

Transcrito por: Mariana Rosa Morêto

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

P/Marta – Vamos, vamos, vamos. Ah gente, chegou o representante do PROCON, viu? Para quem estava perguntando... Gente olha só, agora a gente vai... O povo ainda está almoçando, sexta feira... Não vou mais marcar reunião sexta feira, não foi bom. A gente vai fazer o seguinte, a Jaqueline vai fazer a apresentação até o final e ai vocês vão ter uma ideia do que ainda tem para a gente discutir. A metodologia daqui de tarde, vai ser um pouquinho diferente. O que eu queria mostrar para vocês? Para cada item que a gente for discutir, a gente vai ter um slide em branco atrás. Por quê? Porque a gente vai tentar pontuar aqui com vocês o que a gente vai precisar escrever, tá? Das sugestões que vocês mandaram, algumas coisas a gente já conseguiu encaixar em vedações, outras não. Então a gente vai parar e ver para cada item, o que a gente vai precisar escrever e ai o Eugenio vai ficar lá no computador, e a gente já vai escrevendo automaticamente o que vocês forem falando. Então a gente vai ter que ter cada vez mais paciência para ouvir o amigo, se não a gente não vai conseguir escrever. Então vamos lá, a Jaque vai fazer a apresentação então até o final. Alguém me pediu para eu reafirmar as datas, aqui no último slide está a data de tudo e a gente vai passar por ela de novo, e a gente vai discutir de novo as datas também, mas vamos lá... Não vai mais mudar, talvez a gente precise colocar alguma coisa a mais. É porque eu estou falando o tempo inteiro, semana que vem, onde eu falei semana que vem, lê-se 04 de novembro, entendeu? É porque eu não estou localizando o dia. Então vamos lá.

P/Jaqueline – Bom, então nessa parte da tarde, nós vamos discutir as cláusulas obrigatórias. A lei previu algumas cláusulas obrigatórias que devem fazer parte do contrato, e ai tem algumas possibilidades também de como nós vamos regulamentar essas cláusulas obrigatórias. Então, os slides que seguiram eles estão um pouco repetidos, com algumas pequenas coisas diferentes, mas no geral a discussão é, nós vamos detalhar os critérios das cláusulas obrigatórias, ou fica livre em negociação, e a gente apresenta a nossa proposta. Então em relação a objeto, natureza, e descrição dos serviços contratados, que é uma das causas que devem constar nos contratos, as contribuições foram nesse sentido. Todo contrato devera descrever claramente todos os procedimentos contratados, inclusive aqueles realizados através de intercambio, rede indireta. Contribuição dois, a descrição de todos os serviços contratados deverá usar como referencia o hall de procedimentos e eventos em saúde, e ai dando um critério para a discussão desses serviços contratados. Ou, contribuição três, livre acordo entre as partes, as partes desse item como é

que vão descrever esse objeto a natureza e os serviços contratados. Bom, a ANS entende que deve haver previsão expressa do objeto a natureza do contrato com descrição de todos os serviços contratados, mas sem a definição pela ANS dos critérios a serem utilizados para a descrição dos serviços. As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras, e aí a gente está pensando num caminho de livre negociação para a definição dessa descrição do serviço, mas com algumas vedações. Estamos abrindo para as sugestões. Aqui depois a gente vai poder discutir essas sugestões de vedação.

P/Marta – A gente vai discutir um por um, ela só vai apresentar tudo para poder...

P/Jaqueline – Em relação a faturamento e pagamento. Então recebemos algumas contribuições que fosse definida que a tabela terá de valor mínimo de referência CBHPM em vigor, com acréscimo de 30% nos procedimentos realizados nos finais de semanas e a noite, e multa e mora para atraso de pagamento. Uma contribuição dois seria definir o período de faturamento como aquele compreendido entre o primeiro e último dia de cada mês, com um prazo de 30 dias para o envio de faturamento e prazo de 30 dias para pagamento da fatura, também com multa para descumprimento dos prazos e a terceira linha sempre da livre negociação. Então as duas primeiras prevendo alguns critérios, algumas regras, e a última não. E aí, a opção da ANS vai estar sempre repetida, que é dizer que deve haver a previsão expressa dos valores, serviços, ou de cada um desse detalhamento que a gente está discutindo, mas pensando livre negociação com mais cláusulas de vedação. A gente já sugeriu aqui uma vedação que não seriam admitidas outras formas para troca de informação na saúde suplementar, se não o padrão __ vigente, até porque essa é a regra em vigor pela ANS, então essa vedação, se aplicaria não somente as operadoras, mas aos prestadores também, a vedação de não usar o padrão __. O descumprimento ____ penalidade prevista no contrato, penalidade não seria aplicada pela agência, mas pelo que está previsto no contrato. Em relação a glosa, contribuição um, não serão admitidas glosas de procedimentos previstos no hall da ANS, que tenha sido objeto de autorização prévia. A ocorrência de glosa deve ser indicada ao prestador e ao documento assinado pelo auditor com motivação detalhada. O prestador sempre poderá recorrer quando não concordar com a glosa. Resposta ao recurso de glosa no prazo de 30 dias. Então detalhamento da regra de glosa. Contribuição dois, incluir previsão de limitação do prazo para análise e resposta de recurso de glosa, incluir previsão de prazo máximo para apresentação de glosa pelas operadoras de saúde, então diria algum critério, mas um pouco menos detalhado. Contribuição três, ampliar para um ano o prazo de recurso de glosa e a contribuição quatro é livre acordo entre as partes. Então a ANS mais uma vez entendendo que essa forma de pagamento, faturamento e glosa tem que estar expressamente prevista no contrato com penalidade para o descumprimento. Essa negociação

pode se dar em livre acordo entre as partes, mas com algumas vedações. Algumas vedações que nós já estamos sugerindo, vedadas quaisquer regras que impeçam o acesso do prestador as rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso as justificativas das glosas. Então, havendo glosa o prestador tem que obrigatoriamente ter acesso a motivação, e vedada quaisquer regras que impeçam o prestador de recorrer das glosas. Isso foi uma questão que foi levantada da primeira reunião que existiam clausulas que citavam glosas irrecusáveis, então essa seria uma vedação nesse sentido. Em relação a autorização administrativa da operadora, a identificação dos atos, eventos e procedimentos médicos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora, seria os que não constam do hall de procedimentos e eventos em saúde, pois estes são obrigatórios. Limitar o tempo máximo para o recebimento de proposta dos pedidos de autorização e excedido esse prazo vedar a glosa. Prever a entrega de negativa de cobertura do procedimento comunicada pela operadora ao prestador via ____, ao beneficiário, e permitir que o prestador cobre diretamente ao beneficiário em caso de não autorização do procedimento. A contribuição quatro, livre acordo entre as partes. Então a gente seguindo o mesmo caminho, de livre acordo com algumas vedações. Ai está aberto para sugerir o que seriam as vedações, em relação a vigência, prorrogação, renovação em rescisão, rescisão com aviso prévio entre 90 a 180 dias, como isso aqui é um compilado de contribuições, alguns sugeriam de 90 a 180 dias para caso de tratamento continuado como pré-natal, pré-operatório, internação prolongada e necessidade de atenção especial. Rescisão apenas motivada com aviso prévio de 60 dias para pessoa física, 90 dias para clinica e 180 dias para hospitais. Comunicação por carta com aviso de recebimento da rescisão, vigência mínima de três anos com renovação automática, em casa de não manifestação expressa das partes pela rescisão. A contribuição três seria vedar a rescisão contratual, permitindo apenas a não renovação do contrato desde que fundamentada. A necessidade de concordância da ANS se a não renovação for reduzir a rede, um pouquinho do que a gente discutiu da substituição. Contribuição quatro livre acordo entre as partes, então a gente pensando em livre acordo, mais as vedações, então seria uma vedação para os prestadores, que ficaria vedada a suspensão de serviços contratados antes da efetiva rescisão contratual. E aqui outras vedações que nós não encaixamos em nenhum daqueles itens especificamente, mas foram algumas vedações que nós pensamos. Então seria, ficar vedada qualquer...

P/Marta – Só para assim, completar o que a Jaque está falando, isso tudo que a gente colocou aqui, a gente retirou desses contratos, dessas sugestões que vocês mandaram para a gente, e ai a gente foi tentando encaixar em alguns lugares, tiveram algumas coisas que vocês mandaram como sugestão de clausula e ai talvez a gente possa transformar algumas em vedação, e colocar aqui, ou quando é clausula mesmo, a gente talvez fazer um documento de sugestão, e não de clausula obrigatória, totalmente fora da norma para a gente

não engessar o manual ou alguma coisa assim com cláusulas a serem consultadas.

P/Jaqueline – Então outras vedações, vedada qualquer atividade ou prática que infrinja o código de ética das profissões ou ocupações na área de saúde regulamentadas, vedada qualquer atividade ou prática que infrinja a legislação da saúde suplementar. Qualquer tipo de exigência referente a apresentação de comprovantes de pagamentos contra prestação pecuniária, quando a habilitação do beneficiário junto ao prestador do serviço de saúde. Vedado qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, em espécie, cheque, ou transferência bancária e etc., referente aos procedimentos contratados, efetuando os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar que é o...

P/Marta – E aí eu queria falar uma coisa também que assim, a gente está falando aqui das regras, a gente vai ter também uma reunião no intermediário que a gente vai marcar e vai trazer para esse grupo, para falar das penalidades fiscalizatórias, por quê? Tudo que está no contrato, eu posso penalizar e fiscalizar a operadora. Todas as penalizações em relação a quebra de contrato do prestador, elas tem que estar previstas no contrato, a ANS não tem capacidade regulatória em cima do prestador, então a gente tem que fazer essa diferença. Para operadora, a gente está discutindo aonde cabem as fiscalizações e as penalidades e quais são as sanções para cada um desses itens. Então, por exemplo, comunicação ao beneficiário cabe sanção, como é que a gente vai encaixar essa sanção? Enfim, a não realização do contrato cabe sanção, qual vai ser essa sanção, isso tudo a gente também está discutindo lá. Então quando tem cláusulas contratuais, feitas pela ANS, vedações, que dizem respeito a operadora, a gente tem como fiscalizar. Vocês conseguem entender a diferença? Ok. Vai.

P/Jaqueline – E o último em caso de descredenciamento em massa, como um método não ___ não serão aplicadas as cláusulas de frente a substituição obrigatória, sendo admitida a utilização de outras formas de garantir o atendimento ao beneficiário de forma temporária.

P/Marta – Era isso que eu queria que a galera da Fenasaúde esperasse e eles não estão aqui agora, então...

P/Voz não identificada – E aí o último item que a gente tem que tratar é o (foru?) para dirimir eventuais litígios em função do contrato. Se a comarca do prestador de serviço ou livre acordo entre as partes e aí a gente está abrindo para a discussão, comarca para prestador de serviço, comarca da operadora, livre acordo entre as partes... Isso aí já é o cronograma, a gente discute depois. Então...

P/Marta – Vamos lá. Então a gente vai voltar para o primeiro ok? Bom, objeto, natureza e descrição dos serviços. Aqui a gente propõe que a gente escreva agora alguma cláusula de vedação se vocês acharem que deve, e se vocês tiverem sugestão. Se não tiver nada também a gente pode... _____. Alguém levantou antes? Carlos tinha levantado a mão? Microfone gente.

P/Marloni – Bem, Marloni, Federação Nacional dos Médicos. Quanto cláusulas obrigatórias, a gente tem alguma dúvida. Eu não tenho dúvida nenhuma que o objeto tem que ter, cláusula obrigatória tem que ter. Eu acho que está bem claro na nossa proposta que diga-se no contrato que a prestação de serviço é entre o contratado e o contratante. Nós sugerimos que use-se esse termo aí de contratado e contratante, e que fique especificado os nossos... Nós atuamos em clínicas particulares, em hospitais, criamos todos setores, e muitos deles, a maioria deles como pessoa física, médico, profissão _____ como diz a lei. Então tem que ficar bem claro, só que no objeto, também tem que ficar bem claro, como somos 53 especialidades, e cada uma delas, eu não diria 53, mas a grande maioria tem as suas peculiaridades. Tem que estar nesse contrato e a nossa sugestão entregue aqui, é que esse contrato vai ter que respeitar as especialidades. Um exemplo típico, aquele que eu lhe falei no elevador, da questão da obstetrícia. Nós temos que negociar com os contratantes, como é que vai se dar esse ressarcimento da disponibilidade na obstetrícia. A senhora entendeu? Isso aí tem que ser resolvido entre o contratado médico e a operadora. Na medida em que a operadora compromete-se a por a disposição do usuário e todas as especialidades e todos os procedimentos. Entretanto, tem alguns procedimentos que nós médicos questionamos que tem que ser resolvido entre nós e a operadora sem tutela de ninguém. É o caso esse da desobediência.

P/Marta – Deixa eu só fazer uma vírgula aqui. A disponibilidade, ela vai contra as regras da ANS.

P/Marloni – Mas não vai contra as regras do código de ética e nem da lei.

P/Marta – Ok, mas assim, a gente está colocando aqui, uma vedação, uma sugestão, que é vedado qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária, por quê? Eu enquanto agência reguladora da saúde suplementar, eu tenho duas partes que convivem, que é a prestadora e a operadora, mas eu regulo a saúde suplementar em função de um terceiro que é o beneficiário...

P/Marloni – Não, eu concordo. Mas a agência regula a operadora, não regula nós médicos.

P/Marta – Isso, mas no quesito quando eu compro plano de saúde, eu estou comprando um produto completo. E eu não posso pagar por fora. A gente não precisa discutir isso daqui, porque isso não é o âmbito para tal. Eu só estou

dizendo o seguinte, isso daí a gente não vai poder discutir porque a ANS diz que isso é ilegal. Ponto.

P/Marlonei – Não, mas isso ai vai ter que estar nos contratos doutora. Vai ter que estar nos contratos, como é que nós vamos...

P/Marta – A Márcia quer falar, e ai a gente passa para frente. Eu não vou discutir disponibilidade aqui, tá gente?

P/Marlonei – Não, não quero discutir disponibilidade. Eu quero discutir coisas que nós não somos regrados pela ANS, nós como médicos...

P/Marta – Mas você pode se descredenciar e atender particular, não tem problema. Quando você tem uma relação com o segundo, que é a operadora, que ai sim essa operação é regrada por mim, eu posso dizer quanto a ANS que isso é ilegal.

P/Marlonei – Sim... Mas descredenciar, eu posso muito bem descredenciar os obstetras todos de Caxias do Sul, e quem é que vai atender os usuários?

P/Marta – Não tem problema, a operadora vai, contrata, faz postinho próprio, ela se vira. E eu vou multar a operadora se ela não se virar. O que eu não posso dizer é que a disponibilidade é permitida, porque não é.

P/Marlonei – Eu estou falando da disponibilidade, mas tem exemplo, mas tem certos relacionamentos entre nós e as operadoras, que vão ter que ser regulados em contratos, porque senão nós vamos ficar nós e as operadoras sempre na porta do judiciário para resolver um problema.

P/Marta – É por isso que existe o contrato. Eu só não posso permitir que dentro do contrato tenha clausula que passe por mim, uma coisa que é ilegal.

P/Marlonei – Mas o que está acontecendo agora é que a senhora está multando essas operadoras, as operadoras chegam para nós e não temos como resolver esse problema da multa deles.

P/Marta – A gente discute isso em outro lugar. Assim...

P/Marlonei – Mas esse é o lugar, o lugar dos contratos é aqui.

P/Marta – Não, isso não faz parte do contrato. Isso é uma clausula... A cobertura é obrigatória e integral.

P/Marlonei – Eu espero que as operadoras estejam ouvindo bem a orientação, porque nós vamos continuar fazendo isso e quem vai ser multado são os senhores.

P/Marta – As operadoras vão ter autorização, segundo esse contrato, para romper o contrato ok?

P/Marlonei – E ficar sem médico?

P/Marta – Gente, olha só, eu já falei, o modelo de prestação de serviço na saúde suplementar, somos nós que vamos moldar. Está nas nossas mãos. Vamos lá, vamos voltar para o primeiro slide. Para quem chegou atrasado, a gente já leu a apresentação inteira. Agora vocês vão morrer de curiosidade até o final. Vamos lá, Márcia você queria falar e depois o Carlos.

P/Márcia – É sobre a questão da vedação, da cobrança direta. Isso para mim é muito complicado porque nós temos, a única forma que nós temos para pressionar as operadoras, será a mobilização dos médicos, da cobrança direta em função de uma negativa de negociação, vamos dizer assim. Isso aí já... Eu ouvi todo mundo tá. Isso aí já é uma ___ no movimento médico, em particular no Rio de Janeiro, mas está se dando em outros estados. Então o que eu digo? A ANS vai dizer que é ilegal isso, que isso não é compatível com a constituição, que o movimento paredista, ou que seja, porque isso nem é paredista, porque é atendido o paciente, ele está na constituição. E outra coisa, a ANS já contestou isso em documento junto ao PROCON... PROCON não, foi o Ministério Público do consumidor, que nós estávamos cobrando direto no Rio de Janeiro, de uma operadora, e que isso o Ministério Público do consumidor não considerou uma prática ilegal, e nós não consideramos anti ético, já que nessa negociação não houve quem batesse um martelo, não houve um consenso. Então eu acho que essa vedação, além dela não ser, vamos dizer assim, legalmente, ela pode ser contestada, e no nosso ponto de vista também ela impede que nós tenhamos uma pressão efetiva sobre as operadoras na questão da negociação.

P/Marta – Márcia, assim, a gente está discutindo são ambitos... O Márcio também está inscrito, são ambitos diferentes então assim...

P/Márcia – É que você passou para vedação, e o Marlonei falou e eu me lembrei

P/Marta – Não, não, eu estou falando assim, são ambitos diferentes de discussão. Então assim, o PROCON tem os seus regramentos, o poder judiciário tem os seus, a gente tem os nossos, não é? Assim, cada um tem o seu regramento, e o seu âmbito de atuação. O meu âmbito é regular o mercado de saúde suplementar e eu tenho penalidades para as operadoras sem ter penalidades para os prestadores. É isso que a gente está falando aqui. Então no caso, a gente está regulando contratos. Ao mesmo tempo eu regulo contrato entre o beneficiário, e a operadora. E eu digo por lei que aquele contrato ele tem que ser completo. O que é isso? Uma vez pagando a contra prestação pecuniária, a única coisa que eu posso pagar por fora, seria a coparticipação que está ali prevista, se estiver prevista no contrato, que está ali prevista na lei e ponto. Qualquer coisa fora disso, não está no âmbito da relação da saúde suplementar. Eu vou te inscrever de novo, é por fora... Ai assim, o que a gente

está dizendo? A gente está dizendo o seguinte, que uma vez que isso seja feito, existe uma cláusula, e a ANS compartilha isso, onde o contrato pode ser rompido, ponto. A gente tem inscrito o Carlos, o Márcio, a Denise, Doutor Zili, o Toro, o Paulo, e a Cris. Carlos, você agora. Ali na frente...

P/Carlos – Carlos Moura do Colégio Brasileiro de Radiologia. Só destacar aqui, a respeito sem definição pela ANS dos critérios a serem utilizados pela discricção dos serviços, eu não entendi porque a gente não está adotando a (tus?), é o padrão, é a lei, é obrigatório, e aí você mesmo ANS está falando para não seguir...

P/Marta – Ok. Ok, vamos começar a trabalhar então? Vamos lá...

P/Carlos – É, não. Tem um segundo ponto.

P/Marta – Mas não vamos perder a linha, vamos lá. A sugestão então seria, é vedado o uso de qualquer outro tipo de nomenclatura para essa troca que não seja (tus?). Foi Eugênio? (risos). Fala o seu próximo.

P/Carlos – Tá. Nós temos alguns casos que, de repente ao meio do caminho que estavam falando que eu posso não estar 100% coberto e nos procedimentos isso acontece bastante, então chega um beneficiário na minha clínica, ele vai fazer uma ressonância de crânio, mas a perfusão não está coberta, eu vou ter que cobrar dele como pessoa física. A fonte pagadora não quis cobrir.

P/Marta – Ok, ok. Então a gente obviamente vai ter que escrever para procedimentos cobertos...

P/Carlos – Se deixar isso meio aberto, “ah não, não pode cobrar nada”. Pode sim.

P/Marta – Ok, ok.

P/Carlos – Tá? Só esses dois pontos.

P/Marta – Vamos lá, agora que a sala encheu, eu vou ler de novo. Márcio, Denise, Zili, Toro, Paulo, Antonio e Márcia, e Cris. A gente leu a apresentação toda, agora a gente está voltando item por item, e a gente está tentando colocar aqui os itens que aparecerem para vedação que serão os itens obrigatórios, e a gente pode colocar itens no manual, totalmente fora da norma, e se a gente quiser de sugestão. Mas a gente vai tentar concentrar nossos esforços nesses itens de vedação que serão obrigatórios. Fala Márcio.

P/Márcio – Eu queria que voltasse lá nas vedações onde consta a... Vedações de cobrança. É o seguinte. É Márcio Bichara, Federação Nacional dos Médicos. Eu acho... Esse aí, vedar qualquer tipo de prestação pecuniária. Isso engessa, é ruim para a operadora, vou citar o exemplo. O Bradesco saúde está

com um movimento na Bahia de suspensão de atendimento, e o próprio Bradesco saúde propôs pagar por reembolso. Então o paciente vai no médico, o médico emite o recibo e é reembolsado pelo saúde Bradesco. Se vocês colocam isso aí, o paciente não vai ter nem a alternativa de procurar o médico e pagar aquele valor, porque ele vai receber pela tabela do Bradesco. Então eu acho que contrato não pode ter amarração. É igual constituição. Quanto mais amarrar o contrato, mais conflito nós vamos ter, mais dificuldade nós vamos ter. Então não adianta querer escrever tudo, igual eu disse, isso é outra coisa, os médicos não vão assinar isso aí. E aí? Então não adianta gente, por isso que tem coisas...

P/Marta – Ai semana que vem a gente vai discutir o contrato ___.

P/Márcio – É. Ai tem coisas que é melhor não escrever, porque isso já provoca atrito desnecessário porque...

P/Marta – Você está falando do vedar de qualquer tipo...?

P/Márcio – Vedar qualquer tipo de prestação...

P/Marta – Olha só, eu não vejo nenhum problema da gente não escrever, uma vez que já existe uma norma que fala isso. E aí, a gente tira isso, sem problema nenhum e fica pela regra que já existe. Só estou falando o seguinte, a ANS interpreta como proibida a disponibilidade...

P/Márcio – Sim, mas a ANS vai interpretar um monte de coisas que agora eu acho que a gente devia ficar escrevendo isso.

P/Marta – Ok. Eugenio tira aí, por favor. Tira aí, por favor. É Daniel Virginia, Denise, Zili... Agora é Denise... Toro.

P/Toro – Bom, em primeiro lugar nós entendemos que não deve retirar, e se nós partimos do princípio que nós vamos fazer um contrato para não cumprir e quando tem algum atrito, nós vamos cobrar do beneficiário, vamos fazer movimento de paralisação e outras coisas mais, nós vimos a decisão do CAD agora do dia 15, que afeta a todos nós e inclusive nós da UNIDAS. Então eu acho que essas práticas que estão sendo feitas, que hoje estão sendo vedadas pelo CAD e de forma cada vez mais ___ a manchete hoje do globo é dois milhões e 700 mil de multas para algumas entidades inclusive que estão representadas aqui. Então eu penso que se nós vamos fazer um contrato que não é para cumprir, que é para cobrar direto do beneficiário, para fazer a paralisação quando nós não conseguimos chegar em um consenso, eu acho que não é essa a ideia. Nós temos que ter maturidade suficiente de um setor para conseguir chegar a níveis de negociação que sejam razoáveis para todos os lados. Nós temos que levar em consideração que quando a constituição federal fala que saúde é de relevância pública, não é só do lado da operadora, é também do lado do prestador de serviço, e os dois tem esta relevância

pública. Então nós precisamos ter muitos cuidados. Se é para fazer um contrato que não será cumprido, quer dizer, não é essa a ideia. Então eu entendo que nós devemos manter essa vedação que foi mencionada pela...

P/Marta – Deixa eu só fazer uma vírgula assim. Essa vedação, ai eu concordei com o Márcio no seguinte sentido, tem coisas que não precisa estar no contrato entre as duas partes. A gente está fazendo várias regras aqui. Só para a gente entender, uma RN gordinha que só vai dizer as regras básicas do que está na lei. Embaixo, lembra do que a gente combinou? Várias IN de cada assunto específico, porque se um assunto der errado a gente revoga ela e faz de novo, e ai a gente vai ter uma IN sobre regras de fiscalização, regras internas da nossa relação. Então algumas dessas vedações já estão em regras. Isso não precisa estar no contrato realmente...

P/Toro – Mas considerando que as resoluções da ANS, a IN, os prestadores não estão subordinados a elas, ou poderão alegar que não, na medida em que isso esteja no contrato, as partes estão contratualmente envolvidas.

P/Marta – Mas olha só, eu estou criando aqui cláusulas obrigatórias. Vocês podem criar milhões de outras cláusulas. Eu estou criando aqui as obrigatórias. E ai a minha proposta é que esse artigo aqui, ele vá lá para a IN que a gente vai fazer junto com a ____, que a gente vai fazer junto com a fiscalização sobre as penalidades, então esse daqui pode ir para lá, e nada impede que você use no seu contrato.

P/Toro – Perfeito. Mas nós advogamos pela manutenção dessa vedação apresentada pela ANS.

P/Marta – Ok. Agora a gente tem Doutor Zili, Paulo, Antonio, Márcia, Cris, Daniel, Virginia e Marlene.

P/Doutor Zili – É, é mais ou menos em cima disso que a gente queria falar mesmo. Eu queria saber para quem que está sendo feito esse contrato.

P/Marta – Para as duas partes.

P/Doutor Zili – Porque se é um contrato para ficar como contrato bonitinho para atender a agência regulatória, tudo bem, eu vou embora e fica dito por não dito. Agora, se é um contrato para interessar todas as partes, os prestadores médicos não irão assinar isso. Porque isso engessa, e isso na realidade, a visão do CAD para a gente, não é nova. A visão do CAD já é a terceira visão dele que foi cassada pelo supremo tribunal. Então é mais é uma visão e o CAD tem direito de justificar para que ele existe. Existe para isso mesmo, para atender suas cassadas e continuar fazendo isso. Então, a nossa posição é o seguinte, eu acho que um contrato ele tem que ser ético, tem que ser justo, tem que ser equânime. E a gente entende que um contrato ético e justo é um contrato que a gente define quanto que a gente vai receber, quando

que a gente vai receber, como que a gente vai receber e o que a gente vai dar em contrapartida, e para isso qualquer cláusula que engesse, qualquer cláusula que coloque o prestador ou o paciente, ou a própria operadora em condições de clausulamento não é ético, não é justo, não é equânime. E nós não iremos assinar isso, a categoria médica, falo como os médicos, representando as 53 especialidades, nós não vamos assinar isso de forma nenhuma. Não tem sentido. Agora, se for para ficar no papel, eu aplaudo.

P/Marta – A gente vai discutir o não assinar Doutor Zili, na próxima reunião.

P/Doutor Zili – Não, não, é só para evitar mais desgaste.

P/Marta – Não, ok. Ok. Porque a gente também tem que discutir isso, porque hoje a gente consultou a nossa procuradoria e hoje quando existe uma relação de pagamento entre as duas partes, existe um contrato. Ele pode não estar assinado, ele está sobrevoando o sobrenatural assim, está em algum lugar, mas o contrato existe. Ele é um contrato tacito. Então a gente vai ter que discutir aqui o que é o contrato tacito, e o que isso vai significar nessa relação. A gente vai discutir isso na próxima reunião, que não é semana que vem, é dia 04 de novembro. Paulo. Aquele lá? Qual que você quer?

P/Paulo – Tem uma coisa ai que não é uma questão de ser contra ou a favor. Eu não posso assinar um contrato que diga que é vedada qualquer atividade que implique em ___ saúde suplementar, porque eu sou subordinado a uma legislação de um conselho, e se a legislação da saúde suplementar disser uma coisa do conselho outra, ou eu vou perder o meu contrato, ou meu diploma, vai ser uma escolha. Então não dá para assinar uma coisa desta natureza.

P/Marta – Só para você saber, isso ai vai estar dividido lá dentro em obrigações do prestador e obrigação do operador, então na verdade um está em obrigações da operadora que é vedar a qualquer regra que... A gente está falando para a operadora, você não pode infringir a regra do código de ética, e o outro a gente está falando para a operadora assim, olha só, você não pode infringir a regra... Entendeu?

P/Paulo – Tá bom. Esse é o primeiro ponto.

P/Marta – É porque está tudo no mesmo saco.

P/Paulo – O segundo ponto é o seguinte, existe uma coisa que por incrível que pareça é absolutamente rotineira, quando eu estou dizendo rotineira, é rotineira. Você chega em um laboratório, eu dou exemplo do laboratório, fazer um exame simples, um PCE, ai nega. Ai primeiro, eu mandei até uma denuncia para a agenda, eles não mandam para cá, dizer porque negaram, ai eu ligo para lá e não foi parametrizado, porque só é uma PCR por semana. Eu não sei em que livro tiraram isso. Ai eu digo para o doente, negaram porque eles parametrizaram, e isso eles não dizem para o doente, dizem para mim. Ai eu

cobro do doente, o doente paga, pega o recibo e vai no PROCON. Eu tenho que cobrar do doente de graça e eu não vou fazer, deixar morrer eu não vou. Então é aquilo que o Nelson Rodrigues diziam é o problema da vida real. O Nelson Rodrigues tinha razão, é a vida real. Ele nega, não manda por escrito. Eu acabei de mandar uma denuncia para a agência disso ai. Ninguém manda por escrito, nega e acabou-se. Ai eu ligo para lá e a moça diz “foi parametrizado um por semana”, parametrização em medicina é crime. Tudo bem, mas eu não tendo por escrito, ele não vai me pagar, e ainda me disse, atende se quiser, nós não vamos pagar. Eu cobro do doente e dou o recibo. Agora, eu fiz uma estratégia, tem uma extensão e o doente ouve que foi negado e foi parametrizado. Ta bom, então a senhora paga e vai lá e diz que ouviu.

P/Marta – Então olha só, a gente tem aqui uma vedação. É vedada a utilização de limite para os procedimentos que estão no hall porque isso é ilimitado. Ok?

P/Paulo – Mas eles limitam, isso é vedado há muitos anos Marta.

P/Marta – Gente, a gente está criando um contrato.

P/Paulo – Ah sim.

P/Marta – A gente está criando um contrato.

P/Paulo – Mas já era vedado antes...

P/Marta – Vai lá Eugênio. Nós estamos aqui criando um contrato, ou as regras desse contrato. Alguém mais tem alguma coisa a falar sobre objeto, natureza, discricção dos serviços? Vamos lá, temos Antonio, Márcia, Cris, Daniel, Virginia, Marlene.

P/Antonio – Antonio Augusto do Conselho Federal de Nutricionistas. A nossa proposta foi colocar no objeto do contrato o hall, porque se ficar definido lá no objeto do contrato qual é o tipo de serviço que o prestador vai fazer, fica até mais fácil para a agência fiscalizar a equidade, quando ele trocar de prestador de serviço, ele teria que atender o objeto do contrato que ele está ____.

P/Marta – Mas você vai ter que descrever com o teu contratante, como é que é que vocês usaram? Contratado e contratante? Então, com o teu contratante, quais são os objetos daquele serviço que você vai prestar. Então assim, é consulta de nutrição... O que a gente está falando é o seguinte, para você descrever isso, qual é a nomenclatura que eu uso? A TUSS, porque...

P/Augusto – Não, tudo bem. Mas que se usasse os procedimentos do hall, porque ai, por exemplo, estaria lá, contratação do laboratório para exames clínicos, então quando ele romper o contrato, ele não vai poder contratar um de radiologia, ele vai ter que...

P/Marta – Isso é lá... Mas tudo bem, a gente tem como entender isso.

P/Augusto – Mas colocar no objeto de cada contrato de prestador de serviço o que é que ele vai fazer.

P/Marta – Ok. Calma gente. Márcia.

P/Márcia – Ok, primeiro. A ___ de informação, assim como nós ou as suas entidades foram condenadas pelo CAD e depois recorreu, eu não sei nem em que ponto está, dessas idas e vindas, também entramos com uma denúncia no CAD contra a UNIDAS, por exemplo, como uma com o CARTEL. Quer dizer, isso não é só de um lado, tem do outro lado também. Então a gente quer aqui o que? É negociação. Não adianta ficar ameaçando, porque ameaça, o CAD disse, vocês nunca vieram aqui se queixar, por isso que só vocês estão sendo processados. Então a gente passou a seguir orientação do CAD. A questão dessa cobrando direta, eu queria aqui também lembrar, doutora Marta, é que os anestesistas, eles cobram direto. Então...

P/Marta – Mas eles não são credenciados.

P/Márcia – Vírgula, mas será então impedido o reembolso do paciente. Porque a operadora não vai se sentir na obrigação de reembolsar uma cobrança que eles não concordam.

P/Marta – Já vamos mudar aquela redação, já entendemos que a redação está ruim.

P/Márcia – Você entendeu? E a outra coisa que tem que ser colocada para não passar por cima da lei, que é a lei que cria os planos de saúde, e outras leis, que as seguradoras são obrigadas a reembolsar o paciente. Então se colocar aí “é vedada a cobrança direta”, está bom. Se o médico cobrar, claro que a operadora vai querer descredenciar, essa que é a relação amigável que tem, mas o paciente também não vai receber, porque está ali vedada a...

P/Marta – Mas não vai mesmo, sabe por quê? Só existe a figura do reembolso, para os contratos previstos em reembolso. Então hoje, eu não sei, vocês devem saber, quantos % dos contratos tem reembolso. Você sabe Rafa? Mas eu acho que deve girar em torno de 20%, 30%? Deve ser isso. Então 20%, vamos dizer, dos contratos, tem reembolso. 80% dos contratos não tem reembolso, então assim, na verdade quem está ficando com a conta na mão é o beneficiário. Cris, Daniel, Virginia e Marlene.

P/Cristiana – É Cristiana da Fenasaúde. Eu acho que a gente está fazendo uma discussão aqui que, só para a gente lembrar que a norma da ANS ela vai incidir em cima das operadoras, certo? Então quando a gente estabelece questões contratuais de uma relação que é da operadora com o prestador de serviço, me preocupa a quantidade de exigência que a ANS vai fazer, para a

gente não viver o que a gente vive hoje. Hoje você tem uma ANS fiscalizando operadoras, fazendo, por exemplo, monitoramentos, exigindo cópias de contratos em que o prestador não assinou o contrato e não há o que faça o prestador assinar aquele contrato naqueles termos. Então, a gente tem uma situação hoje que é de absoluta impossibilidade de atender as normas da ANS quando você vai muito no detalhe do contrato. Então essa é uma primeira questão que eu queria colocar só para a gente lembrar, porque me preocupa muito questões que estão aqui que vão encurtar eventualmente um prestador não assinando um contrato, e como é que vai ficar a operadora? Até porque muitas vezes, o posicionamento do prestador de não assinar, ele não retorna com a sugestão de outra cláusula, você não tem uma troca na prática, então...

P/Marta – Só respondendo isso que a Cris levantou, assim, a gente trouxe um pleito da maioria, que era descer no detalhe. A gente está chegando em uma conclusão aqui que o detalhe é pior do que nada. Então assim, a gente está mudando o carro de direção, no meio do caminho. Ok, para mim é muito melhor, por isso que todos os nossos slides estavam assim, “livre negociação”, e aí a gente criou a tal das cláusulas de vedação para a gente contemplar um pleito que era enorme de ter o mínimo de cláusulas regulamentadas, mas voltar atrás para mim é muito melhor do que seguir em frente, tá.

P/Cristiana – Uhum. Bom, então são quatro coisas que eu gostaria de falar, então uma era essa para a gente ter de pano de fundo. A segunda questão acho importante esclarecer só para não haver dúvida aqui, o que é que tem na regulamentação hoje sobre reembolso para seguradoras? Reembolso é quando um segurado utiliza a rede livre escolha de prestadores fora da rede referenciada. Então não existe reembolso de um paciente que utilizou a rede referenciada, isso não existe na regulamentação, foi citada inclusive a questão da Bahia na Bradesco, que aí eu tenho por obrigação esclarecer que a Bradesco tem feito reembolsos de pacientes que vão na própria rede referenciada por força de uma liminar, não é por decisão livre da Bradesco. É estrito cumprimento de uma determinação judicial. E aí eu penso, aquela questão da vedação, no caso de, se você tem um prestador de serviço, credenciado ou referenciado, não faz sentido que no âmbito do contrato você preveja que ele pode só cobrar diretamente do paciente. Não faz sentido isso no corpo do contrato.

P/Marta – Você está falando do que?

P/Cristiana – Estou falando agora da questão da vedação...

P/Marta – Aquele vermelhinho?

P/Cristiana – Aquele vermelhinho, então nós somos favoráveis a manutenção do vermelhinho na medida em que, no escopo de um contrato, lembrando que o contrato está ali regulando obrigações entre as partes, não faz sentido você

credenciar um prestador, para que ele possa cobrar diretamente para um paciente, não faz sentido. Esse é justamente o prestador que não está credenciado, então nós somos favoráveis a manutenção deste item destacado em vermelho. A questão do uso da nomenclatura TUSS, e aí, de novo vem aquela questão se a gente vai adotar essas normas para novos contratos daqui para frente, ou se isso também vai ser aplicado para os contratos atuais e com relação com prestadores atuais. Seguindo na citação do Nelson Rodrigues, a vida como ela é, na prática ela você tem muitos prestadores que tem dificuldades de fazer o atendimento, a adequação dos seus sistemas a TUSS e se a ANS me impõe essa obrigatoriedade, qual é a solução que eu tenho? Se eu mantenho o prestador que não está capacitado por questões tecnológicas ou, enfim, não está preparado para usar a TUSS, eu vou fazer o que? Vou ser obrigada a descredenciar?

P/Marta – Cris, olha só, tem uma regra que não é essa, que diz que ele é obrigado a usar a TUSS, ponto. O que a gente está dizendo aqui é o seguinte, que para contato entre vocês, do que eu vou descrever no meu objeto, é isso que eu estou dizendo, no meu objeto eu estou descrevendo o que eu vou prestar dos meus serviços segundo a nomenclatura TUSS, é isso que essa vedação está falando.

P/Cristiana – Tá. Só para a gente dizer, a operadora tem que estar preparada para adotar a TUSS...

P/Marta – Isso, mas o prestador não necessariamente. Só que aqui é outra coisa, é o seguinte, a tentativa do que a gente escreveu, a gente vai ter que melhorar muito. Na hora que eu for fazer o contrato com você, que eu posso adaptar, que daqui a um ano eu vou melhorar esse contrato, na hora de eu descrever o meu serviço, eu vou descrever ele de acordo com a nomenclatura TUSS, foi essa a sugestão, entendeu?

P/Cristiana – Ah sim, entendi. Ok.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Pera aí, pera aí. Posso te inscrever? Wilson. Beleza. Daniel, Virginia, Marlene, e Fenan, e agora Wilson. Daniel.

P/Daniel – Daniel da Unimed do Brasil. Quando a Unimed do Brasil encaminhou as propostas para a ANS, nós defendemos que as cláusulas obrigatórias já são aquelas previstas na lei 13003. Ou seja, não haveria necessidade nenhum de desregulamentar nada. Agora, a partir do momento que a gente está disposto a regulamentar essas questões, que essa regulamentação seja feita olhando para todos os lados, e parece que não é isso que está acontecendo. Em alguns aspectos eu quero que regulamente, e em outros aspectos parece que não. Então eu acho que a gente tem que tomar

uma decisão até para continuidade regular ai do trabalho, ou se regulamenta tudo, ou não se regulamenta nada.

P/Marta – Gostei da pergunta do Daniel, a gente pode até fazer igual no senado, não é? Quem não concordar, não se mete.

P/Daniel – É, exatamente...

P/Marta – Sem se mexer.

P/Daniel – Então...

P/Marta – É uma decisão que a gente vai ter que discutir assim que acabar a sua fala.

P/Daniel – Perfeito. Com relação a especificamente essa questão da vedação da cobrança, só no sentido de que isso tem que ser bem melhor redigido, sob pena de a gente estar legalizando essa cobrança direta do prestador e o beneficiário. Corre-se o risco de a gente ter acesso a livre escolha por prestadores em todos os produtos registrados na agência. O pessoal pelo que eu entendi aqui está querendo sempre o reembolso, não é? O risco que a gente está correndo é justamente esse, da gente legalizar a prática de reembolso, até para produtos...

P/Marta – Você também está falando do vermelhinho?

P/Daniel – Do vermelhinho, exatamente... Não, a segunda parte é do vermelhinho não é?

P/Marta – É?

P/Daniel – Exatamente. Tem que ser bem melhor redigido sob pena de nós legalizarmos o acesso a livre escolha de prestadores a todos os produtos.

P/Marta – Tá. Olha só, o vermelhinho, a gente está combinando que ele vai existir, que não vai ser uma regra do contrato, que a gente vai colocar na nossa norma do contrato bem escrito, em algum lugar numa IN dessas e na livre negociação a gente vai... Vocês vão decidir se vocês vão usar esse trem ou não. A pergunta do Daniel que também não quer calar em mim, é a seguinte, a gente vai seguir nessa linha de vedação, ou a gente para por aqui.

(intervenção fora do microfone)

P/Marta – Então vocês vão falar sobre isso. Estão inscritos Virginia, Marlene, Fenan e Wilson. Virginia.

P/Virginia – A questão das vedações dentro daquilo que já é pré-definido é extremamente importante porque é diferente do que seria regulamentar, de disciplinar outras questão não __ a lei, e sim dar o cumprimento da lei. Só

lembrando que, por exemplo, assim, quando cita lá alguma forma que não a TUSS, existem vários procedimentos que não estão na TUSS, então lembrar de TUSS quando não existente.

P/Marta – Em teoria não?

P/Virginia – Em teoria, mas é por isso que existem tantos pleitos de inclusão na TUSS.

P/Marta – É, mas assim, não são tantos...

P/Virginia – Ah são...

P/Marta – São pouquinhos...

P/Virginia – É, mas existe. Existe até essa previsão já na norma, então só lembrar dessa exceção. A mesma coisa contra volume de procedimentos, existem questões que o próprio hall delimita o volume. Então, também tomar cuidado na hora de escrever para lembrar das diretrizes de utilização do próprio hall.

P/Marta – Ok, a gente joga essa regra para regra existente claramente.

P/Virginia – Agora com relação ao vermelhinho, vou concordar com os meus colegas da Fenasaúde e com o Toro, porque não adianta colocar em uma IN ou em alguma regra em que quem cumpre as normas da ANS seriam as suas operadoras, e hoje a gente já a cumpre. Tanto que quando um beneficiário abre uma NIP dizendo que o prestador cobrou diretamente dele, o que a operadora tem que fazer? Ir lá e reembolsar. Então para ter efetividade essa norma e caber dentro daquilo que é o espírito da situação que é o prestador, uma vez que ele foi contratado para aquele serviço, não pode o beneficiário ser compelido a pagar. Porque aquilo ali é um descumprimento contratual, então isso tem que estar previsto como uma vedação dessa norma, e não em algum outro instrumento que só vai valer para a operadora, e hoje ela já o cumpre.

P/Marta – Ok. Marlene.

P/Marlene – Marta, vou voltar no vermelhinho tá?

P/Marta – Olha só, vocês não estão esquecendo que tem 500 slides no meio não né?

P/Marlene – Não, não. É rapidinho. É porque a gente não entendeu aqui uma questão. Eu vou um exemplo, então a consulta fisioterapêutica precede o atendimento fisioterapêutico. A maioria das operadoras estão negando a pagá-lo. Bem, então o que eu faço? Eu não atendo o paciente? Eu não cobro a consulta? Porque vem a negativa. Não, não vamos pagar.

P/Marta – Ai você vai mandar para mim e eu vou multar a operadora, porque isso é cobertura obrigatória.

P/Marlene – Tá, mas aí o paciente está lá na minha clínica, ele marcou, está no horário dele, a operadora não liberou a consulta, e eu mando ele embora?

P/Marta – Você vai entrar em contato com a sua operadora e vai falar, eu vou fazer a consulta e você vai me pagar porque eu vou mandar essa denúncia para a ANS.

P/Marlene – Ok. Perfeito. Outra coisa, e se a gente não tem registro?

P/Marta – O PROCON depois vai falar alguma coisa, porque ele está aqui só ouvindo.

P/Marlene – Beleza, maravilha. E a eletroestimulação? Porque todo mundo sabe aqui que quem faz a fisioterapia não é médico, não é cirurgião, não é anestesista, não é vascular, enfim, como a gente tem recebido um monte de operadoras de resposta de operadoras. E como todo mundo também sabe, a grande maioria sabe que a eletroestimulação é um procedimento utilizado em grande escala na fisioterapia, então a operadora não paga, nós não usamos ou cobramos do paciente? Acho que isso tem que ficar claro para nós, porque está confuso.

P/Marta – É, assim, na regra da saúde suplementar, o paciente não pode ser penalizado por essa relação confusa. Então o que a gente precisa? Resolver a relação confusa e não criar um problema que está ali precisando.

P/Marlene – Sim, perfeito.

P/Marta – Então, isso seria uma negativa de cobertura da operadora, tanto você quanto o beneficiário podem denunciar e aí a gente vai ver que ela não tem rede para cobrir aquilo, então além da negativa de cobertura, ela pode ter os planos suspensos.

P/Marlene – Beleza. Entregamos documentos para vocês.

P/Marta – Fenan. Mandou sim, a gente está seguindo.

P/Fenan – Fenan. Quando nós vimos a publicação da lei, a gente ficou extremamente satisfeito que tinha um contrato que ia ____, porque até agora a convivência nossa com as operadoras eram aqueles contratinhos pequenininhos que só com lupa que a gente lê. Geralmente... Então a gente ficou satisfeito, mas eu queria deixar bem claro que nós, e todo mundo sabe, que nós não temos nenhuma, não seria a palavra certa “subordinação”, nenhuma relação com a ANS no ponto de vista a prestação de serviço. A nossa relação é diretamente com o paciente, nós temos o paciente na nossa frente que nós temos que atender. Estou com a lei na mão, e a lei só fala que a

ANS entra diretamente na execução do que diz a lei, pelo menos na nossa interpretação, e eu não sou dono da verdade, na questão do reajuste. O resto tudo está lá desde o artigo tal, parágrafo tal, nós entendemos que tenha que ser feito entre nós e as operadoras.

P/Marta – Gente amei. Amei. Era tudo que eu queria ouvir. Tudo que eu queria ouvir.

P/Fenan – É, nós e as operadoras. A gente trouxe uma proposta concreta para cá, esta proposta, para que fosse discutida sobre a coordenação da ANS, nas operadoras. Se não pode ser aqui, pode ser em outro lugar. Mas por que quê a gente ficou contente? Porque a gente chama eles, marca hora, e eles não vão. Eles negam, não respondem, não faz nada.

P/Marta – Então olha só, eu estou entendendo que a proposta que está saindo daqui é a gente deixar em todos os slides que eu deixei em branco ali, livre negociação e ponto.

P/Fenan – Isso, e sem vedação porque ainda... Nós temos a lei, um amigo falou aqui, me esqueci o número da lei, nós temos lei para regular isso aí. Não precisa essas questões, as ____... Nós todos temos fisioterapeutas, temos psicólogos, todo mundo tem conselhos de medicina que nos regem e para nós é o mais importante da questão ética. Então o que eu acho é que o papel da ANS muito importante na coordenação, mas eu estou sentindo e posso estar errado, que tem alguns itens que estão sendo impostos. É essa a minha impressão.

P/Marta – Olha só, a gente, ___ Daniel, tem cinco pessoas inscritas. Wilson agora, depois Márcia, Gabriel, Paulo e Daniel. Essa foi a minha primeira leitura quando eu li a lei. A lei está dizendo quais são os itens que tem que ter no contrato, e isso é uma livre negociação. Depois a gente recebeu muito pleito para a gente fazer um contrato. Eu falei, eu não posso fazer um contrato, o máximo que eu posso são estabelecer regras de vedação dos contratos. Mas se o consenso deste grupo é de livre negociação, eu serei a pessoa mais feliz no dia de hoje, tá? Então vamos lá, calma, a gente vai deixar quem está inscrito falar. Wilson. Wilson, cadê você Wilson? O Wilson fugiu gente. Márcia.

P/Márcia – Uma outra questão que eu estava aqui preocupada, que está dentro dessa questão toda que estão levantando dessa discussão de propostas que a lei, algumas já estão sendo entendidas pela lei, é que você doutora Marta, tem colocado assim, daqui a um ano a gente resolve isso, daqui um ano a gente... Nós não aceitamos que daqui a um ano a gente vá adaptar os contratos. A Amil, por exemplo, ela esse ano não quis negociar dar reajuste aos médicos do Rio de Janeiro. Então diante do fato de nós acharmos, fazermos pressão e dissermos que entendemos que a partir de janeiro, é que a partir de janeiro vai vigorar a lei, que nós teríamos que ter reajuste a partir de

janeiro, fizemos uma negociação onde tanto a Amil, quanto os médicos vão ter um reajuste agora e vão renegociar questões em janeiro. Então daqui há um ano, está sendo para várias operadoras ótimo, porque vai deixar de reajustar esse ano, e o ano que vem.

P/Marta – Não Márcia, olha assim. A gente está falando das cláusulas contratuais. A única coisa que está definido na lei que acontece a partir de março do ano que vem, que é isso que a gente vai discutir na próxima reunião, é o reajuste que é independente da mudança das cláusulas do contrato.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Ok. É isso que a gente vai discutir semana que vem... Não é semana que vem, é quatro. Então dia 04 de novembro a gente vai discutir o que que é database, o que é ano calendário, o que é quando couber, o que é o índice de reajuste, se isso vale a partir de primeiro de janeiro, a partir de 31 de março, não é isso que a gente está falando, que é 12 meses. 12 meses é para redigir e a adaptar as cláusulas do contrato. O reajuste é um ser a parte, tanto que o reajuste ele estabelece uma nova periodicidade, o dia, é outro artigo. Então vamos lá, Gabriel.

P/Gabriel – Boa tarde Gabriel do CBO, Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Marta, só me tira uma dúvida para ver se a gente está raciocinando de forma correta. Quando a ANS coloca que é vedado qualquer tipo de exigência pecuniária referente ao procedimento contratado, então vou colocar uma situação prática, eu tenho um contrato, eu sou uma clínica oftalmológica, eu tenho um contrato com uma determinada operadora de plano de saúde para realizar o exame A e B. Me chega um paciente necessitando realizar o exame C, e ele faz parte de uma operadora, ele é beneficiário de uma operadora de plano de saúde. Eu como prestador, tenho a liberdade de cobrar particular dele, isso aí eu acho que todo mundo entende tranquilo. Esse paciente ele não vai querer morrer nesse prejuízo, ele vai na operadora requerer o reembolso. Ele sabe que ele não tem direito, mas ele vai. A operadora vai dizer para ele que não cobre aquilo, que se ele quisesse ser reembolsado ou não gastar o dinheiro, que ele fosse em um prestador que cobrisse aquilo ali. Esse paciente não satisfeito ainda, ele vai se valer do PROCON, ele vai na própria agência nacional de saúde, e o que nós temos recebido, temos tido conhecimento no conselho, é de que em algumas situações a ANS tem obrigado a operadora, e aí a operadora vem no conselho. A operadora fala poxa, vocês tinham que ir, ou na clínica, você tinha que realizar, você não tinha... Como é que fica? A minha linha de raciocínio está correta?

P/Marta – Sua linha de raciocínio está correta, quem está errado nesse caso é a ANS. A gente sabe que a gente está errado. É meia culpa mesmo, não tem nenhum problema fazer. A ANS está errada. Cadê o Suriêtte? Foi no banheiro, tá vendo. Olha lá o Suriêtte. Tem uma nova diretoria também na diretoria de

fiscalização, eles assumiram dois meses antes de eu entrar, e eles também estão revendo todos esses processos dentro da fiscalização, então a gente também está tentando melhorar, todo mundo tem que melhorar, inclusive a gente, ok?

P/Gabriel – Ok. Obrigado.

(palmas)

P/Marta – É verdade, não é? Paulo.

P/Paulo – Bom, eu acho que as sugestões da ANS embaixo, todas, tem sido muito boas de quase naquela linha, eu deixo com vocês. Mas algumas coisas tem que estar escritas em algum lugar, pela agência, eu não digo nem no contrato. Eu dou o exemplo de uma agora recente, não pode ter limitação de espécie nenhuma porque está no hall, para acabar com o suplicio dos laboratórios, estou dando o exemplo dos laboratórios, só duas gasometrias por dia eu cobro a terceira, a quarta, a quinta, vira um escândalo no hospital, chamo polícia, não importa. Mas o que eu estou dizendo é que isso ai não pode deixar absolutamente livre, isso acontece em todas as especialidades médicas. Por outro lado, tem uma coisa que não diz respeito a mim nessas limitações. Eu duvido, aqui tem planos de saúde de todas as espécies, só pagam uma consulta por mês. Todos os planos quase são assim, só pagam uma consulta por mês, eu estou mentindo aqui? Ou tem alguma coisa diferente?

(intervenções fora do microfone)

P/Paulo – A Unimed paga de 15 em 15 dias, é uma vez por mês a consulta. Então se essa regra sair dessa maneira... Como?

(intervenções fora do microfone)

P/Paulo – Pois é... Não, não. Eu estou dizendo que... Ele quem disse que só a Unimed paga duas vezes...

(intervenções fora do microfone)

P/Paulo – Não, isso não é acordo, isso tem que ter uma norma.

P/Marta – Olha só gente, os dois tem norma. Por isso que eu acho assim, isso tem que estar em algum lugar.

P/Paulo – Pois é, isso tem que estar ___ limitação tem que estar em algum lugar. Eu não sei se é o contrato...

P/Marta – A limitação que a gente tem escrito é o seguinte, o beneficiário... Porque as nossas regras hoje, elas são feitas para quem? Entre a operadora, e o beneficiário, e a gente fala para o beneficiário, olha só o seu hall é ilimitado.

Você pode fazer uma ressonância por dia durante um mês, que você tem direito a fazer uma ressonância por dia. Essa regra não está escrita para o prestador. Então essa regra do hall ilimitado para o beneficiário, não tem nenhum lugar, e eu concordo com você Paulo, que está escrito para o prestador, porque se aquele cara for lá 20 vezes, eles vai fazer aquele procedimento 20 vezes. Não está escrito? Por isso que a gente tinha sugerido algumas regras de vedação, da mesma maneira que a consulta, existe uma regra escrita, e a gente copiou essa regra do CFM. O CFM fala o seguinte, que a revisão, ela vai se dar dependendo da mudança ou não do CID, e quem estabelece se aquele CID mudou ou não daquela consulta, é o médico que está assistindo, e em mudança de CID não tem que se falar em tempo de revisão, não é uma revisão. Ele veio hoje com uma pneumonia, amanhã ele pode vir com uma conjuntivite. Então assim, em mudança de CID não há que se falar em revisão, e isso já está escrito? Está escrito, só que a gente sempre escreve em função de quem? Do beneficiário que é a relação que a gente regula com mais força, que é entre a operadora e o beneficiário. E aí eu concordo com você, tem algum lugar falando sobre isso que a gente está falando aqui, para o prestador? Não. Se interpreta a partir do que a gente fala para o beneficiário. Por isso que a gente tinha sugerido as vedações, mas para mim Paulo, você tem que entender que vai me trazer muita alegria se a gente decidir não ter vedação. Eu vou ser a pessoa mais feliz na face da terra (risos). Tá, vamos lá. Pera aí, agora a gente tem Daniel, o procurador, Eduardo, Benício, Denise e alguém levantou o braço também.

P/Daniel – Não, só para... Pelo que eu tinha entendido a gente já tinha dado o encaminhamento não é isso? Que não vai haver mais essa criação dessa regulamentação das cláusulas já previstas na lei 13003, é isso mesmo? Que foi o consenso dos representantes dos médicos, dos prestadores, não foi isso?

(intervenções fora do microfone)

P/Marta – Eu vou levantar, vou deixar até a Denise falar, e aí a gente faz a votação democraticamente.

P/Daniel – É para fazer o encaminhamento porque eu estou percebendo que alguns casos têm que ter, e alguns dos casos não e aí é o pior dos mundos.

P/Marta – Concordo com você. É para uma coisa ou não é para nada.

P/Daniel – Isso. Por favor, por favor.

P/Marta – Fechadíssimo. Procurador.

P/Hebert Chemicatti – Obrigado. Hebert Chemicatti COFFITO. Uma questão de ordem que pode prejudicar inclusive a proposta da doutora Marta, agora colocada, de colocar em votação, algo que ___ me perdoe mais uma vez, não nos compete. Segundo estabelece a norma do artigo terceiro da lei de regência

da ANS, se me permitem a gentileza e a inconveniência de ler, é um artigo muito pequeno, a ANS tem por finalidade institucional, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores. Contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde do país. Não cabe a ANS, se me permite doutora Marta, deliberarem uma reunião de uma câmara técnica se deve ou não criar vedações mínimas para uma relação contratual. Há de haver data vênua, com todo respeito, para isso a ANS existe, para manter um equilíbrio no setor. E aqui não estamos falando na defesa de uma ou outra posição do tripé, estamos falando para que o tripé se mantenha firme, e apesar do doutor invocar Nelson Rodrigues com quem concordo, a vida como ela é, mas o direito existe para alterar a vida ruim, e nós temos que lembrar que estamos tratando de contrato, e o contrato a partir da construção de 1988, ele é um contrato que deve ser ético, probo, e deve atender uma função social. As relações privadas, por mais que sejam privadas, me desculpem o samba de uma nota só, mas é um pressuposto para que todas essas discussões aqui possam avançar na minha modesta opinião. Não há como a ANS olvidar de trazer regulações, aliás, estamos em um momento absolutamente histórico e impar, já que o COFFITO em 2010, já havia protocolizado um pedido para que essa câmara técnica existisse, exatamente com esse conteúdo, com o nível das pessoas e com a qualidade do trabalho presidido pela senhora, já ocorresse e agora estamos vivendo a vida como ela é, bem vivida no sentido de aprimoramento e melhoria daquilo que não está bom. O que não está bom? Eu tenho certeza absoluta que cada uma das três partes aqui da relação da saúde suplementar, sem exceção, tem queixas, não estão satisfeitos, para isso o estado está aqui na presença de vossa excelência que representa aqui a agência nacional de saúde suplementar, e o estado está aqui, não só pelo que já dispunha o artigo terceiro da lei de regência, mas pelo que agora dispõe as normas da lei 13003. Nós não podemos esquecer que é uma finalidade institucional da ANS, manter este equilíbrio, e a forma pela qual o equilíbrio pode ser mantido no momento impar que estamos vivendo, é trazer ao menos, cláusulas de vedações mínimas. Aquelas que caso não existem, me desculpe atrapalhar a alegria que a senhora manifestou no caso consenso de que há livre negociação, não, não, pode haver livres negociações. Há limites, limites atinentes a função social, limites atinentes a boa fé, limites atinentes a probidade. Então a ANS não pode, não é poder vontade, ela não pode sob pena dos gestores da ANS, infringirem o artigo terceiro e a infração de uma regra de conduta pelos gestores que não sabemos quais são as consequências, com todo respeito, é que eu não estou falando de maneira absolutamente ofensiva, mas apenas elucidativa, não pode a ANS se quer constar em ata a possibilidade de deliberar sobre não regular esse setor,

P/Marta – Tá. Então vamos lá, duas coisas. Eu posso sim dizer que é livre iniciativa, livre negociação e não é a gente aqui que vai deliberar, eu estou

levando a opinião disso daqui para ser deliberado lá na colegiada que são os cinco diretores que decidem. Então tudo que a gente fizer aqui, é uma mera opinião de um grupo, que vai ser por mim conduzida para esse lugar que é a diretoria colegiada, onde pode mudar tudo ou manter tudo. E a gente não abre câmara técnica para mudar tudo, se não a gente seria muito louco e nem eu ia estar aqui, não é gente? Então assim, o meu papel aqui é ouvir a opinião de vocês e na medida do possível conciliar isso dentro da agência, isso é a primeira coisa. Segundo, se a gente evoluir para a decisão de que a gente vai ter vedações e regramentos mínimos, que a gente trouxe aqui em uma medida conciliativa, isso é para os dois lados. Aí eu também não vou deixar ter vedação para um lado e para o outro não. Então é isso, se for... O terceiro lado está sobrevoando tudo isso aqui que a gente está fazendo, que é o resultado final disso que é o beneficiário. Então, se a gente for optar por continuar as vedações, a gente vai ter sim que ouvir o amiguinho do lado e aceitar a opinião do amiguinho e vai ter a dos dois amiguinhos. Caso contrário a gente vai passar o rodo e aí vai ser livre negociação para todo mundo, ok? Então vamos lá, temos Eduardo, Benício e Denise.

P/Eduardo – Eduardo de Oliveira da Federação Brasileira de Hospitais. Em primeiro lugar eu já ouvi diversas categorias de prestadores, então eu acho que os hospitais não podiam ficar em silêncio nessa reunião. Mas apenas para marcar o seguinte, nós no passado tivemos um embate muito sério com relação a cobrança, e disso gerou um assunto que vocês ouviram muito falar que é o tal cheque calção, e nessa discussão passada sobre cobrar ou não de um paciente, em um fim de semana em que o hospital não sabe se vai receber aquela internação, até porque, até então muitas vezes as operadoras não tinham condição de emitir aquela guia em caráter de urgência, os hospitais então tinham e praticavam a cobrança desse cheque calção que era, como o nome fala, uma calção. As brigas foram tão grandes que não se chegou a um exato consenso, como até hoje esse é um assunto pendente, e eu espero que os senhores nos ajudem a resolvê-lo, inclusive, mas foi feita uma lei específica proibindo os hospitais de fazerem cheque calção, então isso saiu do âmbito da ANS, para o âmbito diretamente das nossas empresas hospitalares, nos proibindo essa posição, e os senhores sabem muito bem que nós temos obrigação legal de dar continuidade a esse tratamento. Isso também não passa pela regulação nem da operadora e nem da ANS, é também um preceito constitucional dos atendimentos de urgência. Problemas existem também fora das _____. Apenas para constar que quando a gente quer excesso de cuidados, as vezes cria um problema maior no nosso caso, uma legislação específica impedindo a cobrança que até hoje ainda acho que seria direito, mas nós estamos impedindo, apenas para registrar em que a gente tem que, acredito que nos desarmarmos um pouco, um pouco mais de boa intenção para a gente chegar e construir alguma coisa mais positiva. Obrigado.

P/Benício – Benício, Conselho Federal de Odonto. Na realidade eu quero defender aqui que a agência deve ficar mediando e sim regulando esse segmento, até porque aqui nós representamos em média 40 mil dentistas que tem contrato, e essa preferência nossa que essa negociação, essa discussão seja feita aqui dentro, e que as vedações aqui postas, fazem parte sim do equilíbrio. Porque assim como o Paulo acabou de citar, no meu segmento existem operadoras que determinam que o paciente só pode ser atendido duas vezes por semana, e cada visita ao profissional só pode fazer um procedimento. Se isso não tiver um órgão governamental por trás tentando proteger, não a mim como prestador, mas sim o beneficiário. Então há uma necessidade sim de que a agência continue, no nosso entendimento, regulando e ajudando montar essa estrutura para que a gente possa equilibrar esse setor.

P/Denise – Eu to pensando aqui se eu ainda quero falar assim, porque...

(risos)

P/Denise – Mas... Porque eu penso assim, se não houvesse necessidade da ANS mediar o conflito, não precisa a NP ter virado lei e não precisava regulamentar. Uma agencia reguladora vai ter que mediar o conflito. Por mais fácil que fosse não estabelecer vedações eu acho que é fundamental. E eu fico um pouco angustiada, porque assim, eu me apresentei como conselho nacional de saúde porque é o que eu sou aqui. Eu tenho que falar em nome dos quatro segmentos que acompanham o conselho nacional de saúde. Usuários, porque eu estou muito incomodada com o fato de que o segmento dos usuários não está hoje...

P/Marta – Chegou o PROCON.

P/Denise – (...) profissionais de saúde, e ai precisa ficar muito claro que o conjunto de profissionais de saúde são 14, então eu fico um pouco angustiada... Eu sou fonoaudióloga, a Marta sabe disso, a gente lutou para caramba para aumentar o número de procedimentos, no hall de procedimento, mas são só 24 consultas, então imagina, vocês estão discutindo 200 procedimentos e tudo. Nossa, eu tenho duas por mês. Fonoaudiólogo tem direito a... O usuário tem direito a dois procedimentos fonoaudiológicos mês. Eu quero ver como é que vocês lidam com isso quando o pai e a mãe de vocês tem uma lesão, para de falar, para de deglutir, e só tem direito a dois procedimento mês, então olha o ___ isso que eu estou falando, como eu estou falando em nome das outras 13 profissões de saúde que não só, e ai não estou me contrapondo aos colegas médicos, muito pelo contrário, mas eu fico um pouco preocupada com essa polarização. Parece que a gente fica o tempo todo polarizando entre a maior categoria e o prestador de serviço. E a gente tem que parar de falar do umbigo da gente, a gente tem que pensar naquele ser que está pairando aqui que é o beneficiário do plano de saúde, porque eu até acho que, vou falar uma coisa horrível assim, mas caramba, ninguém é

obrigado a se conveniar numa prestadora de serviço. Vai chegar um momento que se tiver que optar de não ter convenio nenhum e só atender privado, que seja. Então eu acho que a gente não pode perder o foco de mediar esse conflito e de estabelecer sim clausulas de vedação, porque nós não estamos no mesmo patamar.

P/Marta – Ok. Meninos, eu vou fazer uma proposta. Quatro horas a gente tem um lanche, então a gente vai ter um momento... Se tiver chocolate eu vou me entupir de chocolate, mas assim, eu vou pedir um favor para vocês. Eu vou reler os slides que a gente tem para tratar essa tarja. A gente vai para o lanche daqui a pouco, e a gente vai voltar e a gente precisa terminar tudo isso que eu ler, ok? Porque imagina, não é semana que vem, é no dia quatro, a gente ainda estar trabalhando nisso e a gente discutir o índice, a Database, enfim. Vamos lá. Está angustiada Paulo, então vamos lá. Objeto, natureza e descrição do serviço, a gente vai ter que trabalhar com isso. Daniel fui convencida das vedações. Faturamento e pagamento, então a gente vai ter que discutir se existem clausulas de vedação para faturamento e pagamento, a gente já trouxe uma glosa, a gente já trouxe duas que a gente conseguiu captar das propostas, autorização administrativa da operadora, aqui entram algumas coisas que o Paulo está falando. Vigência, prorrogação, renovação e rescisão. Outras vedações, a gente discutiu o vermelhinho, mas a gente tem outras três aqui, código de ética, legislação da saúde suplementar, comprovante de pagamento na hora do beneficiário lá no prestador e o descredenciamento em massa como método ___. Ok? Fôru, e o que ficar de pendência, porque eu tenho mais uma aqui anotada e a gente vai ter o trabalho de resolver as pendências antes da próxima reunião. Então a minha proposta é, vamos aliviar a cabeça, vocês vão estar com esses itens na cabeça, e a gente vai voltar e vai entrar de verdade na redação disso aqui, se não a gente não vai chegar no final, ok? Vamos lá. Olha só, 16:00 horas a gente volta, são 15:45.

(pausa para lanche - pessoas falando no fundo)

P/Marta – Vamos gente.

(pessoas falando no fundo)

P/Marta – Gente, vamos lá? Olha a gente tem... Gente? Sexta feira a gente quer ir para casa, todo mundo, não é? Então, são 16:20, a gente tem que sair da sala as 18:00 horas. Então vamos lá. A Jaque vai continuar. A minha

sugestão é que a gente vá slide por slide, porque se a gente deixar ir e voltar a gente não vai, tá bom? Foi... Mas a gente agora tem uma visão do todo. Tudo tem pró e contra Paula, na vida. Vamos lá. Objeto, natureza e descrição dos serviços.

P/Jaqueline – Bom, alguma inscrição para a sugestão de vedação nesse ponto? Bastam essas? Nós saímos para o coffe com o entendimento que vamos trabalhar nessa linha de vedações, então... Inscrição. Daniel e Márcia, por favor, só um minuto.

P/Márcia – Eu só quero dizer a posição das entidades, estávamos conversando, entidades médicas, que no momento ___ viajaram, que nós somos contra as vedações, tá.

P/Marta – Ok. Na hora que a gente for apresentar a gente apresenta que a CFM e Fenan foram contra as vedações, ___ você quer falar pela MB?

P/Voz não identificada – Na descrição de serviços, ao invés de vetar eu colocaria que a descrição dos serviços deve ser na descrição da TUSS até para ficar bem claro o procedimento.

P/Marta – Tá. Mas então não é contra o projeto vedações assim? Tá.

P/Voz não identificada – É, na verdade o termo não seria vedação. É utilização da MB. Não sou contra a vedação, é ao contrario.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Tudo bem gente, então, a ___ está aqui representando a MB junto com o doutor Zili.

P/Voz não identificada – É, a questão é a importância de ter a descrição dos serviços. Por quê? O que quê acontece? O profissional muitas vezes ele é pediatra. Tá bom, ai ele foi credenciado na especial de pediatra, e ele não faz isso com frequência, mas ele foi atender lá o parto, como pediatra na sala de parto, de repente ele não consegue cobrar, porque aquele procedimento não estava habilitado para ele. Então só lembrando disso.

P/Marta – Ok. Tá. Alguma outra instituição aqui representada quer registrar que é contra? Não. Então só Fenan e CFM e as especialidades seguem em frente. Podemos passar para o próximo? Daniel, desculpa Daniel.

P/Daniel – Só para entender, desculpa, só para entender. Aquela questão então das taxas vai ficar para uma instrução normativa é isso?

P/Marta – Vamos chegar lá. Você não me atrapalha a organização Daniel, pelo amor de Deus (risos). Vamos lá... Não sei o seu nome.

P/Sinval – É Sinval, Sinog. Quanto a vedação de limitação do volume de procedimentos, só um esclarecimento, eu não estou entendendo ali. Vamos dizer que um pai queira levar seu filho a um pediatra. Ai ele vai a um pediatra hoje e não gosta, marca outro daqui a duas horas e vai novamente, marca outro amanhã e vai de novo...

P/Marta – Lei 9656, é isso.

P/Sinval – Hã, e aí?

P/Marta – É isso.

P/Sinval – É isso o que?

P/Marta – (risos) Calma Paulo. Calma, vamos lá todos, sexta feira a tarde.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Sinval – O Paulo está nervoso. Ô Marta, por favor, me esclarece.

P/Marta – A lei 9656 diz que não pode haver limitação dos procedimentos previstos no hall. A consulta é um procedimento previsto no hall de maneira ilimitada, isso está na RN 338 e na lei 9656. A gente só está dizendo aqui que essa mesma lógica é transportada para dentro dessa contratualização. Só isso ok? Vamos lá. Próximo. Quem está com o próximo? Eu mesma. (risos). Faturamento e pagamento. Paulo

P/Paulo – Eu conversando com o colega médico ali da Unimed Brasil, não cabe muita discussão aqui nesse assunto, porque tem uma norma da agência que é superior a isso que nós estamos fazendo hoje, que se não me pagar em 30 dias como prestador, numa situação de prestador, não de empresa de medicina em grupo, ou cooperativa, porque eu sou membro de uma cooperativa como sócio. Ela tem que fazer o depósito de correspondência na agência do valor que não pagou em 30 dias. Então o que a gente tem que botar ai são 30 dias, porque se botar 60 dias para pagar, ela vai ter que depositar na agência.

P/Marta – Não, olha só, calma. Isso daqui são contribuições, não quer dizer que isso daqui seja regra. A gente está dizendo o seguinte, tem que haver previsão expressa da rotina operacional da auditoria... Ih.... Deve haver previsão expressa dos valores dos serviços, dos prazos e dos procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. São as clausulas que vocês vão ter que fazer na negociação de vocês.

P/Paulo – Não é negociável isso. O que eu quero dizer é que a agência tem uma regra.

P/Marta – Ok. O que a gente pode dizer aqui, que é essa nossa tarefa de agora, é que é vedado não cumprir as regras tal, tal, tal.

P/Paulo – Pronto. Que tu sabes o número e eu não.

P/Marta – Nem eu sei, mas os meninos eu tenho certeza que sabem. A Virginia quer falar.

P/Virginia – Na verdade essa questão de 30 dias depende do porte da operadora, pode ser 30 ou 60, para começar. E segundo...

P/Marta – Cadê Eugenia? Eugenia, cadê você?

P/Virginia – E segundo que essa questão não é obrigatoriedade de pagamento dentro desse prazo. O que a ANS estabelece é que quando a provisão de eventos e sinistros _____ extrapola 30 dias ou 60, dependendo do porte da operadora, o recurso precisa ficar vinculado a ANS. Então a ANS não está compelindo a pagarem 30 ou 60 dias, e sim criando uma regra regulatória de segurança do que vai se fazer com esse recurso.

P/Marta – Ok. A gente está fazendo o seguinte, a sugestão do Paulo foi colocar que é vedado o descumprimento da regra tal. Só isso.

P/Virginia – Mas isso não tem a ver com prestador.

(intervenções fora do microfone)

P/Marta – Isso. Isso, só que o que ele está dizendo é o seguinte, metade da regra de provisão, é devido a ele. Está dizendo o seguinte, ou você paga em 30 dias ou você provisiona, não é isso?

P/Virginia – É, inclusive a provisão é feita para esse fim, mas se a operadora vai para a liquidação, por exemplo, vai seguir outra ordem de preferência que nem essa, então...

P/Marta – Ok. Ok. Ok. Ok. Fenan quer falar. Vou anotar aqui para ler até.

P/Fenan – A nossa proposta entregue foi, entrega a fatura no final do mês da prestação do serviço e paga até 30 dias depois. Agora eu não estou rindo não, não sou de fazer isso... Nós não temos nada a ver com a parte da operadora, isso é problema da operadora. Nós prestamos serviço médico por paciente da operadora grande, da operadora pequena, da operadora média e até prestamos para quando não tem operadora, e agora se a operadora tem problema de tamanho, não é problema dos médicos.

P/Cristiana – A minha sugestão nessa linha relativa a pagamento é que não pode ter um contrato que não haja previsão de prazo para pagamento. Agora, se vai ser 10, ou 20, 30, 50, 60, isso faz parte, ao meu ver, com a negociação

ao prestador, que diz respeito não só a valor, mas também prazo de pagamento.

P/Marta – Então, deve haver previsão expressa dos valores dos serviços, qual é a referencia dos prazos e dos procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. O que o Paulo sugeriu é que a gente olhe essa norma, e eu estou passando tudo errado aqui, olhe essa norma para ver se uma coisa conflita ou não com a outra, ok? Paulo e Márcia... Ih tinha alguém inscrito aqui que eu pulei gente, quem era? Paulo...

P/Paulo – Olha meus amigos, deixa eu dar só uma palavra, aquilo que o procurador lá, o advogado do confito disse, a agência tem que intermediar isso de qualquer maneira... Alguém anda pensando aqui em pagar em um ano depois? Não porque ninguém vai aceitar, não é? Então tem um limite do bom senso, então não custa a agencia intermediar o limite do bom senso, o limite que ___ as normas das pessoas medianamente serias. Agora eu fico impressionado de falar em uma norma que é 30 ou 60 dias, e alguém levantar contra os 60 ou 30 dias, como se fosse possível botar em uma norma que eu te pago daqui a quatro anos. Mas se deixar isso solto, vai ter doido que vai dizer que no contrato diz que é quatro, e ainda digo mais uma coisa que o advogado disse para nós, se o cara botar que vai pagar daqui um ano, ele vai entrar com uma ação contra a agência, porque a agência não pode exigir antes dele. Então nós estamos, isso foi dito pelo... Paulo, leu a regra, leu uma coisa e leu outra. Se ele botar um ano, ele vai entrar com uma ação com a agência, a agência não pode ___ de depósito dele, porque ele no contrato dele só vai precisar ter aquele dinheiro daqui um ano. Então pelo amor de Deus, isso é regra do consenso, não é uma coisa para se ficar perdendo muito tempo, está certo? É cumprir 30 a 60 de acordo com o pós operador e acabou-se, acabar essa discussão. Alguém está imaginando em botar um ano para pagar? Então pronto, então eu acho que regra de bom senso, nós não vamos perder tempo aqui discutindo uma regra de bom senso. Quem está querendo pagar depois de 60 dias, não existe isso no mercado para nada num país com a inflação que nós temos. Desculpa e obrigada.

P/Márcia – (intervenção feita fora do microfone)... Nós inclusive, estou aqui concordando com o Marlonei da Fenan, propusemos que inclusive um parágrafo, onde quem utilizar o faturamento através da ___ eletrônica, que sejam 10 dias corridos para haver um estímulo a adesão dessa forma de faturamento. É isso, e tem que ser no máximo 30 para o pagamento após a entrega da fatura. Edu... Não, Ricardo. Cismei, você tem cara de Eduardo, Ricardo. (risos)

P/Ricardo – Ricardo da Abramge. Primeiramente assim, nós somos a favor novamente nesse caso de deixar a livre negociação, a ANS de fato já orienta e já de certa forma controla esses prazos médias de pagamento quando do ___,

e até mesmo quando faz a questão do monitoramento risco assistencial, então já existe esse tipo de controle, eu acho que o intervencionismo vai ser muito grande se for estipulado uma data, mesmo porque vocês são conhecedores melhores do que eu das diferenças regionais e o porte sim faz diferença. Então eu acho que isso tem que ser observado.

P/Marta – Ok. Estamos todos falando a mesma coisa gente. Vou passar. Glosa. A gente recebeu vários tipos de sugestão, o que a gente está propondo é ter uma previsão expressa da rotina operacional da auditoria técnica que as partes devem prever as penalidades para o descumprimento disso. Então a gente conseguiu captar do material que vocês enviaram, essas duas que eu vou ler de novo: Vedadas quaisquer regras que impeçam o acesso do prestador as rotinas de auditoria, bem como acesso a justificativa das glosas e vedadas quaisquer regras que impeçam o prestador de recorrer das glosas. Procurador.

P/Hebert Chemicatti – A questão apenas processual, por se tratar da glosa de um ato administrativo do operador e de natureza restritiva, a sugestão do conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional fosse que a glosa fosse precedida de um processo simplificado sumário, onde o prestador pudesse se defender da glosa, porque ali está previsto um recurso. Perfeito, ótimo. Entretanto o recurso é após uma decisão. O que nós estamos propondo é que antes da decisão haja um mínimo debate apontando objetivamente e fundamentadamente os motivos pelos quais a glosa pode vir a ocorrer, para que após uma defesa do interessado, ai sim haja uma decisão.

P/Marta – Então olha só, a gente está dizendo o seguinte, aqui tem uma previsão expressa da rotina operacional da auditoria técnica e como vai se dar a glosa, então você vai ter, de alguma maneira descrito os critérios que você está utilizando. E ai a gente está falando, dentro disso tudo que vai ser as regras que você vai combinar de glosa, é vedada qualquer regra que impeça o acesso a essa rotina das justificativas porque ele foi glosado e que impeça de recorrer. Você está falando o seguinte, antes de recorrer, que tivesse...

P/Hebert Chemicatti – Antes da glosa. Antes de ocorrer a glosa. Assim olha, e o que eu estou dizendo...

(intervenções feitas fora do microfone)

P/Hebert Chemicatti – Só um esclarecimento, estou inclusive defendendo aqui, sob ponto de vista jurídico e hipotético, a posição sem mandato, mas a posição dos próprios operadores. Porque uma vez instaurado um procedimento contraditório prévio, uma discussão dessa glosa no futuro, torna-se muito mais difícil. Então estou isento, estou sendo aqui...

P/Marta – Vê se eu entendi. Você está falando o seguinte, antes de eu te dizer, eu paguei só 80%.

P/Hebert Chemicatti – Pretendo glosar X. Manifeste-se pelos fundamentos A, B, C e D.

P/Marta – Mas antes dele pagar?

P/Hebert Chemicatti – Se ele suspeita de que haverá uma glosa, ele instaure uma oportunidade de defesa.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Voz não identificada – Ai a gente tem um prazo para recorrer. A gente recorre daí vocês se quer respondem, e quando respondem diz, glosa mantida.

(intervensões feitas fora do microfone)

P/Marta – Pera ai gente, é só no microfone. A Marlene vai falar, depois vai passar, a Márcia já estava inscrita, o Marlonei vai falar e ai o Sandro vai falar e o Benício vai falar. Vai Marlene.

P/Marlene – Eu vou explicar tá, calma assim. Vocês operadoras pretendem glosar antes de depositarem aquele valor a menos já glosado, é porque vocês já pediram nota fiscal para nós no valor, inclusive no valor total, nós mandamos no valor total a nota fiscal, ai vocês vão pagar menos 5X do valor da nota, porque vocês resolveram glosar, e vocês... A gente só fica sabendo disso, prestador, no dia que depositam na nossa conta. Antes de vocês fazerem isso, vocês já estão sabendo que querem glosar, então vocês mandam para nós dizendo, olha vamos glosar devido a este e este motivo. Nós teremos tempo hábil antes da data do pagamento de recorrer, dizer “não concordamos por causa disto, disto e disto”, nos defender, entendeu? É isso Marta.

P/Marta – Gente olha só, eu entendi. Lá na ANS a gente chama isso de nipe. Na verdade assim, eu estou entendendo o seguinte, se a gente só muda esse nome aqui, recorrer para sei lá... Contestar, a gente está contemplando que vocês estão pedindo. Agora olha só, não vai ser possível, imagina, o Paulo falou assim, tem lá uma regra da diope que se você não paga esses dias, você tem que fazer o provisionamento e tal. Ai a gente, não a gente quer forçar para esse pagamento ser o menor possível e é isso que está na negociação, e ai antes disso a gente vai fazer um pré-processamento dessa glosa para eu então receber, para então fazer um recurso... Eu acho o seguinte, a gente pode na nossa redação tirar o nome de recurso e botar qualquer coisa que não seja esse nome recurso, e ai vocês entrem nesse detalhamento de como vai se dar essa operação caso a caso de vocês dentro do contrato. Eu não vou conseguir dizer assim, olha, você manda o papel para ele, o outro manda papel para o outro em tantos dias... Eu troco esse nome aqui.

P/Voz não identificada – Doutora Marta, posso esclarecer? Assim, é mais simples do que se imagina. O que nós estamos tratando aqui é de processo administrativo constitucionalmente democrático, não é mudar palavra, substituir palavra. É assim, haverá uma decisão do operador de glosar no faturamento. Essa decisão a sugestão que seja precedida de um processo sumário. Prestador, manifeste-se no prazo X sobre a glosa que ocorrerá, pelos motivos A, B, C e D. Escoado o prazo e não havendo manifestação, ou havendo manifestação e não havendo concordância, haverá glosa. O que nós estamos aqui propondo é um aprimoramento democrático de um situação de absoluto impacto financeiro. Permita-me para concluir doutora Marta, este momento é de defesa. Feito a glosa, caberá recurso, por isso que não pode só substituir.

P/Marta – Ok. Primeiro que eu acho que vocês estão criando uma complicação para vocês receberem que é uma coisa enlouquecedora. Se vocês perceberem no final do ano... Vocês vão ficar muito felizes. Fora isso, toda a rotina ela precisa ser descrita no contrato. Então pode ser que isso faça sentido para um determinado prestador e isso não faça sentido para outro prestador. Não necessariamente o recurso que a gente chama aqui, e aí eu proponho a gente trocar esse nome recurso, é um recurso do jurídico que a gente está acostumado a fazer em processo administrativo. Primeiro você faz a impugnação, depois você faz o recurso, depois isso, não é isso. O recurso é uma contestação a uma informação que você está recebendo. Então primeiro eu sugiro a gente trocar todos os nomes recursos por contestação e a gente avaliar assim, como é que isso vai se dar em cada contrato, agora, não sei se a gente consegue colocar esse fluxo aqui tá. Temos Benício, Márcia, Marlonei, Wilson e Paulo.

P/Benício – Benício do CFO. Eu só queria levantar uma questão aqui, na questão que nós temos dois tipos de glosa, a glosa administrativa, e a glosa técnica. No nosso segmento, normalmente a glosa técnica ela vem sem identificação do glosador, da pessoa que fez a glosa. A nossa sugestão é que haja uma identificação do técnico que fez essa glosa.

P/Marta – Legal. Ok. Já anotamos.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Ok. A Márcia trocou com o Marlonei.

P/Marlonei – Eu só queria esclarecer que nós médicos não estamos falando glosa aqui de fatura de um milhão. Nós estamos falando de uma rotina, fatura de 200 reais, 150 reais, 300 reais...

P/Marta – Mais ou menos. Quando a gente está criando essa regra, a gente está falando desde glosa de dois milhões...

P/Marlonei – Não existe.

P/Marta – Existe para o hospital.

P/Marlonei – Ah bom. Estou falando para médico

P/Marta – Até glosa de cinco reais. Então a gente está falando sim...

P/Marlonei – Não, mas como eu estou falando em nome dos médicos, eu estou falando glosa 200.

P/Marta – Não, não. Mas essa regra aqui ela é uma regra para tudo.

P/Marlonei – Não, é que eu ouvi ai, não sei quem é que disse, que uma fatura de um milhão para nós, nunca teve. Segundo, a gente entende que não deve haver glosa em procedimentos que constam do hall da ANS, e há, ou mesmo até nós temos glosa de procedimentos já autorizados. É um verdadeiro absurdo! E nós entendemos que tem que ter prazo sim. Pode até burocratizar um pouco, mas tem que ter prazo. 15 dias, depois mais 10 dias para a gente responder e isso ai não pode passar de 30 a 60 dias. Porque se deixar para as operadoras responderem, até hoje tem coisa ai que nunca mais apareceu, estava na gaveta e a gente não tem notícia. Ai tem que ir para o judiciário. E o que a gente quer menos é ir para o judiciário.

P/Marta – Tá. Só para eu lembrar Eugenio que está lá no computador, Eugenio tem duas coisas que a gente anotou aqui, uma é para a gente analisar a 305 sei lá, e a outra é vedada a glosa técnica sem identificação do profissional responsável, ok? Virginia. Não, pera ai gente. Agora é Márcia, Wilson, Paulo, Monica, Marlene... Sandro? Então bota o Sandro aqui. Agora é a Márcia.

P/Márcia – É rápido. Já que foi mantido aqui, não sei se por votação, ou consenso e eu questiono isso também, como o digníssimo procurador aqui falou, eu proponho então botar na vedação vedado glosar procedimento previamente autorizado. Porque lá no conselho nas comissões estaduais de honorários, isso é uma constante, é uma rotina. Principalmente em cirurgias de emergência e particularmente com as operadoras SulAmérica, Amil e muitas de medicina de grupo.

P/Marta – Deixa eu ver se eu entendi, é vedar procedimento que teve autorização.....

P/Márcia – É vedado glosar procedimento previamente autorizado pela operadora.

P/Marta – Anota ai Eugenio.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Márcia – Mas se é para botar tudo que é vedado, vai botar isso ai.

P/Marta – Calma gente, calma aí, vamos lá. O... Não é Eduardo... Ricardo, Sinval. Agora nós temos Wilson.

P/Wilson – Wilson da SBPC. Olha pessoal a gente está tratando esse tema muito sério que implica na sustentabilidade do setor. Tem prestadores de serviço de vários portes e uma glosa as vezes inviabiliza uma subsistência de um profissional ou de uma empresa pessoa jurídica. Então esse é um problema crônico, existem acusações de fraudes de ambos os lados, para justificar a existência de glosas, existe desconfiança, e essa situação já foi discutida amplamente na câmara técnica de contratualização. A gente tem uma nova oportunidade de tentar consertar isso. Na minha visão essa questão do prazo é crítica, por quê? Tanto é crítica que ela foi contemplada na nova versão da TISS, não a do prazo, a questão do recurso de glosa. Então tem que conversar com a Marisélia, porque a ANS passará a ter a informação sobre os valores glosados e os valores pagos referente as glosas anuladas ou como queriam, em que prazo isso será feito. Eu acho que a gente precisa controlar tanto o prazo para o prestador recursar glosa, como o prazo para as operadoras responderem ao que foi recursado, porque deixar isso em aberto é um risco tremendo, e o histórico é ruim. Os prestadores aqui já se manifestaram sobre isso. Uma outra coisa que eu quero lembrar e que eu não sei se a gente consegue é imputar alguma penalidade que também deve ser imputada para ambas as partes. Se alguém está fraudando e está sendo glosado, um prestador, ele tem que ter uma penalidade prevista e da mesma forma, se a operadora está glosando sem uma justificativa ela deve ser penalizada por isso.

P/Marta – Eu queria falar três coisas disso que o Wilson colocou. Uma é que com certeza, a gente estava discutindo isso no intervalo, com as informações que a gente vai ter daqui para frente, a gente vai conseguir aprimorar todas essas normas que a gente tem, inclusive essa. Por isso a minha proposta de fazer várias IN de assuntos separadas, porque conforme a gente for identificando um problema que pode ser aprimorado, que a gente vá aprimorando. A segunda é o seguinte, a gente já colocou aqui para na redação de glosa prever que as partes tem que prever penalidade para os descumprimentos das regras, e eu queria que o Eugenio colocasse aqui um itenzinho prazos. Só para a gente lembrar de escrever a importância disso. Paulo.

P/Paulo – Eu... O Wilson já disse parte do que eu queria dizer, mas eu só vou reforçar uma coisa. Tem coisas que não pode deixar aberto para negociação de uma maneira muito frouxa. Uma é o prazo para a glosa, não importa que a gente diga que o prazo para pagar uma glosa seja de um ano. Se a agência não sinalizar como prazo, pode ser longo ou razoável, nós vamos continuar morrendo sem resposta das glosas. Eu estou dizendo para vocês uma coisa de quem vive o mundo real. Eu que tenho uma empresa de porte médio, imagina o

médico. Outra coisa está errada quando puseram uma vedação, é vedar a glosa de procedimentos, não é vedar procedimentos previamente autorizados, aí é que eles não vão pagar nada,

(risos)

P/Paulo – Nada, aí é zero de pagamento. É verdade, glosas de procedimentos previamente. Pelo amor de Deus, aí nós não vamos receber mais nada. Podemos esquecer de qualquer recebimento porque aqui se encerra a nossa vida.

P/Marta – (risos). Ok Paulo, obrigada.

P/Mônica – O que eu acho que é a proposta da agência, é que os critérios tenham de estar claros no contrato. A forma de aplicar glosa ou prazo para recurso. Agora, com relação a identificação do auditor, eu não concordo. Eu acho que o que pode estar claro é o critério da análise da glosa, mas não necessariamente o funcionário que vai analisar a aplicação daquele critério.

P/Marta – Eu vou até checar Mônica, mas eu tenho a sensação... Eu vou ouvir a solução de todo mundo, mas eu tenho a sensação de que cada glosa ela tem que ser identificada pela pessoa que fez a glosa. Tem uma norma dessa do CFM. Então eu vou tentar olhar para a gente compatibilizar uma coisa com a outra.

P/Mônica – Regra do CFM?

P/Marta – É. Tá. Eu vou até resgatar o número dessa norma porque tem que ser carimbado, assinado, identificado... 1614 de 2001. Então vamos lá, Marlene.

P/Marlene – Marta, glosa técnica, eu quero esclarecer isso que é glosa técnica. Bem, a fisioterapia é muito glosada então quem pode glosar tecnicamente um procedimento fisioterapêutico, só pode ser um fisioterapeuta. O que ocorre hoje é que quem glosa a fisioterapia, são enfermeiros, são empresas contratadas para fazerem auditoria, são médicos, enfim, todas as outras profissões. Mas a fisioterapia especificamente aqui e agora falando, ela é auditada e as glosas são feitas por profissionais que não são fisioterapeutas.

P/Marta – Tem uma diferença que é o seguinte, tem a que eles chamam de glosa operacional e aí ela é uma glosa de critérios operacionais. Ela continua tendo que ser identificada, mas é uma glosa administrativa, e aí tem a glosa quando você vai para o mérito técnico que isso os conselhos já detalharam. Então a gente pode até usar aqui todas as normas dos conselhos, aí eu queria que vocês me mandassem. A gente já identificou...

P/Marlene – Isso, nós já encaminhamos já, tá?

P/Marta – Tá. Mas você me manda o número? E aí...

P/Marlene – Mando, mando já.

P/Marta – A fono aqui...

P/Voz não identificada – A do COFFITO aqui é COFFITO é relusão COFFITO 416

P/Marta – Tá. A fono está aqui e eu acho que a psicologia está aqui... Quem estiver aqui... Benício.

P/Marlene – Não, eu só não terminei.

P/Marta – Tá desculpa.

P/Marlene – A gente só quer retificar que a gente concorda com o prazo, tem que ter prazo para a resposta da glosa, então a gente fez o recurso da glosa e a operadora tem que ter um prazo. O mesmo prazo que nós tivemos para recorrer, eles tem que ter o mesmo prazo para responder o recurso.

P/Marta – Essa é uma boa saída. Gostei disso.

P/Marlene – Obrigada.

P/Marta – Que os prazos sejam iguais.

P/Marlene – Sejam iguais. Nós temos dez dias para recurso, eles tem dez dias para responder.

P/Marta – Anota aí Eugenio, gostei.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Estamos todos de acordo.

P/Marlene – Parabéns, nós também achamos que o fisioterapeuta não tem que se meter em nada de médico. Cada macaco no seu galho, não é? Exatamente.

P/Sandro – Marta...

(intervenções fora do microfone)

P/Marta – Ali onde está identificação do auditor, é onde a gente vai escrever isso bonitinho, tá?

P/Sandro – Bom, só queria fazer algumas ponderações para a gente não perder do que nós estamos falando. Glosa não é um instituto jurídico, glosa é uma expressão que se usa comumente num mercado nosso para designar uma discordância da operadora como a cobrança feita pelo prestador. Essa discordância da operadora, pode ter sim fundamento em uma cobrança feita

pelo prestador, fora do contrato. O prestador tinha um contrato com a operadora, tinha que cobrar dez por aquele procedimento e cobrou 15. Isso é uma cobrança em desconformidade com o contrato. Isso gera uma glosa.

P/Marta – Operacional.

P/Sandro – Sim. Mas aqui como a gente não definiu o conceito, é importante esclarecer, porque se não coloca tudo... Tá. No outro tipo de glosa, e essa que talvez a gente esteja debatendo aqui, talvez gerado maior polêmica, é a glosa onde pode haver uma discussão de subjetividade do que se refere a natureza da glosa. Ela é cabível ou não para esse tipo de procedimento... E isso para ficar em uma questão mais subjetiva de glosa técnica. Se você tem que verificar do ponto de vista médico, é necessário, não era necessário... E você entra para um campo de subjetividade que talvez seja realmente prudente um contencioso. Agora eu vou para um outro ponto também, que eu acho que a gente tem três cenários aqui. Há também, e evidente, a gente não está deixando de desconhecer isso, a glosa onde a operadora pode ter feito, em total desconformidade com o contrato também. Ai é outro lado. Então eu acho que não pode assim, se precipitar no sentido de passar uma impressão geral de que a glosa é sempre indevida. A glosa pode ser devida, como pode ser indevida.

(intervenção feita fora no microfone)

P/Sandro – Eu dei dois exemplos aqui, na minha operadora eu vi casos vários de prestadora que cobram três vezes mais o valor do contrato pactuado. Na minha operadora eu já fiz glosa de cobrança duas vezes maior do que o valor da tabela ___ pactuada, medicamento. Não, não, a tabela ___.

P/Marta – Gente olha só, até eu falei que a gente erra, a gente está errando pra caramba. Todo mundo erra aqui, certo?

P/Sandro – Não estou dizendo se isso foi ___ ou não, pode ter sido por erro. Vamos admitir que tenha sido por erro.

P/Marta – Isso, todo mundo erra.

P/Sandro – E se houve um erro, o meu prestador me encaminha uma fatura onde ele devia cobrar 100 por um procedimento e me cobrou um milhão. Eu não sou obrigado. Esse é o exemplo do um milhão. É um exemplo. Eu não vou poder glosar? Eu tenho que pagar primeiro? Eu entendi, é porque o começo da discussão estava por ai. Se eu puder glosar e questionar, ai eu quero chegar a este ponto. Se o contencioso da glosa for obstar o pagamento, isso é pior para os prestadores eu imagino, porque isso vai estender prazo de pagamento. Eu mando uma fatura, uma fatura completa de um milhão. A operadora não concordar, por exemplo, com 200 mil e glosa 200 mil. Vamos fazer um contencioso 200 mil e segura 800 mil e não paga?

P/Marta – Gente, um de cada vez.

P/Sandro – Isso já ocorre hoje na prática, a gente paga em controverso e vamos fazer o contencioso do controvertido . Isso é o que já é a prática do mercado hoje. Então se a gente for no caminho de discutir a glosa previamente no pagamento, nós vamos ter que estender o prazo de pagamento, porque não vamos fazer isso em 30 dias, para ter todo esse contencioso. Só uma contribuição.

P/Marta – Vamos lá, Ricardo.

P/Ricardo – Vamos lá, eu vou ser bem rápido realmente. Concordo com o colega que acabou de dispor com relação a questão das glosas, com relação aos procedimentos previamente autorizados, a essa discordância inclusive dentro dos procedimentos já autorizados. Com relação a questão de prazo, o mesmo prazo para contestar e o mesmo caso para recorrer, é problemático, porque a operadora tem uma demanda 100, 200, 50 vezes maior do que vai ter uma clinica individual, então esse prazo por mais justo que possa parecer, a minha demanda é muito maior, porque eu não tenho só ele como prestador. Da mesma forma como não tem só ele como operadora, mas a quantidade a relação é muito maior.

P/Marta – Viu? Olha, os dois lados. Tá vendo, quando a gente para pra pensar ai é mais ou menos igual.

P/Ricardo – Não, mas ai a minha quantidade você tem que concordar que é maior. E a última questão que eu queria trazer até que é uma pergunta para você doutora Marta, é o seguinte, dentro da lei 13003, então a competência da câmara técnica seria regular e regulamentar o artigo 17 e 17A. A glosa como ele bem colocou é um procedimento de autoria da operadora. Ela não tem nada a ver com prazo de pagamento e nem procedimento de faturamento. Ai eu queria entender onde é que você está enquadrando a glosa dentro da lei 13003 para ter competência para a agência regulamentar a glosa.

P/Marta – Tem um item... Aqui olha, faturamento e pagamento.

P/Ricardo – Então, ai se é um procedimento de auditoria, ele não tem nada a ver com procedimento de faturamento e nem pagamento.

P/Marta – É de pagamento, ele é uma dedução...

P/Ricardo – Não, é uma auditoria, isso que a gente está discutindo, o colega bem colocou e eu acabei de colocar para os auditores, então a pergunta é justamente essa.

P/Marta – Você faz um abatimento do pagamento, mas não é pagamento?

P/Ricardo – Não, é procedimento de auditoria, por isso que eu ainda perguntei se é procedimento de faturamento, porque não é. Tanto que eu pago o procedimento e vou fazer a auditoria posterior. Por isso que eu estou perguntando...

P/Marta – Ok, então a gente pode ampliar para auditoria.

P/Ricardo – Não, na verdade tem que alterar a lei 13003 na verdade. Porque ___ glosa.

P/Marta – Não, eu posso botar quantos itens eu quiser. A gente definiu que a gente ia se restringir a lei porque se não a gente não ia acabar. Eu entendo que glosa está dentro do item pagamento. Mas se a gente quiser a gente pode botar 500 itens para a gente regular. Então vamos lá. Sinval

P/Sinval – Sinval, Sinog. Então, quando se fala em glosa Marta, da impressão, pelo que a gente tem ouvido ali, eu vou falar em nome da odontologia que é até pouco lembrada aqui por sinal, me dá a entender aqui que glosa é como se fosse uma penalidade. Na verdade, indo ali para o tema de vedação, quando se fala “não podem ser glosados procedimentos previamente autorizados”, existem procedimentos previamente autorizados que não são executados. Ai você não pode glosar?

P/Marta – Mas ai não é glosa. É não pagamento da coisa que não foi feita.

P/Sinval – Ela está sendo remetida o faturamento para pagamento. Ela não pode ser glosada?

P/Marta – Tá bom, vedar a glosa de pagamentos previamente autorizados e realizados. Vamos lá Eugenio,

P/Sinval – Deixa eu falar, eu ouvi todo mundo falar, e preciso que me ouçam.

P/Marta – Ok, eu estou consertando a redação.

P/Sinval – Por favor.

P/Marta – Vedar a glosa de procedimentos previamente autorizados e efetivamente realizados. Vai.

P/Sinval – Bom, agora já melhorou.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – O Eugenio ajeitando enquanto a gente vai falando.

P/Sinval – Então, quando se fala em glosa também, existe o fator fraude. Então precisa ser considerado também quando se fala em glosa, do fator fraude. Existem, na odontologia, procedimentos que são glosados por estarem

em conformidade com a técnica. Foram autorizados, mas na auditoria eles podem ter sido glosados por inconformidade. É um outro item. Outro item são as exigências normais das guias de tratamento odontológico, onde nela alguns pontos são identificados e que são passíveis de serem glosados. Exemplo, o paciente precisa testar um procedimento executado, se ele não atestar, esse procedimento não deve ser pago. Concorde?

P/Marta – Mas ali está efetivamente realizado.

P/Sinval – Isso está na guia de tratamento odontológico, todos os procedimentos precisam ser atestados pelo beneficiário. Sim, com assinatura.

P/Marta – Então olha só, para mim o atestado pelo beneficiário está... Primeiro que assim é uma regra da sua contratualização, tanto com o prestador quanto com o beneficiário, isso daí deve estar lá em algum lugar. E aí isso para mim está dentro de efetivamente realizado, é onde você comprova que o procedimento foi realizado.

P/Sinval – Você recebe guia na operadora que não tem nenhuma assinatura atestando a realização do procedimento. Aí você não pode glosar porque ele foi autorizado? Vou concluir, depois vocês discutem, por favor. Vou concluir.

P/Marta – Efetivamente realizada.

P/Sinval – Aí você falou aqui de penalizar ambas as partes, penalizar a operadora no caso de glosa, e no caso de fraude eventualmente penalizar prestador. Eu te pergunto, a operadora, a agência nacional de saúde pode penalizar. Quem irá penalizar o prestador?

P/Marta – O contrato. Vai ter uma cláusula que vai prever penalidade para o prestador.

P/Sinval – Tá. Outra, é que a glosa, assim, é o exemplo que a gente tem e eu uso o exemplo na minha casa. Toda glosa tem um código, esse código vai no demonstrativo para o prestador dizendo por que aquele procedimento está sendo glosado, e por fim... Como?

P/Sinval – Pode terminar Sinval, termina aí. Então eu queria que se fizesse uma reflexão sobre esses itens, porque o item glosa ele é bastante contestado, é muito polemico, e a impressão que se tem especialmente do prestador, é que isso é uma penalidade e às vezes é, e algumas operadoras usam a glosa aleatória, que a gente sabe disso. Mas eu acho que a glosa dentro dos parâmetros normais de atendimento, muitos fatos aí devem ser considerados.

P/Marta – Ok, olha só. Sem juízo de valor sobre a glosa. Nenhum, mesmo. A agência entende, pelo menos eu entendo que a glosa é um mecanismo válido de regular o que foi prestado e o que não foi, e como foi prestado. Zera de juízo

de valor. O que a gente está tentando organizar aqui é para que isso tenha cláusulas de vedações que deixem de pender para um lado ou para o outro. Então da mesma maneira que tem que ter cláusula de operação para operadora, tem que ter cláusula de vedação para o prestador. A gente está ouvindo todas as sugestões que vocês mandarem, e por um acaso só está chegando cláusula de vedação de operadora. Mas se vocês falarem aqui agora nesse momento cláusula de vedação para o prestador, serão incorporadas, não é isso? Calma Paulo...

P/Sinval – Mas as causas são normais, as fraudes estão aí.

P/Marta – Então vamos lá. Agora eu tenho a Virginia, a Márcia, o Toro, a Cristiana e Miyuki. Benício e... Ah, ela só quer tirar uma dúvida, fala Denise.

P/Denise – (intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Na verdade, a gente não tem dois tipos de glosas regulamentadas, então assim, ou a gente define o que é uma coisa ou outra, ou a gente deixa a palavra glosa e aí você faz um entendimento para onde cabe. Então é uma opção ainda que a gente até anotou aqui para a gente ver o que facilita para a gente não ficar instituindo um monte de nome com um monte de definição também, tá.

P/Virginia – A primeira questão é questão é com relação a essa questão do prazo ser igual. Existe uma diferença, acredito até significativa entre quem questiona o procedimento e quem vai fazer a análise depois referente a esse questionamento. Seria o mesmo de num processo administrativo na ANS eu ter dez dias para responder e cobrar que a ANS tenha dez dias para analisar aquilo. Eu como uma operadora vou receber ali cinco, dez processos. A ANS recebe de todas as operadoras. Então a mesma coisa, a operadora ela vai receber de todos os prestadores as contas para fazer análise, então...

P/Marta – Ainda bem que eu não tenho contrato com vocês, uhul (risos)

P/Virginia – Não é? Então primeira questão é essa, processo judicial, quer dizer, qualquer processo, os prazos nesse sentido eles não são iguais porque a situação não é igual. Então tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais.

P/Marta – Tá. Aqui você está tratando de uma coisa que você disse estar errado, e ele está recorrendo para você e dizendo que não está errado, é só você olhar e dizer assim você tem razão ou você não tem razão. E isso daqui é uma forma de a gente não estabelecer uma data. Assim, outra saída para isso seria a gente dizer em tantos dias. Eu acho uma interferência indevida e isso tem que estar em cada processo, em cada contrato. Mas uma boa medida, eu gostei agora. A gente não elaborou. Estamos colocando aqui todas as

sugestões que estão surgindo, mas é uma boa medida de equilíbrio eu achei, tá? Mas continua, vai.

P/Virginia – Então primeira questão é essa que são situações diferentes, e a outra que assim, indo pelo lado até do que o Ricardo falou de que isso não está ao nosso ver expresso e vocês entenderam que está dentro da lei 13003, mas então de pegar o que já foi discutido com relação a isso no COPIS, porque quando a gente trata de glosa, a gente está tratando de assuntos que vão estar no padrão TISS. E tem vários pleitos aí de vedados que foram amplamente discutidos no COPIS e não foi implantando justamente porque não se chegou a uma conclusão.

P/Marta – Tá. O COPIS ele ficou altamente dependente de uma discussão de contratualização. Foi o maior pleito que saiu do COPIS e eu participei, era uma discussão de contratualização e aí quando a coisa empacava lá, qual era a resposta que a gente dava? Ah, isso vai ser discutido na norma de contratualização. A gente está nela, não é?

P/Virginia – Mas, por exemplo, para eu colocar qual é a identificação de auditora, eu tenho que rever o atual padrão TISS?

P/Marta – Não necessariamente.

P/Virginia – Onde é que eu vou colocar lá? É tudo eletrônico.

P/Marta – Não necessariamente. Se a gente precisar rever o padrão TISS a gente revê, mas não necessariamente essas coisas precisam acontecer. Pode ter uma regra de isso estar disponível na operadora, enfim, tem mil maneiras de se fazer isso. Eu só queria separar duas coisas, porque se não fica parecendo que é a mesma coisa. O padrão TISS é uma discussão de troca de padrão eletrônico. Aqui a gente está discutindo um contrato entre dois entes privados operador e prestador. Uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. É claro que nas duas discussões aparecem coisas que tenham alguma interface. Tenho certeza que lá apareceu muito mais coisa do que aqui está aparecendo porque, no auge da discussão lá, apareciam coisas que iam ser discutidas aqui. E aí agora a gente está aqui discutindo o que ficou pendente lá.

P/Márcia – Bom, aqui eu quero defender o seguinte, o colega ali acho que odontólogo falou que vai ter punição para operadora, mas não vai ter a punição para o prestador. Eu falo em caso dos médicos, nós somos cobrados por operadoras porque tem profissionais que fraudam e as pessoas não mandam para o conselho. O conselho não tem problema nenhum com fraude não, manda para cá. Eu recebi duas denúncias. Duas. Duas da GEAP. Então, eu acho que tem aqui na proposta que foi encaminhada pelas entidades porque é de itens da contratualização, que pode caber no vedado ou... No vedado, numa afirmativa, vamos dizer assim. Constatada a fraude por auditoria, o médico

poderá ser descredenciado pela operadora, Por motivo de justa causa, garantindo-se o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro. Entendeu? Porque isso já corre na prática. Ai vem ali o Paulo, com a vida como ela é, a vida como ela é só não descredencia na hora um médico que frauda a operadora que é cooperativa. Unimed. Por quê? Porque no estatuto está dizendo que você só pode mandar o cabra embora se tiver um processo administrativo dentro da cooperativa com documentação e com direito amplo de defesa e julgado pelo conselho de administração e diretoria, está no estatuto. Então isso ai já é praticado. Agora eu acho que pode fazer isso. Ou é vedado fazer sem justa causa e sem defesa, ou a fraude também é descredenciada, comprovado pela auditoria, mas ele tem direito de falar alguma coisa, que aquilo foi um escorregão, que ele botou um bilhão a mais, mas era sem querer, era um zero que a secretaria errou.

P/Marta – Então, isso Márcia, está aqui nas penalidades do descumprimento das regras. Toro. Olha só gente, a gente precisa virar o slide tá? A gente tem o Toro, Cris, Miuki, Benício e a gente vira o slide.

P/Toro – Tudo bom. Se nós entendermos que a glosa está prevista então na 13003, e se nós entendermos que é um procedimento dentro do faturamento e pagamento, se trate um procedimento administrativo. Quando se coloca vedar a glosa sem identificação do auditor, o que quê a gente já viu isto na prática? Na realidade a gente sabe que os conselhos profissionais, eles tem o poder de auto regulação, e eles acabam muitas vezes estabelecendo regras que, entendo eu, que contraria até a própria competência, porque muitas vezes são matérias contratuais, são matérias que você não tem competência federal e não na verdade de auto regulação de conselho. Eu prefiro deixar então, que a glosa na verdade é da operadora. Eu não preciso identificar o auditor na verdade, quem na verdade produziu essa glosa, porque às vezes é até uma questão administrativa. Não necessariamente precisa ser médico, fisioterapeuta para determinadas glosas serem estabelecidas. Então eu pediria que tivesse então... Excluisse essa vedação de que tivesse a identificação do auditor. Quem glosa, quem responde juridicamente pela glosa, é a operadora.

P/Marta – Tá. Eugenio coloca ai para a gente avaliar, definir os dois tipos de glosa que a gente está discutindo aqui se não a gente não vai sair do lugar. E outra coisa é o seguinte, eu preciso resgatar mesmo Toro, essas resoluções, porque eu acho só citar essas resoluções já resolve. Porque essas resoluções já preveem que você não pode ter uma glosa que a gente está falando aqui técnica, sem ter aqui o carimbo e a assinatura daquele profissional. Isso já está nas regras.

P/Márcia – No caso da auditoria ser identificada, no caso de médico, quando a operadora ela se inscreve na ANS, isso já está em lei que ela precisa apresentar um responsável técnico registrado no conselho. Caso não tenha

identificação de quem glosou, esse responsável técnico vai responder. Ele vai responder, não tem jeito. Então eu acho que ninguém é batedor de carteira. Auditor é uma profissão, uma profissão respeitável, e ninguém aqui está querendo massacrar o auditor, entendeu? Eu acho que a gente tem que fortalecer essa profissão, acreditar nela, discutir, o médico ter o direito de discutir com ele e isso ai em frente. Mas não vou carimbar porque eu tenho que ficar escondida atrás da porta? Não, ele é um profissional.

P/Marta – Mas na época dessa resolução, eu lembro que eu até discuti isso lá no conselho, e ai a intenção era você evitar que um profissional de outra área fizesse uma análise técnica de uma determinada área. Então não era muito essa coisa de você expor a pessoa, era identificar que aquela pessoa tem capacidade técnica de avaliar... Entendeu? Era isso.

P/Cristiana – Eu vou ser rápida porque alguns pontos que eu ia falar já foram tratados. Para a gente não ficar chovendo no molhado. Mas especificamente em relação, só para reforçar um ponto que também já foi mencionado aqui, da glosa de procedimentos autorizados, na medida em que a cobrança vier em desacordo compactuado no contrato, são absolutamente independentes um item do outro. Mas eu não estou entendendo por que quê permanece ai, quer dizer, é uma sugestão, não tem consenso...

P/Marta – Do que você está falando? Vedar a glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora, e efetivados realizados pelo prestador. Qual é a exceção disso? É quando aquilo ali sofrer uma auditoria técnica, é isso?

P/Cristiana – Não...

(intervenções fora do microfone)

P/Cristiana – Vamos lá. Um hospital está pedindo autorização prévia para uma autorização. Eu autorizei, certo? Ai quando me vem a cobrança desta internação, vem com um valor diferente do pactuado no contrato. Eu vou glosar.

P/Marta – Claro.

P/Cristiana – Mas é porque para mim isso não está claro.

P/Marta – Mas não é isso. Aquilo ali, então vamos... Eugenio, mexer na redação. A ideia daquilo ali é o seguinte, eu pedi uma tomografia e ai, vê se é isso, tá? E ai a operadora vai e autoriza. Tomografia autorizado. Ai o cara foi lá, fez a tomografia, voltou na tabela e é glosado. Então assim...

(intervenção fora do microfone)

P/Marta – Não, então eu acho que eu vou mexer na redação sem fundamentação. Com valor igual... Observadas as condições do contrato, ok. Entendeu? Isso daqui, vamos lá para o português. Isso daqui é a proteção daquela história da glosa linear, não é isso? Ok Cris? Isso daqui é para contemplar o que no brasileiro a gente fala glosa linear, estava autorizado e ___.

P/Cristiana – Não, a glosa linear na minha leitura não é isso. A glosa linear é quando você pega todos... Não eu estou entendendo que você pega todos os procedimentos e glosa linearmente, não é isso? Eu não sei...

P/Marta – Isso, só que...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Cristiana – Isso não é glosa linear?

P/Marta – Então, essa redação aqui é para dizer o seguinte, eu tinha autorizado a realização daquele procedimento. Ele está dentro de todas as regras do contrato e eu fui glosada.

P/Cristiana – Gente, mas a glosa não é justamente discutir se está dentro ou fora do contrato a cobrança? É porque essa questão é um conceito importante.

P/Marta – A gente vai fazer uma redação bonitinha e você vai entender, tá?

P/Cristiana – Tá.

P/Miyuki – Miyuki, AMB. Na verdade eu vou até chover de novo nesse molhado, porque tem muito a ver, por exemplo, a questão do procedimento tem muito a ver hoje com a autorização prévia, mas não é aquela autorização prévia da internação, mas principalmente aquela que é feita por autorizador de web. Então, este, por exemplo, dá o entendimento que ele é até um pré faturamento, então quando eu lanço no autorizador, no sistema autorizador e isso está previsto, sei que na TISS é a parte mais incompleta, porque a parte do pagamento está mais completa, é quando dá a garantia inclusive da elegibilidade. A gente já sabe, até mesmo para falar aqui da questão do recursar antes, que esses autorizadores já bloqueiam por motivos de parâmetros. Então, por exemplo, se deu recorrência, ele já dá como procedimento pendente. Então o prestador, no momento já da autorização, ele já tem que “recorrer” para justificar, para enviar laudo, para fazer qualquer coisa. Então eu entendo, que, por exemplo, no caso de fisioterapia, ele lançou dez procedimentos. No caso de fono lançou quatro para fazer um por semana, fazer dois por semana. Lançou, o autorizador não deu a autorização automática, bloqueou pendência para mandar relatório. Mandou relatório ok, uma vez que esse processo estiver redondo, não deve haver realmente a glosa desses procedimentos... Não estou nem discutindo valor, porque aí eu vou chegar num segundo momento que é a questão hoje do valor. Tem muito

profissional que não sabe quanto que ele tem acordado para receber. E o que tem acontecido? Muitas vezes ele tem que lançar um valor, em algumas operadoras ele tem que lançar um valor até maior, porque ai quando bate no teto, ele recebe pelo teto. Porque se por um acaso, infelizmente ele não souber qual que é o reajuste que ele já teve e cobrar a menor, ele vai receber a menor do que eventualmente ele teria direito. Isso acontece. Então, só para colocar que essa questão, se a gente pegar hoje vários médicos, eles não sabem muitas vezes qual que é o valor que ele pode cobrar por uma cirurgia. Ele não sabe. E ai ele corre o risco, será que... Olha só, olha o absurdo, será que meu CH é 030? Será é 035? Será que é 040? Ele tem dúvida inclusive para lançar o valor dos seus honorários, e corre o risco. Então muitas vezes...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Miyuki – Não, e pior que tem.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Miyuki – Ele tem sim. Então essa é uma realidade, então só para colocar que infelizmente a gente tem muitos profissionais, principalmente de consultórios, cirurgiões, por exemplo, que quando ele vai cobrar, muitas vezes ele é um cirurgião de uma cirurgia que não é comum para aquela operadora, que ele não tem um volume muito grande, ele conhece muitas vezes, muito bem, qual que é o valor que ele tem com a cooperativa, por exemplo. Ou qual é a grande operadora que ele tem uma frequência de pacientes. Mas se ele for cirurgião e ele tiver um paciente a cada seis meses por um procedimento cirúrgico, muitas vezes ele não sabe qual que é o valor que ele tem de... E ele descobre como? Ele descobre muitas vezes, se ele lançar um valor razoavelmente maior, porque ele recebe no teto. E isso é uma realidade, eu só estou colocando a importância de a gente ter bem claro qual que é o valor que ele tem de direito de cobrança, porque hoje, de fato isso não está claro. Não está claro.

P/Benício – Atendendo a solicitação aqui do nosso amigo Paulo, diz respeito... Quando nós enviamos para a operadora, nós enviamos os lotes, esses lotes, dentro desses lotes tem no máximo 100 guias segundo o COPIS. E o que acontece? Muitas das vezes as operadoras fracionam o pagamento dessas guias que estão dentro daquele lote. E isso dificulta a nossa conferencia. Então a conferencia do prestador fica dificultada em função disso. Então eu queria que a agência desse também uma olhada em relação a isso.

P/Marta – Eu entendi. Eu só acho que ai já é miúdo não é gente? Já está acabando, glosa está acabando, calma gente, calma.

P/Benício – O segundo ponto diz respeito as fraudes. Eu acho que fraude não se discute, eu acho que nenhum conselho está aqui para proteger alguém que

cometa fraude dentro desse sistema. Então aquele que pegar, eu estou falando pela odonto, aquele que pegar uma glosa, ou seja, uma fraude de dentista, encaminhe para o conselho, porque irá ser aberto processo ético contra essa pessoa. Nós não estamos aqui para dar cobertura a esse tipo de coisa. Então eu acho que isso deve ter ficado bastante claro e nós vamos te enviar a nossa resolução número 20. O terceiro questão das glosas. Nós pedimos a identificação da pessoa que glosou, porque só quem pode glosar um procedimento odontológico, é o dentista. E eu preciso saber, preciso saber para que eu possa fazer minha defesa e se não está acontecendo exercício legal lá dentro, sendo a glosa feita administrativamente por qualquer pessoa. E o que é pior na glosa técnica? Ele glosa, não me paga, e deixa o beneficiário lá com aquele serviço que ela diz que está errado. Então tem que comunicar também o beneficiário que está com aquele serviço que não está de acordo com a operadora dentro dos padrões legais. Então eu acho que essa é a questão maior, principalmente na proteção do usuário.

P/Marta – Ok. Virei o slide em. Autorização administrativa da operadora. Deve haver previsão expressa dos atos, eventos e procedimentos médico assistenciais que necessitam de autorização administrativa, bem como da sua rotina operacional. As partes devem prever as penalidades e não temos sugestão de vedação. No microfone, Paulo e Daniel.

P/Paulo – Eu queria fazer uma pergunta, que é uma coisa que hoje inquieta em relação aos planos de saúde, alguns. Tem planos de saúde que um doente chega lá com uma requisição, eu atendo a requisição, hemograma, exame de rotina e ele vai embora. E ele me diz, Paulo o senhor precisa autorizar, por exemplo, captura híbrida, PCR, biologia molecular, tudo bem. Tem plano que quer que eu autorize todos os exames um a um. Isso no laboratório é quase criminoso. Então o que é que muitos fizeram como eu? Uma coisa também criminoso, segregamos esses doentes desses planos. Eles não são atendidos juntos. Eles primeiro vão para o lugar que autoriza e lá _____. Ai o plano reclama. Deve haver previsão expressa de atos, eventos, que necessitam de autorização. Presta atenção, tem uma definição que é melhor que necessita de autorização. É o cumulo o paciente precisar de uma autorização para uma glicose, e eu perder tempo autorizando uma glicose. Eu estou dando um exemplo, eu não sei se tem solução para isso. Perder tempo autorizando uma glicose que custa três reais e alguma coisa. Esse é só um pranto, eu não sei como isso pode ser feito...

P/Marta – Tá. Aqui a gente tomou um cuidado danado porque chegou um monte de pleito para a gente que era da relação operadora beneficiário. E aí isso está dentro do contato do beneficiário que é com o Rafael, no item mecanismo de regulação. Então isso que você falou tem ou não tem que autorizar a glicose? Isso tem que estar descrito dentro do contrato do beneficiário como mecanismo de regulação dizendo como é que isso vai se

dar. E ai chegou um monte de contribuição para a gente que fazia essa confusão do que quê era a relação operadora/beneficiário, e o que era a relação operadora prestador. Lá na Dipro eles também estão pensando em uma regra nova para mecanismo de regulação, levando em consideração tudo isso ai que você falou. Mas não está nesse contrato, está naquele contrato, e ai o que a gente está pensando aqui é o seguinte, tem algumas autorizações que são de vocês. É um pouco isso que... Mas assim, tem que tomar cuidado para a gente não confundir o que é mecanismo de regulação e o que é contratualização. É super difícil, a gente também teve hora que a gente se confundiu, porque é muito tênue essa linha.

P/Daniel – Só para... Exatamente o que eu ia falar a senhora acabou de colocar, quer dizer, o contrato do beneficiário já tem que colocar lá quais são esses critérios. A ideia é que o contrato com o prestador siga mais ou menos essa mesma rotina, quer dizer, que eu tenho que seja contemplado, tenha uma simetria pelo menos entre um padrão, e um padrão que pode até, eventualmente ser como colocou o colega ali na frente, disciplinado pela própria agência. Com relação... Bom, acho que é isso. É isso que eu quero.

P/Hebert Chemicatti – Uma sugestão por questão de isonomia, retirar a palavra médico assistencial, procedimentos assistenciais.

P/Marta – Aonde? Ah pera ai, é que eu ando ao contrário com ele.

P/Hebert Chemicatti – Procedimentos assistenciais.

P/Marta – Ah, é porque isso daí vem da lei, e ai não é médico o profissional, é médico relacionado a atos médicos da saúde. Então não é o profissional médico.

P/Hebert Chemicatti – Não, mas...

P/Marta – Mas é um nome que está na 9656, então a gente acaba copiando. Mas tudo bem, limpa lá o médico.

P/Hebert Chemicatti – Isso. Não, não, saúde. Até porque a lei que regulamentou o exercício da medicina recente, estabeleceu que médico, medicina é exercido por médico.

P/Denise – Eu estava com uma dúvida aqui, como não tem nenhuma vedação, da mesma maneira que a gente falou que não pode... Não sei se estou pensando errado. Que não pode glosar o que tenha sido previamente autorizado, não seria o caso colocar também que a autorização administrativa não e uma questão... É vedado não autorizar procedimento que façam parte do hall? É possível colocar isso?

P/Marta – Não por quê? Assim, a gente até discutiu isso acho que com o PROCON na hora do almoço. O hall ele tem alguns procedimentos, hoje uma quantidade importante que tem diretriz, e aí o procedimento está no hall, mas cabe autorização e cabe uma avaliação, entendeu? Então assim, hoje a gente não consegue fazer isso.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Ah é, mas aí é uma autorização administrativa.

P/Benício – Eu já fui contemplado em parte com o procurador que dizia lá, eu ia sugerir médico odontológico, no entanto eu só queria que quando você, se por acaso ficar médico, você faz uma observação dizendo, fazer... Se ficar o médico dizendo qual o... Paulão vai comprar uma coca cola vai macho. (risos). Se por acaso ficar o médico, fazer justificativa que ele está indo no sentido de prestador, de assistente, tá bom?

P/Marta – Ok. Vamos lá gente. Vigência, prorrogação, renovação, rescisão. A gente sugere haver previsão expressa da vigência dos critérios e procedimentos para a prorrogação, renovação, e rescisão. E aí ter as penalidades. O único que a gente conseguiu captar lá das sugestões de vocês, era que era vedada a suspensão dos serviços antes da efetiva rescisão contratual. Isso é uma vedação para os prestadores... Ah, eu achei que você estava dando tchau. (risos). Eu dei tchau (risos).

P/Voz não identificada – É, vou aproveitar para dar tchau também. Acho que se tem uma cláusula que há possibilidade realmente de se fazer isonomia, é justamente essa. Então é aquela que a gente já utiliza lá na RN 195, quer dizer, qualquer uma das partes pode notificar, com o mesmo prazo e motivadamente a partir dos 12 meses, dando tanto para a parte contratante quanto para a parte contratada a mesma possibilidade.

P/Marta – A gente tem inscrito a Mônica e a Márcia.

P/Mônica – É importante que se esteja estabelecido que o prestador tem que avisar a operadora com prazo, por exemplo, 60 dias antes do início da suspensão, para que a operadora possa providenciar inclusive...

P/Marta – 30 dias para comunicar.

P/Mônica – Então tem 30 mais 30.

P/Marta – Vocês entenderam isso que a Mônica falou? Isso é importante. A lei estabelece que... A operadora quando vai descredenciar ela sabe que vai descredenciar, então ela avisa com 30 dias os beneficiários, só que quando o prestador vai se descredenciar, a operadora tem que saber com tempo hábil

para ter os 30 dias para avisar os beneficiários. Então, é vedado o descredenciamento por parte do...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Sim, sim. Mas a operadora é para comunicação do beneficiário. Então assim, a operadora, eu sei que eu vou te descredenciar, então eu consigo avisar para os beneficiários com 30 dias. Eu operadora tenho que saber de você, antes do 30, para eu conseguir avisar o beneficiário. Se não eu não consigo cumprir a lei.

P/Mônica – Mas as partes podem ter no mínimo 60 dias para comunicar uma outra.

P/Marta – Isso Renata, coloca ai que as partes tem que ter 60 dias para se comunicarem. Isso vedado descredenciamento das partes antes de 60 dias.

P/Mônica – É, na verdade o comunicado. Se o prestador não tiver comunicado a operadora, não pode caber multa, porque novamente é mais um item que somente a operadora, assim como todos os outros, somente a operadora é penalizada.

P/Marta – Ok. Porque se não a gente não consegue cumprir a lei, é isso? Vedado o descredenciamento sem aviso prévio de 60 dias, alguma coisa assim. Pode falar... Ih eu acho que a Márcia tinha pedido, não tinha?

P/Márcia – Bom, aqui estava falando da vigência, a proposta feita aqui pelas entidades seria a vigência do contrato, será de 12 meses a partir da assinatura. Podendo ser revisado de acordo com a vontade das partes, ou de uma parte ou prorrogado sem revisão por mais 12 meses ou mesmo se rescindido. A outra questão é sobre o descredenciamento. Então aqui, no caso do descredenciamento justificado, o médico deverá ser notificado com 90 dias de antecedência e caso seja por motivo de redimensionamento da rede deverá ter o aval da ANS. Estou falando isso de pessoa física, porque aqui têm outros representantes de pessoa jurídica, prestadores.

P/Marta – Vocês dois não vão brigar antes da reunião acabar, não vão. Vou comprar coca cola e chocolate para os dois.

P/Márcia – Não, já tomei chazinho (risos). E comi um chocolate também. Então, ai na observância a esse capte implicará em reintegração de um trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviço. Isso foi a proposta feita aqui, pelas entidades nessa proposta de contrato. Depois eu posso mandar novamente.

P/Marta – A gente tem. A gente até disponibilizou no nosso site como contribuição, tá? Todo mundo está tendo acesso a esse documento que a Márcia está lendo. Eu estou entendendo que a proposta então é que seja 90 ao invés de 60, é isso? Tá. Mínimo Renata.

P/Voz não identificada – É nessa questão dos 60 dias ou 90 dias, ou quantos dias forem, tem a questão dos contratos que vencem ou que estão por vencer e se esse aviso é necessário antes da renovação também?

P/Marta – Com certeza, porque o problema não é a outra parte saber que aquele contrato vai vencer, mas é saber se ele não vai continuar, porque aí você tem que avisar os beneficiários de qualquer maneira.

P/Voz não identificada – Então o que a gente está dizendo aqui é que a renovação do contrato ela tem que ser feito pelo menos 60 dias antes do... Ou pelo menos o aviso...

P/Marta – Em você tendo intenção de rompimento naquela data, ela tem que ser comunicada com 60 dias.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – É porque pode ser o descredenciamento no vencimento, mas tudo bem, Descredenciamento porque acabou o contrato e eu não vou renovar, ou porque eu quero romper.

P/Paulo – (intervenção feita fora do microfone). Eu obviamente que eu vou abrir o bico, eu vou pular fora, então tem que ter muito cuidado, porque tem que ter uma regra para isso. Se a falta de pagamento for seletiva, tem que ter punição imediata para a operadora. Se vocês pensam que isso não é de outro mundo, não é desse, para depois dizer “foi ele que pediu para sair”, é desse mundo, aconteceu comigo. Só que eu já vinha do COFIS, fiz uma gritaria e resolveu o problema. Mas isso não é uma coisa excepcional não. Segundo, a suspensão com __ 60 dias a gente vai pagando. Porque se o individuo parar de pagar, como é que eu vou ficar? Eu já estou atrasado 60, já produzi 17, 30 e produzi, 30 estou produzindo enquanto vou receber esse ____, eu vou ficar mais 60 sem receber? Vou quebrar. Então eu não estou aqui fazendo nenhuma proposta, eu quero que vocês estudem isso, porque tem que ter alguma vedação para esse tipo de coisa.

P/Marta – Ok. Sinval e Cris.

P/Sinval – Eu acho que vou ter que devolver o microfone para o Paulo, porque a gravação ficou prejudicada porque o microfone não estava funcionando. Paulo

P/Marta – Não, estava sim.

P/Sinval – Ah tá. É Sinval do Sinog. Então, eu queria que, se fosse possível ser estudado uma possibilidade de contemplar ai nesse item, já que nós estamos falando de equidade aqui, de contemplar proteção a todas as partes, e eu estou vendo que é uma coisa que é muito frequente nas operadoras, não sei se nas médicas, mas nas odontológicas acontece assim, que quando precisamos descredenciar avisamos no prazo previsto e tudo mais. Quando o profissional precisa ser descredenciado, nós só sabemos quando ele para de atender. Então, que seja contemplado ai neste item, que a penalidade só poderá ser aplicada se houver um pedido de descredenciamento por escrito do profissional prestador.

P/Marta – Gente, mas olha só, para mim isso está ali olha, é vedada a suspensão do serviço antes da efetiva rescisão contratual, então o prestador está te avisando com pelo menos 60 dias que ele quer sair.

P/Sinval – Mas ele não avisa. Eu estou dizendo se eu não receber e souber através do beneficiário que ele não está atendendo.

P/Marta – Exatamente, ai está lá nas regras que ele não cumpriu essa vedação que era obrigatória, ok?

P/Sinval – Tá. Então...

P/Marta – Tem que ter penalidade dentro do contrato.

P/Sinval – Não, veja, eu estou dizendo que se a operadora não receber por escrito a comunicação do prestador que ele está pedindo descredenciamento, a operadora não está obrigada a atender a penalidade, a cumprir a penalidade da agência se for o caso. Ah você não avisou o beneficiário que fulano de tal foi descredenciado, mas eu não vou ceder a comunicação por escrito a esse profissional.

P/Marta – Você está falando da comunicação ao beneficiário?

P/Sinval – Não.

P/Marta – É isso...

P/Sinval – Eu estou falando, veja bem Marta. O profissional para de atender. Ele resolveu não atender mais. Isso é muito comum.

P/Marta – Isso. Ai você soube pelo beneficiário

P/Sinval – Eu soube pelo beneficiário.

P/Marta – Como é que você vai cumprir os 30 dias da lei para comunicar, é isso?

P/Sinval – Isso, isso.

P/Marta – Você vai comunicar, você vai provar que você não sabia e você vai comunicar exatamente no momento que você soube,

P/Sinval – Mas eu preciso ter isso por escrito.

P/Marta – Ok.

P/Sinval – E se ele se negar?

P/Marta – É lá na comunicação gente, alguém anota para mim, por favor.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Sim, sim, mas ele está falando de um outro item lá na frente.

P/Sinval – É porque o profissional, aí você vai ligar para ele, ele fala assim, “ah não estamos atendendo mesmo não”, e aí? “Então você manda um comunicado por escrito”, ele não manda, e aí?

P/Marta – Mas olha só, você viu que aquele cara não está mais atendendo, certo? Você vai comunicar naquele momento que ele se descredenciou e você não sabia. A gente vai botar lá que ela tem que saber em 60 dias, mas se ela não souber é naquele momento que ela soube, e aí ela também vai substituindo aquele momento, pronto.

P/Sinval – A partir daquele momento.

P/Marta – Ok gente, ok. Aí gente a gente chegou no último slide. Aí Cris Desculpa... Cris e o Eduardo (risos)

P/Cristiana – Bom, a gente tem o que vai estar previsto no contrato com aviso de 60 dias, mas eu gostaria que a gente acrescentasse também as situações em que o prestador não comunica com essa antecedência e aí, se por acaso houver prazo inferior, que ficasse responsabilidade do prestador, comunicar ao beneficiário que ele não está mais atendendo, exclusivamente nos casos de agendados.

P/Marta – É assim, isso daí vai ter que ser uma cláusula do contrato de vocês, porque eu não posso falar assim “prestador você tem que fazer isso”, então assim, isso daí vai ter que ser do contrato de vocês, de qualquer maneira não exime a tua obrigação de na hora do conhecimento comunicar e ter aquele prazo. Agora, o que, aqui a gente está botando vedação. Como é que a gente transformaria isso numa vedação. Pensa aí. Eduardo. Acabou Cris?

P/Cristiana – Não, tinha algumas coisas, mas é porque agora na linha da vedação não sei como eu vou me argumentar. Mas um item que a gente havia sugerido, é que também o contrato contivesse a autorização do prestador para que a gente pudesse divulgar a qualificação do mesmo até para atender as normas da ANS, do _____. Eu também não sei como colocar isso como vedação.

P/Marta – É, isso daí é claramente uma das cláusulas contratuais que você vai botar no teu contrato, não é?

P/Cristiana – Sim, certamente colocarei.

P/Marta – Agora, como é que a gente transforma isso... É muito mais uma cláusula do que uma vedação.

P/Eduardo – Olha Marta, bem simples, só para não polemizar tá. É rapidinho. É questão de ser literal realmente, vedada a suspensão dos serviços contratados antes da efetiva rescisão do contrato, bem como a adoção de qualquer medida que dificulte o acesso do beneficiário ao serviço. Porque a gente sabe que existe, mas eu gostaria de ser literal nesse ponto.

P/Marta – Ok. Foi Renata? Vou trocar o slide, deixa a Renata escrever.

P/Voz não identificada – Para colaborar com o colega, bem como dificultar o acesso não ao beneficiário...

(intervenção feita fora do microfone)

P/Voz não identificada – Dificultar o acesso do cumprimento do contrato, porque ai serve para as duas partes.

P/Marta – Ok.

P/Voz não identificada – De acordo?

P/Marta – A gente vai melhorar essa redação que está esquisita, mas a gente entendeu o espírito dos legisladores. Desculpa tá Renata? Outras vedações. Alguém ainda quer falar Cris? (risos)

P/Cristiana – É uma sugestão de vedação para a utilização de agendas com prazos de marcação diferenciados, e qualquer outra discriminação ou diferenciação quando a gente está falando do paciente particular e do paciente do plano.

P/Marta – Ok. Isso já tem uma... É, fala ai procuradora.

P/Jaqueline – Não, é porque o que a lei veda é a diferenciação de beneficiários de operadoras, correto? E não o particular com...

P/Marta – Mas ai a gente pode colocar vedação do... A Luciana está falando fora do microfone, que se você quiser colocar isso além no seu contrato, ok, mas que aqui a gente pode colocar a regra que já está valendo, a lei que está valendo que é entre, mas a gente coloca. Coloca ai Jaque para a gente acrescentar. Pode gente? Ui. (Fôro?), que agora eu aprendi a falar. A gente tem que tomar uma decisão. Ou a gente deixa a decisão para ser tomada contrato a contrato. Mas tem que ter um.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Isso faz diferença quando é uma empresa que tem contratos nacionais, ela tem sede em São Paulo e o prestador está no Maranhão.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Paulo... A gente tem dez minutos para sair da sala.

P/Paulo – Não. Isso é uma coisa de uma simplicidade que não cabe discussão. Já teve colega acionado por uma seguradora em São Paulo, ele recorreu lá e o juízo mandou o fórum para Belém. Deixa eu explicar para vocês o seguinte, como é que vocês vão querer que um cara que está no interior do Pará, eu estou dando um exemplo hipotético, não aconteceu. Vou inventar um nome, o Joaquinzinho lá, que atende clínica médica no interior do Pará, ele aciona o Bradesco em São Paulo. Existe essa possibilidade? Mas o contrato diz que o fórum é São Paulo, ou seja, o contrato está impedindo ele de agir judicialmente. Então esse é o raciocínio da justiça. O contrato tem que ser, o fórum, presta atenção, é muito diferente. Vamos a um outro exemplo, Bradesco, eu atendo Bradesco, não tenho problema com Bradesco, mas vamos lá. O Bradesco tem um relacionamento com o laboratório Paulo Azevedo. O laboratório Paulo Azevedo é circunscrito ao estado do Pará, tá certo? O custo para o laboratório Paulo Azevedo acionar o Bradesco em São Paulo é liquidante, diferente do Bradesco se ____, porque tem setor jurídico em Belém. Vamos a outro exemplo, presta atenção. O fleure é mais prático em São Paulo, tem uma rede nacional. Quando o prestador for local, tem que ser o fórum daquele local. Isso aí é impedir que vá para a justiça ser diferente disso. É impedir o direito dos (ininteligível), porque ele não vai ter que entrar na justiça de São Paulo contra uma empresa dessa natureza. Isso é claro, eu acho que não dá para perder tempo com isso.

P/Marta – Ok. Temos Benício e o Ricardo, que agora até ela escreveu Eduardo (risos).

P/Benício – Não, estou contemplado com a defesa do Paulo.

P/Ricardo – Bom, de novo, eu vou perguntar a doutora Marta e a procuradora se o foro está contemplado ____...

P/Marta – Ela acabou de olhar para mim e falar assim “pula isso porque isso não está contemplado na lei”... A gente só colocou aqui porque chegou demanda disso. A gente pode pular dentro dos princípios iniciais, mas eu não acho desimportante, tá. Então eu vou pensar o que eu vou fazer com isso.

P/Ricardo – Então eu vou prosseguir nas minhas sugestões.

P/Marta – Não, já tirei daqui das cláusulas obrigatórias. Eu vou pensar como que a gente faz com isso.

P/Ricardo – Então vou deixar uma sugestão, última coisa. Se não for livre iniciativa, utiliza-se muito, meu professor de direito o Toro pode falar, chama foro trocado, tá? Eu acho que o foro trocado é uma solução.

P/Marta – Fôro trocado, o que é isso? Tenho até medo de saber.

P/Ricardo – Uma operadora de São Paulo e uma operadora de Minas, uma prestadora de minas. Se a operadora for a demandante, eu tenho que ir até o foro do demandado que seria o prestador em minas. Se o demandado for a operadora o prestador tem que vir até a São Paulo ____.

P/Marta – Ah achei bonito isso de foro trocado.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Paulo – Eu queria dar exatamente o foro trocado, para evitar a ação contra a operadora. Como é que o indivíduo que lá em Paraopebas vai demandar o Bradesco em São Paulo?

P/Marta – Mas não é ao contrário?

P/Paulo – Não, não.

P/Marta – Ah é quando você quer acionar o outro, você faz no do outro?

P/Paulo – O que ele quer é liquidar de vez.

P/Marta – Calma Paulo, eu estou tentando entender. Nunca tinha ouvido falar em foro trocado.

P/Ricardo – (intervenção feita fora do microfone – trecho inaudível). Então eu tenho que demandar a minha ação no seu foro em Minas.

P/Marta – Ah, eu gostei destrocado, não tem não?

P/Ricardo – Não, destrocado é foro privilegiado eleito entre as partes da livre negociação.

P/Marta – Tá bom. Gente vou pular. A gente vai pensar o que vai fazer com isso. Esse daqui, olha gente, beleza, na hora. Esse daqui é o que a gente queria fazer os combinados com vocês. A gente tem duas reuniões já agendadas, uma dia 04 de novembro que a gente vai fazer sim em microgrupos, não tão micros, mas em grupos, por quê? Essa reunião vai ter uma parte dela que a gente vai conversar todo mundo junto, que a gente vai falar sobre definições, sobre ano calendário, sobre quando couber, sobre a regulamentação desse artigo. E depois ela vai ter uma parte separada em

grupos quando a gente vai falar da aplicação do índice, porque a gente vai falar da aplicação do índice dos desiguais nos desiguais. Então a gente vai falar uma sobre hospital, uma sobre clinica, e uma sobre prestadores que simulam pessoas físicas. Então uma de hospital, outra de ACDT e a outra de consultórios que fica mais fácil. Além disso a gente vai falar de contratação tácita. E no dia 11 de novembro a gente vai trazer as redações de tudo isso que a gente discutiu aqui para uma audiência pública, onde outras pessoas vão poder opinar no trabalho que a gente está fazendo ok? A gente tem algumas pendências, tem a pendência da Denise que está no meu coração, o que a gente vai fazer com as pessoas que estão marcadas. Tem a definição de porte que é super importante que a gente não conseguiu mesmo, apesar de muito custo, se vocês conseguirem ajudar a gente nisso para critério de equivalência. Tem a definição do X lá na definição de redimensionamento de carteira, avaliar o envio do SMS ou do email com autorização do beneficiário, rede indireta, substituição em caso de ausência de prestador na região. Temos essas pendências que precisamos resolver até o dia 11 de novembro. Alguém lembra de alguma outra pendência além da que me toca o coração, da Denise que eu vou acrescentar aqui?

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Isso, tem alguma coisa que ficou de fora? Porque a gente precisa colocar aqui porque os combinados vão ser externalizados. Renata, você podia colocar ali no final “como comunicar aos beneficiários que já tem agendas nos prestadores descredenciados, ou em tratamento”, só para a gente lembrar, tá? Se ninguém falar mais nada, é mais nada em gente. É isso aí. Dia quatro é o dia inteiro de novo Cris.

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – Para melhorar

P/Márcia – Solução de curto prazo para os casos em que o CNES não estiver atualizado ou ____.

P/Marta – Ah tá, vamos colocar ali. Bota aí Renata casos onde o CNES não está atualizado. Eu achei que estava ali em ausência de prestador, mas não está porque são duas coisas diferentes. A gente vai ter que dizer o que faz.

P/Voz não identificada – Outro item que a gente também havia solicitado, é o caso das exceções que vocês tem o posicionamento nesse momento de que exceções não estariam previstas na lei, mas que a gente gostaria de poder oferecer alternativas.

P/Marta – Assim, isso daí a gente trouxe a sugestão já fechada da discussão. A gente pode reanalisar de acordo com material que chegue tudo que foi aproveitado. Mas não está aqui como pendência, está lá no slide da discussão

daquilo. Então não é só as pendências, tem que olhar toda a apresentação. Agora, tem alguma coisa que tenha ficado de fora da apresentação ou das pendências? Fechamos?

(intervenção feita fora do microfone)

P/Marta – A Jaqueline está avisando que é para vocês ficarem atentos no local, porque não necessariamente vai ser aqui, porque a gente precisa achar um lugar com várias salas. Então é só para ficar atento na hora que a gente mandar o lugar.

P/Voz não identificada – Marta, a questão da rede indireta, substituição.

P/Marta – Então, ali olha, avaliar rede indireta e substituição. Foi? Obrigada gente, todos vivos, sexta feira... Bom final de semana, até o dia 04.