

Consolidação das propostas enviadas para a Consulta Pública nº 9

Nº	Resolução	Proposta	Justificativa
1		minuta de contrato	sem justificativa
2	art. 2º	atendimento do beneficiário do plano de saúde por força de liminar. sugestão: o contrato deve prever que os atendimentos por força de liminar é responsabilidade do plano de saúde e o pagamento das despesas hospitalares e dos honorários médicos deverá ser feito independente da manutenção ou não da liminar.	é comum um juiz conceder liminar indicando o hospital que deverá atender ao paciente e as despesas decorrentes sob responsabilidade do plano de saúde. feita a internação hospitalar, com o tratamento em andamento, ou logo após a alta, outro juiz cassa a liminar. resultado: o hospital ficar com o prejuízo, pois não consegue mais cobrar do plano de saúde. se mover ação judicial, dura anos para ser resolvida, quando é.
3	art. 2º	autorização prévia parcial de procedimentos médicos (ex:autorização de cirurgia mas não a fisioterapia de recuperação) sugestão: o contrato entre as partes proíbe as hipóteses de autorizações parcial	é comum a autorização de procedimentos, por exemplo, angioplastia, mas o plano de saúde não autoriza o stent nas situações em que esse material é obrigatório; outro exemplo: autorização de cirurgias, mas não autoriza a fisioterapia na fase de recuperação; resultado: o paciente se recusa a pagar, ou com paga com cheque e o susta no dia seguinte; o cheque não tem fundo; o familiar do paciente recorre à justiça, obtém liminar que acaba se enquadrando na situação do item anterior;
4	art. 2º	plano de saúde autoriza a internação estabelecendo quantidade de dias. sugestão: se houver o critério de autorizar previamente uma quantidade de diárias, essa quantidade deverá ser compatível com a média do mercado para o procedimento, tendo-se como parâmetro no mínimo o padrão de quantidade de diárias estabelecido pelo sus.	a quantidade de diárias autorizadas previamente com a exigência de relatórios médicos para a autorização de mais diárias, implica em custos excessivos para as partes, incluindo os médicos, com profundos dissabores para as partes porque cada plano de saúde tem critérios internos próprios, não disponíveis ao público, sequer ao parceiro do contrato. assim, por exemplo, a internação para uma cirurgia cardíaca recebe a autorização para 3 diárias; um parto recebe autorização para 1 diária; uma cirurgia neurológica recebe autorização para 3 dias, etc.
5	art. 2º	que se inclua no relacionamento critérios e condições para que o prestador de serviço, sem ferir princípios éticos, colabore para reduzir o (elevado) número de procedimentos desnecessários.	sem justificativa

6	art. 2º	o que fazer após as 12 horas, com os pacientes que entram pela emergência e que não têm direito ao atendimento?	sem justificativa
7	art. 2º	o que fazer quando a operadora não paga a conta no dia aprazado?	sem justificativa
8	art. 2º	o que fazer em relação às discussões sobre glosas? é possível estabelecer arbitragem? quem fará a arbitragem?	sem justificativa
9	art. 2º	o tempo dado em lei para se efetivar um descredenciamento é de 30 dias , porém entendo que é um prazo curto demais para um entidade hospitalar se redimensionar caso o descredenciamento tenha sido tomado de forma unilateral pela operadora , e a operadora seja a principal fonte de renda do hospital além disso, a ANS também deveria se manifestar autorizando ou não este descredenciamento visto que podem haver irregularidades na substituição do hospital descredenciado. acho que deveria ser comunicada a ANS a decisão e esta analisada para que fosse de fato efetivada o tempo da comunicação até o término da parceria entre hospital e operadora devia variar com o numero de usuários da tal operadora.	sem justificativa
10	art. 2º	os hospitais pagam seus fornecedores ,na sua maioria via título bancario, caso estes atrasem pagamentos estão sujeitos a protesto em cartório .o justo é que as operadoras também pagassem aos hospitais via boleto bancário dando alguma defesa aos hospitais quanto a liquidez de sua receita visto que as operadoras têm até 60 dias para pagar as contas hospitalares..	sem justificativa

11	art. 2º	<p>incluiria um capítulo no parágrafo 2º com o seguinte texto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dos planos e seus direitos contratados a) relação dos planos e seus respectivos registros junto a ANS; b) relação das coberturas (ambulatorial, hospitalar e obstétrica) separado por cada tipo plano; c) relação dos serviços contratados, sendo os mesmos identificados por cada tipo de plano;; d) serviços e procedimentos que necessitam de autorização administrativa da operadora, sendo os mesmos identificados por cada tipo de plano; 	<p>justificativa: penso que desta forma não teremos problema de existir estabelecimentos hospitalares ou afins atendendo planos sem registro na ANS; e ao mesmo tempo ficaria claro qual o tipo de atendimento que o usuário teria naquele serviço. pois é muito comum o usuário de plano se dirigir a um serviço credenciado e o mesmo alegar que para aquele serviço eles não estão credenciados. desta forma formal o hospital se resguardará junto ao cliente</p>
12	art. 2º	<p>prazos e procedimentos rotina e prazos para serem realizadas as revisões glosas e seus respectivos pagamentos, quando houver;</p>	<p>justificativa: a glosa é muito comum numa relação dessas, portanto, é importante deixarmos bem transparente nos contratos entre as partes.</p>
13	art. 2º	<p>prazo de início e de duração do acordado, respeitando-se o limite mínimo de 12 meses, exceto os casos especiais em que se tenha previamente a anuência formal da ANS;</p>	<p>justificativa: apesar da lei 9656/98 autorizar a substituição dos serviços credenciados por outro similar, penso que ao colocarmos um limite mínimo de tempo nos contratos evitaríamos os credenciamentos feitos pelas operadoras com intuito meramente comercial.</p>
14	art. 2º	<p>a identificação por parte da operadora dos associados em fase de pré-natal ou pré-operatório que estejam com guias de internação liberadas para serem atendidas na entidade hospitalar, respeitando-se o prazo máximo de 30 dias para esses atendimentos.</p>	<p>justificativa: acontece casos em que o paciente vem fazendo os exames para internar – pré-natal ou pré-operatório, e ao chegar no estabelecimento com águia autorizada pela operadora ser informado que o convênio foi cancelado. com essa alínea resguardamos esses pacientes para que não tenham seu atendimento suspenso.</p>
15	art. 2º	<p>fixar prazo para que a operadora envie o relatório de glosas, analise os recursos de glosas, e pague o recurso .</p>	<p>sem justificativa</p>

16	art. 2º	como sugestão o pagamento da fatura deverá ser sobre o valor total da nota fiscal e caso haja alguma divergência de valores deverá ser feito um ecerto financeiro entre as partes.	no que se refere a prazos e formas de pagamento deveria ser levado em consideração a legislação em vigor sobre iss que obriga ao prestador de serviço (hospital) a pagar o imposto contra-prestação de serviço, ou seja, no momento da emissão da nota fiscal para o convênio. ocorre que a nota fiscal é emitida com o valor apresentado pelo hospital e o iss é pago sobre este valor e quando ocorre o pagamento da fatura que é feito em aproximadamente 30 dias é menor que o apresentado, acarretando uma perda financeira com relação ao imposto pago quando da apresentação da nota fiscal. com isso obrigaria a maiorias das operadoras de serviço manterem auditores nas dependências hospitalares antes da emissão da fatura para que a mesma já fosse emitida com o valor correto a ser pago
17	art. 2º	outro ponto que acredito deveria constar é o prazo máximo de pagamento da fatura apresentada. para que haja uma uniformização quanto a este aspecto e juros quando o prazo for ultrapassado.	sem justificativa
18	art. 2º	acrescentar os registros de todosos prestadores de serviços médicos terceirizados e fornecedores, principalmente os de materiais especiais, órteses e próteses, que atuam de forma direta e/ou indireta no estabelecimento hospitalar.	justificativa: é muito comum os prestadores de serviços e fornecedores atuarem de forma indiscriminada nos estabelecimentos hospitalares sem estarem devidamente regularizados junto aos órgãos de saúde competentes. é muito comum os prestadores de serviços e fornecedores atuarem de forma indiscriminada nos estabelecimentos hospitalares sem estarem devidamente regularizados junto aos órgãos de saúde competentes.
19	art. 2º	acrescentar no inciso ii os seguintes tópicos prazo para prescrição das cobranças	justificativa: atualmente é incoerente um prestador reclamar tanto que está em situação financeira difícil se acaba demorando a efetuar a cobrança das faturas. o prazo faria com que os prestadores e compradores operacionalizassem melhor a rotina de trabalho.

20	art. 2º	perfil assistencial e especialidade(s) contratada(s), serviços oferecidos* .. substituir serviços "oferecidos" por serviços "contratados.	incluir no contrato, por exemplo na forma de lista/tabela, todos os itens que compõem a conta hospitalar, ao exemplo de diárias, taxas, procedimentos, aluguel de equipamentos, honorários médicos, assim como referir as exclusões de coberturas
21	art. 2º	procedimento para o qual a entidade hospitalar está sendo indicado*, quando a prestação do serviço não for integral; * substituir por "contratada"	sem justificativa
22	art. 2º	prazos e procedimentos para faturamento.... definição dos valores dos serviços * contratados;	sugerimos alterar para serviços e insumos contratados, já que igualmente incluem filmes, materiais, medicamentos, radiofármacos, etc
23	art. 2º	rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;	seria importante definir os termos "auditoria técnica" e "auditoria administrativa", além da especificação de suas rotinas.
24	art. 2º	rotina para habilitação do beneficiário junto a entidade hospitalar; e atos que necessitam de autorização administrativa da operadora	atos e rotinas para elegibilidade do beneficiário junto à entidade hospitalar, durante todo o período de internação, incluindo os procedimentos que necessitam autorização administrativa da operadora. considerar possibilidade de eventuais mudanças de procedimentos, por necessidade do paciente, durante a internação.
25	art. 2º	penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas*; inserir "por ambas as partes"	sem justificativa
26	art. 2º	c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
27	art. 2º	os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
28	art. 2º	sem proposta	e quanto aos aditivos decorrentes deste contrato padrão haverá também a necessidade de colocar o número da operadora?
29	art. 2º	sem proposta	desconhecemos este cadastro nacional de estabelecimento de saúde, caso os hospitais não tenham este registro, a operadora sofrerá ônus?

30	art. 2º	sugerimos a seguinte cláusula: “o presente contrato tem por objeto a prestação de serviços de assistência médica ambulatorial e em regime de hospitalização (internações clínicas e/ou cirúrgicas), pronto socorro (24 horas) e serviços auxiliares de diagnósticos discriminados no anexo, aos clientes da operadora doravante denominados clientes”.	sem justificativa
31	art. 2º	sugerimos que todos estes itens sejam apresentados em forma de anexo.	tendo em vista que cada hospital oferece serviços diferenciados
32	art. 2º	este item não está claro, e precisa ser melhor esclarecido antes da publicação definitiva da resolução normativa.	sem justificativa
33	art. 2º	devera esta dentro do contrato dentro do objeto em anexo a descrição detalhada dos serviços oferecidos pelo hospital;	sem justificativa
34	art. 2º	1 - as acomodações para as internações serão designadas de acordo com a categoria do plano de atendimento do cliente expressas no seu documento de identificação consistindo em: a) apartamento, com banheiro privativo e direito a 01 (um) acompanhante para cliente do plano especial. b) enfermaria, com 02 (dois) ou 03 (três) leitos para cliente do plano básico. 2 - quando o cliente optar por instalações de padrão superior àquela que lhes é assegurada pelo seu plano de atendimento, ficará diretamente responsável pelo pagamento da diferença do preço das instalações que utilizar e pelo preço dos honorários dos médicos que o assistir diretamente, não cabendo à operadora nenhuma responsabilidade por tais diferenças. nesse caso fica facultado ao hospital o direito de exigir depósito prévio. 3 - Nos casos de emergência, em que não estiverem disponíveis as acomodações a que o CLIENTE tiver direito, a sua internação poderá ser feita em qualquer outra acomodação. Se tratar de acomodação de nível superior ao do plano de atendimento do CLIENTE, as diárias, taxas e serviços hospitalares serão cobrados com	sem justificativa

		base nos preços do plano de atendimento a que o CLIENTE tiver direito e no caso de internação em acomodação inferior, os preços cobrados corresponderão a esta, obrigando-se o HOSPITAL a fornecer acomodação contratual assim que disponível.	
35	art. 2º	o pagamento se dará após 30 dias da apresentação da conta hospitalar, sendo que o faturamento deverá ser processado até 30 dias a partir da data alta do paciente, com o envio de contas hospitalares fechadas;	sem justificativa
36	art. 2º	o hospital observará os preços fixados em sua tabela de preços, parte integrante deste instrumento, como anexo, ficando desde já convencionado que os seus valores serão reajustados anualmente, de comum acordo entre as partes, tendo como base o índice percentual que reflita a efetiva elevação dos custos dos serviços objeto do presente contrato. os honorários médicos pelos atendimentos ambulatoriais e/ou durante internações prestados por médicos credenciados ou cadastrados, os serviços de hemoterapia e os serviços de apoio diagnósticos e de terapia, serão pagos pela operadora em fatura emitida pelo hospital com base na tabela acordada entre as partes.	sem justificativa
37	art. 2º	todas as contas deverão ser devidamente apuradas e, havendo necessidade, as contas serão auditadas por representantes (médicos auditores) da operadora inclusive nas acomodações do hospital	sem justificativa

38	art. 2º	<p>1. - a prestação de serviços pelo hospital somente se realizará mediante a identificação obrigatória do cliente, que se efetivará com a exibição dos seguintes documentos: 2. - nos casos de investigação diagnóstica ou casos de emergências e/ou urgências que necessitem internação hospitalar, caso haja vaga no hospital, o cliente será internado e a operadora providenciará a regularização através de autorização, dentro do prazo de 24 horas, considerando-se para tanto o primeiro dia útil subsequente, que deverá ser solicitada pelo médico responsável pela internação e pertencente ao corpo clínico do hospital. 3. - o hospital solicitará a liberação de atendimento através de senhas de autorização que a operadora disponibilizará pelos canais de sac – serviço de atendimento ao cliente ou pelo seu portal na internet. sugerimos que as senhas de autorização via internet deverão ser apresentadas como uma alternativa e jamais como uma imposição à operadora dada a dificuldade técnica. 4. - o hospital atenderá ao cliente e</p>	sem justificativa
39	art. 2º	<p>1 - o presente contrato vigorará por prazo indeterminado, podendo ser denunciado por qualquer das partes, independente de motivo, com antecedência de 90 (noventa) dias, findo os quais ficará rescindido, sem nenhum ônus para as partes, incumbindo à operadora, nesse caso, a liquidação da fatura final que será apresentada no prazo de 15 (quinze) dias contados da rescisão. 2 - serão causas de rescisão imediata, independentemente de denúncia prévia e sem qualquer obrigação de indenizar, a inadimplência de qualquer cláusula convencionada neste contrato não reparada pela parte infratora no prazo de 10 (dez) dias contados da notificação por escrito, bem como a decretação de falência, concordata ou insolvência de qualquer das partes.</p>	sugerimos a retirada de disposição sobre prazo de duração do contrato, em razão de não trazer qualquer benefício ou malefício às partes, que poderão fazer uso da notificação prévia não houver mais a necessidade de vigência contratual.

40	art. 2º	sugerimos a inclusão de cláusula que obrigue o hospital a conceder um período razoável à operadora (caso o pedido de rescisão ou não renovação da prestação de serviços seja por ele motivado) a fim de não prejudicar os beneficiários de plano de saúde.	sem justificativa
41	art. 2º	no caso de rescisão ou não renovação do contrato de prestação de serviços hospitalares, o hospital em nenhuma hipótese poderá obrigar a operadora a proceder a transferência de pacientes, especialmente, em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial, devendo, para tanto, identificar todos os pacientes nas condições ora mencionadas.”	c) sugerimos a criação de cláusula que impossibilite o hospital a obrigar a operadora a proceder a transferência de pacientes, principalmente, em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial para outros hospitais em decorrência da rescisão ou não renovação do contrato
42	art. 2º	sem proposta	este item deverá constar explicações detalhadas sobre quais são os dados assistenciais dos atendimentos prestados, para que os hospitais tenham condições de enviar tais informações. esta exigência deverá vir expressa no contrato.
43	art. 2º	sem proposta	a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da lei acima citada; estamos de acordo com a fixação de rotinas estabelecidas em contratos, conforme a lei 9.656, de 1998, todavia, diante da natureza jurídica específica das cooperativas e seus princípios fundamentais, entendemos que a cláusula de exclusividade deve ser respeitada pelos cooperados pelas razões já conhecidas por essa agência reguladora.
44	art. 2º	a cláusula contratual de reajuste deverá constar a periodicidade anual, de acordo com o índice que reflita as variações dos custos hospitalares – sugerimos o fipe – saúde;	sem justificativa

45	art. 2º	a agência nacional de saúde deverá incluir cláusula que preveja penalidade ao hospital pelo não cumprimento das disposições contratuais, respondendo administrativa e criminalmente pelos seus atos, respeitando os direitos dos consumidores. sugerimos a proibição de exigência pelo hospital de cheque caução ou qualquer outra garantia aos beneficiários de plano de saúde.	sem justificativa
46	art. 2º	c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
47	art. 2º	os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
48	art. 2º	os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
49	art. 2º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
50	art. 2º	encaminho como sugestão a obrigatoriedade da descrição de todas as formas de auditoria técnica e administrativa previstas pela operadora, e não somente as rotinas básicas de auditoria, prevendo situações como:- auditoria na farmácia hospitalar,- auditoria do processo de compras de materiais e medicamentos,- auditoria em setores específicos do hospital	sem justificativa
51	art. 2º	definição da rotina para conferência, análise, prazo e pagamento dos recursos de glosas enviados pelos prestadores de serviços às operadoras de planos de saúde, referentes as diferenças dos valores enviados (cobranças) e dos realmente pagos.	raros são os compradores de serviços que efetuam os pagamentos conforme valor cobrado pela entidade hospitalar. a grande maioria efetua seus pagamentos com atrasos e sempre com diferenças (glosas) que em alguns casos chegam em média a 20%. não há por parte das operadoras a rotina de enviar ao prestador, previamente ou até posteriormente, um relatório discriminando e detalhando quais os serviços cobrados erroneamente ou indevidamente, ou os valores que estão fora do "preço médio de mercado" (termo criado para definir o preço que

			<p>cada operadora quer pagar).quando é enviado pelo prestador à operadora o seu recurso de glosa (apuração e questionamento dos possíveis erros) a resposta demora a vir (meses) e quando vem está em relatórios/termos que somente a operadora entende, ou sequer há qualquer tipo de satisfação.há a necessidade de estabelecer-se contratualmente prazo para o pagamento das glosas indevidas, inclusive com correção monetária , e caso não seja cumprido o prazo a pena será o aceite total do recurso,</p>
52	art. 2º	transferência ou remoção do paciente pela operadora ao seu hospital, somente mediante autorização do paciente ou de seu responsável/familiares.	<p>tornou-se usual pelas operadoras transferir seus associados (desde que haja condições clínicas para tal procedimento) a seus próprios hospitais, com claro intuito de baratear seus custos no entanto o associado ao adquirir um plano de saúde analisou o manual dos referenciados procurando optar por aquela operadora que, além dos custos, oferecia uma rede credenciada que contemplasse suas necessidades.</p> <p>ao tentar utilizar o hospital credenciado que o seu médico assistente indicou muitas vezes a guia de internação é emitida em nome de outra entidade hospitalar. nos casos de urgência/emergência, em que o próprio usuário/familiar escolhe a entidade (livre escolha dirigida), ocorre que após o atendimento ou internação inicial, o paciente/familiares são surpreendidos com a necessidade de transferência para hospital próprio ou algum outro cujo custo final será mais barato. o processo da transferência geralmente tem início com a senha de autorização.</p> <p>entendemos não ser correta tal atitude pois o paciente tem o direito d</p>
53	art. 2º	definição do objeto, indicando se o compromisso prevê a execução de internação, consultas, urgências, serviços auxiliares diagnósticos e terapêuticos, isoladamente ou em conjunto	<p>o detalhamento do objeto, de imediato, leva à seguinte indagação: "qual o nível desse detalhamento é lógico que outras, ainda mais "complexas" podem ser suscitadas. desta forma, sugerimos a retificação dessa alínea como aqui apresentado, eis que a recomendação é mais objetiva e menos passível de interpretações conflitantes</p>

54	art. 2º	definição da acomodação disponibilizada para os beneficiários da operadora.	o texto original fala em “padrão de acomodação”. certamente não é a intenção do legislador transformar uma discussão dessa natureza e um sobre “hotelaria”, malgrado a relevância que se pode arguir para a mesma, especialmente quando o padrão para a mesma é variado, inclusive dentro da mesma entidade hospitalar. a recomendação ora exposta não deverá abrir discussões despeciendas sobre as variações das acomodações que podem ser disponibilizadas, eis que cinge-se àquelas disponibilizadas aos beneficiários da operadora, cabendo às partes a definição de quais seriam essas acomodações.
55	art. 2º	definição da(s) tabela(s) que será(ão) utilizada(s) como indicativo(s) dos valores a serem observados pelas partes contratantes quando do faturamento e respectivo pagamento dos serviços contratados	afigura-se impossível em um contrato desta modalidade o estabelecimento em seu corpo dos valores de todos os serviços avençados, ainda que esses sejam parcela dos que podem ser prestados pela referida entidade.diga-se, outrossim, que há muitos anos o mercado convive harmoniosamente com a quantificação daqueles serviços através da utilização das tabelas elaboradas por diversas entidades como amb, brasíndice, ahrj, entre outras. destarte, recomendamos que assim se mantenha.
56	art. 2º	previsão para execução de auditoria técnica e administrativa, para questionamento e validação da(s) despesa(s) decorrente(s) da(s) cobertura(s) liberada(s) pela operadora, sendo vedado à entidade hospitalar, por exemplo, restringir e/ou impedir o acesso do(s) auditor(es), médico(s) ou administrativo(s), da operadora às informações necessárias ao desempenho de sua função, cabendo à entidade hospitalar fornecer todos os detalhes sobre o(s) evento(s) e/ou processo(s) patológico(s) que determinou(aram) o(s) atendimento(s) auditado(s), o(s) prontuário(s), a(s) conta(s) hospitalar(es), possibilitando ao(s) auditor(es) o(s) contato(s) com o(s) paciente(s), o corpo clínico, de enfermagem e/ou funcional da entidade.	o estabelecimento de qualquer rotina a uma relação dinâmica pode significar o engessamento da relação, pois, como contrapeso, as operadoras certamente lançarão mão dos recursos que tiverem para modernizar, agilizar e/ou adaptar suas auditorias à realidade do contrato.a previsão de direitos e obrigações e, até mesmo, a indicação meramente exemplificativa de alguns procedimentos, ao contrário, é recomendável, pois não ensejarão o receio de paralização ou asfixia dos métodos operacionais da atividade de auditoria.

57	art. 2º	a identificação e informação por parte da entidade hospitalar à respectiva operadora quais e quantos de seus beneficiários estão em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou necessitam de atenção especial, ficando a entidade hospitalar obrigada a dar continuidade a esses tratamentos, após consulta prévia à operadora, sendo possibilitado a esta a remoção do beneficiário, caso seu estado permita, para outra entidade credenciada.	a própria lei 9.656/98 prevê, e sinaliza, no inciso iii do art. 13 que o tratamento deve continuar até seu final, mesmo ocorrendo o desfazimento da relação. neste sentido, nada a se opor quanto à determinação da extensão dessa obrigação. porém, independentemente disso, deve-se manter a rotina de consulta à operadora, pois, em função dos motivos do encerramento, pode ser melhor para o beneficiário sua remoção para outra entidade credenciada.
58	art. 2º	a previsão de procedimentos para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da lei acima citada;	mais uma vez acreditamos que a previsão de procedimentos seja a recomendável em lugar da fixação de rotinas.
59	art. 2º	tipo de planos de saúde aos quais a entidade hospitalar fornecerá cobertura – referência, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, ou ambulatorial;	não parece razoável haver limitações nos procedimentos, além daqueles definidos pelos artigos 10 e 12 da lei 9.656/98; isto é, a partir da delimitação do contrato (referência, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e ambulatorial), não pode haver mais restrições. a única exceção se justifica na hipótese de a entidade hospitalar não oferecer determinado procedimento - o que já estará claro por ocasião do detalhamento do item b. caso não se acolha esta sugestão, estar-se-á diante de prática lesiva ao consumidor, pois a operadora utilizar-se-á do nome da entidade hospitalar como credenciada ou referenciada, mas, na verdade, o consumidor poderá ter direito a uma utilização extremamente restrita sem imaginá-la.
60	art. 2º	rotina para habilitação do beneficiário junto a entidade hospitalar, estabelecendo expressamente que é vedado ao estabelecimento hospitalar exigir do consumidor cheque-caução, nota promissória ou qualquer outro instrumento semelhante;	a exigência de cheque caução, notas promissórias ou instrumentos semelhantes, apesar de ser usual, é prática comercial abusiva e, portanto, vedada pelo código de defesa do consumidor (em especial, artigo 39, v). possuindo um plano de saúde, o consumidor tem um contrato com a operadora que garante a cobertura de determinados procedimentos em hospitais previamente identificados, que, justamente por isso, integram a rede própria, credenciada ou referenciada da operadora. dessa forma, é responsabilidade dessa empresa, e não do consumidor, arcar com os custos da cobertura contratual.

			exigir essa espécie de garantia do consumidor (de que ele se responsabilizará pelo pagamento do hospital) é exigir vantagem manifestamente excessiva. vale ressaltar que essa exigência ilegal tem sido rechaçada pelo poder judiciário, sendo inadmissível que a ANS adote uma posição omissa ou contrária à posição da justiça.
61	art. 2º	regras para prorrogação ou renovação. § 1º. as informações dispostas nas alíneas a e b devem ser devidamente informadas aos consumidores, pelo menos, nos contratos e nos "livretos" da rede credenciada ou referenciada.	é notório que um dos principais elementos para o consumidor escolher um plano de saúde é a rede credenciada ou referenciada, especialmente os hospitais que a integram. por isso, e em respeito ao direito básico à informação, o consumidor deve estar ciente do prazo de duração do contrato entre operadora e entidade hospitalar para não ser "enganado" (por omissão).
62	art. 2º	a identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial, bem como a garantia de continuidade do tratamento até que a saúde do consumidor esteja totalmente restabelecida, nos casos de internação hospitalar.	o esclarecimento sugerido serve para assegurar o cumprimento das regras do artigo 17 da lei 9656/98.
63	art. 2º	penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, estando garantida a continuidade do atendimento ao consumidor; e	sem justificativa
64	art. 2º	prazo mínimo de 90 dias para a notificação	prazo mínimo de 90 dias para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço
65	art. 2º	atos e/ou eventos médicos/ambulatoriais/cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa prévia da operadora.	sem justificativa
66	art. 2º	critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, bem como dispositivos que impeçam paralisação temporária dos atendimentos durante processo de negociação, com vistas ao atendimento do disposto no art. 17 da lei nº 9.656, de 1998, em especial:	sem justificativa

67	art. 2º	exigir dos hospitais a entrega da nota fiscal do serviço prestado e fatura detalhada das cobranças.	sem justificativa
68	art. 2º	os contratos deverão conter cláusulas que garantam o atendimento de urgência e emergência, durante o período de repactuação contratual, a fim de que a interrupção do atendimento não seja usada como artifício negocial e para garantir os direitos e a tranquilidade dos beneficiários.	sem justificativa
69	art. 2º	neste caso, o hospital deverá informar às operadoras sobre os usuários que estão em tratamento continuado. a ANS deverá exigir esta conduta dos hospitais.	sem justificativa
70	art. 2º	as rotinas para tais atendimentos (rotinas para priorizar atendimento de urgência/emergência, a idosos, a gestantes, a lactantes,...) são de responsabilidade do prestador e não da operadora, pois estão relacionadas à qualidade dos serviços prestados. a ANS deverá exigir esta conduta dos hospitais.	sem justificativa
71	art. 2º	os critérios para reajuste deverão ser negociados entre as partes sem que haja uma obrigação de instituir periodicidade para sua ocorrência. lembramos que alguns itens acordados com os hospitais são ajustados periodicamente, como os materiais/medicamentos. caso seja mantida a exigência de constar em contrato a periodicidade de reajuste, corre-se o risco de introduzir novamente a indexação dos contratos, sem levar em consideração o cenário econômico do momento e o impacto que isso possa representar às operadoras de saúde.	sem justificativa
72	art. 2º	definição pela ANS das penalidades para os casos de não cumprimento das obrigações estabelecidas.	sem justificativa
73	art. 2º	a cobrança por boleto bancário em substituição ao crédito em conta que não penalizava os atrasos e nem as inadimplências praticados habitualmente pelas operadoras	entendemos que este mecanismo, além de ser uma prática habitual nas relações comerciais entre empresas, fornecedores e compradores de serviços, estabiliza a relação comercial e penaliza os faltosos. vai aí a nossa sugestão

74	art. 2º	os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade, ou previsão de livre negociação entre as partes.	sem justificativa
75	art. 2º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
76	art. 2º	constar exigência de: alvará de localização/funcionamento; alvará sanitário.	sem justificativa
77	art. 2º	constar: - responsável técnico; - corpo clínico com especialistas registrados no CRM; - aparelhamento para remoção ou transferência (próprio, terceirizado ou municipal/estadual/sus) - UTI móvel com médicos	sem justificativa
78	art. 2º	constar: serviços terceirizados (órtese/prótese).	sem justificativa
79	art. 2º	exigir que os hospitais que divulgam atendimentos de urgência e emergência, 24hs, tenham médicos de todas as especialidades no mínimo de sobreaviso. (hoje acontece do usuário do plano procurar um desses hospitais e ser atendido por médico que o hospital chama . na emergência qualquer pessoa paga o que puder para ser atendido. isso tem trazido muitos problemas pois depois o usuário solicita reembolso e se sente enganado pelo plano e pelo convênio. quem de fato está enganando é o hospital que divulga atendimento 24hs)	sem justificativa
80	art. 2º II	em respeito a qualidade dos serviços de diagnóstico, exigência de título de especialista dos profissionais médicos.	sem justificativa
81	art. 2º v	o que fazer quando a operadora descobre fraudes, dolos, problemas de qualidade nos serviços e médicos credenciados?	sem justificativa

82	art. 3º	as operadoras, juntamente com os prestadores de serviços de saúde, deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigência, bem como sua formalização em caso de inexistência, a fim de adaptá-los ao disposto nesta resolução normativa, no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data de sua publicação."	sem justificativa
83	art. 3º	as operadoras, juntamente com os prestadores de serviços de saúde, deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigência, bem como a sua formalização em caso de inexistência, a fim de adaptá-los ao disposto nesta resolução normativa, no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data de sua publicação."	sem justificativa
84	art. 3º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
85	art. 3º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
86	art. 3º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
87	art. 3º	sugerimos que seja alterado o prazo para adaptação dos contratos previsto no artigo 3.º de 180 dias para 1 (um) ano.	sem justificativa
88	art. 3º	sugerindo seja aquele (180 dias) alterado para, no mínimo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	o prazo estabelecido na consulta é por demais exíguo, se considerarmos que os contratos com prestadores de serviços, dependerão, necessariamente, de negociação das partes, pois, ainda que a resolução pretenda definir as principais obrigações/condições contratuais a serem firmadas, a elaboração dos referidos contratos dependerão de concessões/alterações mútuas. ressalte-se que existe uma grande diferença, por exemplo, entre uma operadora cuja rede de serviços credenciados compõe cerca de 10 (dez) prestadores e outras que possuem relação contratual

			com mais de 60 (sessenta) entidades hospitalares, lembrando ainda que a negociação dar-se-á, evidentemente, de forma individualizada.
89	art. 3º	as operadoras juntamente com as entidades hospitalares deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta resolução normativa, no prazo de 720 setecentos e vinte dias, contados da vigência desta resolução.	em que pese o dispositivo aviltar o disposto no inciso xxxvi do art. 5º da crfb, o que certamente poderá a arguição da sua constitucionalidade, entendemos por não enveradar nesta trilha, até por que, a intenção do legislador certamente é a de padronizar uma relação que muito impacta o mercado.no entanto, não podemos deixar de nos irresignar contra o prazo originalmente previsto, por ser demais exíguo para a implementação das ações cabíveis, sendo relevante lembrar que estaremos discutindo direitos e obrigações em relações, não raro, há muito estabelecidas e estabilizadas neste sentido, entendemos que a fixação do prazo de 720 dias é razoável e compatível com o que se pretende.
90	art. 3º	as operadoras juntamente com as entidades hospitalares deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta resolução normativa, no prazo de vinte e quatro meses, e para novos credenciamento, no prazo de seis meses, contados da sua vigência.	sem justificativa
91	art. 3º	sugere-se que o prazo seja revisto. os novos contratos, assinados após a divulgação da resolução pela ANS passariam a conter todos os critérios estabelecidos. as atualizações dos contratos já firmados com os prestadores de serviços seriam realizadas gradativamente com um prazo máximo para sua efetivação. para isso, sugere-se a extensão do prazo para pelo menos dois anos.	o prazo estipulado de 180 dias é preocupante, pois as operadoras deverão se preparar para efetuar as alterações nos seus contratos e posterior encaminhamento aos prestadores de serviços.a atualização contratual poderá desencadear solicitações de revisões contextuais e negociais no acordo em vigor sendo, muitas vezes, condicionado/vinculado a propostas de reajustes, e nem sempre são negociações rápidas e fáceis.

92	art.1º	obrigatoriedade do contrato entre as partes sugestão: multa para cada uma das partes equivalente a 10% do maior faturamento ocorrido nos últimos dez meses entre do hospital para o plano de saúde com o qual não realizou o contrato. será dispensada da multa a parte que comprovadamente propôs a outra parte por pelo menos 3 vezes nos últimos 6 meses a formalização do contrato entre as partes	obrigatoriedade do contrato entre as partes e se as partes (hospital e plano de saúde) não cumprirem, o que ocorrerá? há forte resistência no mercado em realizar contratos!!
93	art.2º	definição de formulário único e padronizado do hospital, podendo ser em formulário impresso ou informatizado, que contenham campos para todos os dados essenciais para a segurança e confiabilidade das informações exigidas pela operadora	: existem um projeto anível nacional de padronização dos formulários desenvolvido pelas operadoras e prestadores de serviços que é muito interessante. é o manual de padronização, disponível no site da www.fbh.com.br com o título de "manual de padronização". citei o exemplo do projeto apenas ratificar a necessidade de colocar em prática algum instrumento regulador para fomentar a prática da padronização mesmo que seja de forma gradativa. a padronização só viria a racionalizar e desburocratizar a rotina dos funcionários que cuidam do setor de atendimento dos hospitais, e devemos considerar freqüente rotatividade desses funcionários, evitando preenchimentos indevidos e as vezes até negativa de atendimento por falta de formulários próprios das operadoras ao meu ver o formulário próprio só dificulta a rotina do atendimento e ainda gera glosas desnecessárias por preenchimento errado e constrangimentos para os pacientes.
94	art. 2º	é possível transformar o aceite das operadoras das faturas analisadas, não do movimento entregue, em recebíveis decentes para os estabelecimentos de saúde (o que pode facilitar o acesso ao crédito por parte destas instituições)?	sem justificativa
95	sem precisão na norma	por que a ANS não faz um contrato padrão e disponibiliza para o mercado assim ficaria mais fácil do mercado trabalhar	sem justificativa

96	sem previsão na norma	definição de referencial para cobrança dos medicamentos, e a sugestão é que nos contratos constassem como referencial máximo para cobrança dos medicamentos a portaria publicada pelo ministério da fazenda que regulamenta os preços no país.	justificativa: hoje o referencial mais usado, entre outras, é a revista brasíndice porém consta nestas publicações além da portaria do ministério da fazenda outras publicações (materiais descartáveis e soluções por exemplo) pagas pelas indústrias e distribuidores em sua maioria sem nenhum controle dos órgãos governamentais.
97	sem previsão na norma	elaboração de uma lista de procedimentos unificada a ser utilizada por todas as operadoras e prestadoras de serviços de saúde suplementar no Brasil.	Enfim, acreditamos que uma lista unificada de nomenclatura dos procedimentos em saúde (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, fonoaudiologia, etc...) sejam o ponto fundamental para tornar o contrato de prestação de serviços em saúde um instrumento realmente passível de menores conflitos, servindo para agilizar os atendimentos aos usuários. Também, para que permita que todos os envolvidos falem a mesma linguagem e estruturam uma lista que não necessite ser adaptada em determinados procedimentos. Como exemplo : a LPM da AMB tem o grupo 54.15 e o 54.16 praticamente todo ele redigido com procedimentos de competência do Cirurgião-dentista bucomaxilofacial, o que consideramos eticamente questionável. Acreditamos que o governo brasileiro deva corrigir estas irregularidades que por anos vêm se perpetuando no exercício diário das profissões da saúde. A medicina é historicamente o grande grupo de prestadores de serviços em saúde, mas não é o único. As profissões da saúde também se desenvolveram como ciência, com conceitos e técnicas próprias, ampliando a multi e interdisciplinaridade para estabelecimento de diagnóstico e terapias. Novos tempos a partir da Lei 9.656/98 apontam para uma relação onde a conduta ética deva ser respeitada em todos os níveis de relacionamento, especialmente na área da saúde como um direito de todo cidadão. O regramento emanado do governo para as operadoras poderá garantir esse equilíbrio ético tão necessário para a prestação do melhor serviço ao usuário. No sistema único (SUS) temos a unificação. Precisamos ter a da saúde suplementar.
98	sem previsão	não diferenciar o procedimento em lista dentro e fora do	idem ao de cima

	na norma	hospital.	
99	sem previsão na norma	obrigar que as cooperativas médicas, especialmente a unimed, preste os tratamentos de cirurgia bucomaxilofaciais referindo cirurgiões-dentistas bucomaxilofaciais.	idem ao de cima
100	sem previsão na norma	determinar que os procedimentos bucomaxilofaciais não sejam enquadrados como facultativos a serem prestados no módulo odontológico, mas sim dentro do módulo hospitalar.	idem ao de cima
101	sem previsão na norma	que procedimentos odontológicos em pacientes considerados sistemicamente comprometidos ou internados em leito hospitalar (ex. oncológicos, transplantados de órgãos, em coma, diabéticos, cardipatas, portadores de alterações hematológicas, etc...)	idem ao de cima
102	sem previsão na norma	a sugestão de nossa operadora, inscrita na ANS sob número 370681, é que no texto da RN que trata esta consulta pública - proposta para contratualização de entidades hospitalares, conste a obrigatoriedade do hospital em utilizar medicamentos genéricos, uma vez que o próprio ministério da saúde avaliza e recomenda esta prática - o uso de medicamentos genéricos.	atualmente, o que vem ocorrendo, é que os hospitais têm um alto faturamento em cima de medicamentos e muitas tentativas são feitas por parte de operadoras para implantar genéricos, sem conseguir resultados positivos. este alto faturamento a que nos referimos está onerando muito as operadoras, com aumentos significativos de nossas despesas assistenciais.
103	sem previsão na norma	coibir as operadoras para não permitir que o prestador realize suas cobranças através da rede bancária	prática usual das operadoras para prorrogar pagamentos e dificultar o controle dos prestadores.
104	sem previsão na norma	definição de margem máxima de comercialização sobre medicamentos (aqueles não regulamentados pela portaria do MF), materiais descartáveis/especiais, órteses e próteses.	justificativa: como existe reconhecidamente na prática uma defasagem nas tabelas hospitalares no que refere-se a taxas e serviços hospitalares, os prestadores hospitalares mudaram o foco principal de suas atividades. hoje vemos os hospitais atuando como grandes centros de "comercialização" de materiais e não como "prestadores de serviços". as operadoras sabem da realidade e ficam a mercê dos fornecedores destes materiais, principalmente os importados de alto custo, pagando em algumas situações margens inaceitáveis para a nossa economia, que variam entre 20% a 35% sobre o preço da nota fiscal.

			e isto é pago para o hospital, temos casos de materiais listados na tabela do sus a custo de r\$ 31.0000,00, sendo repassados para as operadoras a preço médio de r\$ 55.000,00 sem a margem de comercialização (média de 30%) que gira em torno de mais um acréscimo no valor de r\$ 16.500,00. este exemplo é de um desfibrilador cardíaco. os hospitais viraram um stand de vendas para os fornecedores, porém quem paga a conta são as operadoras.
105	sem previsão na norma	objeto e natureza do ajuste, definição detalhada do objeto	julgamos importante considerar no que se refere à forma de relação contratual que deveria ser formatada prestador (ou hospital) - paciente, tendo como intermediador desta relação a operadora de saúde. base forte para esta premissa está descrita no artigo 1º, inciso i da lei 9656/98.
106	sem previsão na norma	penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas:	sugerimos que a resolução normativa esclareça a que órgão fiscalizador caberá a responsabilidade pela aplicação das punições às entidades hospitalares;
107	sem previsão na norma	a obrigatoriedade de revisão dos instrumentos jurídicos atualmente em vigor, com o objetivo de adaptá-los ao disposto nessa resolução normativa deve se dar, no entanto, apenas quando formalmente solicitada por uma das partes.	sugerimos que o disposto nessa resolução normativa seja obrigatoriamente respeitado para todos os instrumentos jurídicos firmados a partir da data de entrada em vigor desta norma.
108	sem previsão na norma	apresentou minuta de contrato em anexo	sem justificativa
109	sem previsão na norma	a ANS acompanhará o desenvolvimento dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, de modo a detectar eventuais descumprimentos capazes de colocar em risco a qualidade dos serviços prestados ou de denunciar eventual desequilíbrio financeiro por parte das operadoras. parágrafo primeiro: o descumprimento das cláusulas contratuais tornadas obrigatórias por esta resolução implicará, a critério da ANS, a imposição de multas progressivas às operadoras faltosas. parágrafo segundo: a inadimplência e/ou a impontualidade reiterada dos pagamentos devidos à rede credenciada implicarão, além da aplicação do disposto no parágrafo	nosso entendimento quanto à matéria é no sentido de que, seja qual for a motivação para tal inadimplência, ela é um fator de comprometimento da qualidade dos serviços prestados ao consumidor e merece, mais do que qualquer outro, atenção e repressão por parte da ANS. temos visto com frequência a intervenção da ANS em operadoras quando a situação financeira já se tornou irreversível e os danos aos consumidores já foram causados, e não podem mais ser revertidos. acreditamos, sinceramente, que a disponibilização de instrumentos capazes de antecipar estes problemas e garantir a eficácia das intervenções da ANS é urgente e passa, necessariamente, pelo

		primeiro, supra, a instituição dos regimes de direção fiscal ou técnica da operadora, na forma da legislação em vigor.	acompanhamento da regularidade e imposição de cumprimento dos contratos mantidos entre operadoras e prestadores de serviços. nesse contexto, estamos certos de que a contratualização será de imenso valor para a viabilidade do setor e, principalmente, à proteção dos consumidores, desde que a ANS atue com rigor frente à inadimplência das operadoras, nos moldes sugeridos a
110	sem previsão na norma	apresentou minuta de contrato	
111	sem previsão na norma	apresentou minuta de contrato	
112	sem previsão na norma	apresentou minuta de contrato	
113	sem previsão na norma	a ANS acompanhará o desenvolvimento dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, de modo a detectar eventuais descumprimentos capazes de colocar em risco a qualidade dos serviços prestados ou de denunciar eventual desequilíbrio financeiro por parte das operadoras .parágrafo primeiro: o descumprimento das cláusulas contratuais tornadas obrigatórias por esta resolução implicará, a critério da ANS, a imposição de multas progressivas às operadoras faltosas. parágrafo segundo: a inadimplência e/ou a impontualidade reiterada dos pagamentos devidos à rede credenciada implicarão, além da aplicação do disposto no parágrafo primeiro, supra, a instituição dos regimes de direção fiscal ou técnica da operadora, na forma da legislação em vigor. parágrafo terceiro: os hospitais fornecerão à ANS, sempre que determinado, as informações necessárias ao perfeito cumprimento do disposto neste artigo.”	nosso entendimento quanto à matéria é no sentido de que, seja qual for a motivação para tal inadimplência, ela é um fator de comprometimento da qualidade dos serviços prestados ao consumidor e merece, mais do que qualquer outro, atenção e repressão por parte da ANS. temos visto com freqüência a intervenção da ANS em operadoras quando a situação financeira já se tornou irreversível e os danos aos consumidores já foram causados, e não podem mais ser revertidos. acreditamos, sinceramente, que a disponibilização de instrumentos capazes de antecipar estes problemas e garantir a eficácia das intervenções da ANS é urgente e passa, necessariamente, pelo acompanhamento da regularidade e imposição de cumprimento dos contratos mantidos entre operadoras e prestadores de serviços. nesse contexto, estamos certos de que a contratualização será de imenso valor para a viabilidade do setor e, principalmente, à proteção dos consumidores, desde que a ANS atue com rigor frente à inadimplência das operadoras, nos moldes sugeridos a
114	sem previsão na norma	a ANS acompanhará o desenvolvimento dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, de modo a detectar eventuais descumprimentos capazes de colocar em risco a qualidade dos serviços prestados ou de	nosso entendimento quanto à matéria é no sentido de que, seja qual for a motivação para tal inadimplência, ela é um fator de comprometimento da qualidade dos serviços prestados ao consumidor e merece, mais do que qualquer

		<p>denunciar eventual desequilíbrio financeiro por parte das operadoras .parágrafo primeiro: o descumprimento das cláusulas contratuais tornadas obrigatórias por esta resolução implicará, a critério da ANS, a imposição de multas progressivas às operadoras faltosas. parágrafo segundo: a inadimplência e/ou a impontualidade reiterada dos pagamentos devidos à rede credenciada implicarão, além da aplicação do disposto no parágrafo primeiro, supra, a instituição dos regimes de direção fiscal ou técnica da operadora, na forma da legislação em vigor. parágrafo terceiro: os hospitais fornecerão à ANS, sempre que determinado, as informações necessárias ao perfeito cumprimento do disposto neste artigo.”</p>	<p>outro, atenção e repressão por parte da ANS. temos visto com freqüência a intervenção da ANS em operadoras quando a situação financeira já se tornou irreversível e os danos aos consumidores já foram causados, e não podem mais ser revertidos. acreditamos, sinceramente, que a disponibilização de instrumentos capazes de antecipar estes problemas e garantir a eficácia das intervenções da ANS é urgente e passa, necessariamente, pelo acompanhamento da regularidade e imposição de cumprimento dos contratos mantidos entre operadoras e prestadores de serviços. nesse contexto, estamos certos de que a contratualização será de imenso valor para a viabilidade do setor e, principalmente, à proteção dos consumidores, desde que a ANS atue com rigor frente à inadimplência das operadoras, nos moldes sugeridos a</p>
115	sem previsão na norma	<p>1. entendemos que deve ficar exposto no contrato, a proibição das entidades hospitalares exigirem cheque-caução dos associados; 2. sugerimos, também, que fique estipulado no pacto, a responsabilidade pelos encargos trabalhistas dos profissionais responsáveis pela prestação do serviços então contratados, a fim de se evitar futuros transtornos entre as partes contratantes, que poderão influir na prestação dos serviços aos associados; 3. para finalizar, sugerimos que conste, expressamente, no contrato a responsabilidade civil e/ou criminal por eventuais danos causados aos associados, decorrentes de erro médico ou má-prestação dos serviços médico-hospitalares.</p>	sem justificativa

116	sem previsão na norma	art. 4º a ANS acompanhará o desenvolvimento dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, de modo a detectar eventuais descumprimentos capazes de colocar em risco a qualidade dos serviços prestados ou de denunciar eventual desequilíbrio financeiro por parte das operadoras .parágrafo primeiro: o descumprimento das cláusulas contratuais tornadas obrigatórias por esta resolução implicará, a critério da ANS, a imposição de multas progressivas às operadoras faltosas. parágrafo segundo: a inadimplência e/ou a impontualidade reiterada dos pagamentos devidos à rede credenciada implicarão, além da aplicação do disposto no parágrafo primeiro, supra, a instituição dos regimes de direção fiscal ou técnica da operadora, na forma da legislação em vigor. parágrafo terceiro: os hospitais fornecerão à ANS, sempre que determinado, as informações necessárias ao perfeito cumprimento do disposto neste artigo.”	nosso entendimento quanto à matéria é no sentido de que, seja qual for a motivação para tal inadimplência, ela é um fator de comprometimento da qualidade dos serviços prestados ao consumidor e merece, mais do que qualquer outro, atenção e repressão por parte da ANS. temos visto com freqüência a intervenção da ANS em operadoras quando a situação financeira já se tornou irreversível e os danos aos consumidores já foram causados, e não podem mais ser revertidos.acreditamos, sinceramente, que a disponibilização de instrumentos capazes de antecipar estes problemas e garantir a eficácia das intervenções da ANS é urgente e passa, necessariamente, pelo acompanhamento da regularidade e imposição de cumprimento dos contratos mantidos entre operadoras e prestadores de serviços.nesse contexto, estamos certos de que a contratualização será de imenso valor para a viabilidade do setor e, principalmente, à proteção dos consumidores, desde que a ANS atue com rigor frente à inadimplência das operadoras, nos moldes sugeridos a
117	sem previsão na norma	minuta de contrato	sem justificativa
118	sem previsão na norma	obrigação da operadora de levar essas características ao conhecimento dos consumidores, em linguagem clara e adequada, por meio do livro / orientador de prestadores de serviço próprios, credenciados e/ou referenciados e também de outros informativos.	fornecendo tais informações, a operadora estará agindo de acordo com o código de defesa do consumidor (em especial, artigos 6º, iii e 46), além de esclarecer o consumidor acerca da cobertura fornecida por cada entidade hospitalar da rede própria, credenciada ou referenciada, facilitando a rotina de habilitação do conveniado junto ao hospital e evitando transtornos desnecessários

119	sem previsão na norma	em cumprimento ao disposto no caput do artigo 1º da lei nº 9.656/98, o disposto no caput do artigo 17 e seu § 4º, da referida lei, só se aplica quando a iniciativa da rescisão é da operadora de plano de assistência à saúde.	<p>a justificativa para tal sugestão baseia-se no fato de que, pelo que dispõe o citado inciso, não há nenhuma inovação no relacionamento contratual entre a operadora e o estabelecimento hospitalar, vez que as exigências de definição de prazo de notificação e a identificação de pacientes em tratamento continuado e afins devem atender ao previsto em lei. assim, com a redação proposta, "nada de novo".para que possamos estar mais seguros em nossas relações comerciais e, ao mesmo tempo, não ofender a lei, é preciso que a resolução reconheça certas situações vividas pelas operadoras que as tornam "reféns" dos estabelecimentos hospitalares e, ao mesmo tempo, afaste a incidência do ônus previsto no citado artigo 17.as situações enfrentadas hoje e que merecem resposta da ANS por meio da resolução são:</p> <ul style="list-style-type: none"> * rescisão unilateral por parte do entidade hospitalar; * estabelecimento de valores pela entidade que não possibilite a manutenção do contrato. <p>Estas situações fogem ao controle da operadora pois referem-se a liberdade da outra parte contratada e que não está subordinada à Lei nº 9.656/98.As exigências contidas no artigo 17 e seus §§, portanto, não poderiam ser aplicadas na ocorrência das hipóteses acima traçadas.</p>
120	sem previsão na norma	minuta de contrato e rotinas hospitalares	sem justificativa