

1 **ATA DE REUNIÃO**
2 **CÂMARA TÉCNICA DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO**
3 **5ª REUNIÃO - 13/11/2012**
4
5

6 AOS treze dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze,
7 reuniram-se na sede da ANS, no Rio de Janeiro, das 14h55 às 16h40,
8 representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de
9 instituições do setor de saúde suplementar e da sociedade civil para a
10 realização da 5ª Reunião da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação.
11 A assinatura desta ata está disposta na lista de presença.

12 A Diretora-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
13 (DIPRO) da ANS, Dr^a Carla Soares, primeiramente, dá boas vindas e pede
14 desculpas mais uma vez pelo atraso, mas diz que nesse final de mandato do
15 Diretor-Presidente da ANS, Maurício Ceschin, houve uma reunião de
16 diretoria colegiada hoje, e por isso o atraso. O Dr. Maurício, infelizmente,
17 não poderá estar conosco, a gente também está aguardando o Dr. André
18 Longo que é o Diretor-Presidente substituto, mas ele acabou de me avisar
19 para já fazer a abertura, e não deixá-los esperando por mais tempo, porque
20 surgiu um imprevisto. E aí eu já vou começar dando a notícia de alguns
21 encaminhamentos, que inclusive foram deliberados. Na última reunião, a
22 FENASAÚDE, e até depois com esse pedido ratificado pelas outras entidades
23 apresentou um pedido para que a gente reavaliasse o conceito de franquia,
24 se realmente a questão da franquia não pode representar a cobertura
25 integral do procedimento, no que a ABRAMGE também corroborou com esse
26 entendimento, e um dos compromissos que o Dr. Maurício assumiu foi fazer
27 uma consulta à PROGE para que então a gente então desse esses
28 prosseguimentos. Essa consulta à PROGE, a nossa procuradoria foi feita,
29 não tivemos a resposta ainda em tempo hábil para procuradoria responder,
30 mas nós levamos a situação, então, à reunião de hoje da colegiada e os
31 diretores deliberaram que este aspecto econômico-financeiro, ou seja, os
32 mecanismos de regulação econômico-financeiros dependem não só do
33 parecer da PROGE como aprofundamento, mas como também de mais
34 estudos de caso. Se o parecer da PROGE for favorável, a gente vai precisar
35 desenhar um modelo, desenhar limites, e por essa razão então, eles
36 decidiram que seria melhor a gente avançar em todos os outros
37 mecanismos assistenciais e administrativos. Então, hoje, será realmente a
38 última reunião da câmara técnica e nós vamos avançar quanto à minuta de
39 Resolução Normativa (RN), com relação aos mecanismos assistenciais e
40 administrativos, e instituiremos um grupo técnico pra fazer os estudos
41 sobre mecanismos de regulação econômico-financeiros. A proposta, então,
42 é que após essa câmara técnica de hoje, essa última reunião de hoje, a
43 gente depois disponibilizará como foi solicitado pelos órgãos de defesa do
44 consumidor que a gente disponibilizasse a minuta de RN pra que vocês
45 tenham conhecimento antes de ela ir à consulta pública e assim será feito.
46 E a gente estabeleceu os limites, a proposta é que nessa RN, tudo o que
47 diga a respeito aos mecanismos de regulação econômico-financeiros, a
48 gente repita o que está na CONSU nº 8, enquanto, não se avança para que
49 a gente não tenha dois normativos em vigor, concomitantemente, a nova
50 RN que revoga parte da CONSU nº 8. Então, a gente vai replicar, fazer um

51 único normativo tendo os avanços com relação à parte assistencial e
52 administrativa, vamos manter por enquanto em vigor o que já existe de
53 conceito de coparticipação e de franquia até que esse grupo técnico encerre
54 os trabalhos, e a gente possa propor um normativo específico de
55 mecanismos financeiros. Esses são os encaminhamentos que serão dados e
56 aí eu passo a palavra para Gerente-Geral de Estrutura e Operação de
57 Produtos (GGEOP) da DIPRO da ANS, Dr^a Denise Domingos. A gente,
58 geralmente, no processo da câmara técnica vem o extrato da ata da
59 colegiada, na RN não, porque a própria minuta não comporta para
60 mencionar a decisão da colegiada, mas no processo na etapa de exposição
61 de motivos da RN sim, pois na exposição de motivos constará a decisão da
62 colegiada. Um grupo técnico mais ou menos como fizemos com a câmara
63 técnica do novo modelo de reajuste, essa câmara técnica foi encerrada e
64 depois foi constituído um grupo técnico. Então, nós vamos constituir um
65 grupo técnico com a participação dos senhores, claro, talvez mais alguns
66 *experts* no assunto pra que a gente possa caminhar exatamente uma
67 proposta de mecanismos econômico-financeiros, para poder avançar nos
68 conceitos de franquia, de coparticipação, de limites, teto ou nome.

69 D A Dr^a Denise Domingos da GGEOP/DIPRO dá boa tarde, ressaltando a
70 parte de mecanismos de regulação da área especial, anunciando que irá
71 repassar aqui uma apresentação bem curtinha, e revela que vai repassar
72 aqui o que foi consolidado de todas as demais reuniões. Sobre o conceito de
73 mecanismos de regulação são meios em recursos técnicos administrativos
74 ou financeiros utilizados pelas operadoras que tratam o art. 1º da Lei nº
75 9656, de 1998, com a finalidade de gerenciar a demanda ou a utilização dos
76 serviços assistenciais em compatibilidade com o disposto nos códigos de
77 éticas profissionais, na Lei nº 9656 de 1998, seus regulamentos e na
78 legislação vigente. Aqui pequenos aspectos, não quero dizer que só esses
79 aqui se configurem em mecanismos de regulação, mas foi o que se extraiu
80 de nossas reuniões. Configuram mecanismos de regulação procedimentos
81 adotados para fim de autorização prévia, atendimento básico realizado por
82 médico ou odontólogo, no qual será realizado o encaminhamento a serviços
83 especializados quando necessário, encaminhamento a determinados
84 prestadores da rede credenciada previamente definidos pela operadora,
85 quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico,
86 procedimentos, cuja realização depende de procedimento anterior que
87 indique sua necessidade desde que esteja previsto nas diretrizes
88 reconhecidas pelo Ministério da Saúde, pela ANS ou pelas sociedades
89 médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e Associação
90 Médica Brasileira. Sejam quais forem os mecanismos de regulação e quais
91 as condições de utilização são aquelas, as quais, a operadora deverá
92 informar clara e previamente ao beneficiário no material publicitário, no
93 instrumento jurídico e no meio de divulgação de serviços e plano, os fatores
94 moderadores e todas as suas condições sob pena de inviabilizar a sua
95 aplicação, fornecer ao beneficiário um CPF ou CNPJ, nome ou a razão social
96 do prestador, a data da realização do evento, o valor pago ao prestador e o

97 valor da participação financeira ao cobrar o fator moderador de cada serviço
98 realizado na rede credenciada referenciada, e fornecer ao beneficiário,
99 quando solicitado, laudo fundamentado bem como cópia de toda a
100 documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso
101 do contrato, decorrentes da utilização dos mecanismos de regulação, e
102 encaminhar a ANS quando solicitado, documento técnico, demonstrando os
103 mecanismos de regulação adotados com a apresentação dos critérios
104 aplicados e parâmetros criados para essa utilização. O principal, antes disso
105 tudo aqui é que o Dr. Maurício repassou na última reunião é que deverá
106 constar, de forma clara e objetiva para o consumidor no contrato qualquer
107 mecanismo de regulação adotado.

108 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Mas, a
109 informação aqui é o beneficiário, não é a pessoa. Não é a pessoa jurídica.

110 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Mas, a
111 operadora sabe qual é o beneficiário que está fazendo aquele procedimento,
112 a qual ela está autorizando, por exemplo.

113 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Eu entendi o
114 que a Virgínia quis colocar, é o seguinte, a especialidade médica, ela já
115 expõe. Eu entendi, uma menor de idade que vai ao ginecologista e a mãe
116 não sabe, eu entendi qual é a preocupação, tem essa proteção à
117 individualidade. A minuta não está pronta, eu acho que é o caso de a gente
118 avaliar como estabelecer isso de forma a não ferir, a mesma coisa, o grupo
119 familiar, um deles vai ao oncologista, mas não quer que a família saiba, ele
120 está com câncer, está fazendo tratamento específico e para não chocar a
121 família, uma coisa assim.

122 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** É, então fica aí
123 a sua contribuição para que a gente possa evoluir nisso, respeitando o
124 direito à intimidade.

125 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Porque o valor
126 da coparticipação é hoje, atualmente, ele é em função do que é pago ao
127 prestador. Hoje pelo que está na Consu 8 é assim.

128 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** A gente discutiu
129 isso nas outras reuniões, pretendemos adotar uma tabela, mas como a
130 gente vai tratar todos os mecanismos de regulação financeiro, também todo
131 fator moderador financeiro. Num outro grupo, a gente vai ter que trazer
132 também o que a gente já acordou de ser uma tabela de referência para
133 projeto. Tudo o que diz respeito ao fator moderador financeiro, ao
134 mecanismo de regulação financeiro tem que ser tratado em um único
135 normativo. Então, por essa razão, a gente trouxe o que tem efeito hoje, na
136 CONSU nº8, em que a coparticipação é sempre em referência ao valor

137 efetivamente pago, onde a gente então vai manter isso até evoluirmos nos
138 outros conceitos.

139 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** E aqui decorre
140 até do princípio que foi adotado desde o início de primar pela informação,
141 pela clareza de informação ao beneficiário. Então seja qual for a regra de
142 coparticipação é para ele saber que está pagando sobre aquele valor.

143 **F** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Necessita de
144 informação, é contratual. Isso aqui não está falando sobre o fator
145 moderador.

146 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** O que pode ser
147 feito é já aqui adotar uma tabela de referência, mas a exigência da
148 informação ser mantida, e a gente trazer, embora isso, a tabela de
149 referência ser exclusivamente do fator moderador, e a gente já inserir isso
150 que já é, eu acho que consensual, de não poder o valor cobrado de
151 coparticipação ser diferente não ao valor efetivamente pago e a uma tabela
152 de referência.

153 **F** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** E assim, nessa
154 norma que vai ser submetida à consulta pública, não é que não vai constar
155 nada sobre o fator moderador. Como a Dr^a Carla falou no início vai se
156 repetir, só não vai inovar, vai se repetir o que consta na CONSU nº 8. Então
157 a existência de fator moderador nos termos que já acontecem hoje vai
158 permanecer e por isso é necessário ter a informação.

159 **F** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** O valor fixo é
160 estabelecido num valor fixo.

161 **F** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Não. Olha só, a
162 gente vai manter o que está hoje, não é? O que está hoje o consumidor,
163 atualmente, pode mudar, mas atualmente o consumidor não pode arcar
164 com 100% do procedimento, não é isso? Como é que ele vai saber que ele
165 não está arcando 100% ou até se ele está pagando mais se ele não sabe o
166 valor, ele não sabe o que está sendo pago. Agora, não precisa vir para o
167 consumidor tantos reais de esparadrapo, etc.

168 **F** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Não. Para fins
169 do que o consumidor vai pagar, Virginia, aqui é a ótica do que o consumidor
170 vai precisar saber pra pagar para a operadora, ele vai pagar, por exemplo,
171 no seu exemplo, cem reais pela internação, ele não vai pagar cinco reais
172 pelo anestesista, etc. Então a informação é uma só.

173 **V** **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Então referente
174 a sua informação do período tal e tal a conta total é essa, e você só atua

175 cem reais. É isso. Para que ele saiba, que o beneficiário saiba que ele não
176 está arcando com a integralidade do procedimento.

177 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Agora vem aqui
178 o que se concluiu que fica vedado. Qualquer atividade ou prática que
179 caracteriza conflito com as disposições legais em vigor. É vedado
180 estabelecer mecanismos de regulação diferenciados por usuários, faixas
181 etárias, graus de parentescos ou outras estratificações dentro do mesmo
182 plano. É vedado adotar mecanismos de regulação relacionados à concessão
183 de desconto, de pontuação para troca por produtos ou outras práticas
184 análogas que desestimulem a utilização dos serviços e das coberturas do
185 plano que faz assistência à saúde contratado pelo beneficiário. E é vedado
186 adotar mecanismos de regulação baseados em parâmetros estatísticos de
187 produtividade, os quais impliquem inibição à solicitação de exame de
188 diagnósticos complementares para os prestadores de serviço de saúde, sob
189 pena de incorrerem infração ao artigo 42 da RN nº 124. Também é vedado
190 utilizar mecanismos de regulação que impeçam ou dificultem o atendimento
191 em situações características como de urgência e emergência. É vedado
192 impedir ou dificultar a realização de um procedimento, em razão de o
193 profissional solicitante não pertencer à rede assistencial da operadora. É
194 vedado exigir a transcrição do pedido do médico assistente não credenciado
195 para guia de autorização da operadora. E também é vedado exigir o
196 direcionamento de rede para atendimento de urgência e emergência,
197 inclusive quando evoluir para internação.

198 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Com relação a
199 isso, Maria Julia (UNIMED-BRASIL), primeiro que o beneficiário tem a
200 liberdade de procurar o profissional de saúde, o profissional médico que ele
201 quiser. Eu não posso restringir que toda cobertura do rol, que a
202 integralidade dá atenção seja em função ao exercício por determinado
203 profissional. Isso aí eu estaria criando, desculpe a expressão, uma reserva
204 de mercado, ou seja, quem é cliente de saúde suplementar só tem acesso
205 aos procedimentos se ele tiver vinculado ao determinado médico que é
206 cooperado ou não cooperado. Ou seja, o atendimento médico, a consulta, a
207 solicitação, o diagnóstico é feito por qualquer médico da preferência do
208 beneficiário e o tratamento é feito, a operadora arca com os procedimentos
209 que estão no rol, independente da solicitação ser pelo médico cooperado.
210 Embora, isso possa ser um desestímulo ao cooperativismo, mas de qualquer
211 forma eu não posso criar uma reserva de mercado pra determinado médico,
212 então o médico que não é cooperado ou que não é credenciado de uma
213 medicina de grupo seja o que for, ele também terá a sua atividade restrita,
214 a solicitação somente aos particulares. Ou seja, você optou aí em só
215 atender particular, você só vai atender particular e toda a evolução do
216 tratamento vai ser feito particular. Me desculpe, isso foge totalmente à

217 política da integralidade da atenção e da liberdade de escolha do
218 beneficiário em buscar o profissional que melhor lhe atender. Ele confia no
219 diagnóstico daquele médico, ele confia na atuação daquele médico, mas ele
220 não faz questão de ter o atendimento no hospital x ou y. Eu não sei os
221 termos técnicos, mas que aceitam médicos virem de fora que não são do
222 seu corpo clínico que operam naquele hospital e tudo mais, e aí, quer dizer,
223 eu estou criando reserva de mercado, realmente isso vai totalmente ao
224 oposto do que a política regulatória de integralidade de atenção à saúde.

225 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Sim, porque
226 como você está falando da regionalização, não é o foco aqui, mas vale
227 lembrar que por ocasião da RN nº 259 a gente provocou muito essa
228 discussão. Há que se pensar qual é a área de abrangência, e aonde que se
229 vai garantir a cobertura, algumas regiões que você não tem o determinado
230 procedimento enquanto não houver o incentivo para se criar os prestadores
231 ali. Você tem que restringir, ou seja, o meu plano ele é restrito, e aonde eu
232 tenho rede para oferecer. Eu não posso fazer o inverso, quer dizer, na
233 minha necessidade comercial eu crio um produto amplo, vendo um produto
234 amplo, mas eu não tenho como atender determinados locais e fazer o
235 inverso, trocar, quer dizer, eu crio uma reserva de mercado pra que eu
236 possa ampliar e vender com aquela área. Quer dizer, a lógica não pode ser
237 invertida, comercialmente os planos têm que ser formatados, não é o foco
238 da câmara técnica, mas para a gente entender que comercialmente esses
239 planos têm que ser desenhados, formatados de forma que há possibilidade
240 de cumprimento da integralidade da assistência. Mas claro, encaminha,
241 depois encaminha os casos concretos, as dificuldades pra que a gente possa
242 avaliar, mas o que eu já posso adiantar é que isso já é, faz parte da política
243 regulatória da agência em não restringir a escolha do beneficiário,
244 tampouco a atividade médica no sentido de solicitar exames e a operadora
245 ter que arcar, se o procedimento está no rol, independente de qual médico
246 solicitou, se é credenciado cooperado ou não, esse procedimento deve ser
247 coberto.

248 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Acho até que
249 tem um aspecto contratual, em que o consumidor não paga pela definição
250 de plano de saúde, ele não paga só pelo serviço do médico de forma que a
251 gente tivesse que limitar. Aquela internação está no cálculo atuarial do
252 preço do seu produto também, onde o preço do procedimento para o
253 hospital, sala de internação, estão incluídos, então, tais como alguns
254 subprodutos pagos, comprados pelo consumidor.

255 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** Eu vou pedir
256 que quando falarem, por favor, digam o nome e de onde são.

257 **Virgínia – ABRAMGE:** Essa questão de impedir ou dificultar eu acho que o
258 nosso grande problema é do cumprimento, nós até falamos em outras
259 reuniões, o cumprimento das informações que precisa, o CID, e
260 preenchimento mesmo das exigências. É possível na hora de mencionar,
261 impedir ou dificultar a realização, não sendo considerado fator restritor a
262 exigência do preenchimento das informações obrigatórias que eu preciso.
263 Ou seja, que às vezes chega um pedido na operadora que o médico
264 solicitante só coloca o nome, não tem nenhuma outra informação. Já que
265 não vai haver a transcrição pra guia dela, ela possa devolver e informar
266 para o beneficiário, quais são as informações obrigatórias pelo padrão TISS
267 para aquele tipo de procedimento ser autorizado pela operadora.

268 **M Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** A gente vai
269 avaliar a forma da operadora, obter essas informações obrigatórias e não
270 devolver para o beneficiário para o beneficiário correr atrás.

271 **Virgínia – ABRAMGE:** Então, hoje, a forma é a transcrição, porque aí o
272 próprio médico que faria essa transcrição e verificaria. Se eu não posso
273 exigir a transcrição então eu só posso informar para o beneficiário que
274 aquele pedido está com as informações incompletas.

275 **M Moderadora:** Mas você pode ter um contato com o seu prestador.

276 **Virgínia – ABRAMGE:** Ele não é prestador.

277 **M Moderadora:** O beneficiário, por exemplo, vai no médico que não é
278 credenciado e ele faz um pedido de exame de sangue. Ele não vai até a
279 operadora para a operadora mostrar o papel não, ele vai lá direto no
280 laboratório e ele faz, e esse laboratório sim, ele é seu credenciado, então
281 você pode nesse laboratório pedir que ele preencha as informações
282 necessárias ali.

283 **Moderadora – ABRANGE:** Sim, mas isso é exceção. Geralmente isso
284 ocorre em caso de cirurgia. O pedido de transcrição ele é basicamente para
285 quando é cirurgia ou um procedimento de alta complexidade.

286 **Moderadora:** Não é essa informação que nós temos aqui, para exame de
287 sangue, pra exames simples.

288 **Virgínia – ABRAMGE:** Sim, mas exame simples seria mais fácil de
289 resolver.

290 **M Moderadora:** Mas o pedido de transcrição é genérico. Hoje na prática ele é
291 para qualquer tipo de exame, urina de rotina, por exemplo.

292 **Virgínia – ABRAMGE:** Mas o grande problema é quando você efetivamente
293 precisa, como em uma internação saber o motivo desta, o caráter, quer

294 dizer, que tem uma série de informações que são de preenchimento
295 obrigatório, tanto no padrão TISS, e eu preciso dessas informações também
296 para preencher.

297 **Moderadora:** A gente vai avaliar essa questão Virgínia, mas você deu um
298 exemplo que é o seguinte: se você está falando dos casos de internação até
299 para você autorizar você precisa dessa informação. O beneficiário não chega
300 na operadora e pede um "olha, eu solicito uma internação", não fala para
301 que é, se é pra retirada de vesícula, se é para uma pancreatite, quer dizer,
302 essas informações para que sejam autorizadas em relação a uma internação
303 ou uma cirurgia já são obrigatórias. Existem as informações mínimas para
304 autorização prévia, então as informações mínimas decorrentes de
305 autorização prévia não são consideradas para impedir ou dificultar, em
306 função do médico solicitante não ser credenciado da operadora. É uma
307 questão de interpretação mesmo. Exigir as informações obrigatórias claro
308 que é possível exigir, porque ninguém autoriza internação, cinco dias de
309 internação, "ah, ok, tá internado", cinco dias de internação para que? Qual
310 é a doença, qual é o problema, qual a indicação, vai precisar de material,
311 não vai precisar de material? E essas informações mínimas já são exigidas
312 até para o próprio ato de autorização.

313 **Virgínia – ABRAMGE:** Perfeito, eu estou chamando a atenção para o
314 seguinte: a transcrição apesar de que em alguns casos ela possa parecer
315 abusiva, é um facilitador nesse caso de ter a informação completa. Então se
316 eu não posso exigir a transcrição, eu preciso que aquela informação seja
317 devolvida para o beneficiário pra ele ir atrás daquela informação, ou seja, a
318 minha guia que vai vir solicitando o procedimento precisa estar com todas
319 as informações completas, sem que isso seja considerado um dificultador.
320 Só para ter essa vírgula, porque fica parecendo que quando a operadora
321 fizer isso, como se isso fosse parecer um dificultador quando na prática é
322 uma necessidade que ela precisa pra cumprir as obrigações perante a ANS.

323 **Poliana – PROTESTE:** Na verdade, é uma dúvida. Uma operadora pode
324 criar um mecanismo de regulação, por exemplo, de direcionamento através
325 de um contrato a parte do plano de saúde? Eu vou explicar, o consumidor
326 tem um plano de saúde e ele contrata um serviço de UTI aéreo, de
327 ambulância, ele contrata esse serviço a parte, e ela pode indicar que esse
328 serviço vai ser direcionado pra um determinado estabelecimento sendo que
329 o contrato principal do plano de saúde não tem qualquer mecanismo de
330 regulação, mas esse serviço contratado tem no contrato essa previsão de
331 que a utilização vai ser direcionada para um determinado estabelecimento?

332 **Moderadora:** A gente chama esses serviços de adicionais. Então, a forma
333 que esse serviço vai ser disponibilizado depende exatamente do produto
334 que está sendo ofertado pela operadora. Quer dizer, a cobertura obrigatória

335 é da lei e do rol, e, por exemplo, no caso de remoção, em que a remoção
336 obrigatória da CONSU nº13. No caso de uma remoção aérea médica, por
337 exemplo, pode estabelecer que a remoção é só para o hospital próprio, mas
338 o consumidor ele tem que saber que quando ele contratou esse serviço
339 adicional ele contratou uma remoção específica. Ela só é inter-hospitalar,
340 por exemplo, nunca vai ser de domicílio para outro hospital, mas essas
341 regras têm que estar claras pro beneficiário.

342 **P Poliana – PROTESTE:** Você concorda comigo que é uma forma de vender
343 um mecanismo de regulação a parte do contrato principal?

344 **M Moderadora:** É um serviço a parte, por quê? O mecanismo de regulação é
345 o gerenciamento de utilização de serviços que estão no rol, você pode se
346 direcionar para qualquer hospital e solicitar sua cirurgia nesses hospitais
347 credenciados, agora, você tem direito a um transporte aéreo médico, por
348 exemplo, só no território nacional e quando utilizar esse serviço só para os
349 hospitais próprios. Esse serviço de transporte aéreo médico não é
350 obrigatório, e não é de cobertura obrigatória.

351 **P Poliana – PROTESTE:** Eu concordo, mas ele interfere. Assim, eu só queria
352 saber mesmo o posicionamento porque nós temos recebido vários casos,
353 principalmente quando a gente começou a falar de mecanismos de
354 regulação, de consumidores que tem esse serviço e que ele tem um
355 direcionamento contratado sem ele saber.

356 **M Moderadora:** Sem ele saber é outra história.

357 **P Poliana – PROTESTE:** Porque ele tem um plano de saúde que não tem
358 nenhum tipo de mecanismo de regulação, ele contratou um serviço
359 adicional acreditando que seria um benefício e na verdade ele contratou um
360 mecanismo de regulação.

361 **M Moderadora:** Sem ele saber, o problema é que ele tem que saber. Em
362 transporte, por exemplo, não existe serviço de remoção domiciliar, plano de
363 saúde não tem remoção domiciliar. Agora, você quer contratar remoção
364 domiciliar? Você vai ter, você quer ter algo a mais? Você vai ter algo a
365 mais, porém, você só tem para os meus hospitais próprios, ele tem que
366 saber. Aí eu não quero ir para o hospital próprio, quer dizer, o que a Lei te
367 obriga? Obriga as operadoras a dar o serviço hospitalar, remoção domiciliar
368 não existe, não é obrigatório. Então todos pegam um táxi, chamam o
369 vizinho, o pai leva, a mãe leva, ele vai para o hospital credenciado que ele
370 quiser, mas ele contrata, "olha, pra esses hospitais eu tenho uma
371 ambulância". O diferencial das reclamações que você está citando é que o
372 consumidor não sabe exatamente.

373 **Poliana – PROTESTE:** Agora, a minha dúvida é você dar a possibilidade de
374 vender um mecanismo de regulação, muitas vezes através de um serviço
375 adicional que era para ser um benefício e na verdade não é.

376 **Moderadora:** Eu discordo porque a venda não é do mecanismo de
377 regulação, a venda é de um serviço. Estou vendendo um serviço.

378 **Poliana – PROTESTE:** Mas que traz um mecanismo de regulação de
379 utilização do plano principal.

380 **Moderadora:** Do serviço, não do plano principal, do serviço. Você pode no
381 plano principal se direcionar para o prestador que você quiser, eu não to
382 direcionando o atendimento no serviço.

383 **Poliana – PROTESTE:** Para o consumidor entender é difícil, porque ele
384 acha que é um serviço vinculado ao outro, e é um serviço vinculado a outro.
385 Ele vai somente para rede credenciada, e continua dentro da rede.

386 **Moderadora:** Este serviço se direciona, e é a mesma coisa do *Home Care*, o
387 *home care* vai ser só com determinado material. Então quer dizer, tem toda
388 uma restrição do *home care*, e pode ter essa restrição e aí ele fala “eu to
389 restringindo o meu atendimento”, não, eu tenho direito a todo o rol, mas na
390 opção do *home care* que não é internação substitutiva do rol, mas na
391 atenção do *home care* eu só vou ter x, y e z. É o total? Não é, mas eu não
392 contratei o máximo, eu não contratei a remoção para rede toda e completa,
393 eu posso dizer que a remoção é só na capital, seu plano é nacional, mas
394 você está contratando a remoção só na capital, você não está contratando a
395 remoção nacional. Isso é uma restrição de acesso aos prestadores de um
396 serviço a mais. Esta condição do serviço adicional tem que estar clara, o
397 problema é que o serviço é vendido sem esclarecer a real regra de
398 utilização, aí o beneficiário fala “eu tenho transporte”, e ele acha que tem
399 transporte de forma ampla para todo e qualquer serviço. E mais uma vez eu
400 repito e eu insisto nisto desde a primeira reunião da câmara técnica, já que
401 nós temos um problema grave de assimetria de informação e temos que
402 tratar, porque o problema é informação, é minimizar o máximo essa
403 assimetria de informação pra poder empoderar o consumidor e poder
404 realmente exigir ou não comprar o serviço “ah, esse serviço desse jeito não
405 me atende, não é isso que eu quero” e não comprar o serviço, ou dizer “eu
406 quero o serviço, mas eu quero o serviço completo assim, assim”.

407 **Luciana – PROCON/SP:** É essa a grande preocupação, esse é o ponto que
408 eu ia entrar aqui relacionado a oferta que é o que a gente vê hoje na
409 prática e a falta de informação. Então qual que é essa preocupação? Quanto
410 mais se estendem os mecanismos de regulação, inclusive, que algumas
411 propostas da ANS tem mostrado que dará abertura para novos produtos,
412 como, por exemplo, o médico generalista, na reunião passada já coloquei

413 um posicionamento, uma crítica em relação à burocratização e o que pode
414 gerar isso, nesse sentido, quanto mais se estende, então se agora se
415 admite um produto como médico generalista como é que isso vai ficar para
416 o consumidor? A gente sabe que na prática, a oferta é que aquele plano
417 tem grandes hospitais, que ele não vai ser direcionado pra rede própria
418 sempre, que ele não vai ter que passar sempre num médico que vai fazer
419 uma triagem. Então esse é o ponto, inclusive com serviço adicional se não é
420 feita uma oferta clara e não tem a informação, o consumidor vai poder
421 exigir uma cobertura num local sem esse direcionamento, eu acho que esse
422 é um ponto de preocupação inclusive para as operadoras. Se forem criados
423 mecanismos e tem essa informação prévia e clara, o consumidor pode exigir
424 a cobertura, independentemente, de qualquer gerenciamento. Porque
425 muitas vezes se ele tiver acesso a tudo isso, ele não vai querer contratar
426 aquele plano.

427 **Moderadora:** Mas o princípio básico que a gente vem trazendo desde a
428 primeira reunião é a informação clara e objetiva do consumidor, e hoje isso
429 já está expresso no CONSU nº 8. Todos os mecanismos de regulação têm
430 que estar de forma expressa e clara, e a gente está reforçando. Então essa
431 câmara desde o início o Dr. Mauricio insistiu e em vários momentos ele já
432 disse isso, é permitida a adoção de mecanismo de regulação desde que
433 sejam previamente e claramente informados. E a nossa intenção é avançar
434 nessas informações. Trata dos prestadores e não trata de mecanismos de
435 regulação, mas ela foi um avanço nesse sentido num momento em que ela
436 exige que no prestador esteja discriminado qual é o serviço que aquele
437 prestador está credenciado. Então, hoje eu tenho como saber que aquele
438 hospital só está credenciado para o pronto atendimento, ou não, que ele
439 está credenciado apenas para o serviço de imagem. Então, ele não é um
440 hospital, ele não é uma entidade hospitalar para mim, porque ele não me
441 presta serviços hospitalares, ele me presta serviços de imagens dentro de
442 um hospital, mas ali ele é um laboratório de imagem como outro qualquer.
443 Exatamente nessa linha da política regulatória que a agência tem seguido
444 de fortalecer a informação. E o nosso trabalho aqui de mecanismo de
445 regulação sempre é pautado nesse sentido. As informações têm que estar
446 prévia e claramente expostas para que o consumidor possa optar e até não
447 adquirir e procurar de uma operadora concorrente que ofereça um produto
448 que se encaixa melhor nas suas necessidades. Por isso, a obrigação não é só
449 das operadoras em expor de forma clara e objetiva quais são os
450 mecanismos de regulação sob pena de não poder implementá-los, aplicá-
451 los, e que se a regra não tiver clara, então, a interpretação é em benefício
452 do consumidor e também por outro lado a obrigação de procurar a agência,
453 da aproximação da agência com os órgãos de defesa do consumidor para
454 que a gente possa também empoderar o consumidor dessas informações,

455 que é um papel nosso também disponibilizar o máximo de informação para
456 os consumidores. Isso cria obrigações para todos do setor.

457 **Luciana – PROCON/SP:** Inclusive, disponibilizar esse contrato e todas
458 essas informações no momento em que o consumidor vai contratar, porque
459 existem situações em que é feito um preenchimento de uma ficha de
460 cadastro e o consumidor não tem acesso a essas informações. Eu gostaria
461 de saber se vai ter algum monitoramento específico da agência em relação
462 a esses documentos, aos contratos pra analisar esses mecanismos, a forma
463 como a operadora irá colocar essas informações, por exemplo, na
464 publicidade, oferta, etc.

465 **Moderadora:** A questão da oferta é um outro passo que a agência está
466 dando e foi trabalhada ainda em um aspecto pequeno na agenda
467 regulatória, mas isso não vai estar contemplado, porque a oferta é outro
468 momento, embora os mecanismos de regulação têm que estar claros, seja
469 no contrato, seja no material publicitário, está na CONSU nº 8, inclusive,
470 seria no momento da oferta, mas a forma de fiscalizar, acompanhar,
471 monitorar essa oferta é um outro projeto, é um outro estudo, mas sem
472 dúvida a gente não vai deixar isso de lado. Em relação à autorização prévia
473 é vedada a exigência de autorização prévia para situações de urgência e
474 emergência para consultas básicas. Entenda-se pediatria, clínica médica,
475 cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia. Ressalvada a checagem dos
476 critérios de elegibilidade que é conferência de beneficiário, segmentação,
477 cobertura e cobertura parcial temporária. Autorização para realização de
478 serviço ou procedimento deverá ocorrer de forma a atender os prazos
479 estabelecidos na RN nº 259, inclusive, nos casos de divergência clínica
480 quanto à necessidade da realização de procedimento.

481 **Flávio – FENASAÚDE:** Como é consulta básica seria carência, e não CPT,
482 quanto ao item anterior que é autorização prévia.

483 **Moderadora:** Sim, é verdade. Carência.

484 **Flávio – FENASAÚDE:** Não é de alta complexidade.

485 **Moderadora:** Sala de urgência e emergência. Situações de urgência e
486 emergência.

487 **Flávio – FENASAÚDE:** Perdão é para consultas básicas. Perdão.

488 **Moderadora:** Sem dúvida faltou ali a carência. A gente quis deixar claro e
489 foi da outra discussão, que essa checagem de condições de elegibilidade, se
490 está ainda em carência, se não está, se está em CPT, se não está, se é meu
491 beneficiário mesmo que isso acontece muito com as Unimed's, o
492 beneficiário chega "Ah, eu sou beneficiário da Unimed", mas aí pede

493 autorização pra Unimed do Brasil, não é da Unimed do Brasil é da Unimed
494 Rio, então esse tipo de checagem não é considerado autorização prévia,
495 isso foi uma discussão que a gente teve aqui pra diferenciar o que é
496 autorização prévia da elegibilidade.

497 **Moderadora:** Aqui são exemplos de critérios de elegibilidade que em cada
498 caso pode até alterar. Bom, em relação à junta médica e odontológica, nos
499 casos em que a operadora discorde do médico ou cirurgião dentista
500 assistente, quanto à indicação clínica de procedimentos que faça parte da
501 cobertura obrigatória deve encaminhar por escrito ao profissional assistente
502 solicitante, o documento contendo as razões da discordância, caso o médico
503 ou cirurgião dentista assistentes mantenham a indicação quanto ao
504 impasse, que deve ser arbitrado por um terceiro profissional, o qual atuará
505 como desempatador, pronunciando-se por escrito em favor de uma das
506 duas posições divergentes, devendo seu parecer ser acatado para fins de
507 cobertura por ambas as partes. O profissional que atuará como árbitro
508 deverá, preferencialmente, ser representante do conselho profissional local
509 ou da sociedade que represente a especialidade médica ou odontológica
510 relacionada ao procedimento. Caso não seja possível o arbitramento por
511 representante de conselho profissional ou da sociedade da especialidade, a
512 operadora poderá indicar outro profissional da mesma especialidade, sendo
513 facultado ao médico ou ao cirurgião dentista assistente, neste caso, recusar
514 até dois dos nomes indicados. Cabe à operadora a responsabilidade pela
515 remuneração do profissional que atuará como árbitro. Tudo dentro do prazo
516 máximo previsto na RN nº 259.

517 **Fala fora do microfone-voz feminina não identificada:** E aí um terceiro
518 ele terá que acatar, é isso? O médico solicitante no terceiro terá que
519 concordar.

520 **Moderadora:** Sim, ele tem a possibilidade de discordar de até dois.

521 **Voz feminina não identificada:** Eu tenho uma dúvida nesse caso a
522 respeito do cumprimento da RN nº 259 que foi dito, em que isso tudo vai
523 ter que ocorrer dentro do prazo, mas se o beneficiário segurar o médico que
524 ele vai indicar por vinte dias não tem como a própria operadora cumprir o
525 prazo da RN nº 259. Até por esse motivo a gente solicitou que a partir do
526 momento em que o prazo estiver sob responsabilidade do beneficiário que
527 fosse suspenso o cumprimento da RN nº 259, porque senão é muito fácil
528 pra ele criar um mecanismo pra nunca ocorrer a junta médica.

529 **Moderadora:** Mas ele tem interesse em obter autorização.

530 **Voz feminina não identificada:** Ok, mas a partir do momento em que eu
531 seguro para indicar o segundo médico por vinte dias obrigatoriamente, a

532 operadora tem que autorizar se ocorrer a junta médica para cumprir o
533 prazo. Então ele cria um artifício pra ele nunca ter junta médica.

534**M Moderadora:** Não, Virgínia. Há certas coisas que é o bom senso. Existem
535 condições mínimas. Se o consumidor, por exemplo, nunca vai pedir
536 autorização, nunca mostra o pedido médico ele não pode obter a
537 autorização, então o pedido médico não deixa de ser uma condição mínima.
538 Que não vai ser o consumidor que vai indicar isso, mas se tiver que indicar
539 por alguma circunstância algum médico de sua preferência e ele não
540 indicar, eu acho que se a operadora não tomar as providências de obter
541 outro, de mandar telegrama ou o que for, não vai estar obrigada.

542**V Voz feminina não identificada:** Eu estou chamando a atenção para o
543 seguinte, se eu leio o que está hoje na RN nº 211, ela fala que cabe a
544 operadora comunicar ao beneficiário pra ele indicar o médico, então ela não
545 pode presumir que vai ser o próprio solicitante. Uma vez que ele entregou o
546 pedido, se a partir da entrega do pedido dele começar a contar os prazos da
547 RN nº 259, naquele momento, a operadora entender que para aquele caso
548 ela diverge do pedido e para ela não deveria ter autorização, ela vai
549 informar ao beneficiário de que será instaurada junta médica para definir.
550 Se essa junta médica tem que ocorrer e concluir tudo dentro do prazo da
551 RN nº 259, como beneficiária deixo dar 15 dias pra indicar e aí não tem
552 como ocorrer a junta médica, é isso que eu estou chamando atenção. Na
553 junta médica? Não, a operadora ela vai indicar o dela. Que não
554 necessariamente é o solicitante, se eu leio na norma ela fala que cabe ao
555 beneficiário informar se será o solicitante ou se vai querer indicar. Então o
556 meu problema é o segundo, não é o terceiro, e ele de comum acordo
557 escolher o terceiro. Se eu quero que nunca ocorra junta médica pra cumprir
558 o prazo da RN nº 259, basta eu demorar 20 dias pra eu indicar.

559**M Moderadora:** O pedido de suspender o prazo é muito contrário a todas as
560 políticas que a gente vem adotando, em relação a garantia de atendimento
561 aqui. Pelo bom senso se em alguma circunstância, o beneficiário tiver que
562 indicar algum médico eu acho que o maior interesse é dele em ter aquilo ali
563 autorizado. Eu não estou nem falando da indicação do médico, de qualquer
564 circunstância que faltou do consumidor promover, por exemplo, em caso de
565 diretrizes médicas, se ficou faltando lá algum procedimento prévio não tem
566 como exigir que a operadora dê. Mesma coisa para isso aqui.

567**V Voz feminina não identificada:** Acho que deveria ser acrescido um
568 parágrafo dizendo o seguinte: se por algum motivo a junta médica não for
569 possível por culpa exclusiva do beneficiário que a operadora está
570 desobrigada a garantir aquela cobertura que prevalece, então, no caso o
571 posicionamento da operadora. Eu acho que seria muito interessante isso
572 ficar expresso no normativo.

573 **Moderadora:** Eu vou anotar, mas não é mesmo a política da agência trazer
574 para o consumidor essa responsabilidade. Sem dúvida nenhuma, de alguma
575 forma eu acho que até já se insere na RN nº 259 se a culpa pelo não
576 cumprimento do prazo é do beneficiário, a operadora não vai lhe ser
577 imputada culpa. Por exemplo, no parágrafo segundo do artigo terceiro da
578 RN nº 259 já consta que se o consumidor escolher um prestador de sua
579 preferência, a operadora não vai estar obrigada, porque foi alguma coisa
580 por opção do consumidor, aquele prazo não vai estar sendo possível. Esse
581 conceito eu acho que se estende ao que for necessário nisso, ok?

582 **Voz feminina não identificada:** Só um detalhe, como a gente estava
583 falando essa questão de prazo eu acho que é tão séria a questão referente
584 especificamente a RN nº 259, e quer dizer, que o beneficiário ter percebido
585 que existem formas de ele exigir da operadora o que não tem direito,
586 exemplo dessa questão da junta médica, você não faz uma junta médica se
587 o beneficiário não indicar ou o prestador mesmo, o próprio médico
588 assistente do beneficiário não participar dentro daquele prazo você não
589 consegue garantir o atendimento e não é por responsabilidade da
590 operadora. Uma outra questão que a gente falou sobre a RN nº 259 que
591 deu como indeferido na última câmara técnica que dizia respeito a
592 contagem do prazo em dobro para o beneficiário faltante, eu trouxe até um
593 caso concreto de uma operadora, ela me deu autorização para eu falar em
594 nome dela, que ela fez estudos sobre o impacto da RN nº 259, foi a CEMIG
595 SAÚDE, eles implantaram todo um controle de garantia de prazo de
596 atendimento dentro do *call center*, e 68% das pessoas que ligaram
597 querendo um agendamento de atendimento pelo *call center* por conta da RN
598 nº 259 não compareceram à consulta. Então, quer dizer, que tem um
599 desgaste de custo operacional do *call center* e do prestador que fica com a
600 agenda sobrecarregada, sem a garantia do atendimento para aquele que
601 efetivamente precisa, então quer dizer, se existe uma norma para a
602 operadora cumprir seria coerente que até para beneficiar os seus usuários
603 que precisam do atendimento que tivesse alguma medida protetiva para
604 esses beneficiários. Então colocar o prazo em dobro ou no caso da junta
605 médica.

606 **Moderadora:** Isso não foi dado na última reunião como indeferido e não
607 acatado. Isso aí, o que foi dito na penúltima reunião pela Dra. Carla e foi na
608 última reunião colocado em slide é que tem que ter os dois lados. Se por
609 acaso isso fosse adotado também seria adotado para o caso da operadora,
610 porque tinha se falado contar em dobro ou a cobrança de multa e é por isso
611 que a resposta veio como multa. Seria o caso da operadora ter que pagar
612 também para o beneficiário uma multa quando desmarca? Porque temos
613 também fila de beneficiário reclamando de que as operadoras para
614 "mascararem" o cumprimento dos prazos máximos da RN nº 259, elas

615 marcam pra um mesmo horário dezenas de beneficiários e chega lá o
616 beneficiário não consegue o procedimento. Então o que foi dito aqui e foi
617 repetido na reunião passada era isso, que para você cobrar alguma coisa,
618 multa ou prazo em dobro do beneficiário que faltasse a uma, por exemplo,
619 consulta ou um procedimento qualquer que também teria que ter o outro
620 lado de constar também no contrato que a operadora pagaria uma multa
621 para o beneficiário, caso descumprisse aquilo ali.

622 **Voz feminina não identificada:** A multa sim, mas o prazo em dobro veio
623 já direto como não acatado, não foi dado essa alternativa não.

624 **Moderadora:** O prazo em dobro seria uma coisa que você não consegue,
625 como é que a gente faria o outro lado da questão? A gente diminuiria pela
626 metade o prazo quando a culpa fosse da operadora. A operadora, por
627 exemplo, tem 10 dias para uma consulta, aí ela marca o consumidor, no dia
628 anterior ela desmarca, e aí a gente diria que nesse caso por culpa da
629 operadora seria a partir daí 5 dias, não tem como dar a contrapartida. Só é
630 possível criar uma exigência se tivesse como ter a contrapartida.

631 **Voz feminina não identificada:** Sim, mas aí é o não comparecimento. Se
632 o beneficiário chegasse até o consultório e ao chegar no consultório ficasse
633 sabendo que a sua consulta foi cancelada aí teria alguma punição para a
634 operadora. Agora, se foi previamente informado para ele que a consulta
635 seria cancelada, não porque da mesma forma se ele previamente informar
636 que ele não vai comparecer a aquela consulta não tem problema, o que a
637 gente está chamando atenção são para esses 68% dos casos que são
638 usuários que confirmaram que iriam a consulta e não compareceram.

639 **Moderadora:** Tem problema no sentido de que o consumidor, por exemplo,
640 para uma consulta que serão 10 dias, um procedimento que sejam 10 dias,
641 o consumidor não vem a agência reclamar, não vai aos órgãos de defesa do
642 consumidor reclamar porque a operadora marca nos 10 dias, com um dia de
643 antecedência a operadora liga e desmarca e marca para daí mais dez dias.
644 Então aquele prazo que originalmente era dez dias viraram 20.

645 **Voz feminina não identificada:** E a operadora será punida.

646 **Moderadora:** Com relação aos casos da RN nº 259 já foi deliberado pela
647 colegiada que não haverá flexibilização dos prazos da RN nº 259. Então
648 desculpa, eu saí e entrei agora, mas vi que o assunto está no mesmo, eu
649 acho que dá para a gente avançar, porque essa já é uma decisão, não
650 adianta a gente ficar aqui apresentando milhões de argumentos técnicos,
651 sendo que os cinco diretores deliberaram por não flexibilizar os prazos da
652 RN nº 259, e salvo engano o Dr. Mauricio é quem respondeu isso na última
653 câmara técnica a um questionamento que foi feito aqui. Então também está
654 gravado na última reunião, vocês ouviram do próprio Diretor-presidente,

655 quando foi dito que os prazos da RN nº 259 não serão flexibilizados. E aí
656 eventuais dificuldades de cumprimento eu acho que cabe defesa, cabe
657 numa eventual reclamação, numa eventual penalidade, numa eventual
658 punição por descumprimento, eu acho que dentro do devido processo legal,
659 da ampla defesa, cabe ser discutido o caso concreto, mas em abstrato, os
660 prazos colocados na RN nº 259 são esses, e todos os mecanismos de
661 regulação tem que ser adotados de forma a cumprir os prazos da RN nº
662 259.

663 **Moderadora:** Bem, de resumo da área da parte de mecanismos de
664 regulação assistencial já foi aqui. Foram realizadas cinco reuniões nessas
665 datas que estão aí, e o próximo passo é elaboração da minuta da resolução
666 normativa que contemplará a parte assistencial e reproduzirá na medida do
667 possível da CONSU nº 8 a parte econômico financeira, e será levado a
668 consulta pública.

669 **Moderadora:** Lembrando que a gente se comprometeu a disponibilizar a
670 minuta para os membros da câmara técnica antes da minuta ir à consulta
671 pública.

672 **Moderadora:** Exatamente, nós também achamos que discutiríamos a RN
673 hoje, mas exatamente, em função da necessidade de aprofundar melhor e
674 os elementos que a FENASAÚDE nos trouxe para avaliação dos mecanismos
675 econômico-financeiros a gente não pode finalizar essa minuta, porque
676 tivemos que fazer essa cisão, obrigada pela ajuda do vocabulário, dos
677 mecanismos a serem tratados.

678 **Luciana – PROCON/SP:** Vai ser disponibilizada no *site* a minuta ou na
679 verdade vai ser encaminhada, porque ainda é prévia?

680 **Moderadora:** É, nós vamos encaminhar a minuta para os membros através
681 do *e-mail* que vocês receberam o convite para câmara técnica, mas estará
682 também no material da câmara técnica. Estará disponibilizado junto com o
683 material da câmara técnica para que depois a gente possa então submeter
684 à colegiada, colocar a consulta pública, porque a consulta pública tem o
685 mesmo trâmite de aprovação de uma RN que tem para ir à consulta pública,
686 então a minuta vai à procuradoria, a nossa procuradoria faz a análise
687 jurídico formal da RN, aprova se não há óbices jurídicos, ela não avalia o
688 mérito, mas avalia se há confronto jurídico. Então aprova na forma e nos
689 aspectos jurídicos, então isso é pautado na colegiada e a colegiada delibera
690 naquele formato para consulta pública, sabendo que após consulta pública
691 volta, apresenta uma nova minuta que vai de novo para procuradoria que
692 volta pra pauta da colegiada pra depois ser publicada. É mais ou menos
693 esse o trâmite que toda a minuta de RN que é submetida à consulta pública
694 percorre aqui na agência.

695 **Voz feminina não identificada:** Na verdade eu queria saber só se existiria
696 a possibilidade, porque agora vai nos ser encaminhada a minuta para
697 avaliação, se existiria a possibilidade de mais uma reunião pra discutir essa
698 minuta que vai ser encaminhada para a gente. Então nós nos reuniríamos
699 pra discutir essa minuta e apreciar todos os pontos, colher as sugestões e
700 aprimorar.

701 **Moderadora:** Olha, como o Dr.Maurício colocou, eu acho que ele explicou e
702 ainda falou que enquanto houver necessidade clara dentro da razoabilidade,
703 a gente vai fazendo reuniões. A discussão de artigo por artigo, ponto por
704 ponto da minuta, a agência já entendeu e nas outras câmaras técnicas a
705 gente não costuma fazer isso, ela é pouco produtiva porque você ali está
706 discutindo texto, redação tal qual em uma consulta pública. Então a gente
707 coloca a minuta, e aí fica assim, não, mas escreve assim, assim não
708 refletiu. Essas contribuições são muito mais válidas e a gente consegue
709 consolidar quando a gente recebe por escrito, que aí isso é colocado aqui,
710 eu preciso que seja degravado pra depois eu me debruçar, comparar com o
711 que cada um falou, comparar com a minuta de RN pra eu te apresentar em
712 um modelo, em um formato de minuta de RN ela tem que ter o mínimo de
713 forma, de acordo, com decreto lei específico, tem toda uma formalidade. E
714 aí a gente vai passando artigo por artigo, quer dizer, a gente vai discutir
715 desde o preâmbulo,o que essa norma dispõe. Que a nossa experiência
716 mostra isso, a gente discute até a assinatura do Diretor- Presidente, põe em
717 letra maiúscula, em letra minúscula, só de uma forma exagerada. Então na
718 experiência da agência, a gente já percebeu que reunir para ficar passando
719 artigo por artigo é pouco produtivo e a gente sai daqui sem a redação. Quer
720 dizer, essa proposta de discussão seria uma redação a mãos, ficar
721 redigindo, muda essa virgula, põe o q, põe o mais que, por isso que a nossa
722 proposta é disponibilizar a minuta e vocês podem opinar em cima dessa
723 minuta para que a gente então finalize, porque a gente entra num ciclo de
724 discussões muito grande até em termos de forma de redação, que é uma
725 oportunidade também na consulta pública, até a modificação da redação,
726 quer dizer, a consulta pública já permite esse tipo de discussão também. O
727 mais importante na construção da RN são os conceitos mesmos, os
728 princípios básicos e do que se quer permitir, vedar e de como trabalhar. O
729 que acontece é que às vezes a gente ao redigir a minuta não consegue
730 refletir claramente o que discutimos aqui, o que apresentamos aqui e claro,
731 cabe sempre a participação dos membros da câmara técnica para que a
732 norma reflita o que foi tratado na câmara técnica.

733 **Voz feminina não identificada:** Aproveito também para agradecer em
734 nome do SINOG essa cisão aí da câmara nos dois segmentos porque a
735 gente vinha lutando aí desde o início, então vai ser muito produtivo.

736 **Moderadora:** A gente acredita que há aspectos a serem estudados e a
737 serem amadurecidos mesmo que no final volte-se a uma proposta que
738 estava colocada na outra, mas até para dizer que não é necessário, que
739 você tenha todo um estudo, um aprofundamento, embasamento técnico
740 que seja tanto pra dizer sim quanto pra dizer não. Então, a franquia vai ser
741 nos moldes de poder ou não poder, como é que vai ser ofertado, vai ser um
742 produto diferenciado e a oferta do produto sem franquia é obrigatória.
743 Existem muitos detalhes que precisam ser amadurecidos e estudados, mas
744 a gente acredita que com certeza a gente consegue evoluir isso aí trazendo
745 um ganho para o setor.

746 **Sandro – FENASAÚDE:** Quero primeiro agradecer e parabenizar pela
747 decisão, acho que o setor todo vai poder se beneficiar aí com o avanço da
748 discussão na parte econômico-financeira e separar isso aí vai ser bastante
749 produtivo. Eu fiquei só numa dúvida, num horizonte dessas etapas, se a
750 gente vai primeiro terminar essa consulta pública para fazer o outro
751 trabalho ou não, se vai ser em paralelo, se depende do parecer da PROGE,
752 como é que a gente se programa até para poder aprofundar os estudos e
753 nós estamos, enfim, à disposição.

754 **Moderadora:** Bom, o primeiro passo é realmente o resultado da consulta à
755 PROGE, porque ali juridicamente na PROGE da ANS vai delimitar aonde a
756 agência pode chegar ou não. De qualquer forma, os estudos, eu acho que
757 vocês já vêm traçando podem ser evoluídos, porque tão logo tenhamos um
758 posicionamento, a gente vai constituir o grupo, e aí sim as coisas vão correr
759 paralelamente, não vamos esperar finalizar, ir à consulta pública, publicar a
760 RN para depois começar. O grupo técnico pode ser constituído e a gente já
761 pode evoluir, porque uma vez que houve essa cisão a gente pode trabalhar
762 paralelamente, respeitadas, já sei que vocês têm muitas tarefas, outras
763 consultas públicas. Então, não vamos fazer nada “açodadamente”, na
764 correria, com tempo pra poder trabalhar, claro no período da consulta
765 pública aqui não vamos marcar reunião do grupo, porque as mesmas
766 entidades, os mesmos representantes vão estar trabalhando na consulta
767 pública, por exemplo, e vão ter que estar reunindo em grupo técnico para
768 os mecanismos econômico- financeiros. Então, dentro da razoabilidade, a
769 gente vai estabelecer prazos que dêem uma compatibilidade de trabalho
770 para todos, e para a gente também. Do mesmo jeito que vocês são os
771 representantes pelas duas partes nós também.

772 **Maria Julia – UNIMED DO BRASIL:** Venho só pedir para na elaboração da
773 minuta considerar o que já foi solicitado para que nos contratos seja
774 aplicada essa normativa, ter em mente os que já estão vigentes, o prazo
775 para averbação e se possível a adequação via *web*.

776 **Moderadora:** Bem lembrado Maria Julia, o aspecto operacional para
777 adaptação ou para mudança, para disponibilizar, para mudar o modelo de
778 comercialização, de oferta. Bem lembrado, a gente está atento, mas
779 sempre vale a lembrança, essa possibilidade de correção via *web* eu acho
780 que já é uma realidade e fizemos isso com a RN nº 195, fizemos com a RN
781 nº 279 e a agência não pretende abandonar esse modelo. Provavelmente, o
782 risco também vai aproveitar o período, vai aproveitar a disponibilidade na
783 *web* para também fazer o ajuste, essa é uma realidade, a gente precisa
784 ainda melhorar muito o aplicativo, a forma de fazer pra ser mais célere,
785 mas a gente realmente quer abandonar o ajuste via papel.

786 **Voz feminina não identificada:** Primeiramente, também quero agradecer
787 o fato da coordenação da câmara ter se reposicionado na questão de dividir
788 o momento das discussões. Eu tenho certeza que mesmo que venha a
789 serem ratificados alguns pontos trazidos e já questionados a gente vai ter a
790 oportunidade de amadurecer essa discussão e, certamente, até mudar
791 outros que por ventura sejam abordados. A gente também veio hoje na
792 expectativa de ver a RN, a gente sabe que os conceitos vão ficar, mas
793 ficamos também na expectativa de ver como esses conceitos são
794 traduzidos. Vamos ficar esperando então a minuta no sentido de poder
795 contribuir o máximo para refletir de fato os entendimentos comuns aqui.
796 Eram essas duas observações.

797 **Conselho Federal de Medicina:** Só queria fazer uma solicitação, na
798 discussão do grupo técnico de mecanismo econômico-financeiro, fator
799 moderador, que o Conselho Federal de Medicina não estivesse fora do grupo
800 técnico por causa das questões éticas que vão envolver essa discussão.

801 **Moderadora:** Com certeza, a nossa intenção é manter os mesmos
802 convidados da câmara técnica, talvez reduzir o numero de representantes
803 para ter um ou dois a menos, para ter um grupo menor, mas com certeza a
804 participação dos representantes da classe médica e também dos
805 odontólogos será de grande valia pra construção desses estudos. Bom, eu
806 gostaria de agradecer a participação de todos. Na quarta eu informei que a
807 colegiada não aceitou fazer a separação dos temas, mas com os novos
808 elementos que foram trazidos pela FENASAÚDE ela reviu o seu
809 posicionamento e é isso, a agência pretende construir sempre normativos
810 com a ajuda do setor e que atendam as necessidades para melhoria. Eu
811 gostaria de agradecer muito os órgãos de defesa do consumidor que a
812 gente sente falta quando fazemos uma câmara técnica e não tem a outra
813 parte, a parte mais interessada que é o destinatário final do serviço
814 representado, então fica faltando essa. Estamos encerrando a câmara
815 técnica, mas vamos continuar trabalhando na minuta, não significa que não
816 podemos avançar alguns outros aspectos, que talvez, não foi possível, nos
817 estudos que temos hoje, na experiência que temos hoje, o que todos

818 trouxeram muitas coisas, as quais não foram possíveis ser abordadas e que
819 a gente possa conseguir daqui a seis meses ou daqui a um ano. É esse o
820 espírito, melhorar a regulação e estar aberto pra cada vez mais melhorar.
821 Eu gostaria de agradecer a presença de todos vocês, eu não posso dar um
822 prazo para quando a minuta estará disponível, mas com certeza os
823 senhores serão avisados antes da consulta pública, esse é um compromisso
824 que a gente assume. Tem um *coffee break*, na verdade é um *coffee end*,
825 mais uma vez eu agradeço.