertura existencial, a gente ___ a discutir isso.

P/Marta – É, a Denise colocou duas coisas importantes. Assim, isso que ela falou vai acontecer. Hoje a gente tem marcações muito postergadas, seja por dificuldade de acesso, seja porque eu agendei mesmo pra frente, eu posso ter revisões agendadas a x tempo com aquele meu médico que no meio do caminho saiu daquela rede e eu não vou ter mais aquela agenda. E aí Denise qual é a nossa preocupação? É que hoje essa agenda caia e você só vá

descobrir no dia que você for lá. O que eu gostaria é que se essa agenda caísse, porque ela pode cair, você descobrisse antes. Então a gente não tinha pensado nisso, mas a gente pode pensar em algum mecanismo de ir conhecendo aquela agenda, seja o prestador, seja... Porque essa agenda tá lá no prestador, não tá na operadora. E ele sabe que em 30 dias vai ser descredenciado para aquela prestação daquela operadora, então eu não tenho como colocar obrigações para o prestador, então tem que pensar algum mecanismo, mas eu coloquei aqui na minha lista de preocupação, tá? Outra coisa que eu ia falar pra você é o seguinte, a gente tá usando o CNEs. O CNES tem uma descrição, que é uma descrição por equipamento, que é esse o pleito do Carlos, então tem lá os equipamentos e eu tenho que abrir CNEs por CNEs. Eu não tenho isso como uma classificação, mas nos equipamentos que eu tenho naquele lugar, eu tenho isso. E tem uma descrição genérica desse lugar que também é CNEs pro CNEs, as vezes tá preenchida, as vezes não tá preenchida, então a gente tá buscando aqui alguma coisa que eu tenha garantia que eu vou ter como checar e eu vou ter como montar. Toda regra que a gente faz, a gente, pelo menos eu, tem a preocupação de fazer a regra, olhar essa regra acontecer por algum tempo e aí a gente já está se comprometendo na equipe a regulamentar essa RN por várias RNS, então a gente vai fazer uma RN mãe bem genérica e a gente vai fazer várias INS que é um instrumento mais detalhado, só que para cada assunto a gente vai fazer uma IN diferente. Por quê? Porque se der confusão em um determinado ponto, eu revogo aquele ponto e faço de novo. Não fica tudo junto naquele bolo que depois eu tenho que rediscutir tudo, então cada item desse vai estar em uma IN diferente, a IN que não deu certo, a gente senta aqui ano que vem de novo e rediscute. E aí com isso eu posso avançar em alguns pontos. A gente tá tentando ser extremamente realista na hora que a gente tá colocando isso aqui e a gente tá abrindo o nosso coração. Olha, dentro da realidade de sistema e da realidade que eu tenho hoje, é o que eu consigo ter concreto na minha mão.

P/Denise – Então só pra continuar aqui a minha dúvida. O critério para a equivalência de substituição, o critério para a notificação de que vai sair da rede, 30 dias, tudo bem. Agora aí não está escrito, o critério, uma vez que eu descredencio uma unidade, eu tenho 30 dias, a substituição se dará no prazo dos 30 dias? Quando você souber que uma instituição vai ser descredenciada em 30 dias, no 31º já haverá a entidade substituta? Tá bom. Então quando a gente tem dificuldade? Aí eu to falando como usuária da Unimed Rio, que a gente tem muita dificuldade pra marcar exame. Então a Unimed Rio, por exemplo, se eu não consigo marcar na rede eu tenho que me comunicar com eles e eles têm prazo de 7 a 14 dias para conseguir marcar o exame pra mim. Então eu não sei como fica Marta, mas assim.

P/Marta – Eu também não, porque a Unimed não cai nessa regra.

P/Denise – Não, eu sei que não cai, mas eu to dizendo assim, vamos usar como outro exemplo. Eu sei que não é só Unimed Rio, vai ser outras operadoras de plano de saúde. Então você tem, se você tem um prazo, quando você não consegue, você como usuário do sistema, não consegue marcar um exame e aí você recorre a empresa e a empresa tem um prazo para ligar pra você e dizer que conseguiu marcar um exame. Mesmo que seja em uma localidade geográfica completamente diferente? Porque isso é uma coisa importante. Então eu moro no Maitá, o cara me conseguiu exame lá em Madureira. Mas nem que ele me pague o táxi eu levo minha mãe em Madureira pra fazer o exame. Então eu prefiro pagar. E aí a minha dúvida é, se vamos voltar ao meu exemplo, eu estava em agosto e só consegui o exame dia 6 de novembro. Tem que ser estabelecido um prazo para a ANS, eu não sei a ANS vai entrar no circuito, se é a própria operadora, se é a nova operadora que vai ter que garantir a marcação desse exame, mas alguma solução tem que ser dada.

P/Marta – Ok, eu anotei alguma coisa dos 30 dias aqui, a gente vai pensar alguma coisa nesse sentido. A operadora você mantém a mesma, o que a gente ta trocando aqui é o prestador. Espera aí que agora eu me perdi na minha listinha. Alexandre. Eu só tenho Alexandre e alguém que gritou Abramge, mais ninguém. Virginia e acabou, ok?

P/Alexandre – Alexandre Trisando Conselho Federal de Psicologia. Marta, eu queria chamar atenção aqui, que eu acho que a gente não pode perder de vista, a intenção do legislador quando propõe e define a lei 13003, sem dúvida ela é em prol e pensando muito no beneficiário. Só que me preocupa, antes até de falar de substituição o ponto anterior da comunicação. Quando se fala em comunicação beneficiário a gente, foram apontados alguns problemas que ocorrem e no final das contas se chega a uma simplificação por uma, novamente uma simples informação no site. Então a idéia de uma comunicação eficaz, eficiente, eu acho que ela se perde bastante aí. Então aquela intenção se dilui. Agora quanto a substituição, substituição pra mim remete a troca, então é uma idéia de garantir que nessa substituição se haja uma troca equivalente por aquilo que sai e aquilo que entra. Isso amplia o conceito de substituição, essa é a minha dúvida para se falar de credenciamento, descredenciamento e na verdade um redimensionamento. Então substituição se amplia e ver a discussão de redimensionamento como você colocou e eu concordo que é essa questão de redimensionar o plano para a realidade da carteira, mas a garantia da substituição acaba se perdendo. Então eu queria saber quando que essa entrada e essa saída se torna nesse conceito ampliado de substituição e se a idéia é garantir a continuidade de um tipo de serviço, ela acaba novamente se perdendo nessa questão e eu fico preocupado nessa releitura da intenção do legislador, que se daqui em diante a gente seguir diversos pontos que havia uma intenção original e aqui eu

entendo que ela acaba sendo, vamos chamar, de releitura disso, a gente vai na prática não modificar nada, não vai atentar para aquilo que foi pensado, daí a importância da lei e pode se perder. Então eu acho que a ANS pode ter esse ponto de alerta de atenção constantemente ao longo dessa discussão. A gente amplia os termos, não se acha soluções simples, desculpa, do possível e ampliável e não atente ao clamor da sociedade, aos beneficiários.

P/Marta – Gente, olha só, a gente não falou em nenhum momento de redimensionamento, a gente tem um slide aqui que fala de exceção e a gente vai falar, não tem exceção, não entendi. Assim, a gente tá falando o seguinte, que na hora de comunicar, a gente vai comunicar quem entrou e quem saiu e se aumentou a gente vai comunicar também, ela tem que saber as mudanças que tiveram naquela rede. Não é isso gente? O que quê é não? Agora eu me perdi, vamos lá. Tenta explicar aqui pra gente.

P/Gabriel – Perdão, Gabriel do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. O Doutor que acabou de falar ali agora, eu entendi Marta, quando ele falou de redimensionamento, quando eu falo da oftalmologia, você tirar um oftalmologista pra colocar um pediatra, pra colocar um cardiologista, por exemplo. Aí tá resistindo um redimensionamento e não a substituição de um profissional por um mesmo profissional. Aí eu acho que ele deixou isso muito a margem não é mesmo Doutor, e você fica colocando a substituição e expandir o significado de substituição quando você não tá substituindo, tá redimensionando.

P/Marta – Ok, isso não se chama redimensionamento, só pra gente não confundir. Existe uma regra de redimensionamento na ANS, que é o seguinte, você tinha 10, fica com 5 e não bota ninguém no lugar. Isso se chama redimensionar para baixo, porque você redimensionar para cima. E não é isso que a lei fala e não é isso que a gente tá falando, ok? Então a gente tá falando de substituição. Dentro de substituição a lei fala assim: A ANS criará critérios para equivalência. O que a gente tá dizendo, é que no nosso critério de equivalência cabe isso. Não é redimensionamento. O número de profissionais daquele registro, daquela habilidade profissional continua o mesmo. Ok? Então vamos lá. Abramge. Aí alguém da Abramge gritou, depois a Virginia e aí o Paulo.

P/Ricardo – Ricardo da Abramge. Tratando primeiramente sobre a questão da substituição em si, eu entendo da mesma forma que você colocou e acho sim que a RN 259 seria um termômetro para avaliar essa suficiência de rede. Porque conforme o Doutor Zilli colocou, por exemplo, eu acho que tá disponível, por exemplo, a ANS tem isso no site, que a RN 259 é um termômetro sim de melhoria de atendimento. Porque em todos os trimestres o número de reclamações vem caindo e as operadoras sofrem com a 259 com relação a isso. Então nós somos os últimos e os maiores interessados em que

a 259 seja utilizada, porque isso nos prejudica. Então ela sim é um termômetro de mercado. E a substituição, depois você veio fazer a ressalva, acho que ela sim, teria que seguir as regras da 259, porque a lei se pautou para fazer isso para garantir atendimento. Pra manter a suficiência de rede. E a suficiência de rede pode ser mantida pela 259 de uma forma muito clara, porque trimestralmente há essa análise. Outra coisa, a Jaqueline colocou uma questão muito boa, que é com relação as outras formas de fazer essa substituição. Essa questão de qualidade de especificidade. O CNEs não é a ferramenta ideal, mas é o que temos para trabalhar hoje, então essa opção da ANS colocar, substituir médico por médico sim, sobre o risco do que? De nacionalmente criarmos problemas regionais. Por falta de médico, por falta de especialidade, então acho que isso realmente é um termômetro para ser feito. Outra questão, qualidade. Eu acho que realmente os dez degraus que você colocou Marta, eles são plenamente possíveis de serem atingidos. Hoje nós não temos isso, quer seja uma realidade nos hospitais que nós temos aí, as creditações e tudo mais e outros segmentos, a gente não tem odontologia, por exemplo, é uma coisa realmente meio deficitária, que é um mercado também que vem crescendo. Então eu acho que realmente tem que ser pensado dessa forma, qualidade e especificidade nesses termos que estão sendo colocados, tem que realmente esperar um pouco pra passar a integrar essas, na verdade critérios de substituição sobre o risco de a gente tornar inviável.

P/Marta – Deixa eu só pegar uma coisa que o Alexandre falou que é importante. Como a gente tava falando aqui de qualidade, eu nem coloquei isso, mas na outra reunião eu coloquei isso de uma maneira muito importante. Aí o Paulo, o Carlos brigam comigo e falam assim: A gente tem critério de qualidade! Pra clínica, pra patologia, pra radiologia, pra cardiologia, essa lei fala de profissionais da área da saúde. Então assim, prestadores, então assim, eu não posso fazer uma regra que seja específica para um grupo, no caso o médico. Eu preciso fazer uma regra que caiba para os psicólogos, para os nutricionistas, para os fisioterapeutas, enfim, a gente precisa fazer isso crescer de uma maneira que comporte tudo isso. Virginia, Paulo e Marlene e acabou gente, ok? Virginia.

P/Virginia – Eu queria só chamar atenção com relação a essa questão de considerar o serviço prestado. Indo também por essa idéia da escadinha, hoje é muito difícil de a gente considerar todo o serviço prestado, porque pode, a gente pode chegar a um ponto de ter um prestador que 99% do atendimento dele é focado em alguma questão, mas ele presta outro serviço que eu não vou conseguir um substituto. Então levando em consideração a gente ta fazendo uma norma pra toda a abrangência geográfica desse país que não é pequena e que a gente não vai conseguir fazer essa troca de serviço prestado, pelo menos que nesse momento fosse observado, então o CNEs, ainda que ele não

seja o ideal, mas é a ferramenta hoje disponível, mas tomando cuidado com essa questão de serviço prestado.

P/Marta – Não entendi, você acha que não é possível substituir patologia por patologia, é isso?

P/Virginia – Exato.

P/Marta – É, mas aí também a gente precisa avançar de alguma maneira, porque se não eu tenho que manter a mesma lógica para a regra como um todo. A gente chegou a discutir SADT por SADT, mas aí a gente poderia criar de verdade um problema importante. Paulo e Marlene e acabou.

P/Paulo – Obrigado. Marta, eu continuo, não fui convencido sobre a simplicidade que tem que ter a regra. Tem um detalhe que eu queria lembrar, se eu permitir na regra que se troque um serviço com acreditação por um outro do mesmo porte sem acreditação, eu vou desincentivar a acreditação. Por quê eu vou desincentivar a acreditação? Eu to beneficiando o infrator. Eu vou beneficiar a não acreditação, porque o custo dela é menor. Então como é a mesma coisa, como todo mundo é japonês, o plano substitui por um preço menor. Conclusão, a agência se fizer dessa maneira, está fazendo um desserviço à sociedade no meu prisma. Eu acho que tem que ser simples, porém a acreditação é acreditação. A gente pode pensar que é uma brincadeira, mas eu já vejo empresas quando chamam para prestar serviço de licitação, constam pela creditação. E eu vejo a empresa pública com acreditação, os não acreditados, porque está inibindo a concorrência. E não é possível que uma agência reguladora chegue nesse mesmo caminho.

P/Marta – Ok Paulo, assim, eu concordo com a sua lógica. Eu preciso criar meios para que essa lógica funcione nessa regra. Para isso eu to criando outras regras para que a gente tenha um número suficiente de rede para que elas sejam permutáveis, então, é porque a gente ta discutindo só essa regra, a gente ta discutindo só essa regra nesse momento. A gente ta criando incentivos para que as pessoas se acreditem, porque isso também é importante, não é só você credenciar, as pessoas também têm que se acreditar, então por isso que a gente colocou essa discussão no reajuste que tem um peso maior pra gente chegar nesse lugar e a gente ta criando outras regras de estímulo de divulgação dessa rede acreditada. Então tem outras regras no paralelo e junto com a parte do reajuste pra conseguir dar conta disso pra um dia a gente dizer é equivalente quem tem o mesmo nível de acreditação, porque a gente pode chegar no nível de acreditação.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Paulo – Beneficiar o infrator, só a última frase (risos) eu não to com ponto como a Dilma e o Wilson não estão soprando lá de longe, mas ele ta me apoiando.

P/Marta – Marlene.

P/Marlene – Eu vou insistir Marta na questão da equivalência. Então assim, consultando agora o nosso procurador jurídico do Coffito, eu quis saber exatamente qual que é o significado da palavra equivalência que está na lei. Não é Dr. Hebert?

P/Hebert – Bom dia a todos Hebert Chemicatti procurador chefe do Coffito. A questão, apesar do critério da discussão ser simplicidade, é importante que seja assim mesmo, mas a simplicidade não pode substituir interpretações jurídicas, sobretudo teleológicas. A finalidade pela qual a lei 13003 foi promulgada, é que deve citar erimente para a nossa, as conclusões que chegaremos. Sobretudo equivalência. Sabemos equivalor. Valores iguais. E valor é um conceito de maior amplitude do que uma nomina somente. Fisioterapeuta por fisioterapeuta, médico por médico, hospital por hospital não é valor, é nomina. Portanto a sugestão aqui do conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional é que levemos a discussão para o campo da finalidade teleológica da norma. Sob pena da ANS, um trabalho de extrema maestria que está fazendo não atender aquilo que conforme aqui o Doutor da psicologia bem disse não atender aquilo que o legislador pátrio determinou.

P/Marta – Sabe qual é o problema? É que dentro dessa epistemologia que a gente ta discutindo, a lei fala que quem dá o valor sou eu. E é por isso que a gente ta aqui pra discutir qual é o valor que eu vou dar. E aí assim, se ele tivesse dado o valor eu seria a pessoa mais feliz do mundo, que não ia ter que ta aqui no meio dessa confusão, mas ele não deu, ele falou assim: Quem vai dar isso é você, a ANS. E estamos nós aqui. Então podemos agora que fechou passar por outro slide, pelo amor de Deus, a Jaqueline vai ler e eu vou ao banheiro.

P/Hebert – Por favor, só um esclarecimento? A senhora esqueceu do Équo. Equivalor.

P/Marta – Que é essa equidade que eu to dizendo, eu to dizendo que equidade é registro profissional e CNEs. Eu que tenho que dar isso, esse que é o meu problema.

P/Marlene – Bom, ainda no critério da substituição, além da equivalência da forma de comunicação, a gente tem que definir a abrangência, a área geográfica de abrangência dessa substituição. Então o que chegou de contribuição foi substituir por outro estabelecimento em qualquer dos municípios que compõe a área de abrangência do produto. Substituir por outro

estabelecimento no mesmo bairro na hipótese de não existir prestador que preencha os critérios de equivalência será permitida a substituição por profissional em região adjacente. Respeitando os critérios de porte e especialidade que algumas já falaram aqui da questão do porte. Não há obrigação de recompor de forma numérica os médicos demissionários, desde que garanta o cumprimento da RN 259. Esta RN garante ao beneficiário assistência para casos de indisponibilidade e inexistência de prestador na rede. A mesma lógica, algumas contribuições vieram com a lógica de que a 259 estaria atendendo ao artigo da substituição. E a contribuição 4, caso não seja possível a substituição deverá ser pelo menos mais próximo do possível nos termos da RN 259, então se não existisse o prestador naquela abrangência geográfica, garantir pela 259. A opção que nós estamos trazendo para discussão, a região de saúde nos mesmos termos pelo que é definido pela 259, então a substituição teria que ocorrer dentro da mesma região de saúde onde se localiza o prestador que será substituído considerando preferencialmente o escalonamento, município, município limítrofe e região de saúde em último caso. Então... Tá aberto para discussão.

P/Marta – Denise...

P/Voz não identificada – Antes de discutir me tira uma dúvida ali, porque a região de saúde é o primeiro critério e aí depois ele vira o último caso?

P/Marta – Preferencialmente respeitando... Região de saúde é o máximo, você não pode substituir para além da região de saúde, mas respeitaria o escalonamento, o município, o município limítrofe e região de saúde. Preferencialmente esse escalonamento. Daniel, Gabriel, mais alguém inscrito? Mais alguém inscrito? Daniel, por favor.

P/Daniel – Vamos lá. Daniel, Unimed do Brasil. Eu to ouvindo o pessoal falar sobre essa necessidade de equivalência e to me questionando, até parece que vivemos no país em que há essa oferta de prestadores, principalmente em alguns estados do Brasil. Então nós temos realmente uma dificuldade muito grande de encontrar e essa obrigatoriedade de fazer essa substituição nos preocupa bastante para o sistema que tem operadores em todo o território nacional dos cantões desse país. Substituir prestador em São Paulo, no Rio de Janeiro é uma coisa, substituir os cantões do país é outra. Com relação a proposta da agência, eu queria entender o que vocês estão pensando preferencialmente. Quer dizer, no município se existir, mas não quiser fazer negócio comigo. Eu vou por (ininteligível) ou eu vou pela região de saúde, qual que é critério que vocês vão adotar para definir isso preferencialmente?

P/Marta – Tá aberto pra discussão, mas a idéia seria um pouco essa de garantir que fosse no mesmo município. Se você não consegue esse prestador no mesmo município como você colocou, às vezes não existe, você vai para o

limítrofe, sendo o limite máximo na região de saúde, até porque o critério de equivalência já está bem abrangente.

P/Daniel – Eu só queria, isso não existe, é só um cuidado, não existe, quer dizer, se ele não quiser negociar comigo, se ele não quiser me atender, porque só existir não é o critério que me parece condizente.

P/Marta – Olha, a Unimed ta dando muito pitaco, eu acho que a gente tira aquele slide lá e bota a Unimed dentro da história, entendeu? Eu to achando que é melhor. To brincando, to brincando. Você tem prestador, to brincando. Quem é agora?

P/Gabriel – Desculpe, Gabriel do CBO, Conselho Brasileiro de Oftalmologia. To atrapalhando aqui né? Quando a gente fala de substituição, você substituir, por exemplo, na prática um serviço de oftalmologia que funciona no centro do Rio de Janeiro, são situações hipotéticas e naquela região você credencia não o oftalmologista, mas, por exemplo, um ginecologista, os beneficiários que estavam acostumados a serem atendidos no centro da cidade agora terão que se remeter, eu to dando um exemplo, para o Méier, porque talvez seja o oftalmologista com uma subespecialidade, ou enfim, que atenda uma região mais próxima. Como é que fica essa situação? A meu ver a contribuição da ANS é válida, mas aquela contribuição dois tem um forte apreço. A contribuição do mesmo bairro. Você ta acostumado a ser atendido em um bairro próximo e de repente aquele médico e descredenciado e agora é credenciado três, quatro, cinco bairros longe. A Doutora que estava aqui expôs a questão da mãe dela que teve que ser atendida em Madureira. Nem foi. Era atendida no Leblon e teve que ser atendida em Madureira porque o convênio descredenciou, o prestador que exercia ali na localidade...

P/Marta – Gente, calma...

P/Gabriel – Eu to dando um exemplo, é uma situação hipotética. Isso se aplica no Brasil inteiro. A substituição por um profissional mais próximo possível, a equivalência que tem um porte obviamente semelhante aquele profissional que foi descredenciado ou isso não é relevante. Coloca bem distante onde tiver uma adequação.

P/Marta – Vamos lá gente, olha só, ele deu a opinião dele, vamos voltar. Cada um pode dar a sua. Gabriel, a gente entende, compreende, mas o mais próximo possível dentro das regras que a gente tem, essa é uma que faz parte de milhões de outras, é o município. Esse é o menor, área limítrofe que a gente tem dentro das regras. Tem município desse tamanho e tem município enorme. Não tem jeito. Agora agente dividir isso por bairro, realmente a gente ta há alguns anos de distância de conseguir monitorar isso e identificar por bairro, fiscalizar e saber que tem naquele bairro. A gente tem bairros de altíssima concentração de profissional, Copacabana é um exemplo. E a gente tem

bairros de baixíssima contratação profissional, que é do lado. Então a gente, São Conrado... Então assim, a gente tem que relativizar um pouquinho o que quê é bairro. Benício.

P/Benício – Benício, Conselho Federal de Odonto. Eu acho que nesse critério, primeiramente a gente tem que saber se a saída do prestador foi por opção dele ou por doença. Ou se a operadora resolveu substituir. No momento que a operadora resolve substituir aquele prestador, ela tem por obrigação manter as mesmas características da anterior, do que estava naquele prestador ali. Quando não aí ela vai seguir a regra do item 2, o município mais próximo e assim por diante.

P/Marta – Zilli.

P/Zilli – Eu não quero ser repetitivo, mas já sendo. Eu acho que a gente ta discutindo aqui em termos de intenções. Mas trazendo para práticas que a 259, me parece que todo mundo ta aceitando, dizendo que ela ta vigeu e que ela funciona muito bem, não é a nossa leitura. A nossa leitura é que ela não funciona bem, não ta vigeu e não é aceita. Eu acho muito simples acabar com isso aí. É a só a ANS, já que tem esses valores em suas mãos, publicar realmente a 259 e os seus vários aspectos, como ela ta sendo efetivada em todo o território nacional. Porque isso vai acabar com a grande discussão, porque o que nós vemos hoje é uma coisa muito simples. Quando uma operadora substitui, explica por que quê determinado prestador foi descredenciado e se descredenciou, ele falou, nós temos toda a rede que ta atendendo a RN 259 e não é isso que a prática demonstra, o que a prática demonstra é exatamente o contrário. Que cada vez mais seja por inclusão de carteira seja por exclusão de usuário, digo de prestadores, o usuário ta cada vez mais prejudicado. Eu não consigo acreditar que os prestadores não tenham, seria duvidar muito da organização de cada um, mantenham uma lista mínima de proposições de inclusão no seu quadro de prestadores. Porque o que a gente ouve todos os dias é que existem prestadores querendo prestar serviços para determinadas operadoras e não são aceitos porque realmente a cota ta cumprida. Então essa lista obviamente que as prestadoras tem até em termos de qualidade. Não tenha dúvida que assim que (ininteligível) tenham os seus critérios de qualidade, as operadoras obviamente tem que ter, porque isso é uma responsabilidade perante o próprio usuário. Então qual é a dificuldade disso? Ta havendo, desculpe, falta de transparência. Essa é a opinião minha e da MB.

P/Marta – Gente, então vamos só recapitular? Assim, não estamos aplicando a 259. Estamos usando, a gente ta falando dela, porque ela, Doutor Zilli, olha só, ela é parâmetro...

P/Zilli – Desculpe, perdão, então eu não to entendendo. O número mais falado aqui essa manhã foi 259. Se eu não to aplicando como é que faz?

P/Marta – Isso. São resoluções que estão intimamente ligadas. A gente tá criando regras para a substituição... Estamos falando desse assunto aqui. Meninos olha só, a minha voz é baixinha, vamos lá? Então assim, a gente tá criando regras para a substituição de prestadores. As regras são, equivalência no CNEs, área geográfica, se tem ou não tem exceção... Como é que a gente vai fiscalizar isso tudo se ela cumpriu pelas regras que a gente escreveu, botou lá no site, trocou um por um, conseguiu na mesma área de abrangência, avisou com 30 dias, cumpriu todas as regras novas que a gente criou? Cumprimos. Isso teve um efeito esperado no beneficiário no acesso dele, como é que a gente vai medir isso? 259. É isso. Ok? É difícil porque é uma regra imbricada na outra. Uma regra vai medir o efeito de uma outra regra que a gente tá criando aqui hoje.

P/Zilli – Maravilhoso, maravilhoso Marta. Eu só gostaria de saber hoje se essa maravilha já existe, se a 259 é essa maravilha que você tá falando.

P/Marta – Existe.

P/Zilli – Então publica pra gente.

P/Marta – Doutor Zilli, vamos lá. A regra existe. Tem um monte de dedo, deixa eu só terminar de falar pra eu não me perder. A regra existe, ela tem suspenso planos periodicamente, as operadoras tem sim montado estruturas dentro dela pra dar conta da 259, aí o senhor vai perguntar assim: A ANS tem que melhorar na fiscalização, eu vou responder: Tem. Ali atrás a gente tá com a Barbara, Barbara levanta a mão. Que hoje é a responsável pelo aprimoramento da fiscalização que é decorrente da regra da 259, então a gente também tá correndo atrás disso. Não é porque uma regra existe e a gente não tá conseguindo chegar nela da maneira que a gente gostaria, que a regra é ruim. Às vezes a regra é boa, mas a gente precisa...

P/Zilli – Esse é o segundo ponto, ela existe, não é ruim, mas não tá sendo aplicada na sua totalidade, então não pode ser usada como parâmetro de uma nova regra.

P/Marta – Ok, mas ela é um parâmetro único que a gente tem pra fiscalizar. A gente pode chegar daqui há dois anos e a gente vai precisar da participação de vocês e falar assim: Parou o mundo, agora a gente vai criar parâmetro e dimensionamento e suficiência de rede na saúde suplementar. Então a gente vai parar a saúde suplementar inteira e vai falar assim: Suficiência de rede na saúde suplementar são dois pediatras para cada 1.000 crianças, três ginecologistas para cada... Para fiscalizar isso a ANS ou a operadora precisam controlar a agenda dos médicos.

P/Zilli – Eu já falei que na outra geração vou vir com seu charme e inteligência pra colocar as coisas da maneira que você coloca, mas eu continuo não concordando.

P/Marta – Não, mas a gente não precisa concordar, a gente só não precisa brigar. (risos) O Egberto levantou a mão, mas você tinha levantado a mão antes, aqui. Mas alguém tinha levantado a mão antes, Marlene.

P/Voz não identificada – Eu só queria fazer uma consideração sobre a 259 mesmo ela não sendo objeto dessa discussão, mas ela tem permeado essa discussão. Pelo menos em relação ao nosso campo de atuação eu to falando como representante da Unidas, a 259 nós temos seguido ela rigorosamente, ela tem tido uma alta aplicabilidade, nós desenvolvemos vários recursos internos pra poder dar conta disso, estamos tendo problemas seriíssimos sobre o aspecto negativo da 259. Que aspecto negativo da 259 tá muito presente impactando a gente? Nós estamos tendo o desinteresse de profissionais anteriormente credenciados em continuarem credenciados por estarem utilizando o recurso da 259 para cobrarem valores cinco, dez vezes superiores ao valores da (ininteligível) já estamos fazendo esse levantamento e esse levantamento depois vai ser objeto enfim de discussão e alguns encaminhamentos, mas algo que podia ser interessante para organizar sistema e nós estamos falando de organização de sistema de saúde, aproveita se em determinados momentos o espírito da lei que é muito interessante, que é para garantir cobertura e assistência a população e uso inadequado da lei é feito por determinados interessados ao invés de olhar o conjunto e a sobrevivência do sistema. Então é interessante essas discussões na ANS, porque muitas vezes assim, as vezes as pessoas observam muito o seu próprio umbigo. Como se ao falar de qualificação da rede de acreditação nós tivéssemos restringindo a Rio, São Paulo e Minas Gerais. Nós continuamos amplamente na ANS, todo o processo de remuneração de qualificação e chegamos aquela proposta de qualificação por conta da dificuldade das diferenças em âmbito nacional para estabelecer regras. Então toda vez que eu penso em regra, eu tenho que pensar em regra de aplicação nacional e não regra de aplicação localizada. E a mesma coisa quando nós discutimos 259, é muito fácil esse tipo de situação quando você trabalha, por exemplo, com planos locais, com localidade, por exemplo, quando você tem uma oferta expressiva de serviços, entretanto, como o nosso caso de abrangência nacional que nós vamos por determinados (ininteligível) ou cantões, como disse o colega, a nossa dificuldade é enorme e nós temos garantido fielmente o cumprimento da 259 até porque nós sabemos que se isso não for cumprido, a nossa população tem denunciado a ANS e nós estamos sujeitos a sanções que não nos interessam.

P/Marta – Só um minuto, claro que vamos. A gente já está na... Olha só, Egberto e Marlene, vocês deixam ele falar? Pode falar. No microfone, no microfone.

P/Voz não identificada – É bem rapidinho. Isso que o nosso amigo representante da Unidas falou, nós estamos cobrando delas mesmo, sei lá quantas vezes, é porque os contratos deles são muito ruins.

P/Marta – E a gente vai melhorar agora.

P/Voz não identificada – É isso aí, mas então não é agora o assunto. Ele não tem médico, porque paga muito mal.

P/Marta – Que a gente também vai melhorar agora.

P/Voz não identificada – Então não cabe fazer esse tipo de observação agora.

P/Marta – Então vamos lá. Egberto e Marlene. Cadê o Egberto? Tá lá. (risos) Vamos lá gente, vamos concentrar, vamos concentrar que a gente ainda tem... A gente tá, só pra vocês saberem, no primeiro item. No primeiro item. Vamos lá.

P/Egberto – Bom dia, Egberto pela Uniodonto do Brasil. Eu não vou falar muito pra você não mexer no slide das cooperativas. É só porque de fato, a 259, ela é um termômetro, as operadoras estão sendo sancionadas, a Doutora Marta já falou sobre a suspensão de comercialização, isso é muito sério, afeta muito a marca de qualquer... Ou o nome de qualquer operadora, então não é, quer dizer, não sei aqui o público, mas não pensem que as operadoras querem prejudicar os seus beneficiários, elas dependem dos seus beneficiários. Esta relação com o prestador, até mesmo dentro da uma cooperativa, a cooperativa é muito menor, mas a relação com os prestadores é muito difícil em determinadas localidades como o meu antecessor já falou, não é possível fazer a substituição por inexistência. E não é por questão de pagamento, é inexistência mesmo. E muitas vezes fala assim: É pagamento. De fato é pagamento. Porque se eu oferecer mil reais em um procedimento ou em uma consulta, eu vou conseguir contratar. Eu vou conseguir que o médico se mude para o município pra receber os mil reais. Ele vai ter uma arrecadação de 20 mil por dia. Ótimo. Quem é que vai pagar esse plano? Nós estamos falando de um plano de seis, sete mil reais. Então nós temos uma realidade brasileira, uma realidade em algumas localidades que não é Rio, São Paulo. E até mesmo, se você chegar aqui no Rio e for um pouquinho mais para o norte, é bem diferente da capital. Então essa discussão eu sempre acredito, bom, eu não me canso de elogiar a Doutora Marta pela condução. Essa discussão é muito boa pra gente conhecer o problema de cada um e depois a agência vai ter que disciplinar como o slide inicial, eu não tive na primeira reunião, mas o slide inicial é a simplicidade, vamos começar com a simplicidade, nós não vamos, seja operadora, prestadora ou qualquer tipo de prestador ou a própria agência, nós não temos a certeza ou não podemos ter a certeza que vamos acertar agora. Nós temos que começar, então essa relação tem que começar

calma e conseguir evoluir. Essa discussão toda é saudável, mas nós temos que começar a disciplinar. A 259 que tá sendo criticada aqui, todo mundo critica, é o que a gente usa, então a questão do município, (ininteligível), a região de saúde, nós já estamos acostumados com isso. Então vamos continuar com este modelo e o restante ai como cooperativa eu não vou falar mais.

P/Marta – Vamos lá, Marlene eu vou te dar alguns minutinhos, pouquinhos pra gente passar pro próximo.

P/Marlene – Rapidíssimo. Eu só queria entender melhor e exemplificar uma coisa pra vocês. Ali, a contribuição dois, eu não consigo entender Marta, porque não ela. Inclusive pegando o que o nosso colega de odonto colocou, substituir para outro estabelecimento o mesmo bairro. No caso de descredenciamento da operadora, eu acho que isso deveria ser uma regra. Eu vou dar um exemplo pra vocês do que aconteceu em Belo Horizonte. Uma clínica de fisioterapia que atendia neuropediatria, não é um exemplo, prestem atenção, uma clinica que atendia neuropediatria, ela tinha a glosa de 200 mil e não conseguia receber da operadora, da Unimed, entrou na justiça, foi descredenciada. A Unimed credenciou uma outra clínica do outro lado da cidade, sendo que no mesmo bairro tinha clinicas com especialidade. Agora você calcule uma mãe, uma família carregar uma criança especial para outro lado da cidade. O que acontece? Hoje ela tem uma liminar, as duas não conseguem se separar, a Unimed e esta clinica, porque tem que terminar o atendimento dessas crianças, que a gente sabe que não vai ser nunca, porque são crianças especiais e estão amarradas sabe Deus por quanto tempo.

P/Marta – Gente, vamos lá. Eu não consigo dar conta aqui de demanda judicial, porque demanda judicial vai ser no varejo e vai ser pra tudo...

P/Marlene – Foi só um exemplo Marta.

P/Marta – Se não a gente vai ficar trazendo aqui e a gente não vai conseguir. Eu vou virar aqui, eu acho que no outro slide você fala. Se não a gente não vai conseguir virar. Tá. Ele vai falar dois segundos, mas deixa eu terminar pra gente virar o slide. A gente tem parâmetros já que a gente já mede, que a gente acompanha desse escalonamento. Que é município, município (ininteligível) e região de saúde. Eu não teria como acompanhar bairro. Eu não teria como acompanhar o bairro. Fora que eu teria bairro que é muito fácil, Copacabana eu cadastro no dia seguinte e tem... Não precisa nem disso, São Conrado, acha um médico em São Conrado, não existe. E aí vira inócuo. Eu não queria colocar alguma coisa na resolução inócuo. Eu colocar bairro é inócuo. Vai ficar lá, bonitinho e vai todo mundo achar que existe, não existe. Gente, ele vai falar um segundo e eu vou virar o slide, eu juro.

P/Guilherme – Quando você pensa em municípios menores...

P/Marta – Se identifica, por favor.

P/Guilherme – Meu nome é Guilherme Portos, eu sou do CBO. Eu só gostaria de saber qual vai ser o mecanismo do controle da ANS de como vai se dar escalonamento preferencial de município, município limítrofe, como é que vai se dar essa prova?

P/Marta – Isso a gente já tem como fazer, a gente já faz esse monitoramento, a gente tem como saber no município as prestadoras que existem... Bairro colocar ali, é só pra agradar vocês e é fake. Não tem nenhum problema. Eu boto uma palavra lá, bairro e tá ali, vocês estão felizes e eu vou dizer pra vocês: Não vai acontecer. Era só ele que ia falar e a gente já virou o slide.

P/Voz não identificada – Mas a questão não era só o bairro, é um conceito de bairro. É a proximidade. Bairro seria o conceito e a proximidade...

P/Marta – Gente, olha só, eu boto a palavra bairro, só que assim não vai ser fiscalizável e não vai ser cumprido. Eu to dizendo pra vocês que isso daqui, eu to botando coisas que eu consigo fiscalizar e que eu consigo cumprir. E eu prefiro ser assim pra gente não gerar uma expectativa de direito que agora eu aprendi com os advogados que não existe e aí quem é penalizado nisso tudo? O beneficiário que tá achando que vai ter outro médico no bairro e não vai ter. Vamos lá, Jack. Esse aqui vai ter muita gritaria. Eu gostaria que vocês gritassem organizadamente.

P/Voz não identificada – Talvez não tenha tanta gritaria. Bom, aqui é pra tratar se trabalharemos ou não com exceções para as substituições. Então o que chegou de contribuição, sem exceção. Redimensionamento apenas para entidades hospitalares que é o que tá previsto hoje na 9656. A substituição por outro profissional será obrigatória independente das razões de descredenciamento. Contribuição dois, obrigatória, somente quando o descredenciamento do prestador trouxer prejuízo ao beneficiário. Então eu não sei se seria na lógica de alguém com tratamento continuado, teria que entender esse prejuízo ao beneficiário. Contribuição três, decisão, as exceções seriam, decisão unilateral do prestador de serviço, redução do número de vidas ou áreas de atuação, fraude ou infração de normas sanitárias e fiscais, condenação transitada e julgada num processo ético disciplinar ou criminal, encerramento das atividades, estatização, falecimento, descumprimento contratual. E na contribuição quatro não incluir, a exceção seria não incluir os prestadores cooperados já que eles são regulados por uma lei própria, então seriam essas as exceções. Opção da ANS, a lei não previu exceções para as substituições de estabelecimentos hospitalares.

P/Marta – Deixa eu só fazer uma vírgula? A gente fez, a gente trouxe, a Dri tá aqui na mesa, a Lu tá aqui, a gente fez uma discussão jurídica importante desse item. Em cima do que tá escrito na lei, todas as operadoras estão em pé.

Se vocês gritarem todos juntos, a gente vai virar o slide, tá bom? Eu vou ler, a gente vai ler. Isso daqui é análise jurídica que a gente fez desse item, ok?

P/Voz não identificada – Então a lei não previu exceções para a substituição de estabelecimentos não hospitalares? Existe previsão na 9656 para redimensionamento da rede hospitalar por redução com necessidade de autorização expressa da ANS. A extensão desse entendimento da rede hospitalar para os prestadores não hospitalares, acarretaria a necessidade de análise caso a caso pela ANS e a respectiva cobrança de taxa. Assim a nossa sugestão é trabalhar sem exceção, então saiu um prestador independente por qualquer motivo, ele tem que ser substituído, se foi falecimento, se foi descredenciamento, se foi fraude, saiu aquele prestador e deve ser substituído por outro, trabalhando apenas com a possibilidade de redimensionamento nos casos de transferência de carteira e perda de grandes contratos que impactem a rede. E aí nós teríamos que definir ou um percentual ou um número absoluto para definir o que seria essa redução passível de não ter substituição na mesma região, então tá aberto para discussão.

P/Marta – Uma mão de cada vez, vamos lá. Daniel.

P/Daniel – Vamos lá. Eu acho que a contribuição quatro ali, a expressão utilizada não inclui prestadores cooperados. Estamos dizendo prestadores de estabelecimentos, é isso? Não a relação cooperados.

P/Marta – Quem disse foi alguém, a gente copiou.

P/Voz não identificada – Seriam os cooperados, aqueles que têm um slide próprio para discutir isso. Porque nas cooperativas você tem aqueles que são os cooperados e você tem os outros prestadores.

P/Daniel – Não, tudo bem, eu vou esperar o outro slide. Só mais uma questãozinha em relação a isso, eu fico imaginando a estrutura que deve ser prevista para a agência fazer o processo de redimensionamento para todos os prestadores no Brasil inteiro. Então eu acho que é uma questão praticável do ponto de vista físico, não é nem da questão legal, jurídica, etc. Então essa questão do descredenciamento quando realmente houver prejuízo para o beneficiário sem dúvida é a melhor das alternativas.

P/Marta – Toro.

P/Toro – O primeiro aspecto é quando fala que a lei não previu exceções na substituição de estabelecimentos não hospitalares no caso dos hospitalares nós temos algumas exceções, a própria norma fala na questão aqui no 17, fala de fraude ou infração as normas sanitárias e fiscais em vigor. Nós entendemos que esse critério também poderia ser utilizado para os não hospitalares. Utilizando até a própria analogia e como estão sujeitos também a normas de vigilância sanitária e tudo mais, então eu penso que essa contribuição três tá

muito próxima ao que nós defendemos, que existem sim situações, que poderiam, poderiam não ser todas, mas situações que poderiam sim ensejar a possibilidade do descredenciamento sem a substituição, porque não é em decorrência de culpa, não é em decorrência de ato da própria operadora. Por outro lado os consumidores estão devidamente assegurados, porque a 259 já respalda então todos os consumidores no que consegue a necessidade do atendimento e a necessidade do acesso. Entendemos também que a questão do redimensionamento mesmo que não previsto na 13003 isso está dentro do poder da competência da ANS na 9961. Então nós entendemos sim, defendemos a posição três no sentido de permitir em determinadas situações excepcionais a figura então do descredenciamento sem a conseqüente substituição.

P/Marta – Paulo

P/Paulo – Bom, eu to lendo todas as propostas e tenho alguns comentários a fazer. Primeiro, aqui existem muitos prestadores e muitas fontes pagadoras. Então eu não to generalizando as fontes pagadoras. Mas se for falar em fraude, as fontes pagadoras em grande número são mais craques. Elas glosam indevidamente, inventam glosa, ou seja, todo mês, todos os meses meia dúzia de operadoras me chamam de ladrão. Na versão delas. Obviamente que na versão delas... Pronto, aí é que eu quero chegar. Aí eu vou olhar em algumas o que é a glosa, a glosa realmente houve um erro da minha empresa e o erro é corrigido, mas na grande maioria não tem erro nenhum. É glosa linear. Isso é uma maneira de me botar pra fora do convênio. Agora recentemente um grande plano de saúde do Brasil perdeu uma das maiores redes de laboratório e diagnóstico e eu perguntei pra rede porque eles glosavam 20%, porque acaba a mesma reunião e ficou por isso. Perdeu e não tem quem atenda e fica por isso no Brasil. Aí foi para a justiça, fizeram um acordo pra pagar o atrasado e a rede não quis voltar ou eles não quiseram que ela voltasse, porque ela não aceitava aquela glosa linear. Todo mundo tenta resolver o seu problema da maneira criminosa. Então essa história de o pau que tá em Chico dá em Francisco, eu sou nortista e esse ditado é do nordeste. Não é do norte. Então é o seguinte, em compensação, quando for provado que a empresa glosou indevidamente, é suspensa a venda do plano pela empresa. Porque não pode ser, a empresa sabe...

P/Marta – Vamos discutir no item glosa isso.

P/Paulo – Eu não to discutindo o item glosa, você não tá entendendo. Eu to discutindo... A glosa é fraude. Eu estou fraudando. Foi um engano. Mas não é possível que sistematicamente um lado se engane todo mês no mesmo engano. Isso não é a mesma coisa. Então aí chama... Está roubando. Eu já ouvi isso 50 vezes da minha vida e eu tenho passado pra não ser ladrão. Mas o que eu tenho pra dizer é o seguinte, essa história de fraude descredencia,

vamos diferenciar quem quiser, vamos inventar a fraude. Vamos lutar o crachá de fraudulento na cara de todo mundo que vai descredenciar. Eu estou dizendo como funciona o mundo real. Não é como funciona o mundo ideal. Por outro lado, pra ter uma coisa dessa que até em um mundo lícito eu concordaria com você, mas não é como funciona o mundo, pau que dá em Chico tem que dar em Francisco.

P/Marta – Agora sim Paulo, só pra gente ponderar isso, o descredenciamento, ele pode continuar fazendo. A única diferença que essa lei fala é a seguinte, ente te descredenciando ele vai ter que te substituir.

P/Paulo – Eu sei disso, sem dúvida. Aqui no Rio não foi substituído ninguém e ficou um caos.

P/Marta – Ok. Podemos passar? Só tem Benício, vai lá Benício, Monica e Regina.

P/Benício – A questão do credenciamento, do descredenciamento interessa ao consumidor. Então o consumidor ele não quer, não interessa a ele se o cara saiu porque pediu, porque foi fraude, por nada. Ele foi descredenciado, ele saiu da rede, tem que substituir independente disso. Então o consumidor quer saber qual foi a razão disso.

P/Marta – Eu queria que vocês atentassem, as contribuições a gente trouxe pra vocês lerem, mas a gente tá discutindo item opção ANS, ok? Então eu vou relembrar. O que quê é o item opção ANS? É não existe exceção a não ser transferência de carteira e coletivos que impactem na rede. Para existir essa exceção a gente topa desde que pague taxa e que a gente analise caso a caso até 2035 a gente dá conta disso.

P/Benício – Batata.

P/Marta – Temos Virginia e Monica. Vai.

P/Virginia – Primeiro que especificamente só na lei 9656, ela também não previu comunicação para a ANS de alteração e a gente já faz isso hoje pelo RPS e XML nessas alterações. Então eu acho que a gente não pode ficar focado só na lei 9656, a gente tem que ver quais são as competências da ANS para regulamentar essa matéria. E indo pela lei 9961, o artigo quatro tem dois dispositivos que cabem exatamente nesse ponto. O primeiro que é o do inciso quatro que compete a ANS fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores. Então existe sim competência da ANS para poder tratar as exceções. E também compete a ANS avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência. Por que quê isso pra gente é tão importante? E aí sim voltando lá na contribuição três. Porque existem diversas situações que

não estão dentro da área da operadora redimensionar ou dentro da operadora conseguir essa substituição. Então é importante a gente levar isso em consideração e por isso que a gente ratifica que no nosso entendimento a contribuição três é a que deve vigorar.

P/Marta – Vamos lá gente, a gente não pode ler um item separado, a gente tem que ler o item junto com os outros, então isso aqui faz parte de substituição. A gente já disse que a substituição é naqueles critérios profissional por profissional, a gente já disse que na área de abrangência, não, ao contrário, no município, na região, na área de abrangência e com que possibilidades eu não posso, eu não preciso substituir. Eu não preciso substituir se eu de verdade tiver critérios palpáveis sem eu precisar analisar caso a caso, sem precisar pagar taxa e registrar na ANS de que aquilo ali necessita de um redimensionamento. Em que caso acontece isso? Quando eu to dentro da ANS mostrando que eu fiz a minha transferência de carteira ou quando pelo (ininteligível) eu percebo que aquela saída daquele número de beneficiários impacta nesse redimensionamento de rede. Esse x é um número que a gente tá estudando lá dentro pra saber se a gente impacta ou não no redimensionamento. Ok? Monica.

P/Monica – É, eu acho que a gente tem que desmistificar um pouco as situações. A operadora não tem interesse nenhum em alterar rede, diminuir rede, porque isso impacta no descontentamento do beneficiário. E na verdade é ele que paga o plano, ele que contrata as operadoras, ele que é atendido nos médicos. Então nós já havíamos ressaltado que a lei possibilita para os prestadores hospitalares, que são casos de maior emergência que a pessoa tá naquela situação urgente, precisa de um atendimento, a lei prevê um redimensionamento por redução. É razoável até mesmo porque a 961 ela possibilita que a agência se normative. A gente tava lembrando aqui agora também que nos casos de autorização por reajuste de faixa etária, que a lei prevê que a agência autorizasse os reajustes, a agência criou um critério não necessariamente ela olhou e cobrou taxa de caso a caso. Então atendido aquele critério não precisaria submeter a agência, então ficaria uma sugestão de tratar desse caso. E o que a gente tem que entender é que o Brasil é completamente heterogêneo, a gente possivelmente quando tá trazendo sugestões, a gente tá trazendo sugestões pensando em Rio, São Paulo, Minas, nos grandes centros. Há situações em que há realmente dificuldade de substituição, então quando houver necessidade de substituição, o prestador pede para substituir, a gente não acha outro, a agência então vai obrigar aquele prestador a se manter na rede. Porque se a operadora não tem como substituir, não tem aquele neuro pediatra em determinada região de saúde. O reembolso previsto em contrato ou...

P/Marta – A Adriana vai explicar a coisa da taxa, só vou pegar esse gancho, porque assim, o que quê acontece quando você não tem o prestador

credenciado? Você vai indo, vai indo, área de abrangência, quem não tem reembolso tá na outra região, você não tem que pagar o transporte, mandar para o outro estado, a mesma coisa. Gente, sempre é obrigado a substituir. É isso que a lei falou, não foi eu que disse. Só um minuto. Deixa a Dri explicar aqui a coisa da taxa, ok?

P/Dri – Bom dia, a lei prevê a substituição de prestador por outro equivalente. Ela veio a tratar de prestador nesse ponto embora não se refira necessariamente ao não hospitalar, a gente tem um dispositivo próprio do hospitalar que trata justamente dessas exceções. E nessas exceções de substituição com redução a gente tem uma norma própria, a gente tem uma IN 46, que trata do assunto, a operadora tem que encaminhar a documentação a ANS, a ANS cobra taxa para tanto. Então se a ANS tiver que analisar uma substituição com redução também de prestador não hospitalar, ela vai ter que exercer o poder de polícia, ela vai ter que cobrar taxa para tanto e, além disso, eu entendo que ela vai de encontro ao que prevê o legislador nesse que ele fala. Admitido a substituição por outro prestador mediante comunicação, por que? Ela quer que o beneficiário tenha uma continuidade de atendimento de uma rede de prestadores. A gente admite sim uma substituição não de um neuro pediatra por outro neuro pediatra conforme já foi explicado, mas uma necessidade de manutenção de prestadores que sejam capazes de atender dentro do prazo de atendimento e tudo mais. Eu acho que é isso. Exatamente. Mantendo a qualidade daquele contrato que foi vigido.

P/Marta – A gente podia até fazer uma discussão aqui, tem duas pessoas inscritas, unidas, CFO não é? Sinog, Sandro e o Wilson. A gente até podia tá fazendo uma discussão aqui. A gente podia tá fazendo uma discussão aqui a partir de quando é essa rede que a lei estabelece. Qual é o marco zero dessa lei? O marco zero é o produto que eu comprei em 2002, o marco zero é o produto de quando saiu essa lei, o marco zero é o dia da entrada dessa lei em vigor, qual é o marco zero dessa rede? A gente tá entendendo que o marco zero dessa lei é a entrada em vigor da lei, mas até isso a lei deixou frouxa. Então assim, a gente tá tentando trazer essa lei que saiu com essa redação que demonstra uma vontade, mas não trás clareza nas cláusulas para dentro de uma regulamentação que já existe. Vamos lá, Unidas.

P/Sandro – Sandro da Unidas. Eu gostaria Marta só de reforçar os pontos que já foram comentados aqui pelos outros colegas, dois aspectos eu acho. Eu acho que do ponto de vista jurídico especificamente eu não vejo essa interpretação que a modificação feita pela lei 13003 na 9656 chega a ponto de impedir que haja a possibilidade de redimensionamento dos demais prestadores não hospitalares por análise prévia da ANS. Isso decorre a meu ver mais uma vez da competência da ANS na 9961 e se fôssemos adotar esse raciocínio teríamos então que entender até mesmo que os parágrafos que estão dentro desse artigo 17 que permitem o redimensionamento por redução

dos hospitais, teriam sido revogados. Porque você teria que criar uma discussão de que veio um legislador posterior, alterou a 9656, o captcha para regular especificamente a substituição. Ao fazer essa regulação, já existia um parágrafo quarto com a possibilidade de redução para o hospital, essa possibilidade de redução pelo hospital já existia na lei original, mas a 9961 a meu ver ela continua dando essa possibilidade para a ANS fazer. Esse é um primeiro aspecto jurídico. Um segundo aspecto de conveniência que eu gostaria de abordar também. Quando se argumenta, não, mas a autorização para o redimensionamento de rede de não hospitalar vai depender de análise caso a caso da ANS de pagamento de taxa, isso são condições para análise. Que podem ser superadas com uma estruturação, regras de definição pré-determinadas, por exemplo...

P/Marta – Você tá me dizendo pra fazer isso?

P/Voz não identificada – Não, isso não precisa ser feito caso a caso, agora você pode definir parâmetros de pré-autorização, por exemplo, com base em redes mínimas em determinadas regiões, porque a título de exemplo, fica pré-autorizado, por exemplo, na região de saúde e tal, operadores com até tantos beneficiários tem uma rede mínima de tantos prestados de tantos hospitais e especialidades.

P/Marta – Gente, olha só, a gente tá falando o seguinte, a lei diz que tem que substituir. A lei prevê exceção? Não. A gente tá discutindo. Podemos colocar exceção, é essa a discussão. Ponto. Em que casos a gente colocaria exceção? Porque a lei ela não tá tentando discutir qual é o tamanho do seu produto. Quem criou esse tamanho de produto foi você. Na hora que começou a vender. Então se você na hora de começar a vender prever quantos beneficiários você vai ter naquele produto e quantos você precisa, eu estou deixando na sua mão mexer no perfil daquele prestador de acordo com as características epidemiológicas daquela carteira. Agora você que contou quantos prestadores tem que ter ali dentro. Aí a gente tá dizendo o seguinte, você vai ter que substituir sim se o cara morrer, por quê? Porque na hora que você fez as contas lá atrás aquele cara era necessário. Você vai ter que substituir sim se aquele cara fraudar, por quê? Porque na hora que você fez as contas lá atrás, aquele cara era necessário. Por isso que o redimensionamento de hospital ele é analisado a cada caso e aprovado, porque eu to analisando se dada as características que você tá me enviando, aquele cara é necessário ou não. Uma coisa é eu fazer para hospital que você tem cinco pro produto, seis, dez, quinze, dependendo do tamanho do produto. Outra coisa é eu fazer isso pra prestador individual. Você vai ter que justificar por que você tirou o seu Joaquim e aquele seu Joaquim não vai... Então assim, a gente tá dizendo o seguinte, em casos onde eu consigo controlar, fiscalizar e monitorar, que é a intransferência de carteira e uma redução de pessoas que tem um volume que tem um impacto nessa carteira, justificam isso, eu permito o

redimensionamento. Agora aqui nos outros casos eu ter o dispêndio de analisar você me pagar taxa, é uma coisa muito grande pra você poder substituir um prestador. É essa a discussão que tá aqui. E a nossa proposta é: Não existe exceção, só existe exceção nos casos de transferência de carteira que eu sei quantos foram passados e acima de um determinado número que eu também vou saber pelo CIB e não preciso ficar recebendo essa informação de vocês. Tá? A gente ainda tem o Sinog, o Wilson, o Fenan, Paulo Jorge.

P/Alexandre – Alexandre do Sinog. Eu acredito que na área médica deve ter algumas situações semelhantes da (ininteligível) odontológica, mas na odontologia é muito mais simples a gente entrar em cidades menores. Onde tem um número muitas vezes de quatro ou cinco prestadores somente e tem uma outra situação também que muitas vezes a gente tem uma rede que ela tá eu diria super direcionada. Eu tenho hoje uma quantidade de prestadores que atende uma margem bem tranqüila o que a RN 259 prevê. Da maneira que tudo tá sendo desenhado, para todos os prestadores que se descredenciaram por algum motivo sair. Eu tenho que substituir, eu vou obrigatoriamente ter que enxugar a minha rede antes que isso entre em vigor.

P/Marta – Até o dia 22 de dezembro.

P/Alexandre – Sim, mas de certa maneira isso é prejudicial para o beneficiário. Se você tem uma rede...

P/Marta – Gente, olha só, se até o dia 22 de dezembro você fizer isso que é o dia que eu to dizendo que isso entra em vigor, você vai ser pego pela 259 se essa redução for grande. O que eu to dizendo é o seguinte, se você tem x de beneficiários, tem só quatro dentistas naquela região, tem só x beneficiários, saiu um e você não consegue colocar mais ninguém e que você jura que aqueles dois que existiam e que dariam conta para esse produto, como é que você vai ficar com um só? Essa pergunta eu também te devolvo. Assim, é possível você continuar vendendo esse produto já que você viu que aquele rede tá deficitária. Você fez o cálculo e disse: Dois quatro que eu tenho nessa região, eu preciso de dois para atender essa população. Essa população se manteve, mas um deles morreu. E aí os outros dois você não consegue credenciar. E aí? Você que fez o cálculo e disse que precisa de dois. Você vai ter que parar de vender aquele produto naquela região, é isso?

P/Alexandre – Não, eu entendi, mas vamos supor, eu tenho quatro prestadores na cidade, quatro são credenciados, um deles solicita o descredenciamento. Os três são suficientes ainda para atender. Só que pela lei eu sou obrigado a substituir ele, mesmo os três sendo suficientes para atender.

P/Marta – Isso. Porque você no seu cálculo inicial disse pra atender esse produto eu preciso de quatro.

P/Alexandre – Não, eu coloquei a mais do que precisa no início.

P/Marta – Vamos lá gente, a pessoa comprou aquele produto com quatro, tinham quatro lá no caderninho. E aí a gente tá dizendo o seguinte, da mesma maneira que tinham dez hospitais, pra você tirar um sem botar alguém no lugar eu tenho que olhar e ver se aquilo é viável. Para eu tirar um dos quatro, você teria que dizer assim: Olha só GGOP, Rafael tá aqui ele vai ficar muito feliz. Olha só GGOP, eu tirei um dos dentistas, mas os três que sobraram são suficientes. Você analisa pra mim? Aí você paga a taxa pro Rafael, aí o Rafael analisa aquilo e te devolve e fala assim: A três não é suficiente ou três é suficiente. Então assim, a gente tá tentando tornar a coisa viável. Agora a gente tem Wilson, Fenan e Paulo Jorge.

P/Wilson – Wilson, Sociedade Brasileira de Patologia Clínica. Nós entendemos que também não cabem exceções para a substituição, a lei é muito clara. Mas eu queria fazer um comentário sobre a opção da ANS pegando um gancho no que a Monica que tá aqui do meu lado e da FenaSaúde falou. Ela considerou que não é interesse das operadoras desrespeitarem os beneficiários, não ficarem provocando substituições e eu entendo que de alguma maneira respeitarem em equivalência. Só que o mundo real tá mostrando em outras coisas. Talvez esse seja o cenário da FenaSaúde que ela enxerga melhor. Mas para dar um exemplo prático, chegou para nós na SBC uma denúncia agora em relação a Geap, que estaria pressionando para a assinatura de contratos para escapar do prazo de vigência da lei com índices muito baixos de reajuste. E ameaçando com um bloqueio de pagamento. Isso tá acontecendo no interior de São Paulo, a gente já encaminhou para a agência. Eu quero mostrar com isso que o mundo real é bastante diferente. E eu acho que a justificativa de vocês da ANS, da impossibilidade ou da incapacidade da agência em cumprir algumas ações ou requisitos, eu acho que ela não se justifica. Eu compreendo, mas eu acho que a gente não pode se fixar nisso pra tomar decisões. Se a ANS não tem quadros suficientes hoje pra fazer a regulação necessária, eu acho que nós, todos que estamos no sistema, devemos brigar para que aconteça o que tá acontecendo na ANVISA. Concurso, aumento de quadros e vamos estruturar a agência para que ela cumpra o seu papel. Então eu quero só chamar a atenção para o seguinte, a substituição e a falta da verificação de uma equivalência sem requisitos de qualidade, prejudica o beneficiário, enfraquece o sistema como um todo e eu acho que algum mecanismo deveria ser criado para a ANS acompanhar.

P/Marta – Eu não entendi. Você quer que a gente analise, permita substituir, a não substituição?

P/Wilson – Algum controle a agência tem que ter.

P/Marta – Você que não entendeu. Olha só, a gente tá dizendo o seguinte. Não pode tirar o cara sem botar outro no lugar. O que tá se discutindo aqui é o

seguinte, pode tirar sim, sem botar ninguém no lugar. Entendeu? E aí essa é a discussão que a gente tá tendo aqui, a gente tá dizendo, não, não pode, tirou um, tem que botar outro.

P/Wilson – Eu já concordei Marta, eu só fiquei assustado com a afirmativa com o exemplo que vocês fizeram analogia com análise das substituições de hospitais. Para mim se eu puder resumir eu acho que isso poderia acontecer sim, a agência deveria controlar todos os segmentos de alguma maneira. Se ela não tem quadros hoje como vocês justificaram, ela deve buscar.

P/Marta – Vamos lá, Fenan, Paulo Jorge, Abramge e acabou tá gente, se não a gente não vai almoçar. Carlos e acabou.

P/Marlonei – Marlonei, Federação Nacional dos médicos. O que a gente constata do ponto de vista médico, olhando ali as contribuições e as próprias, e a própria opção, que existe preocupação com as operadoras e com os beneficiários, nós não temos nada contra. Não tem nenhuma preocupação ali com o médico que foi descredenciado. Não me identifico ali. Não estamos fazendo reivindicação também, só to registrando. Segundo, a maior parte dos descredenciamentos e alguns que ficam com essa situação difícil de substituição, a maior parte se dá por vontade nossa. Nós estamos saindo, pedindo descredenciamento, não preciso dizer por que, é óbvio, falta de condições dos contratos de descredenciamento e por uma baixa remuneração. Mas existe alguns descredenciamentos também que eu acho que a agência tinha que se preocupar com isso, não sei como, não sei como, de médicos que são descredenciados porque dão muita despesa para a operadora. Das sucessões e posso trazer documentação. Médicos que atendem bem, que pedem muito exame, que pedem muito procedimento e que sai do perfil e aí é descredenciado, porque esse aí dá muito prejuízo. Eu sou de Caxias do Sul, 500 mil habitantes, Unimed, três operadoras locais. Em Caxias do Sul nós não atendemos nenhuma operadora nacional das que estão aqui presentes. Fizemos essa opção e não atendemos. Como é que fizemos? Ninguém fica sem médico, nem em Caxias nem em outro lugar. A Federação Nacional dos Médicos e certamente outras entidades médicas aqui presentes, asseguram que médico terá sempre, ninguém vai ficar sem médico e sem atendimento médico a empresa. Seja no privado ou muito menos no público. O que pode acontecer e o que nós fizemos lá, se o médico, aqui estão dando muitos exemplos do neuro pediatra, eu deveria ter outras especialidades, eu tenho dois filhos oftalmologistas e poderia dar, por exemplo, na oftalmologia. Nós continuamos atendendo o usuário em Caxias do Sul na base do ressarcimento. Do reembolso junto a operadora. Todas as operadoras que estão aqui presentes são atendidas em Caxias do Sul com o reembolso. Vai lá, eu sou da operadora x, o senhor me atende, sim, atendemos, fizemos tudo que tem pra fazer, compramos, damos recibo e ela vai lá se ressarcir. Lá funciona assim. Você vai lá, pega o recibo... Quando o beneficiário é ressarcido, quantos por

cento eu não sei e também não me interessa. O que me interessa, eu tenho a obrigação ética, profissional, institucional de bem atender o usuário seja de qual operadora for. Essa, eu não to fazendo a proposta que seja assim, estou apenas dando uma sugestão.

P/Marta – É, na verdade você falou tudo contra a regra que a gente quer botar assim. (risos) mas assim, só pra fazer alguns preâmbulos aqui, porque eu acho que é importante até pra gente seguir em frente. Primeiro assim, critério de credenciamento e descredenciamento continua sendo decisão entre as duas partes. A ANS neve rever vai se meter em um critério de credenciamento e descredenciamento. Então a operadora pode credenciar quem ela quiser e aonde ela quiser da mesma maneira que ela pode descredenciar quem ela quiser na hora que ela quiser. E o prestador pode se credenciar com quem ele quiser na hora que ele quiser ou se descredenciar da mesma maneira. Isso são cláusulas previstas no contrato que a gente vai chegar lá na frente. Outra coisa que eu queria falar é o seguinte, a gente está em um momento e eu acredito fortemente nisso, que a gente tá reconstruindo modelos de prestação de serviço no nosso país. E essas decisões quem tá tomando somos nós a cada momento aqui e agora. Então alguns movimentos dos médicos que são válidos para o pleito da carreira, forçam para que as operadoras cresçam na verticalização. E aí depois se critica a verticalização. Enfim, a gente tá tomando opções, a gente, que eu falo sociedade, que empurra um modelo de prestação de serviço da saúde suplementar para um lado ou para o outro. Seja qual for a decisão que a gente tome. Então a gente não vai interferir nesse modelo. O que eu vou fazer é o seguinte, a qualidade da prestação tem que ser x, o beneficiário tem que ter acesso a esse lugar com qualidade, agora, para toda ação sempre vai ter uma reação. E o modelo de mercado vai sempre achar um jeito de se conformar. O que a gente tá fazendo aqui nunca vai dar conta de resolver os pleitos que a gente tem aqui. A gente tá resolvendo um problema que é um instrumento que hoje é mal escrito, a gente está orientando a escrita desse instrumento em duas partes. Mas vai continuar sendo um instrumento em duas partes. E o que eu to regulando é como eu e a ANS regula o modelo do setor e o que quê tem de interferência em mim e ponto. Nada além disso. Então só pra prestar atenção, porque assim, movimentos forçam movimentos, então assim, o descredenciamento em conjunto, ele força a verticalização. Um movimento empurra o outro. Da mesma maneira que eu, a ANS falam o seguinte, o reembolso, ele só é necessário e obrigatório para os contratos que tem reembolso. No contrato que não tem reembolso, quem vai ficar sem o atendimento nesse caso é o beneficiário. Então assim, só pra gente pensar o que quê a gente tá criando e o que quê a gente vai dar conta de resolver com esse modelo ou não. E aí eu to sendo nesse caso extremamente legalista. O que quê a lei me permite? E aí eu vou tentar abrir algumas janelas para que eu possa desse limão fazer algumas limonadas e ponto. Eu não vou resolver nada além disso, não dá pra gente gerar essa expectativa. Ok? Então não resolve

nenhuma coisa para descredenciamento em massa, não resolve o valor das consultas, não resolve o valor dos procedimentos, nada disso tá aqui na lei. Aqui no máximo a gente fala de período e de índice de reajuste. Então só pra gente saber do que realmente a gente tá falando. A gente pode e eu acredito que a gente vá ter regiões no país que não vão ter planos de saúde. Porque primeiro não vai ter como atender e é muito melhor que a pessoa saiba que naquele lugar não tem plano de saúde, não tem. Não é muito melhor ela saber disso do que ela esperar e pagar por uma coisa que ela não vai ter. Então é pra esse lugar que a gente tá caminhando e a gente tá caminhando cada vez mais rápido só pra gente ficar na mesma página. Vamos lá, Paulo Jorge, Abramge, Carlos e Túrio, eu vou mudar o slide.

P/Paulo Jorge – Eu queria lembrar a tua palavra no início que foi Marta, da simplicidade. A nossa interpretação é que quando você opta em prol da simplicidade e não ir nos níveis dez da escada que você comentou em outros pontos, você também tá abrindo mão da simplicidade ao fechar a possibilidade de exceções. Acho que o Doutor Marlonei já colocou aqui uma realidade de Caxias do Sul, que é uma realidade bem típica e ele comentou aqui muitas das exclusões do descredenciamento...

P/Marta – Eu falei que falar dele foi um tiro no pé no nosso pensamento.

P/Paulo Jorge – Na verdade eu acho o seguinte, ele exemplificou exatamente o porque a não exceção, ela fere a possibilidade do mercado brasileiro se orientar por regras regionais. Não há uma regra geral que adote, que abrace todo o Brasil, mas também não dar exceções, você deixa de conhecer realidades regionais. Ora por forças do mercado ali, é possível sim que uma operadora tenha entrado em uma determinada região, isso já aconteceu antes imaginando que iria ter uma penetração muito maior do que ela de fato teve. Não permitir a redução daquela rede é você amarrar o sim e o não. É você dar o preto ou o branco. Ou tem ou não tem e você pode ter sim produtos melhor dimensionados para a demanda daquela região. Então a meu pleito aqui, o meu pleito aqui é o seguinte, eu sugeriria que ainda fosse feita uma rodada de discussões sobre esse tema e que se deixasse talvez em aberto essa questão da não exceção para que a gente aprofundasse um pouquinho mais, porque assim, a nossa interpretação não veda exatamente isso, não ter exceções. Mas eu acho que como é um tema que tá tendo visões e opiniões que são pouco contrárias ao que está sendo sugerido, que a gente pudesse debater um pouquinho melhor. Eu queria ter um pouquinho de entendimento maior teu, quando você diz que o redimensionamento só nos casos de transferência de carteira e perda de planos coletivos que tem um impacto e não sei o que, como é que você vai medir esse impacto?

P/Marta – Vamos lá, tudo o que a gente tá discutindo aqui hoje obviamente vai... Rodou Cris, agora só no próximo slide. A gente vai discutir de novo no dia

11, porque dia 11 é audiência pública. Então tudo vai voltar em forma de resolução para a gente discutir. Então sim, tudo vai ser discutido de novo, mas já com a redação. Dois, tem três itens que a gente já ia propor pra vocês discutir sim. O item é esse que o Paulo colocou logo no começo que é como é que eu faço para avaliar o porte dessa substituição. E aí eu vou te dizer, Paulo eu não sei, a gente quebrou a cabeça essa semana lá discutindo isso e eu não tenho uma resposta pra te dar. E a gente vai precisar estudar mais isso. Então a gente pode tentar conversar e ver se a gente chega em um lugar que possa ser estendido para outros lugares também em outro slide. Então porte é uma coisa. Outra coisa que a gente vai precisar estudar é esse x aqui. Qual foi a intenção da gente colocar aqui? Quando eu de verdade preciso fazer um redimensionamento pra baixo? Quando eu transfiro a minha carteira, então eu transfiri uma parte da carteira, eu transfiri enfim, um contrato, eu transfiri alguma coisa que interferiu naquele produto de uma maneira importante. Eu tenho como ver isso. As transferências passam lá por dentro. Então isso eu tenho o controle, eu sei o que quê tá acontecendo ali naquele produto. Então eu não precisaria que isso chegasse a mim por uma outra via para eu conseguir controlar. E um outro item é um redimensionamento pelo CIB, eu sei quantas pessoas saíram da sua carteira de um mês para o outro, então eu sei que um x grande de pessoas saiu daquele produto de um mês para o outro. Quando você vendeu um plano coletivo, você perdeu um contrato de plano coletivo. Então isso me traz segurança para eu não ter que receber isso, eu to recebendo isso, simulando isso por uma outra forma que já passa lá por dentro e isso contempla juridicamente a minha autorização. Então é uma simulação de coisas que eu já recebo, que eu já tenho essa informação, que eu teria como... Alguém falou em pré-autorizar, sei lá quem foi, ter conhecimento daquilo e permitir aquilo. Então isso daqui a gente também vai precisar aprimorar e pensar nesse x e tudo isso. Então a gente guardou as três coisas na cabeça? Um é o porte que é a discussão que o Paulo trouxe, super apropriadamente, que a gente não tem resposta, a outra é o x e eu mesmo esqueci qual era a outra. Agora a gente tem Abramge, Carlos e Toro.

P/Voz não identificada – Marta, eu vou ser bem realmente pragmático e direto na questão das exceções. Primeira exceção, eu concordo diretamente com o pessoal da FenaSaúde com relação a questão de quando não houver prestador nem na região de saúde. Eu acho que aí sim, como você mesmo disse que tem como controlar, eu acho que sim, deveria constar como uma exceção. Isso vai estar vinculado a terceira regra de exceção que eu vou propor. A segunda, é que tem um parecer da Dipro que já diz o seguinte, que eu posso fazer a exclusão daquele prestador da rede em caso de não utilização. Então se ele não tiver utilização em 12 meses daquele prestador eu posso desplugar ele da rede descredenciada. Acho que isso seria uma regra de exceção que eu poderia constar. E a terceira regra de exceção que eu acho que a gente poderia criar é o seguinte, é bem ligado ao que o Doutor da Fenan

aqui tratou, sobre que situação? A regra não exceções na lei pode criar um comportamento oportunista mercadológico de ambos os lados. Eu acho que a ANS não pode, não está e não pode se furtar a analisar isso. Por quê? O exemplo de Caxias do Sul é ótimo, são quatro médicos cardiologistas e os quatro descredenciados.

P/Marta – Gente, eu já entendi isso. Eu já entendi. A gente tá oscilando disso de um lado para o outro. Eu só acho o seguinte, a gente não vai conseguir controlar tudo o tempo inteiro.

P/Voz não identificada – Não, eu não quero que seja controlado o tempo inteiro, eu quero que seja criada uma regra de exceção para esse específico caso. Uma regra de exceção. E que eu não vou mandar todos os casos pra você.

P/Marta – A gente já pensou nisso. Só se eles esperarem chegar na regra do contrato. Ok? Não aqui, porque a gente tá tratando de muitos assuntos diferentes. Na substituição a gente não achou que juridicamente de acordo com as regras de registro era possível, mas é um mecanismo sim que eu posso tentar controlar, que é o descredenciamento em massa que vai tá lá atrás. Então só pra gente pensar, não precisa estar nesse item, pode estar em outro item, ok? Agora a gente tem Carlos e Toro e vou trocar o slide. O Rafael falou aqui que essa coisa da nota da Dipro precisa de autorização sim só pra gente passar o ponto. Vamos lá. Carlos e Toro.

P/Carlos – Carlos Moura, CBR. Nós temos tido uma preocupação quanto essa questão da vigência da lei entre quando ela foi publicada e a vigência dela pelo estímulo que tá existindo no mercado de descredenciamento e como o Wilson disse da ameaça de aceitar contratos já atrelados a esse descredenciamento. Então a minha pergunta é para a ANS, os advogados da ANS não balizaram já se isso, a vigência vale desde a publicação, porque não é vigência, deixa eu me explicar melhor, tirar esse efeito de oportunismo. Ah, a partir do dia 25 de dezembro eu vou ter que entrar na regra, então antes eu vou limpar a casa.

P/Marta – A lei estabeleceu 180 dias. Não é que a gente não tenha olhado, a gente olhou e a lei fala assim: Ela entrará em vigor em 180 dias.

P/Carlos – Porque me preocupa pelo ponto de vista do beneficiário, entendeu? Porque isso vai causar uma pressão em cima do beneficiário, “ah, limpa a casa antes de começar a lei” isso é muito ruim do ponto de vista do beneficiário do mercado.

P/Marta – Se isso chegar ao ponto de realmente interferir no processo, a gente vai ter um “boom” na 259. A gente não vai discutir a 259 de novo, não vamos, vamos lá, agora a gente tem o Toro.

P/Toro – Já entendi o seu recado sobre o outro slide, mas só para uma parte do que nós estamos aqui analisando. Na realidade a idéia da regulação é justamente disciplinar as falhas de mercado. A manifestação do representante da federação nacional dos médicos, é muito oportuna pra gente refletir a respeito de falhas de mercado que podem existir em qualquer uma das situações. Então a gente tem que realmente pensar em alguma situação de excepcionalidade. Por isso que quando nós colocamos a decisão unilateral do prestador não daria margem a substituição, é porque o ordenamento é mais inteligente do que a norma especificamente. Porque o ordenamento já garante a cobertura seja até no sentido de eu garantir o transporte para uma outra localidade. Então essa fala foi muito oportuna para nós.

P/Marta – Eu entendi, a Fenan também entendeu. Eu acho o seguinte, não é nesse lugar só que a gente pode evitar isso, a gente tá jogando tudo em cima de uma coisa que é uma exceção. Eu acho que existem mil mecanismos e as operadoras também tem alguns mecanismos de evitar isso. Então assim, enfim não vou dar a minha opinião aqui até porque não é devida, mas existem milhões de mecanismos também de a gente enfrentar isso que não é não substituindo o prestador, ok? No próximo slide, a Cris também tá inscrita no próximo slide, já tem outra pessoa lá atrás inscrita no próximo slide, vamos lá. Eu vou passar quatro slides e a gente só vai discutir depois dos quatro, se não a gente não vai andar. Posso falar aqui que eu falo mais rápido? Então vamos lá, necessidades... Vou pular esse. Necessidades de adaptação dos contratos vigentes. Essa é uma pergunta. A contribuição diz que a lei não se aplica aos contratos vigentes e só vai se aplicar para os contratos que se fizerem a partir de janeiro de 2015. A contribuição 2 diz que você só precisa aplicar as cláusulas que não estão adequadas e a contribuição três fala da adaptação irrestrita de todos os contratos. Tem que rasgar tudo e fazer tudo de novo. É bom que as contribuições chegam sempre nos cenários mais distintos. A nossa opção é a seguinte, as regras da ANS em vigor são maiores do que a lei com relação as regras do contrato. Se as regras da ANS são cumpridas ou não, essa é uma outra discussão que também a gente não vai fazer agora, mas hoje as regras da ANS são maiores do que a lei propôs. O que quê hoje não tá contemplado? A periodicidade dos reajustes conforme a lei estabelece. E o que quê a gente... A nossa proposta. É que as cláusulas que estiverem faltantes de acordo com a lei para além das regras de hoje, ou em desacordo com alguma coisa que a gente fizer aqui, que você adapte sim, os contratos vão valer sim, vale para os contratos pra trás sim e que a gente tenha um tempo de adaptação de 12 meses. Vou passar... Cláusulas obrigatórias. A gente já tinha pessoas inscritas, que era Cristiane, o procurador, agora a gente tem Fenan, a Márcia e tinha alguém que tinha levantado o braço. Virginia e o seu nome? Frederico Toro. Benício... Cláusulas obrigatórias. Alguém propõe que sejam apenas as cláusulas estabelecidas em lei e outros propõe que a gente estabeleça outras cláusulas obrigatórias. A gente propõe que a gente

estabeleça só as previstas em lei, mas que a gente preveja vedações obrigatórias. Então a gente não estabeleceria cláusulas para além da lei obrigatórias, mas a ANS estabeleceria vedações obrigatórias. Eu vou explicar qual é a diferença. Uma coisa é eu dizer qual é a cláusula, eu estou interferindo na relação de vocês e na negociação. Outra coisa é eu dizer não pode fazer, que é o que a gente propõe ter como cláusulas de vedação. A gente também tem a proposta de dizer e fazer alguma coisa em termos de cláusulas sugeridas. E aí dependendo do que rolar aqui na hora da gente discutir as cláusulas vocês vão sugerir um monte de cláusulas. A gente pode ir anotando e depois divulgar as cláusulas sugeridas. Doutor Zilli. Conteúdo das cláusulas, a gente pode ter cláusulas detalhadas ou a gente ter cláusulas livremente negociadas de novo. A gente sugere a vedação obrigatória e aí detalhada no nível que a gente achar que a gente deve e redação de cláusulas sugeridas, mas a gente não vai obrigar critérios e cláusulas se não a gente padronizaria todos os contratos, o que seria muito ruim para a relação de vocês. E aí, o último que eu vou passar agora, porque depois a gente já entra nessas cláusulas específicas é a discussão das cooperativas. O que que é isso? Hoje, a relação cooperativa cooperativado não é a relação cooperativa prestador, é só quem é cooperativado. Essa relação não se dá por contrato. Ela se dá por estatuto e é tudo discutido dentro da assembleia da cooperativa. O legislador continuou permitindo isso já que em todas os artigos ele coloca, credenciado, referenciado e não coloca o cooperativado. A exceção do artigo 18 onde ele escreve cooperativado. Então a gente entende que o legislador quis manter esse mesmo regramento. Então alguns deram como contribuição de reconhecer o estatuto e o outro disse que a inaplicabilidade do artigo 17 e 17 A. A gente analisou e a gente realmente viu que o 17 e 17 A seriam inaplicáveis nessa relação cooperativa cooperativado se a cooperativa tiver e ela tem prestadores para além dos cooperativados e o resto tudo vale. A gente tá falando aqui do cooperado. Mas que o artigo 18, ele é válido sim para a relação com o cooperado. Que são os direitos e obrigações, a lei repete isso e não muda isso. Incluí no artigo 18 um referenciado, que seriam lá para as seguradoras. Então a inaplicabilidade só é válida para os cooperados, aqui a gente colocou a redação do artigo 18, mas a redação do artigo 18 é aquela que fala de direitos e obrigações, enfim, ela inclui todo mundo. Tá bom? Bom, vou voltar aqui e a gente começa a discutir. Vamos lá, Cristiane. Cris, antes de você falar, são 12:10, se a gente passar de 13:00 eu desmaio de verdade. Eu faço hipoglicemia. Então a minha proposta é a seguinte, chegou 13:00 a gente para e a gente volta da onde tiver parado, ok? Vai.

P/Cristiane – Não, na verdade a minha sugestão era mais para condução que você pudesse antecipar, você no começo falou que tem 15 itens para a gente olhar e aí como a gente não tem visibilidade e como vocês organizaram a discussão, eu to tendo uma insegurança com relação a sugestões, não sei se é pra dar nesse momento ou no seguinte. Bom, nesse momento você já apontou

quais são as questões que vão ser discutidas nesse bloco, se pudesse manter isso para os próximos itens também.

P/Marta – É o procurador, cadê o procurador?

P/Hebert – Hebert Chemicatti. Só uma observação a princípio, o Conselho Federal de Fisioterapia e terapia ocupacional. Já há algumas décadas, eu posso dizer algumas décadas, nós já vencemos do Brasil a grande dicotomia entre público e privado. Sobretudo nas relações contratuais. Não há mais como se admitir uma relação privada sem que haja conseqüências públicas tampouco há como se admitir relações públicas sem que haja implicações privadas. Sobretudo quando nos referimos a saúde. O que nós estamos tratando aqui, por mais incrível que possa parecer é saúde. E a saúde é um dos elementos que constitui o pilar da república que é a dignidade da pessoa humana, assim considerado pela constituição da república. Por que quê eu estou dizendo isso? Estou dizendo isso porque várias vezes a senhora Marta se refere a relações privadas que a ANS tem que ter o cuidado para não se imiscuir. Peço desculpas e licença para divergir exatamente voltando um pouquinho na questão da substituição. A lei não atribuiu a ANS prerrogativa pra dizer o que é equivalência. A lei já adjetivou a substituição. A substituição deve ser equivalente. Não cabe a ANS dizer o que e sim como. O poder regulamentar ativo atribuído a ANS é o poder de descrever, descritivo de como a equivalência será, deverá ser observada. Por isso eu peço desculpas pela divergência nesse ponto. E gostaria de propor uma reflexão se for possível. Em todos os seus Âmbitos. Parabenizo a interpretação no que diz respeito as exceções, principalmente exceções que são, que tem naturezas restritivas de direitos. Nós estamos aqui tratando de direito fundamental a saúde e não é a primeira vez nesse país que a iniciativa privada vai a frente do estado como ocorreu na década de 60, 50, nos IAPS, a previdência falida, os estudos de previdências privados resolveram solucionar o problema brasileiro. O que quê aconteceu? O estado novamente abrangeu aquelas soluções e criaram os IAPS. E nós sabemos o que aconteceu com os IAPS. Novamente a iniciativa privada tenta resolver o problema da saúde no Brasil através da saúde suplementar, o que quê o estado faz? Com toda a legitimidade, eu não estou aqui me contrapondo, muito pelo contrário, cria a agencia nacional de saúde suplementar. Voltando para o estado as iniciativas privadas no que diz respeito a saúde suplementar. Então desculpe-me mais uma vez, uma mera visão de quem estuda o assunto e se responsabiliza pelas palavras aqui falado em nome de um órgão público, o público também é a ANS, mas não há como a ANS não se imiscuir nas relações privadas. Até porque ela existe para manter a sustentabilidade do setor e o setor se compõe de um tripé. Três partes integrantes sem as quais não haverá o setor. Muito bem, apenas para complementar. No que diz respeito a cláusulas abertas, cláusulas fechadas, a opinião técnica mais moderna, inclusive podemos buscar essa opinião até no

próprio código civil brasileiro em que as cláusulas devam ser abertas. A ANS deva se ocupar de regulações programáticas e obviamente limitadoras naquilo que a própria lei assim define. E cabendo aos privados, se regularem as suas cláusulas, desde que não ofenda, ultrapassem ou mitiguem os princípios consagrados pela ANS no seu estrito poder regulamentador. Eu só gostaria de chamar atenção para esses pontos, mas, sobretudo pela visão do órgão público que é a ANS. Porque se é um órgão público e não é por isso que ela vai deixar de se ater aquilo que a própria lei 13003 está dando um passo adiante das relações privadas. Esta publicizando as relações privadas mais uma vez. E tenho certeza que poderíamos debater e mais uma vez agradeço a oportunidade não só da fala como da presença no momento em que tratarmos de cláusulas verdadeiramente na nossa modesta maneira de entender, cruciais para esse debate. Reajustes e adoção de parâmetros de ontológicos de remuneração desses serviços. Sem os quais não haverá se quer a possibilidade da manutenção como aqui disse o Doutor Gaúcho, como a realidade ocorrida na sua cidade se quer a prestação do serviço de saúde suplementar. Obrigado.

P/Marta – Agora a gente tem Fenan, Virgínia, Frederico é isso? Toro, Benício, Zilli, Paulo, Márcia, é verdade Márcia te colocamos logo depois da Fenan. Esqueci o seu. Ricardo da Abramge. Foi gente. Eu vou ler de novo e a gente vai parar de inscrever aqui, tá? Fenan, Márcia, Virgínia, Frederico, Toro, Benício, Zilli, Paulo e Ricardo, ok?

P/Marlonei – Bem, Marlonei, Federação Nacional dos Médicos. A nossa profissão é muito clara com relação aos contratos. Inclusive entregamos a ANS uma minuta com 25 cláusulas pretendendo regular essa... Segundo dizer o seguinte, nós entendemos que os contratos devam entrar imediatamente em vigor. A negociação deve começar dia 24 de dezembro, mas vamos deixar para alguns dias depois. Por quê? Porque os contratos existentes hoje são em sua maioria quase a totalidade, unilaterais. Como é que nós recebemos? Eu estou no meu consultório, há quase 40 anos acontece isso. E lá recebo um envelope de uma operadora x. Eu to falando em Brasil, Caxias não acontece mais isso. Mas em Brasil. Lá, umas letrinhas bem pequenas, parece contrato de banco onde... E alguns já vem assinados pelo representante da operadora. Me oferecendo contrato e me dando, nós já ganhamos isso na justiça, por isso que eles estão falando, 15 ou 20 dias pra assinar e devolver. Então esses contratos leoninos, unilaterais, na nossa opinião e por isso que nós vibramos com a lei, porque vai ter a oportunidade de nós sentarmos em torno de uma mesa e negociarmos os contratos. Esse é o primeiro ponto. Segundo, a lei diz o seguinte, como contratar (ininteligível) serão reguladas por contratos por escrito. Estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço. Doutora Marta, o legislador esqueceu ou não quis botar que existe o artigo oitavo, inciso sexto da constituição federal que diz o seguinte, isso aqui é uma

negociação coletiva, acho que todo mundo concorda, que diz bem claro. Bom, se não concorda, a nossa opinião, você falou que não concorda, não deve concordar não é mesmo? Isso aqui no nosso entendimento é uma negociação coletiva de trabalho. E sendo uma negociação coletiva de trabalho...

P/Marta – É uma negociação coletiva pra gente construir uma RN.

P/Marlonei – Fica bem claro nesse artigo que é obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas. Então reivindicamos, e a interpretação é a minha, eu não vou dar a sua, estou dando a minha interpretação.

P/Marta – Gente, cada um deu a sua aqui dentro. Organizadamente.

P/Marlonei – Você dá a sua eu dou a minha. Quem vai dar a final é o juiz. Que seja regulamentado, que isso vai ser uma negociação coletiva com a participação de quem deve ter. No nosso caso eu falei representação sindical, mas logicamente que estão incluídas as nossas instituições médicas, todas aqui representadas. Então esta é a questão fundamental, achamos que ele deve vigorar em seguida sim com a prestação e a gente pede, a gente clama e nós estamos rezando para que essa negociação seja em torno de uma mesa desse lugar no país e que não precise judicializar essa questão, porque seria ruim para todos nós.

P/Marta – Márcia.

P/Márcia – Bom, eu sou representante do conselho Federal de Medicina, eu to substituindo... Porque agora mudou a direção e eu queria ressaltar uma questão que preocupa muito os médicos, vou falar em torno dos médicos, porque eu não sou de outras categorias, mas de que eu tive entendimento na última reunião de que alguns, vamos dizer entidades não consideram essa lei válida para os médicos que já estão credenciados, como o Marlonei falou em relação a contratos que são ou impostos ou contratos que nem existem. Essa é a nossa preocupação. Por quê? Novos credenciados aqui todos sabem, não estão ocorrendo. Quando ocorrem, são contratadas pessoas jurídicas para atender ou nos seus consultórios, que são chamados de consultórios satélites ou em projetos de verticalização. Então a nossa posição, que eu acredito que seja as demais entidades que sempre atuaram nessa área conjuntamente, é de que esses contratam passem a valer para todos os médicos e que sejam refeitos agora. Já que nós não conseguimos ainda implantá-lo por resolução da ANS. Agora nós temos a lei que é uma oportunidade que não foi nos dada, ela foi conquistada em dez anos de luta. Dez anos passando por obstáculos que vários setores que estão conversando conosco tentaram impedir, mas agora nós estamos em uma negociação efetiva para que todos saibam, satisfeitos, alguns e nós também temos que tirar algumas aspirações. Mas essa é uma das principais.

P/Marta – Isso que a Márcia tá colocando é exatamente esse slide aqui gente que fala pra quem cabe essa lei, tá Márcia? E aí o que quê a gente tá propondo. A gente tá propondo que se adapte os contratos que já existem para eles ficarem de acordo com isso tudo que a gente tá construindo e que essa adaptação tem que se dar até 12 meses. É isso que a gente tá colocando em discussão aqui, Paulo você já está aqui na listinha. Aí Márcia, a gente também vai fazer uma discussão na próxima reunião que aí, Cris, você que perguntou, na próxima reunião a gente tem três pontos, que é lá no calendário, toda a discussão do reajuste que é aquele artigo inteiro. O índice, tudo isso e a gente vai ter a discussão dos não contratos com o pagamento. Que é um contrato tácito. Então a gente vai fazer a discussão do contrato tácito na próxima reunião também, viu Marlene, eu sei que vocês estão discutindo isso lá. Vai ter essa discussão na próxima reunião. Aqui a gente tá falando dos contratos bonitinhos, escritos e assinados que é o que a gente quer que sejam 100% daqui pra frente. Virginia.

P/Virginia – A Abramge já manifestou a respeito exatamente dessa questão de adaptação no sentido de respeitar o ato jurídica perfeito e que é um direito das partes recontratualizarem da forma como desejarem. Mas o órgão regulador impor uma adaptação a nosso ver isso fere o princípio do ato jurídico perfeito. De qualquer forma se a intenção da ANS é essa, a gente pede para só lembrar dos prazos em que foram dados e que eram separados das RNS 42, 54 e 71 que justamente pelo volume de contratos no caso da 71, por exemplo, foram 600 dias. Então fazer com todos os prestadores em 12 meses, acredito que para as operadoras que atuam, principalmente em âmbito estadual ou nacional seria impossível de conseguir.

P/Marta – Virginia, a gente tá entendendo que se os seus contratos estão dentro da regulamentação vigente, que deveriam estar, eles já estão totalmente dentro da lei. Só falta um item que é a periodicidade de reajuste, então a gente...

P/Virginia – Que é o único polêmico não é?

P/Marta – Isso, mas que você vai ver, a gente teve uma idéia maravilhosa e vai dar tudo certo. Então não há que se falar nesse tempo longo para se adaptar os contratos, tá bom? Frederico.

P/Frederico – Frederico da Unimed Brasil. É mais uma preocupação em relação a substituição de rede. Maior preocupação até com vocês da ANS do que propriamente... Porque hoje a substituição dos hospitais.

P/Marta – Agora que eu te reconheci Frederico.

P/Frederico – A substituição hoje é notória, sem essa lei, a ANS já tem uma série de dificuldades para analisar ou pela complexidade e pelo número de

substituições hospitalares que são submetidas. Eu to falando só das autorizações aqui de substituição que dependem de autorização prévia da ANS. Obviamente se for, se valer a opção da ANS, isso vai aumentar não sei nem em que potencia do nível de análise que vocês vão ter que fazer e prestar autorização ou não com essas substituições. Sem ser hospitalar, enfim todas. Vocês pensam alguma coisa no sentido assim, caso as operadoras que de repente não tem problemas de garantia de atendimento, monitoramento de ___ e tal, nos últimos seis meses tem uma autorização prévia ou condicionada de repente a você manter uma não, manter o produto regular em relação a reclamações nos próximos seis meses de modo que não dependa esperar uma autorização da ANS para promover aquela alteração, uma vez que o produto não tá dando indício nenhum de problema, ou seja, porque hoje você paga umas taxas...

P/Marta – Você tá falando de hospital?

P/Frederico – Eu to falando de tudo, porque pelo meu entendimento acho que todas as alterações vão ter que ser submetidas não? A substituição por redimensionamento, aquela substituição que você não tem que oferecer para o prestador na troca. Já que não vai ter exceção, vocês estão prevendo que não vai ter exceção, então eu to perguntando daquelas substituições que dependem de autorização prévia da agência. Até para não afunilar as autorizações, esperar a ANS, porque hoje acontece as vezes de pagar taxas milionárias de repente, dependendo do porte da operadora e aquela autorização só vem como você mesmo comentou. Ah, você submete a 2035, se a gente autorizar, você promove aquela substituição. Ou tem algum sistema que vocês estão prevendo que vai acelerar essa...

P/Marta – A gente não quer que tenha. É isso que saiu no slide. A gente quer que não tenha que passar por isso. Toro.

P/Toro – Até mesmo em face da brilhante fala do procurador ninguém nega que nós estamos tratando de um segmento de relevância pública como estabelecido na própria construção federal, é uma atividade econômica de relevância pública, mas que tem que existir um sopesamento entre as regras de direito público e as regras de direito privado. Porque tem que também se preservar a livre iniciativa e a livre concorrência. Então trata-se realmente de uma situação bastante peculiar, bastante específica, porque nós estamos falando de uma atividade de saúde, mas os princípios constitucionais, eles precisam também ser sopesados sob pena de não reconhecer os princípios também que garantem a livre iniciativa e a livre concorrência. Isso é importante para nós começarmos a nortear a questão do contrato para que não se gere uma expectativa, que nós vamos sair daqui com um contrato padrão ou que nós vamos aqui aprovar 25, 30 cláusulas de contrato, não é essa a finalidade. A lei apenas estabelece as cláusulas que serão consideradas, portanto

obrigatória, mas o conteúdo das cláusulas depende na verdade de negociação, de livre iniciativa, de livre concorrência. Então eu acho que isso agente tem que ter em mente esse sopesamento dos princípios constitucionais sob pena de gerar uma expectativa que com certeza não é a expectativa do órgão regulador e nem da própria legislação. Esse é um primeiro aspecto. Um segundo aspecto até pra marcar a nossa posição, a permissa vênha nós entendemos que a lei só pode ser aplicada aos contratos firmados a partir do seu advento. Na realidade esse entendimento tem com base na própria ação e direito de constitucionalidade a 1931 com base no próprio texto constitucional e até de outras manifestações. Respeitamos as posições contrárias, porém nos reservamos do direito até de no momento oportuno se for o caso de discutir a questão da inaplicabilidade da não aplicação de um efeito retroativo dessa lei aos contratos então firmados antes de seu advento. E com referência também com a questão do prazo de eventual adaptação apesar de não concordarmos com adaptação, na realidade então seguir também aquela mesma sistemática adotada na 42, na 54, 71 para que haja adaptação. Porque nós sabemos que infelizmente teremos que realmente, que o que foi colocado que será discutido na próxima semana após se tornar realidade, porém como nós estamos discutindo a norma hoje, eu tenho que partir dessa realidade. Nós já temos um precedente de prazos com referência e adaptação, nós já sabemos que adaptação muitas vezes acaba tendo uma conversa de surdos, porque é para se discutir apenas um aspecto, mas acaba se aproveitando a oportunidade para discutir outros e acaba enterrando, portanto, o processo de adaptação, então que sejam observados aqueles prazos lá estabelecidos. Respalados então pelo menos um prazo mínimo de 12 meses, mas segundo aquela lógica que foi adotado na 42, na 54 e na 71. Então entendemos que esses são aspectos realmente muito importantes. E como eu disse pra Doutora Lucília na última vez, eu não imaginava que eu iria aplaudir a IN 49. Até porque eu entendo quando nós fomos discutir as questões de reajuste que devem ser preservados na verdade a autonomia das partes. E se já tem cláusulas, já tem regra estabelecendo, aquele quando for o caso não será aplicado.

P/Marta – Benício.

P/Benício – Benício, Conselho Federal de Odontologia. Nós entendemos que a regra deva valer para todos os contratos, lógico que tem que dar um tempo para a questão das adaptações, isso não se discute, no entanto eu acho que essa lei vive um momento muito bom no qual nós temos aqui a oportunidade de equilibrar esse mercado tão desigual. Que é o mercado da relação que está aposta aí de contratos entre os prestadores e as operadoras, na realidade é uma relação desigual no qual, o que que acontece, o que o colega da medicina acabou de dizer, que é imposta de cima para baixo em cima desses prestadores. Nós não temos como reagir a isso. Então nós, essa questão do equilíbrio, eu quero trazer aqui algo muito interessante. Eu aprendi na vida

desde pequeno que o equilíbrio entre as forças, a própria natureza já nos diz. Quando eu era criança, que eu morava no interior lá no estado do Ceará, para se buscar água no rio, transportando em cima do animal, eu tinha que carregar em dois canecos. Quando eu chegasse no Rio, se enchesse no caneco de um lado com dez litros e do outro com vinte litros. A carga do jumento iria virar. Então nós temos que ter equilíbrio, a natureza tá nos ensinando isso. O jumento vai morrer de sede. Nós temos ainda para equilíbrio desse mercado uma data base. Nós temos que ter uma data base para que passe a valer e não a data pelo aniversário do contrato. Porque fica impossível a gente acompanhar. Eu sei que é difícil pra agência tudo isso, mas pra gente prestador, nós precisamos que esta data seja unificada. Essa data seja unificada. E por último, não tem, apesar que não cite especificamente na lei, não tem como a gente tentar partir para uma negociação coletiva. É desumano o que acontece hoje. Chega no meu consultório um contrato que eu tenho que assinar. Se eu não assinar, serei descredenciado com dois meses ou seis meses, então a nível de negociação coletiva, ela é imperativa para que se tenha equilíbrio entre as forças, se não a carga vira.

P/Marta – Gente, olha só. Entendi, só que agora a gente tá tentando colocar aqui quais são as regras desse contrato e quais são as vedações lembra que a gente vai fazer as vedações daqui a pouco? Pra que esse contrato deixe de ser leonino. Então assim, é isso que a gente tá tentando fazer aqui pra que seja um contrato. Que você só tenha que negociar entre as partes quais são as cláusulas, os tempos, os x, mas que o macro dele já tá regulado por uma lei, já tá regulado por uma resolução, então é nesse lugar que a gente quer chegar. Ao mesmo tempo sem ter um contrato padrão porque seria muito ruim, diferentes perfis, aqui dentro a gente tá falando desde o hospital até prestador de serviço PF. Então assim, aqui dentro tem tudo dessa lei. Então só tomar um pouquinho de cuidado com a dimensão do que a gente tá falando. Doutor Zilli, Paulo, Ricardo e a gente vai almoçar gente.

P/Zilli – Bom, Emilio Zilli da Associação Médica Brasileira. Sabe Marta, eu às vezes sinto que estou fora do planeta, me sinto meio marciano. Porque na realidade faz mais ou menos um ano que as entidades médicas encaminharam para a ANS a sua proposta de contrato. E eu me lembro que nós assinamos tanto Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, Confederação Nacional dos Médicos, não colocaram isso de uma forma leviana. Isso foi colocado discutindo com as sociedades inclusive com algumas operadoras. O que a gente entende de uma forma muito clara, muito óbvia, respeitando todas as colocações do senhor procurador, nós não somos formados em direito. Mas a gente é formado pelo menos a maioria em ética. E a gente entende que um contrato, ele tem que atender a todas as partes. Ele não tem que ser leonino ou não leonino, ele tem que atender principalmente a quem paga, a quem recebe e a quem é o beneficiário desse serviço. Que é o

nosso. As pessoas gostam de usar usuário, eu gosto de usar pacientes. Então basicamente é de uma forma muito clara, 15 itens discutidos, colocados, detalhados, e é uma questão metodológica, desculpe Marta, nós como médicos nós estamos acostumados, eu queria dizer os profissionais de saúde também, estamos acostumados a discutir uma metodologia. Quando você pensa coisas dessas opções sem discutir

03:20:50