

Arquivo: ans\_05dez14\_tarde

Transcrito por: Mariana Rosa Morêto

**P/Martha** – Vamos lá gente, artigo 13. Bota no 13 Renata... Oi Luceno... Vamos lá, artigo 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem estar expressos, eu acho que é melhor do que ser expressos... Calma aí, são duas coisas diferentes. Você quer falar Dri, da cláusula? Eu acho que a gente podia botar no 12, embaixo do 12, deve haver previsão sobre possibilidade ou não de exclusão ou alteração?

(intervenção feita fora do microfone – trecho ininteligível)

**P/Martha** – Não, aí eu acho que é exclusão de procedimento, não importa o por que. Deve haver previsão sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão, eu acho que tem que ser exclusão ou inclusão de procedimentos nos serviços contratados, ponto. Olha só gente, o que eu estou escrevendo é o seguinte, tem que haver a previsão sobre a possibilidade de exclusão da alteração, e aí tem que ter as regras para a alteração desse serviço. Fala no microfone Mônica. Ok? Pronto. Então vamos lá. Posso botar esse? Então vou ler de novo, é no oitavo que a Lucila está falando, Renata desculpa. Deve haver previsão sobre a possibilidade de exclusão e/ou inclusão de procedimentos e a forma como se dará. É isso? Ok. Durante a vigência do contrato... De novo Renata, deve haver previsão sobre a possibilidade de exclusão e/ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato e como será sua forma.

**P/Voz não identificada** – Negociada entre as partes...

**P/Martha** – Isso é um contrato entre duas partes...

**P/Voz não identificada** – Não, porque a minha preocupação é que há exclusão, mas não necessariamente pode ter sido acordado.

**P/Martha** – Gente, olha só, eu não estou dizendo o que pode, eu estou dizendo que tem que haver a previsão no contrato sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato. Vai ter uma cláusula que vai dizer como é que é isso, entendeu?

**P/Voz não identificada** – Martha, então você não pode falar assim, deve haver previsão no contrato sobre a possibilidade...

**P/Martha** – Mas é no contrato...

(vozes ao fundo)

**P/Voz não identificada** – Como a Mônica disse, isso já é algo previsto no contrato. Por que quê a gente está... Não é? Porque teoricamente toda inclusão ou exclusão de procedimento vai ser negociada.

**P/Martha** – Isso.

**P/Paulo** – Hoje eu não posso mais fazer o mielograma. Eu mando uma carta para todos os \_\_\_\_ dizendo que eu não posso fazer o mielograma, e ai ninguém me responde.

**P/Martha** – Tá, só que ai vai ter uma cláusula no contrato dizendo que se ele não te responder em 30 dias, aquele procedimento está excluído. É isso. A gente está dizendo que vai ter uma previsão...

**P/Paulo** – Ai eu vou negociar essa cláusula com ele, se é 30, 60, 90, 120, 150 dias, certo?

**P/Martha** – Isso, beleza. Ok?

**P/Paulo** – Porque ele não tem outro jeito, vai ter que ser assim.

**P/Martha** – Ok. Artigo 13.

**P/Lucena** – Martha, dá licença eu fazer um comentário? Lucena da CNS, por favor. É que nós, durante esse recesso de almoço agora nós fizemos uma revisão na legislação e não encontramos aquela legislação que você citou e que da embasamento ao artigo 11, porque há uma junção na descrição que mistura médica com hospital e clinica. Então a opção aqui seria, ou excluir o A e B ou colocar alguma coisa especifica para o médico, no tocando aquilo que ele pode ou não pode fazer de acordo com a 1956 do CFM. Porque do jeito que está, está confuso.

**P/Martha** – Ok. Artigo 11 parágrafo primeiro e segundo é o que ele está falando, esta ali sobre a cobrança de OPME, sejam faturados e separados, isso ai não tem problema nenhum, a gente está dizendo qual é a regra do contrato e ele está falando especificamente do parágrafo segundo que deve haver previsão expressa de que é vedado estabelecer margem de comercialização. Eu prometo para vocês que eu vou procurar essa regulamentação, na época que isso foi feito lá atrás, isso daqui estava na IN49, na 241, era antiga. Na época que isso foi escrito, isso foi discutido, eu participei da discussão, existia alguma coisa do conselho, que tudo bem, vocês não estão achando, eu posso tentar resgatar na época como isso foi discutido. Agora, isso está em vigor hoje. Eu estou revogando a norma que está em vigor e estou trazendo para cá.

**P/Lucena** – Sim. Ela só não envolve hospitais, clinicas, estabelecimentos de saúde. Ela está em vigor, é do CFM, 1956 de 2010, mas não envolve os

estabelecimentos. Portanto, é bom ter essa separação para que não haja depois uma má interpretação e a utilização indiscriminada de um parâmetro que não é para hospitais e clínicas, e está sendo utilizado genericamente uma vez que a contratualização é genérica.

**P/Martha** – (ininteligível) que a do CFM só serve para pessoa físicas, que não serve para consultório, é isso?

**P/Lucena** – Sim, essa regulação é específica. Eu inclusive consultei o CFM agora, tem aqui a sua esquerda a frente o doutor Salomão que é conselheiro do CFM, que também ajudou a fazer essa consulta, e não há no momento, legislação que fale nada além de médico.

**P/Martha** – Tá, então se for isso eu vou reler e aí eu vou fazer uma consulta formal CFM, para tentar entender se o que o CFM quis dizer na época era para médico pessoa física, ou se isso servia também para instituições de saúde, tá bom?

**P/Voz não identificada** – Martha, na verdade é sobre esse mesmo assunto. Eu acho que o problema é que esses parágrafos eles não estão relacionados ao capte, acho que isso que pode estar dando a confusão. Eu acho que eles tinham que estar a parte do capte do artigo 11, um artigo diferente. Porque a 241 ela tratava especificamente sobre medicamentos de uso restrito, e eu acho que isso que pode estar dando a confusão, separada do artigo que é uma norma genérica.

**P/Martha** – Tá bom, boa contribuição. Você marca isso aí Renata, por favor.

**P/Roberto Velasco** – Roberto Velasco, FBH. Martha, foi com profunda estranheza que nós da FBH recebemos essas inclusões desses parágrafos no artigo 11. Na minuta que nós temos em mão isso não existia. Como você deve ter ouvido o Luceno expor, isso aí não está previsto em nenhuma resolução do conselho federal de medicina, que se refere única e exclusivamente aos médicos. Portanto, a FBH não pode concordar de maneira nenhuma, com a redação que foi dada a esse parágrafo segundo. E a nossa sugestão é que ele deva ser retirado.

**P/Martha** – Ok. Luiz você quer falar?

**P/Luiz** – Quero. Inclusive essa questão que foi discutida durante os nossos encontros aqui na câmara técnica, o pessoal falou de migração de margem, a migração de margens é justamente você retirar essa margem que existe hoje sobre essa questão e passar para diárias e taxas que é o que a gente vem discutindo e gostaria de discutir mais a fundo. O que não pode é só retirar essa margem sem passar nada para diárias e taxas. O efeito disso é basicamente quebrar todos os hospitais do país.

**P/Martha** – Gente, olha só, eu só queria de novo falar o que eu acabei de falar. Essa norma está em vigor. Vocês todos estão falando no microfone que a norma que está em vigor ela está no lixo. Só para a gente tomar um pouquinho de cuidado. E quando a gente fala, e aí eu queria que o CFM também se posicionasse, o Adriano está inscrito, quando a gente fala uma coisa para o médico, eu entendo que é para o ato do médico, independente se... E eu estou falando enquanto consulta com uma médica. Se aquele ato daquele médico é uma coisa eu médica, ou eu médica dentro de uma instituição de saúde. Eu interpreto isso de uma maneira igual, não deixa de ser o meu ato médico independente se eu estou sozinho, ou se eu estou dentro de um hospital ou de uma clínica enfim. Então isso também me confunde. Eu posso até tirar, eu só estou falando o seguinte, isso está em vigor hoje.

**P/Luiz** – Se pode até tirar eu recomendo que tire então.

**P/Martha** – Quem é que tinha levantado a mão gente? Eu me perdi. Adriano.

**P/Adriano** – Só para contribuir, dia... Eu levantei agora na internet até para a gente ter facilidade. De 21 de dezembro de 2010, margem de comercialização, de medicamentos de uso restrito a hospitais e clínicas. Após a edição e publicação da decisão CMED número três proibindo a cobrança da margem de comercialização, ou então tem... Só para dizer que tem publicação para depois você ir atrás do...

**P/Martha** – Qual é o número Adriano?

**P/Adriano** – É eu vou tentar depois... Está CMED número três, 03. Só para ficar, depois teve uma tentativa liminar dos hospitais que foi cassado posteriormente aqui a...

**P/Martha** – Ok. Está claro de onde isso saiu? Olha só, e aí gente, deixa eu só falar uma coisa, mesmo que a gente tire daqui que isso não seja uma regra entre contrato em vocês, vocês estão \_\_\_\_ em um problema na regra da ANVISA.

**P/Voz não identificada** – Vamos repetir aqui? A CMED 03 existe e a 241 também está em vigor. Então neste ponto estamos empatados. Segundo, não existe a legislação específica que envolva hospitais quando ela é feita para médico. E isso eu sugiro que você faça consulta ao CFM, e ao mesmo tempo se ao colocar isso aí, você elimina a 241, então você retira oportunidade de cobrar as taxas de serviço sobre tudo que acontece com medicamento. Então eu sugiro que veja bem fácil esse balanço entre essas coisas para conseguir verificar se o contrato vai melhorar a relação com o prestador ou vai desequilibrar mais ainda essa balança. Porque no momento ela ainda pode ser

equilibrada com a 241. No momento que a 241 não mais existir e existir este parágrafo ai, nós vamos estar desequilibrando o sistema.

**P/Spigolon** – Spigolon da Confederação das Santas Casas. Só para reforçar as falas anteriores, eu concordo integralmente, também é uma duvida até porque a gente passou antes a minuta que recebemos, não havia essa disposição, e voltei agora a falar com os nossos advogados, é inaceitável, acho que a situação realmente traz um desequilíbrio que trará prejuízos seriíssimos para a rede em todo o país.

**P/Martha** – Eu vou só repetir enquanto ela pega o microfone, pode pegar. A gente não colocou porque a gente esqueceu, e ai a gente fez de novo a revisão de estudo que a gente estava revogando, a gente viu que a gente tinha esquecido isso, e a gente colocou. Tanto que estava em vermelho. Pode falar.

**P/Máisa** – Máisa de São Paulo, hospital Albert Sabin, quanto a informação sobre a CMED, foi proibido que os hospitais praticassem o PMC, que é Preço Máximo ao consumidor. O índice de comercialização então mudou de preço fábrica, mais percentual, que é o que a grande maioria dos hospitais, e eu já negocieei em rede nacional, pratica hoje. Então não dá para deixar esse texto dessa forma tirando essas margens. Porque a operadora com essa cláusula ai, vai simplesmente sabatar o prestador que não vai ter o que fazer e vai ter um colapso na rede, é só isso.

**P/Martha** – Gente olha só, eu acho grave demais. Será que só eu acho grave o que está acontecendo aqui dentro? Estamos sendo gravados, esse áudio vai para o site, não é isso? Então tudo bem, a gente tira o artigo, eu vou tirar o artigo. Mas vocês saibam que a CMED 03 está valendo, e eu vou fazer a consulta para o CFM para tentar interpretar essa diferença de prestador para operador, e quando a gente tiver isso, a gente publica uma norma sobre isso. Específica já que em janeiro do ano que vem a gente vai discutir OPME, e ai isso pode ser o primeiro artigo da resolução.

**P/Adriano** – Desculpa Martha, Adriano UNIMED do Brasil, mas de parte nossa eu acho que a gente tem que ter isso previsto. Os hospitais tem que passar a não ter a sua lucratividade baseada em comercialização e materiais de medicamentos. Isso tem que existir, não é consenso esse processo. Lógico que a ANS tem o poder de tirar e de colocar, não é isso. Mas na nossa visão, vou passar a palavra para o doutor Toro aqui, mas tem que existir essa regulamentação.

**P/Martha** – Eu concordo com você Adriano. A minha única ponderação é, eu quero reescrever isso com o texto da CEMED, e com o parecer do CFM, porque ai eu acho que a gente ganha um pouco de potencia.

**P/Toro** – É, eu pela UNIDAS, eu gostaria de defender justamente a manutenção do parágrafo pode ser talvez como uma outra redação, e eu penso e entendo perfeitamente a posição dos que me antecederam, mas eu penso que nós como mercado e ainda mais se tratando de uma relação entre hospitais e operadoras que tem um equilíbrio maior, nós mesmos constatamos quando fizemos aquelas divisões em separado, que a relação entre hospital e entre operadora é uma relação mais equilibrada. Claro que nós precisamos repensar essa questão de margem de comercialização. A margem de comercialização, faz com que os hospitais de prestadores de serviço virem fornecedores, na verdade, de medicamentos, \_\_\_\_\_ e próteses. Deveriam até ser tributados pelo ICMS e não pelo ISS. Então essa questão que teve lá no passado, claro que precisa ser repensado, precisa rever eventualmente a questão de diárias e taxas, mas eu entendo que o regulador, além de regular, ele também doutora Martha, induz comportamentos, e eu acho que seria muito importante para a maturidade do mercado, que tenha efetivamente essa restrição, pode até estabelecer um prazo ou coisa parecida, mas não é possível que o mercado trabalhe com margem de comercialização distorcendo inclusive o próprio conceito e prestação de serviço, que tem que ser discutida de áreas e taxas, essa é a essência da prestação de serviço, inclusive ficar mais fácil para todo mundo até a própria auditoria, uma serie de distorções que nós vemos desse mercado, é em decorrência dessa questão de margem de comercialização. Eu acho que isso vem para o bem do setor como um todo, independentemente de qualquer partidarismo que possamos ter aqui.

**P/Martha** – Eu também acho. Eu vou passar Luceno e Leonardo, eu só queria de novo reforçar, que isso não sumiu para sempre, está aqui na minha listinha, eu vou resgatar o texto inteiro da CMED, vou fazer a consulta para o CFM e a gente vai resgatar isso de uma forma organizada. Agora...

**P/Voz não identificada** – Se houver um resgate da CMED 03, não desabilite a 241. Segundo...

**P/Martha** – Se eu não desabilitar a 241, isso está valendo agora, é essa redação que eu botei aqui.

**P/Voz não identificada** – É, ela está valendo agora. Se você reabilitar a CMED 03 neste texto, você tem que inserir parte da 241 ai, como mecanismo compensatório que a própria agência criou, não fomos nós, para a manutenção do status. E segundo, durante quatro anos se discutiu sobre migração de margens de áreas \_\_\_\_, aluguéis e não se conseguiu conclusão junto com as operadoras. Então o assunto não está passando em branco. Durante quatro anos existiam grupos de trabalho com dois documentos assinados que não conseguiu chegar a \_\_\_\_.

**P/Martha** – Ok. Eduardo, e a gente passa para o próximo.

**P/Eduardo** – O Lucena se antecipou ao que eu ia dizer, e realmente a federação e as outras entidades trabalhamos muito para retirar esse problema de margem de comercialização, estamos de acordo aqui com o que o doutor Toro fala, que o nosso negócio é de áreas e taxas, não é ganho em cima de diferença de material. Nunca foi. Tivemos e participamos durante dois, três anos dessa câmara técnica com inúmeros técnicos da ANS que sabem que há essa necessidade. Infelizmente essa câmara não chegou ao seu contexto final de mudar o modelo de remuneração e essa mudança tinha, por finalidade acabar com essa mudança polêmica. Então a minha preocupação é que um texto desse jeito com a precipitação possa trazer tumulto para o mercado. Então a sua sugestão de retirar e voltar isso é por nós muito bem aceita.

**P/Martha** – Eu só acho que não é uma precipitação (risos) eu estou voltando atrás inclusive no que está em vigor hoje, ok? Está todo mundo ciente disso. E ai eu estou fazendo isso, por quê? Porque eu acho que a gente precisa andar para frente, o que está em vigor hoje precisa entrar com mais vigor. E ai eu vou fazer essa consulta para o CFM, vou resgatar o texto da CMED, e a gente volta com isso com uma redação melhor, e que ninguém pegue o microfone daqui a três anos para falar que isso existe há três anos, mas eu não posso botar daqui para frente, não é isso gente? Artigo 13. 12 já passamos, você quer falar mais alguma coisa Márcia? Gente já ultrapassamos, almoçamos, comemos feijoada, ficamos todos felizes... (risos)

**P/Márcia** – Feijoada não da amnésia, é casca de queijo que dá entendeu?

**P/Martha** – Então gente, no próximo GT é casca de queijo, a Márcia está falando aqui para a gente.

**P/Márcia** – Pelo menos quando eu era pequena minha mãe falava “não come a casca do queijo não, que \_\_\_”. Então, o que nós falamos, é prejudicial tanto para as operadoras do ponto de vista operacional, quanto do ponto de vista para os médicos e demais profissionais de saúde, que terão os seus contratos, como se fala ai, reajustados na data do aniversário, que eu estou levantando essa questão. Passados 90 dias, a partir de primeiro de abril, serão feitos os reajustes. E a parte do \_\_\_\_\_, como dizia o Odorico Paraguaçu, para trás mente se faz um pró-rata, entendeu? Porque isso fica mais fácil operacional, tanto para a operadora que não vai ter que fazer não sei quantas operações para... Têm operadoras que tem cinco mil cooperados, tem outra que tem 3500 credenciados, e o outro lado, para o médico e para os demais profissionais de saúde eu posso falar isso, fica...

**P/Martha** – Gente, vamos deixar ela falar, quem quiser se inscreve...

**P/Márcia** – Bom, se vocês quiserem, eu negocio com as operadoras há 20 e tantos anos, então já vi várias propostas. Primeiro que não são aceitas por uma

das partes, como, por exemplo, eu vou fazer o reajuste do ano um, 12 avos a cada mês. Eu já ouvi isso, e existe gente com duas pernas e dois braços que já falou isso para mim, na minha cara. Então, você ter um reajuste de um, 12 avos porque a sua carteira ela vence ao longo do ano \_\_ empresas diferentes, eu acho complicada a simetria da nossa relação. Então, para que seja uma coisa tão boa para um lado quanto para o outro no ponto de vista operacional, até porque o médico não consegue com oito, três, seis, dez convênios, ou até os prestadores pessoas jurídicas, controlar oito, nove, contratos com operadoras com datas diferentes e com valores diferenciados. É isso. Eu posso ter um valor, entendeu? E eu acho o seguinte, eu não estou falando só no meu nome não, acho que os profissionais de saúde que trabalham de forma autônoma em consultórios isolados, eu acho que eles têm esse problema entendeu? Porque é a parte mais fraca desse elo todo.

**P/Martha** – Tá. Eu só queria ponderar uma coisa antes de vocês começarem a se inscrever. Eu já tenho um parecer jurídico com a definição da ANS de como vai se dar isso. A gente pode ficar a tarde inteira discutindo isso aqui, mas o meu parecer já está pronto. Vou falar de novo, o parecer jurídico diz que: a gente aplica o reajuste na data do aniversário, e que, eu negocio nos três primeiros meses. Isso está escrito, dificilmente eu vou conseguir mudar esse parecer jurídico, esse é o entendimento da leitura da lei. A gente vai ter intercorrências jurídicas, a gente vai ter recursos jurídicos. Eu tenho que ter o meu parecer jurídico para me apoiar na minha tomada de decisão, e essa é a minha tomada de decisão. A gente tem opiniões polarizadas aqui, eu entendo cada uma das partes, mas a gente pode ficar a tarde inteira discutindo, eu já contei para vocês em várias reuniões, desde a primeira, aliás, eu contei para vocês como que é o entendimento jurídico da agência, se vocês quiserem a gente pode ficar a tarde inteira discutindo isso.

**P/Paulo** – Vamos passar. Eu queria falar um minuto.

**P/Voz não identificada** – Vamos para frente...

**P/Martha** – O Toro estava inscrito...

**P/Toro** – Martha, vamos encerrar essa discussão, vamos para frente, e fica registrado que os prestadores de serviços discordam dessa decisão.

**P/Martha** – Concordo, não tem problema.

**P/Paulo** – Martha, eu queria botar duas coisas. O departamento jurídico nosso eu consultei e disse a mesma coisa que o de vocês. Não é uma questão da minha opinião, é mais ou menos a tua situação, não é a tua opinião. Restou uma dúvida que precisa ser esclarecida aqui e que a agência tem que



esclarecer nos papéis. Os contratos datados de janeiro, fevereiro e março, tem que ter reajuste porque não tiveram ano passado.

**P/Martha** – É, a gente também está empacadinho com isso. Esse janeiro, fevereiro e março, a gente tem uma opinião, a gente está tentando chegar nesse lugar, a ideia que a gente está tentando levar é como se fosse o próprio reajuste da agência, mesmo que você libere depois, aquilo ali está dentro da vigência da lei, mas enfim a gente vai escrever isso. A gente vai resolver isso.

**P/Paulo** – Tá bom, obrigado. Porque já me questionaram sobre isso várias vezes.

**P/Martha** – É, a gente também ficou com isso na cabeça.

**P/Voz não identificada** – Duas questões simples, a primeira lembrando que apenas esse período e negociação de 90 dias, se aplica somente aquelas situações onde o contrato não tenha previsão. A regra é para que o contrato tenha previsão, ou que mesmo seja livre negociação, que tenha algum índice alternativo, quer dizer, a excepcionalidade é que deve ser essa, não na verdade deve ser essa regra.

**P/Martha** – Estamos já falando da outra RN?

**P/Voz não identificada** – Isso. E aí só voltando, até peço desculpa, me faça a manifestação do doutor Eduardo, quando vocês forem rever a regra anterior com referencia, a parte da 241 para mim é incontestável e já tem uma norma de vigor. Mas a questão das \_\_\_\_ prótese, poderia até ser admitido um período onde teria, vamos dizer, a extinção da margem de \_\_\_\_\_ dentro de um determinado período, justamente para que o mercado se compusesse. Mas volto a dizer pela manutenção da regra como apresentado pela ANS.

**P/Martha** – Ok. Artigo 13 gente, vamos lá. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamentos dos serviços prestados devem estar expressos. Doutor Salomão.

(intervenção feita fora do microfone – trecho ininteligível)

**P/Martha** – Então, a gente fez também, vou repetir para ficar gravado, ele falou que colocaria ali sendo que o pagamento deve ser feito em até 30 dias da emissão da fatura. A gente diz o seguinte, que o prazo tem que estar expresso. A gente não regulamentou o prazo, e aí eu vou dizer uma coisa que já vai servir para o item que está lá atrás. A gente fez uma consulta sobre até onde eu teria possibilidade de interferir nessa relação desse primeiro contrato aí, desse contrato entre a operadora e o prestador. Então eu vou falar um pouquinho sobre isso mais na frente, mas a gente tem uma possibilidade limitada. Não é essa possibilidade toda que vocês imaginam, então eu entrar em alguns

detalhes muito detalhe dessa regra, tudo bem que para vocês não é um detalhe, mas, enquanto uma regra de contrato, é o detalhe, é o prazo. Eu não teria algumas possibilidades. Então vamos lá. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa inclusive quanto a: hipóteses em que o prestador poderá incorrer em glosa e sobre o faturamento apresentado. Prazos para a contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa apresentada e conformidade com a legislação específica com o Conselho dos Profissionais sobre o exercício da função de auditor. Parágrafo único, prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para a resposta da operadora. Pode falar. Jura que a gente teve esse silêncio todo nesse artigo? To feliz gente, eu estou feliz.

**P/Viviane Fontes** – Olá Martha, Viviane Fontes. Tive que quebrar o silêncio, está vendo? Viviane Fontes do Conselho Federal de fono. Eu gostaria de fazer uma sugestão no inciso terceiro, inconformidade com a legislação específica, dos respectivos conselhos profissionais do prestador, porque às vezes a gente tem problema...

**P/Martha** – É, mas não tem conselho de operadora...

(intervenção feita fora do microfone)

**P/Viviane Fontes** – É, é isso que acontece, de outro prestador que não seja o fono.

**P/Martha** – Ah, você está falando do prestador que está sendo auditado. Então, mas olha só, se você tem uma regra lá dizendo que a fisioterapia que audita fisioterapia, fonoaudiologia que audita fonoaudiologia, está lá na regra do conselho. Você pode ter algum conselho que não tenha essa regra.

**P/Viviane Fontes** – Não, a gente tem. A gente acabou de publicar uma resolução sobre isso, mas o que hoje em dia está acontecendo é que às vezes as auditorias de fonoaudiologias não têm sido feitas por fonoaudiólogos, e sim por médicos.

**P/Martha** – Mas gente, olha só, vamos lá, está na sua regra está contemplado aqui. Qual é o problema? Você viu que a 241 foi ignorada até hoje, então não é porque a gente está escrevendo aqui que amanhã isso vai acontecer. A gente espera que sim, está lá na norma e a gente vai fazer de tudo para que ela aconteça. Então vamos lá, seção três, da identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora. Artigo 15, os atos, eventos e procedimentos que necessitem de autorização da operadora, devem ser expressos inclusive quanto à, 1: rotina

operacional para autorização. 2: responsabilidade do prestador na rotina operacional. E 3: prazo de resposta para concessão da autorização.

**P/Reinaldo Ramalho** – Doutora Marta, a sua gestão aqui... É Reinaldo Ramalho do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. A sua gestão aqui na seção três seria para identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa e técnica da operadora. Na realidade, fazendo algumas considerações preliminares...

**P/Martha** – De autorização

**P/Reinaldo Ramalho** – De autorização...?

**P/Martha** – De autorização.

**P/Reinaldo Ramalho** – Perfeito, ok. Algumas considerações preliminares assim, em 2009 no sentido de impulsionar utilização de práticas baseadas em diretrizes clínicas foi firmar um convênio entre a ANS e a Associação Médica Brasileira. O próprio conselho federal de medicina, na sua resolução 1642 que foi publicada em 2002, estabelece que no relacionamento das operadoras com médicos, usuários, se prevê adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades em conjunto com a NB, e a própria ANS, considerando a própria resolução 319 que foi publicada em 2013, no que tange a negativas. A minha sugestão, ou a sugestão desse conselho, seria de inclusão nessa seção, do seguinte texto complementar: atos, eventos e procedimentos que necessitem de previa autorização deverão ser em caso de negativas a sua realização e informados em prazo não superior a 48 horas, a contar da solicitação feita pelo beneficiário com a devida justificativa e obrigatoriamente assinada pelo médico auditor. A razão da negativa deverá ser fornecida em linguagem clara, com apontamento da cláusula contratual, dispositivo legal que afundamente, ou justificada nos casos onde a solicitação do evento, ato, procedimento caracterize indicação diversa das recomendações previstas pelas diretrizes ou protocolos médicos elaborados pela sociedade brasileira de especialidades, em conjunto com a ANB, quando for o caso.

**P/Martha** – Qual o problema? A gente já tem uma norma que diz que, está lá na 259, que o prazo para essa auditoria e para essa resposta, tem que se dar dentro daqueles dias que você tem para marcar aquele determinado procedimento, aquela consulta. Então isso daí diverge dessa outra norma. Qual é a proposta que eu dou? Que a gente tente colocar aqui o que tem que ter, depois a gente volta lá na 259 e vê o que está divergente do teu, porque lá ele não estabelece um prazo geral, ele estabelece para cada procedimento, qual é o prazo...

**P/Reinaldo Ramalho** – Não, aqui é para as negativas. A normativa...

**P/Martha** – Então, lá também, ela fala o seguinte, você tem que executar em tantos dias, então a tua negativa tem que se dar com todos os recursos possíveis dentro desse prazo da realização. Então, por exemplo, você tem sete dias para realizar uma consulta, se você for negar, você tem que negar, receber o recurso, dizer a resposta, tudo isso dentro desses sete dias.

**P/Reinaldo Ramalho** – A questão aqui eu acho que principal, primordial, não é no que tange ao tempo de resposta, porque eu acho que isso foi muito bem estabelecido pela ANS, a questão é, no que se fundamentar para emitir a negativa. Então eu acho que teria que ser um dispositivo legal, ou se o procedimento não está no hall, ou se não está contemplado para contrato...

**P/Martha** – Ok. Eu acho que a gente podia colocar ali, atos eventos e procedimentos assistenciais que necessitem da operadora, devem ser expressos, no contrato tem que estar expresso quais são os atos. E aí você está dizendo qual é a rotina para autorização onde eu estou mandando, qual é a responsabilidade do prestador, o que ele tem que mandar, e qual é o prazo para essa autorização? E a gente podia botar um quarto ali dizendo da forma como ele devolve...

**P/Reinaldo Ramalho** – Eu chamaria de fundamentação da negativa.

**P/Martha** – Fundamentação da negativa, ok. É prazo de resposta para concessão da autorização ou...

**P/Voz não identificada** – Doutora Martha, eu acho que isso aí é relação com o consumidor e tem uma RH sobre isso.

**P/Martha** – Calma gente, calma. Marizélia quer falar, fala Marizélia.

**P/Marizelia** – (intervenção iniciada fora do microfone - trecho ininteligível) seja para o prestador ou para o beneficiário, ela é padrão TISS. Então, se tiver que haver alguma alteração, deve acontecer no padrão TISS. Tanto na mensagem de retorno, como no conteúdo da mensagem.

**P/Martha** – Não, a ideia era só dizer que na hora que ele devolver ou não a autorização, ele vai justificar.

**P/Marizelia** – Mas já está lá. Se tiver que mudar tem que mudar a mensagem...

**P/Martha** – Não, não tem que mudar de jeito nenhum gente. É só dizer que isso daí é uma regra, ele vai justificar pelo padrão.

**P/Marizelia** – É porque em determinado momento ai eu já disse que ele tinha que seguir o que está estabelecido no padrão TISS. A negativa de cobertura já está tanto para o prestador quanto...

**P/Martha** – Mas Marizelia, a ideia deles é só deixar no contrato que a operadora tem que mandar para ele a justificativa, pelo padrão TISS.

**P/Marizelia** – Ok.

**P/Martha** – Todo mundo ok? Prazo de resposta para a concessão da autorização ou negativa fundamentada. Ou negativa fundamentada conforme padrão TISS. Gente é muita democracia, não é? (risos). Ou negativa fundamentada conforme padrão TISS. Então vamos seção cinco.

**P/Eduardo** – Martha, só um minutinho.

**P/Martha** – Ih Eduardo, desculpa, Pode falar.

**P/Eduardo** – Só acrescentar no segundo ali, Eduardo \_\_\_\_ de Comissão Nacional de Odontologia. A responsabilidade do prestador e da operadora por quê? Explico, tem rotina operacional para autorização, ok? Às vezes tem a rotina, mas a operadora não cumpre a rotina. Ela fala que sete dias, então eu tenho que cumprir a rotina e ela não.

**P/Martha** – Então, responsabilidades do prestador e da operadora na rotina operacional.

**P/Eduardo** – Que é até mais absurdo, ela que propõe a rotina e não cumpre.

**P/Martha** – Então responsabilidade das partes na rotina operacional, tá bom Renata? Então vamos lá, seção quatro da vigência do contrato e dos critérios e procedimentos para a prorrogação, renovação e rescisão. Artigo 16, o prazo... Você estava inscrito Paulo? Desculpa.

**P/Paulo** – Eu estou tentando falar há meia hora, mais uma vez.

**P/Martha** – O povo comeu muita feijoada.

**P/Paulo** – É, e aí não consegui, e ai foram passando, passando. Eu não sei se foi nesse lugar que tu disseste que devia ser discutido que eu queria uma vedação para correção em valores fixos, lembra? Que eu falei e tu disseste para ser discutido aqui?

**P/Martha** – É, não, é no 18. Esse eu estou lembrando, é no 18.

**P/Paulo** – 18? Tá bom. Eu pensei que você tinha passado, eu aqui lutando que nem um cão e não conseguindo nada.

**P/Martha** – Não. Vamos lá, da vigência do contrato, dos critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão...

**P/Voz não identificada** – O título tem que tirar administrativo, não tem? Lá em cima na seção três, no negrito

**P/Martha** – Ah tá, pode tirar. É porque ficou no título, para a gente não esquecer. A gente já está dando defeito gente, então vocês tem que ter paciência com a gente também. Vamos lá, artigo 16, o prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato, devem ser expressas, inclusive quanto a 1: prazo para notificação de rescisão, ou não renovação contratual bem como suas eventuais exceções. Obrigação de identificação formal pelo prestador, pessoa física ou jurídica a operadora dos pacientes que se encontram em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial acompanhada de laudo com as informações necessárias a continuidade do tratamento com o prestador respeitando esse giro profissional. 3: obrigação de comunicação formal pelo prestador os pacientes que se enquadrem no inciso dois desse artigo. Parágrafo único, a operadora deve providenciar o agendamento dos pacientes identificados na forma do inciso 2, em prestadores que possuam os recursos assistências necessários a continuidade de sua assistência.

**P/Doutor Salomão** – No inciso 2, obrigação de identificação formal e do prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora.

**P/Martha** – Ok. Foi Renata? Responsável... Ali no 2, obrigação de identificação formal pelo prestador ao responsável... Pessoa física ou jurídica, não tem problema, ao responsável técnico da operadora. Ao responsável técnico profissional, é esse o nome? Então vamos seção cinco.

**P/Mônica** – Parágrafo único desse artigo, a operadora deve providenciar agendamento dos pacientes identificados. O que eu entendo que a operadora possa fazer é, informar os prestadores que podem atendê-los, estão na rede para aquele produto, mas providenciar o agendamento carece de nós conhecermos a agenda dos prestadores, a disponibilidade dos segurados...

**P/Martha** – Então, a gente colocou aqui, na verdade isso daqui é o pior dos mundos para o paciente. Ele está em tratamento continuado com determinado prestador, esse prestador sai da rede, e a gente está pedindo para o prestador informar para a operadora quem está em tratamento continuado. E ai, uma coisa é a operadora falar assim, toma aqui a lista e se vira. E a outra é falar o seguinte, olha só, esses prestadores, isso é fazer a gestão de saúde, a tão sonhada.

**P/Mônica** – Mas isso que você está falando não é providenciar o agendamento na verdade...

**P/Martha** – Isso, é falar o seguinte, esse, esse e esse profissional tem esse perfil, e eu sei que eles podem te atender no prazo que você precisa.

**P/Mônica** – A gente não tem gerência na agenda dos prestadores...

**P/Martha** – Vocês fazem isso na 259 quando não tem rede disponível, não é? Providenciar e garantir para mim é a mesma coisa. Então vamos lá, a operadora deve garantir...

**P/Mônica** – E o agendamento? O problema é o agendamento.

**P/Martha** – (...) o agendamento dos pacientes identificados na forma do inciso segundo.

**P/Mônica** – Não...

(duas pessoas falam juntas – ininteligível)

**P/Martha** – Eu estou dizendo que eu acho que tem que ser um pouquinho diferente...

**P/Voz não identificada** – Desculpa doutora Marta, o que nós estamos discutindo aqui é o modelo de contratualização entre o prestador e operadora. O que a senhora está discutindo agora é a garantia de atendimento do beneficiário que é outra... Que não tem nada a ver com o modelo que nós temos da...

**P/Martha** – Já concordei. Vou tirar esse parágrafo único daqui, vou jogar lá nas disposições gerais, porque isso daqui é uma regra para mim. É entre eu e você. Ok, fechado. O parágrafo único foi lá para as disposições finais, e virou uma regra porque isso daqui virou uma regra entre operadora e ANS e não entre operadora e o prestador.

**P/Mônica** – Além disso, o que a operadora pode oferecer é ter prestadores que atendam até mesmo o reembolso, mas a agenda, a operadora não tem como garantir.

**P/Martha** – É parcialmente isso Mônica, na verdade o que a gente quer é que você garanta o agendamento.

**P/Voz não identificada** – A solução de continuidade para que ele não tenha o tratamento interrompido, mas eu acho que não poder ser a palavra agendamento porque a gente tem que garantir que ele não vai ter a interrupção do tratamento. Não ele ligando, talvez ele ligando ou a gente ligando, a

operadora ligando, não importa quem, mas de tal maneira que ocorra que ele consiga ter o tratamento continuado, porque o agendamento pressupõe que a gente tem que chegar e entregar para ele um dia e um horário para ele ir, e aí ele não pode, ele está complicado...

**P/Jaqueline** – Não, mas se ele não pode tudo bem, mas vocês garantiram.

**P/Voz não identificada** – Então, mas não é eficaz, mas isso pode interromper o tratamento dele, aí não é eficaz, entendeu?

**P/Martha** – Garantir o atendimento. Ok. Então, coitada da Renata, vai ter que voltar lá para o artigo 17.

**P/Adriano** – Desculpa então Martha, apesar que isso daí não diz respeito na relação operadora prestador, e sim operadora beneficiário \_\_\_\_, talvez se for para fazer a semântica, seria garantir a continuidade do tratamento do beneficiário, isso sim. Agora, eu volto a dizer, isso não faz parte do fórum de discussão da contratualização, e que não precisa escrever isso de novo porque já está descrito em redes soluções anteriores, que nós temos que garantir a continuidade do tratamento.

**P/Martha** – Eu sei, mas aqui é um pouquinho diferente Adriano porque a gente fala o seguinte, o prestador está te informando quem são as pessoas, o que você faz com isso? Você garante esse atendimento para dar continuidade ao tratamento. A gente melhora a redação tá. Então vamos lá, seção 5: das penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas devem estar expressas no contrato. Aí gente tem outras coisas, tem penalidades por quebra do contrato, por causa dos artigos do contrato que se alteraram, e junto ou um pouquinho depois que a gente publicar isso daqui, a gente vai publicar uma resolução em conjunto com a diretoria de fiscalização para ver como é que vai se dar as penalidades com relação operadora ANS, ok.

**P/Voz não identificada** – Eu terminaria ali com a inclusão de “com igual tratamento entre as partes”.

**P/Martha** – As penalidades pelo não cumprimento das obrigações... Alguém ajuda? As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, para ambas as partes?

(vozes ao fundo)

**P/Martha** – Mas eu estou cedendo tudo para a gente chegar até o final. Para ambas as partes, é isso? As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, para ambas as partes, devem ser escritas no contrato, ok. Das disposições transitórias, aqui é para a gente respirar, de onde



saiu isso, isso tem a ver com... Fui eu, vamos lá. Fui eu, por quê? A gente deixou como única pendência da última reunião do GT, um quadrinho que falava o seguinte, tinha uma demanda importante de vocês, para a gente pensar no contrato firmado entre as partes, e eu estou muito depois disso, a ANS, então no contrato firmado entre as partes, pode ter um índice, não é isso? Se não tiver um índice e tiver uma cláusula de negociação, fadada a negociação, o índice da ANS. A maior discussão que a gente teve aqui depois que a gente venceu a história do índice, enfim, foi esse índice que pode estar estabelecido no contrato. E aí a gente colocou três cenários na última reunião, sem resposta. Uma, poderia percentuar o de índice? Ou número absoluto? Não poderia? Ou três, a gente teria algum fator externo que me parametrizasse essa relação. Foi daí que surgiu isso, por quê? A gente também fez uma consulta que foi o que eu falei um pouquinho antes, até onde vai o meu dedo? Até onde eu posso entrar nessa relação entre as partes? Eu poderia dizer, “não pode percentual” “não pode número absoluto”? A resposta é, não posso. Então como eu não posso dizer uma determinada característica desse contrato porque eu estaria entrando demais nessa relação, o que eu poderia fazer? Foi a pergunta que eu fiz. Ter um parâmetro externo que balizasse essa regra do 0,1% do IPCA, do 1% de reajuste anual, dos 50 reais no preço da consulta. Essa foi uma ideia brilhante que a gente estava achando o máximo, mas que eu já vi que foi uma bola fora do caramba, não é isso? Aí a gente teve a brilhante ideia, muito obrigada que a gente teve essa ideia, e eu de verdade estava achando ela bonita, a gente teve essa ideia de ter um parâmetro externo, que fosse esse parametrizador dessa relação. Mas eu já vi que foi bola fora gente, eu sei reconhecer quando eu dou uma bola fora, pode tirar, já entendi... Obrigada Wilson, ele falou que valeu a intenção. Obrigada, obrigada.

**P/Paulo** – Deixa eu falar uma coisa eu concordo em gênero, eu concordo em gênero, número e grau, que a agência, até porque nós consultamos também, eu digo que nem carta de amor sem falar com advogado, dá galho, tá certo? Eu digo isso diariamente. Então obviamente eu consultei o advogado e os maiores, dentro do possível. Então a resposta deles é clara, lógico que se eu assinar um contrato com fração de índice, eu vou ter que engolir porque eu assinei, sem discussão. Mas valor fixo não pode, porque o intuito da lei não foi esse. A lei botou então isso é melhor vedar antes, do que deixar para o judiciário. Porque isso vai para o judiciário. Por que vai para o judiciário? Porque a lei, ela não deu nem para a agência a possibilidade de fixar o valor fixo.

**P/Martha** – O que é valor fixo para você?

**P/Paulo** – É assim, eu dizer que a correção do meu trabalho anualmente é corrigido em um, cinco, dez, ou 100%. E isto, na própria legislação civil de contrato, não pode. Porque isto é... Pode não ser nesse caso inflacionário.

**P/Martha** – Paulo, a gente pensou, eu vou dizer para você, a gente ficou uma semana inteira debruçada nesse item tá, e aí você imagina que a gente estudou tudo o que você pode imaginar. Aí a gente pensou o seguinte, ah então vamos dizer que não pode valor absoluto, ah vamos dizer valor fixo... O que a gente viu, toda vez que a gente disser alguma coisa tem outra maneira de você chegar nesse lugar, então você pode construir uma fórmula...

**P/Paulo** – Mas a fórmula pode. A fórmula não é um valor fixo, a fórmula não é um valor fixo. Por isso que a fórmula pode. Se a SulAmérica resgatar os dados que eu mandei para lá, eu propus uma fórmula. Eu propus uma fórmula para a SulAmérica. Só que depois a minha fórmula não podia porque ela incluía algumas coisas que a agência vedou. Uma fórmula pode sim, eu posso aceitar ou não aceitar a fórmula, o que eu não posso é o valor fixo. O valor fixo eu não posso porque não é o espírito da lei, eu não posso dizer que vai corrigir o meu hemograma em um real, ou que vai corrigir em 2% ao ano. O valor fixo é que não pode. Eu não pedi para vetar a fórmula, porque vamos ser razoáveis aqui, não existe ninguém que vá assinar contrato com fórmula. Não tem quem, eu não assinei nenhum, não há ninguém que vá assinar contrato com fórmula. O que não pode, efetivamente, não é a fórmula. Eu nunca pedi para vetar a fórmula aí, não estou pedindo isso. São duas coisas diferentes, uma só o judiciário anula, que é o leonino. Isso o judiciário tem milhares de decisões, não adianta a gente ficar discutindo, bom, mas é uma escolha individual da pessoa, e o judiciário não. Mas ela vai porque ela não pode ser descredenciada, ela vai ao judiciário. O leonino ela vai ao judiciário, mas é individual, eu não posso mandar ninguém ir ao judiciário, mas o valor fixo vai ser ação coletiva, e vai ser um problema, por quê? O juiz vai dar. O juiz interpreta, apesar do Dráuzio Varella, o lado mais fraco nosso, ele interpreta assim, e o pior não é isso, o pior é o seguinte, quem diz que não pode valor fixo, são juristas, porque leem a lei. Se a lei não deu a possibilidade para a agência de fixar um valor fixo, ela disse para a agência o índice, ela não dá para ninguém. A agência até podia criar uma fórmula que gerasse um índice. Isto sim, uma fórmula que gerasse um índice, e a gente deve ter pensado nessa possibilidade, é criar uma fórmula que gere um índice, não um valor fixo. Isso não. O valor fixo não está previsto em nenhum momento, então o que eu peço não é que decida aqui, é que reconsulte, mas o que eu estou te dizendo aqui foi analisado por dezenas de advogados que disseram a mesma coisa. Entende o seguinte Martha, uma fórmula que leve a um valor fixo, é uma fórmula, que leve a um índice é uma fórmula, mas leva a um índice, o que não pode efetivamente é dizer o seguinte, olha eu posso assinar um contrato que diz o seguinte, corrige 0,1% de INPC. É um índice, é variável, é um índice. O que eu não posso é dizer em um contrato que o meu reajuste corrige 5% ao ano.

**P/Martha** – Tá bom, deixa eu só explicar. Gente, vamos lá, vamos voltar todo mundo pra mesma reunião. Márcia, é diferente Márcia, olha só. Estou te

falando assim, qual é a diferença dessa regra para a outra regra. Aquela regra que a gente está falando do IPCA lá do reajuste, é do nosso reajuste. Isso aqui que a gente está falando é da regra do contrato. Como é que a gente escreve a regra do contrato, entendeu a diferença? Paulo eu entendi, entendi. Eu vou ter que perguntar de novo, se dá mesma maneira que eu recebi a resposta, você não pode se meter no percentual do índice, será que eu posso me meter no valor fixo? Vou ter que perguntar. Agora, só para a gente ter a clareza que, você vai chegar num número de alguma maneira.

**P/Paulo** – Não, mas em um número variável.

**P/Martha** – Se eu quiser chegar no 2%, no 1% eu vou chegar.

**P/Paulo** – Não, tudo bem, mas eu vou ter que assinar. Mas é um número variável porque o pau que dá em Chico, dá em Francisco. No número fixo o pau não dá em Chico e nem em Francisco. Pode ser bom hoje e péssimo amanhã, e vai virar um caos judiciário. Ninguém propôs valor fixo, só os criminosos.

**P/Martha** – Olha só, Adriana me respondeu, “não sei, vou ver” risos. Então gente, a resposta... Paulo, vamos lá. A resposta que eu vou dar para vocês é, está aqui na minha lista de pendências, vou ler para vocês irem acompanhando. Podem ser pendências para a lei ou pós-lei. Pós-lei eu tenho o momento da emissão da nota fiscal, eu tenho a agenda do médico, só para vocês não acharem que eu vou esquecer, porque eu não vou esquecer. A CMED com a consulta para o CFM, janeiro, fevereiro e março de 2015 como é que aplica o índice, e o valor fixo. Fui, 19. Ah, desculpa, pode falar.

**P/Carlos** – Martha, eu acho que a questão não foi o mecanismo que você sugeriu, o mecanismo é válido. A questão é a referencia que você usou que é péssima.

**P/Martha** – Não achei outra, juro de pé junto.

**P/Carlos** – Eu tenho o Selic, o Selic é bacanao.

(risos)

**P/Martha** – Então tá bom, então tá bom.

**P/Carlos** – Ué gente, tem outras referencias...

**P/Martha** – Você está dizendo assim, a sua intenção foi ótima...

**P/Carlos** – A própria referencia adotada do IPCA ou algo mais próximo do IPCA seria válida, o problema é que você pegou uma referencia que a projeção para o ano que vem é 0,8.

**P/Martha** – O problema é que eu não posso indexar lembra? Então assim, eu também não posso diminuir tanto assim esse rend, porque se não o Marcelo ali vai levantar, e ele é grande, eu não vou discutir com ele...

**P/Carlos** – Problema dele...

(intervenção feita fora do microfone – ininteligível)

**P/Martha** – Isso, isso, mas tudo bem. Já foi. Das disposições finais, e eu juro de pé junto que isso não era bode. Juro. Não era. Artigo 19... Ah, porque o parágrafo único é o que a gente herdou lá de cima tá.

(vozes ao fundo – ininteligível)

**P/Martha** – Vamos gente, artigo 19. O disposto nessa resolução não se aplica a relação entre profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas e a operadora classificada na modalidade cooperativa, médica odontológica. Profissionais de saúde com vínculo empregatício, e administradoras de benefícios. Artigo 20, as cláusulas de contratos celebrados anteriormente a vigência dessa resolução, que estiverem em desacordo com as disposições, devem ser ajustadas em até 12 meses contado do início da vigência desta resolução. Artigo 21, as operadoras que mantenham contratos não escritos, com prestadores de serviço, permanecem em situação de irregularidade, sujeitas a aplicação das penalidades cabíveis. Artigo 22, o descumprimento do disposto nessa resolução, sujeitará a operadora a sanções administrativas cabíveis. Artigo 23, tudo que a gente revoga. Parágrafo primeiro, os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência dessa resolução que naquela época estavam em desacordo com as demais normas, permanecem sujeitos a aplicação de penalidades cabíveis, parágrafo segundo, as infrações praticadas durante a vigência das normas, permanecem sujeitas a aplicação de penalidades.

**P/Vitor** – Obrigado. É que a gente percebe aí uma redundância que não sei se é proposital. Então você pega o artigo 20 e depois o parágrafo primeiro, eu acho que o artigo 20, o 21, 22 e o artigo primeiro que tratam de penalidade...

**P/Martha** – Eu falei a mesma coisa para a Adriana. (risos), mas tem um motivo jurídico. Você quer explicar Dri? Foi de propósito. Parece que cada um pega uma parte do mundo, eu também não consigo...

**P/Vitor** – Uhum. Não, mas o vigésimo com o parágrafo primeiro.

**P/Martha** – Então, o vigésimo fala que as cláusulas de contrato... O artigo 20, ele fala o seguinte, que os contratos que hoje estão em vigor, que tem cláusulas em desacordo, tem um ano para de adaptar, esse é o 20. O 21 fala o seguinte, que as operadoras que tem contrato não escrito, as que estão

faltando fazer contrato, elas precisam ter contrato escrito e que elas estão em irregularidade e pode ter penalidade. O 22 fala das sanções administrativas do descumprimento do contrato, e o parágrafo primeiro, ele se refere a anterior a lei, porque o que acontece? Como a gente revoga todas as resoluções no 23, tem uma coisa que se chama \_\_\_\_\_ crimes, e aí a gente está com esse parágrafo dizendo que não tem o tal do \_\_\_\_\_ crimes, que o que está para trás continua devido.

**P/Vitor** – Acredito em você.

**P/Martha** – É isso.

**P/Voz não identificada** – Martha, no artigo 20 você dá um ano, 12 meses, para se ajustar o contrato. Então precisa de um arremate aí depois de resolução, garantindo o reajuste na data prevista.

**P/Martha** – Está na próxima resolução que a gente vai ler agora tá.

**P/Voz não identificada** – Então está ótimo. Agora, tem mais um item, o parágrafo primeiro do 23. Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência dessa resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela agência nacional de saúde suplementar, deverão ser aditivados para atender a legislação, e permanecem sujeitos a aplicação de penalidades cabíveis. Incluir aí um “deverão ser aditivados para atender a legislação”.

**P/Martha** – Não, é porque esse daí é uma outra coisa, é para esse \_\_\_\_\_ crimes que eu falei, porque quando a gente revoga, existe um estatuto que é perda do objeto. Então, se eu não colocasse esse parágrafo primeiro, todas as multas que estavam para trás, eu ia ter que dizer que perder um objeto e caia todos aqueles autos de infração. A gente está dizendo o seguinte, permanece o que está para trás, e a gente... (intervenção fora do microfone)... É, mais ou menos isso (risos). Então é isso, é mais uma regra para a gente não precisar perder os processos que estão para trás. Podemos ir para a outra? Ai desculpa, João, Toro, Virginia.

**P/João** – João da São \_\_\_ Saúde. Eu gostaria de saber, e se o prestador não adaptar o contrato no artigo 20? Aplica o artigo 20?

**P/Martha** – Claro.

**P/João** – E a substituição também?

**P/Martha** – Claro. Aí, isso que eu estou falando, isso daqui estabelece o que está valendo e o que não está valendo. A gente vai soltar uma norma junto, no comecinho do ano que vem que diz quais são as penalidades para a ANS. Em

qual artigo você está tendo infração, como é que isso vai se dar, qual vai ser a forma de fiscalização, isso vai sair também.

**P/Toro** – É só por um dever de lealdade em relação a ANS, quer dizer, a UNIDAS entende que a norma não pode ter efeito retroativo. Então a posição da UNIDAS em relação ao artigo 20 é que ele infringe o texto constitucional do que \_\_\_\_ na retroatividade. Só por um dever de respeito e lealdade.

**P/Martha** – Eu sei.

**P/Paulo** – Só comentando o que o colega falou ali, é um ligeiro comentário. Todo mundo vai assinar contrato, todo mundo vai assinar contrato. Ninguém quer rescindir o contrato com a UNIDAS, todos os contratos da UNIDAS são absolutamente claros, e com cláusula de correção, negociação, tem adaptado um artigo...

**P/Martha** – Aí viu Toro...

**P/Paulo** – Eu estou dizendo a ele, que todo mundo vai assinar contrato, desde que venham contratos justos. Desde que venham contratos justos, não tem como não assinar contrato, é isso que todo mundo precisa entender. O que está se procurando é só o equilíbrio aqui. Não é nada demais.

**P/Virginia** – Bom Paulo, desculpa, eu vou te contradizer, porque o que foi dito nas outras câmaras técnicas, é que vários prestadores não assinariam contrato que tivessem cláusulas de penalidade, então... Isso foi dito várias vezes...

(intervenções feitas fora do microfone)

**P/Virginia** – Pois é. Mas foi dito. Com relação ao artigo 20, só concordar com o doutor Toro, a questão que a gente já falou da retroatividade, mas considerando que não é esse o posicionamento da ANS e que foi dado esses 12 meses de ajuste, a gente pleiteia então a revisão dos artigos 22 e o parágrafo primeiro do 23, justamente porque se vai rever para retroagir, então aí é porque houve perda do objeto passado. É diferente se fosse uma norma que vigorasse daqui para frente, aí o passado realmente não faz sentido não ter penalidade. Mas a partir do momento em que se está definindo retroagir os contratos existentes, então deveria ter perda do objeto com relação a sanções por desacordo.

**P/Martha** – Vamos então para a última gente?

**P/Virginia** – Só mais uma última coisa. A gente teve uma série de contratos desde a RN 259, que não foram feitos dentro do padrão, às vezes até feito por acordo sem estar escrito, para atender uma demanda específica. Então ao contrário também do que foi dito nas câmaras técnicas que 90% dos contratos

não estão escritos, a gente fez a pesquisa com as filiadas, apresentamos para a ANS, e quase todo mundo tem contrato escrito e regulamentado. Mas existem essas situações excepcionais que foram para atender pontos da 259. Então a gente pede para dar um tratamento diferenciado a essa situação, por conta da próxima resolução que foi tratado o índice, porque trata de início de vigência da prestação de serviço, e o início da vigência da prestação de serviço, ele pode ter sido para atender uma situação pontual, e não para atender a todo e qualquer beneficiário.

**P/Martha** – Virginia, eu não sei se eu entendi. Mas se eu entendi... Não, ela está falando que ela tem contratos pontuais que são para atender a 259. Mas se são contratos que não são aditivos, porque se são aditivos para poder atender a 259, tem um contrato mãe que foi aditivado. Agora, se é um contrato de prestação de serviço, não tem exceção, infelizmente vai ter que seguir a norma. Não existe esse tipo de exceção. E aí a Virginia lembrou uma coisa que a gente esqueceu, a gente fez a pesquisa, a gente fez o resultado, ficou super bonitinho e a gente esqueceu de trazer. Mas, vai estar no site, não sei nem se já está. Vai estar no site todo o resultado da pesquisa. A gente fez uma pesquisa na audiência pública que vocês responderam qual era o percentual de contrato que vocês tinham assinados e tal, e surpreendeu a gente porque os números bateram. Então, aproximadamente 70% dos contratos, tanto de um lado quanto do outro são escritos, enfim. Pelo menos existe o contrato, a gente já... Vamos lá para a outra, para a última Renata, por favor. A Márcia quer contar uma piada gente (risos).

**P/Márcia** – Não, é porque o Toro ele fala tão bem da UNIDAS, mas ele não sabia que um contrato que a \_\_\_\_ que é da UNIDAS, mandou para a gente há uns anos atrás, estipulava que o médico deveria fazer uma conta conjunta com o Banco do Brasil para estornar valores pagos a maior (risos).

**P/Martha** – Gente, vamos para a última então. Vamos lá? Todo mundo na mesma página... Essa daqui é bem pequenininha... Gente, vamos. Artigo primeiro. São duas páginas e meia ok. Artigo primeiro: esta resolução dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS, a ser aplicado pelas operadoras aos seus prestadores de serviço em situações específicas, e a gente vai dizer quais são essas situações específicas. Para fim do disposto nessa resolução, considera-se prestador e forma de reajuste que já foram definidas na outra. Capítulo segundo do índice de reajuste definido pela ANS. Artigo terceiro, o índice de reajuste definido pela ANS conforme disposto no parágrafo quarto do artigo 17 A da lei, será o IPCA. A operadora deverá utilizar o IPCA como forma de reajuste nos contratos escritos firmados pelos seus prestadores, quando preenchidos os critérios abaixo. Um, houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste, e não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme

estabelecido na resolução que a gente leu anteriormente. O IPCA, quando preenchidos os critérios nesse artigo, deve ser aplicado na data de aniversário do contrato escrito. O IPCA a ser aplicado, deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores a data de aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo IBGE. Vamos parar aí.

**P/Paulo** – Existem situações não contempladas aí. Vamos lá ao exemplo, algumas seguradoras...

(intervenção feita fora do microfone)

**P/Martha** – Tá bom, pode ser. Eu leio tudo e aí a gente volta. O índice de reajuste estabelecido pela ANS nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor dos serviços contratados, com exceção de órtese, prótese, materiais e medicamentos que estejam faturados, separados no serviço. Aqui gente, eu já vi uma coisa que a gente esqueceu, não deu tempo da gente colocar, que é aquela diferenciação para o hospital que vai estar no que estiver lá acordado entre as partes no hospital. Então vai ter um parágrafo primeiro aqui. Artigo sexto, na inexistência de contrato escrito entre as partes, não se aplicará o reajuste definido pela ANS. Artigo sétimo, o índice de reajuste definido pela ANS, será aplicado a um fator de qualidade a ser descrito através de instrução normativa. Para os profissionais de saúde, a ANS utilizará na composição do fator de qualidade, critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS. Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade, certificados de acreditação e certificação de estabelecidos no setor de saúde suplementar, isso tudo para cada um desses itens vai ser regulamentado a partir do ano que vem. Das disposições transitórias, excepcionalmente no primeiro ano de vigência dessa resolução, o índice da ANS será aplicável nos casos de contratos escritos sem cláusula de forma de reajuste e nos casos de contratos não escritos, observados os seguintes critérios: existência de relação contratual pelo período mínimo de 12 meses, e aplicação do índice na data de aniversário do contrato, para os contratos escritos. Ou na data de aniversário no início da prestação de serviço para os contratos não escritos. Capítulo quatro, fica definido o prazo, a partir da vigência dessa resolução de dois anos, para os profissionais de saúde e um ano para os demais estabelecimentos para o início da aplicação do fator de qualidade. O disposto nessa resolução não se aplica a: relação entre o profissional de saúde cooperado, profissionais de saúde com vínculo empregatício, administradoras de benefício. O descumprimento do disposto nessa resolução sujeitará a operadora sanções cabíveis previstas em regulamentação em vigor. Vamos voltar por capítulo, acho que o capítulo um a



gente pode pular, não é? Capítulo dois, artigo terceiro. Paulo e Marcos estão inscritos.

**P/Paulo** – Não, esse é o conjunto da obra, não é o capítulo. Botar o IPCA não está em discussão, é um índice a lei de lá, um índice. O que está em discussão são outras coisas, muitos laboratórios pelo menos, não tem contrato nenhum. Tem o tal contrato de adesão que diz que todo ano a tabela da operadora é enviada, e que não é enviada nunca, que não é contrato, não é nada. Em segundo lugar tem uma coisa que a lei diz e a instrução não pode mudar. A lei diz que anualmente, o IPCA tem que ser fixado e vale para todo ano. A lei não diz que é só no primeiro ano que corrige não. A lei nenhum minuto diz que... Digamos o seguinte, vai lá o convenio aqui da doutora que está na minha frente que já virou minha parteira, como... Ela vem comigo aqui e eu não consigo fazer um contrato. Ela quer leonino. Ou eu paro de atender, ou vai ter o reajuste da agência no outro ano. Porque ai, na lei, não diz que no outro ano não tem reajuste e se não tiver é contrato. Em nenhum minuto ela diz isso, em nenhum minuto ela diz isso. Então, o que está acontecendo é o seguinte, o que estão querendo criar ai é uma nova lei. É uma lei que diga que, deixa eu explicar o seguinte, no momento que a agência fixa o IPCA, o IPCA vai valer enquanto eu não fizer contrato. Enquanto eu não fizer contrato, lógico que eu quero fazer contrato, porque eu quero me proteger de outras coisas, mas também isso não pode ser justificativa para chegar a um plano comigo, 720 um do INPC ou tu não vai ter nada ano que vem, porque a agência não vai fazer, não vai deixar ter. Aí isso virou de novo, vamos ter que lutar no congresso 20 anos por outra lei.

**P/Martha** – Paulo isso já estava nas discussões da gente, a gente já tinha colocado isso, e ai a gente pegou duas coisas na lei. Uma é que ele fala que primeiro de tudo, vai ser regulado por contrato escrito. Então lei não se quer prever a possibilidade de você não ter um contrato escrito, isso é a primeira coisa. Então já estaria errado perante a lei, haver uma prestação de serviço sem esse contrato escrito. E ai a possibilidade de você incluir ou não esse reajuste em determinado ano, entra em duas regras. Na transição que a gente pode ter mais liberdade de falar da regra de transição, e quando for o caso, em que o momento que você aplica esse reajuste. Então, juridicamente existe essa possibilidade sim. A gente pode questionar a forma como a gente está fazendo, e ai eu vou explicar por que a forma. É impossível que a gente imagine que em dois meses, menos de dois meses, em um mês, a gente vai ter até o ano que vem todos os contratos prontos, então a gente precisa dar esse tempo. Como a gente sabe que esse tempo é necessário, não seria justo, que ai é outra opção, que essas pessoas que ano que vem ainda estão vendo contrato, que hoje não tem ou que tem uma clausula que não existe, que elas fossem penalizadas durante o ano que vem em não receber o seu IPCA. Então a gente está dizendo o seguinte, ok, recebe ano que vem, já que você não tem ou você tem

esse contrato tacito. Mas para depois a lei prevê essa existência do contrato escrito. Então eu só estou dizendo o seguinte, isso daqui vale para o que a lei prevê, que é quando você tem o contrato escrito. Foi essa a nossa interpretação. Interpretamos do lado da ANS. A outra interpretação Paulo, era pior, era ano que vem não ter, essa também é uma outra...

(intervenção feita fora do microfone)

**P/Paulo** – Não, eu já vi que eu vou ter um monte de esfera. O toro já vai me dar uma esfera, a Virginia vai dar outra esfera, você vai me dar outra esfera... Ano que vem eu estou toda 'esferada'. Vamos lá gente, Marcos, Doutor Salomão, Mércia e Adriano.

**P/Marcos** – Olá Martha, boa tarde. Marcos da ABRAMGE. Bom, primeiramente só para poder falar com meu ponto basicamente aqui para a gente conversar um pouquinho a respeito do IPCA. Eu acho assim, acho que em primeiro lugar, eu ouvi aqui em muitas reuniões a gente conversar sobre reajuste zero nos últimos 20 anos para as prestadoras de serviço e saúde, ou para alguma determinada classe de prestadores. E assim, acho que a gente não precisa ir muito longe, basta a gente olhar os dados da própria agência, o valor médio pago por consulta médica, por exemplo, os últimos cinco anos, ele cresceu 43% que é maior do que a inflação do IPCA. Então assim, o dado ali é oficial. Fui no caderno de informações da saúde suplementar publicado em setembro. E em segundo lugar, eu acho assim, acho que é economia dinâmica. Nada garante que os próximos anos nós vamos ter reajustes acima do IPCA, assim como tivemos nos últimos. Isso depende muito das condições econômicas do país, a condições do próprio setor. Agora em terceiro lugar eu acho assim, acho que quando a gente começa a dar uma olhada em todos os setores regulados no país, acho que a gente vai ser o primeiro e talvez único hoje, pode me corrigir se eu estiver errado, por favor, a ter um índice regulado e um índice de IPCA apenas. Não uma fórmula, ou baseado na vedação de custo desse setor ou dessa...

**P/Martha** – Tá errado. A gente vai ano que vem visitar (Marilam?) você pode ir com a gente...

**P/Marcos** – Não, não. Eu estou falando no Brasil. No Brasil.

**P/Martha** – Ah, mas ai...

**P/Marcos** – A gente pode visitar a Anatel, podemos visitar vários outros setores ou ANVISA ou...

**P/Martha** – O da Anatel é bacana tá. O da Anatel é legal, foram eles que pensarem, a gente olhou bastante o da Anatel, o problema é que eles não têm uma lei por cima dizendo o que tem que ser feito. Isso partiu de dentro da

própria agência, mas é muito bacana e tem uma ponderação por qualidade muito bacana também.

**P/Marcos** – Pois é, acho que esse é um ponto. A gente tem uma lei aqui, lembrando que é para a gente definir um índice. A gente não precisa, a principio, definir que ele vai ser um IPCA ou qualquer outro. Esses outros mecanismos buscaram as curvas de custos dessas empresas, e colocaram incentivos a inclusive, ganhos de produtividade, de eficiência e compartilhamento desse ganho com consumidor. Porque a gente no final das contas, a gente está olhando é para o consumidor também. E um quarto ponto só para a gente rebater essa questão do IPCA, por último, é a questão dos planos odontológicos. Nos planos odontológicos, a maioria das operadoras de planos odontológicos hoje tem contratos com os beneficiários, fixados no IGPM, que nos últimos 12 meses está em torno de 3%. Como que ele fica se ele tiver que dar, digamos ai, 6% no IPCA para os prestadores? Isso não é sustentável ao longo do tempo.

**P/Martha** – Isso, ai ele vai fazer um contrato bacaninha, vai assinar com o prestador para não precisar aplicar o índice da agência.

**P/Marcos** – Pois é, mas esse prestador não vai aceitar nem o IGPM, quem dirá abaixo do IGPM

**P/Martha** – Ah, se o contrato for bacaninha...

**P/Marcos** – Não vai, a gente sabe que não vai porque isso aqui a gente está colocando...

**P/Martha** – Mas ai vai do teu \_\_\_\_ de negociação, da tua...

**P/Marcos** – Não, eu digo... Desculpa, mas eu não concordo Martha. Bom, e ai para poder só finalizar aqui, o que eu acho que a gente tem que começar a pensar Martha, é em cima de um modelo que vai poder reportar exatamente qual que é a curva de custo desse prestador, e já que a gente está trazendo isso para uma coisa padronizada e nivelada, a gente vai ter que colocar a critério de produtividade, ganhos de eficiência para a gente incentivar que isso aconteça, porque se não o maior penalizado no final das contas é o beneficiário, que vai pagar a conta final de um setor ineficiente. Então a gente tem que começar a pensar no índice abaixo do IPCA.

**P/Martha** – Ok Marcos, a gente quer daqui para frente trabalhar de uma forma importante nessa coisa da qualificação. Então, como eu falei, a gente está colocando essas normas para a gente começar a trabalhar, para a gente começar a organizar o mercado, mas de jeito nenhum elas são leis pétreas, não é isso? Elas estão em constante adaptação.

**P/Doutor Salomão** – Martha, eu queria reforçar essa posição no artigo terceiro, que o pleito nosso dos prestadores de serviço não era o IPCA, era o índice que a ANS autoriza anualmente o reajuste dos contratos individuais, porque nós entendemos que é mais justo. E os contratos coletivos que a operadora faz, são contratos que tenham o reajuste sempre maior do que aquele reajuste dos contratos individuais. Então nós vamos ter as operadoras tendo um reajuste de 10, 12, 15% nos seus faturamentos nos contratos coletivos, e nós tendo um reajuste menor do IPCA, que está em torno de 5%, 5,5%. Entretanto nós entendemos que isso aí é um balizamento e que vai do nosso poder de negociação, de lidar e tentar conseguir aquilo que as operadoras conseguiram junto aos seus planos coletivos. E a agência deve fornecer para a gente esses dados, quais foram esses reajustes desses contratos. Então por essa razão nós aceitamos a indicação do IPCA.

**P/Martha** – Ok.

**P/Mércia** – Mércia da FenaSaúde. Eu gostaria de comentar a questão da RN172, que é a questão do reajuste individual para os clientes de plano individual, os beneficiários de plano individual, das operadoras de odontologia, que a gente sabe que não é o índice da agência, é o índice de mercado, e a grande maioria das operadoras, reajustam, o índice de mercado que está nos contratos é o IGPM, e nessa situação nós vamos ter um desequilíbrio em relação ao IPCA. Então assim, eu entendo que aqui provavelmente não vai ser o fórum que vai conseguir falar sobre isso, mas eu queria reforçar um documento conjunto que foi enviado para a agência pela FenaSaúde, o Sinog e a Uniodonto, onde um dos itens abordados é a gente criar uma agenda para rediscutir essa resolução, essa questão do reajuste dos planos individuais para a odontologia, então eu gostaria de pedir que isso fosse colocado na agenda e que a gente pudesse ter um momento para discutir isso.

**P/Martha** – Ok, a Michele falou que a gente recebeu, e já está circulando para resposta.

**P/Mércia** – Ok, obrigado.

(intervenções feitas fora do microfone)

**P/Martha** – Vamos lá? Adriano, Alexandre, Virginia, Benício e Eduardo.

**P/Adriano** – Bom, novamente, Adriano só para deixar registrado, da UNIMED do Brasil. E só de antemão, começando pela fala do Paulo que, o Paulo Azevedo que por acaso é amigo pessoal meu, mas assim, independente de ser, e é uma fala lá atrás dele. Independente de ser por índice, independente de ser fixo ou não, de poder ser fixo, qualquer índice escrito é inflacionário. Quer dizer, nós estamos criando uma metodologia inflacionária, uma coisa que

o Brasil é acostumado a 50 anos. Quer dizer, a cada dia a gente quer mais coisas inflacionarias no nosso meio. Não que nós operadoras não tenhamos que ter reajuste pela nossa variação de custo, que na verdade não ocorre hoje, assim como o prestador não tenha que ter reajuste pela sua variação de custo. Na verdade o que a gente esperava, é que houvesse um estudo profundo da agência, desta variação de custo, tanto para a ordem da operadora, quanto da ordem do prestador, porque o que nós estamos criando é o indicador inflacionário no processo, e cada vez mais nós vamos ter inflação porque vai seguir do outro ano. O segundo ponto que eu gostaria de discutir também no contexto da obra, é quando a gente fala de qualidade. Ah eu vou ter um plus a mais para a qualidade. E se aquele prestador perder qualidade? Eu diminuo o IPCA dele? Eu não posso descredenciar, esse é o problema.

**P/Martha** – A gente pode discutir a regra da qualidade ano que vem?

**P/Adriano** – Não doutora, não é surdo não. É que hoje nós estamos criando regras que melhoram a remuneração do prestador, e existem regras, que eu sou impossibilitado de remodelar rede, de substituir, de descredenciar, esse que é o desequilíbrio da balança.

**P/Martha** – Adriano, você tem razão nas suas colocações, o que eu queria te pedir é o seguinte, Adriano, calma. O que eu queria te pedir é o seguinte, a gente colocou nessa resolução que, a janela está aberta, que eu acho que é o mais importante, para no ano que vem a gente regulamentar a coisa da qualificação. Então a teoria está correta, a gente vai precisar ver como é que a gente faz para que isso se dê na melhor forma possível.

**P/Alexandre** – Martha, boa tarde, Alexandre pelo Sinog. Acho que está claro para todo mundo que esse índice que foi colocado do IPCA pela ANS, é para os casos de descumprimento de regra contratual. Quando não se chegar a uma livre negociação, e que não tenha um índice já previsto. Acontece que, como você mesma falou em uma das câmaras, a partir do momento que a ANS coloca um índice, mesmo que não seja para ser um indexador, ele vai virar o indexador. E ele pode demorar um, dois ou três anos, uma hora ele vira um indexador.

**P/Martha** – Você tem razão.

**P/Alexandre** – E ai vem a minha preocupação, que já foi citado pela Mércia da FenaSaúde. A odontologia, ela segue um modelo de reajuste dos clientes diferente da área médica que é o IGPM. E além de já absorver o aumento de custo por utilização e por aumento de cobertura no hall, fica difícil esse equilíbrio se começar a ter como indexador o IPCA, sendo que a gente vai ter um reajuste nos clientes mais baixos.

**P/Martha** – Tá, deixa só eu colocar duas coisas que eu esqueci de falar, que eu falo toda reunião. A indexação ela tende a convergir em cinco anos para que ela aconteça? Sim, todos nós somos gente grande e sabemos disso. A única coisa que eu ponderei nas outras reuniões, e que eu vou ponderar de novo aqui, aproveitar que o Marcelo levantou, é que, essa discussão está sendo feita no lugar errado. A gente devia ter discutido o risco da indexação no congresso e no senado, e não aqui. Aqui ela já é um fato. A lei é indexadora, a lei, não é a nossa regulamentação. Então a gente está gastando energia para discutir isso no lugar errado. Quanto a coisa da odontologia, a gente entende as dificuldades, a minha ponderação é na formação do preço da odontologia, e não mais no reajuste, então eu acho que com o tempo vocês também vão ter que se adaptar e talvez a gente tenha um outro produto de odontologia no futuro. As leis estão vindo e a gente vai ter que... E aí gente, vou só colocar uma coisa que não tem muito a ver, mas eu acho importante, outro dia a gente fez um levantamento de quantos projetos de lei estavam muito próximos da publicação, da terminação, em estado terminativo. São muitos, vocês tem noção disso? Então tá. Só para depois a gente não ter outra câmara técnica dessa de choração porque o projeto de lei... Vai ser. Tem pelo menos uns 40 na boca para sair. A saúde suplementar e a tudo isso que a gente está fazendo aqui, a cobertura, contrato, então assim, só para a gente ficar atento no lugar de discussão. O lugar de discussão do projeto de lei é lá, não é depois que vira lei aqui tá? Aqui a gente só está regulamentando o que foi feito. Virginia, Benicio, Eduardo e Wilson.

**P/Virginia** – Martha, só por uma questão como foi mencionada essa ponderação da odontologia, só para não deixar dúvida, a RN 172, tem um dispositivo que se o beneficiário lá na época não aceitasse, o que valeria era o IPCA. Só que depois de seis anos de regulamentação, o que a gente está trazendo aqui é uma situação de hoje, e hoje a grande maioria dos contratos de plano individual odontológicos são IGPM. Então depois desses seis anos, o que o beneficiário tinha para discordar ou concordar, já aconteceu e hoje isso não existe mais. Então...

**P/Martha** – Ok gente, ok.

**P/Virginia** – Só para deixar bem claro que na hora que vier a 172 lá mencionar...

**P/Martha** – Não. Está claro gente, está claro. Para mim também está claro que assim, não dá para fazer índice diferenciado se não eu vou ficar maluca. Então, agora a gente corre atrás do prejuízo.

**P/Virginia** – Tá. A segunda questão é com relação especificamente a definição do IPCA. Quando a gente tinha pedido para ser um percentual de índice a ser definido pela ANS, já que foi escolhido um índice geral, era justamente para

primeiro propiciar o que o Marcos mencionou de compartilhamento social, que é o modelo utilizado por outras agências, justamente para que o consumidor final tenha o benefício referente a essa inflação, e não só as partes que estão intermediando a relação. Então a gente volta a insistir nessa questão do compartilhamento social que é importante para não ser um índice cheio, e também para propiciar que no futuro haja um incentivo ao modelo de qualidade. E se agora já é um índice cheio, no futuro quando eu definir o índice de qualidade vai parecer que é um fator de punição e não para beneficiar o prestador. Então, como a gente está no primeiro momento de negociação, já estabeleceu o IPCA, isso vai inviabilizar que no momento futuro, a gente estabeleça índices menores. Então para um primeiro momento de regulação seria ideal já não ser um índice cheio para ter o compartilhamento social, e possibilitar depois a aplicação do índice de qualidade.

**P/Benício** – Fazer referencia ao que foi levantado ai sobre os planos odontológicos. Na realidade os plano odontológicos nós temos apenas a média de 11% são individuais e o restante é coletivo. Então essa questão do índice lá, essa quantidade é muito pequena. Aceitamos a discussão. No entanto, com as operadoras sobre essa questão. No entanto temos uma opinião formada que a odonto é um plano de saúde, é um procedimento, são procedimentos de saúde que não deve ser tratado diferenciado. Acho que isso muito bem a agência já entendeu e as operadoras de planos odontológicos continuam insistindo que a coitadinha tem que ser tratada como filho enjeitado, e a odontologia não é um filho enjeitado, é um plano de saúde que oferecida a seus consumidores e deve ser respeitada e tratada na mesma regra que é feita aos outros. Quanto a questão da indexação, eu tenho uma sugestão interessante aqui. Já que as operadoras, nós vamos sair daqui nós prestadores praticamente sem nenhum índice que venha corrigir os nossos honorários, que as operadoras também aqui venham aderir a isso e também não aceite mais aquele reajuste que a agência dá. Nem o anual, e nem aqueles por idade. Então ficariam todos no mesmo barco. Já que estão defendendo que os prestadores não devem ter reajuste, então para atender a sociedade que eles também venham aderir a essa proposta. Compartilhamento.

**P/Eduardo** – Bem, algumas considerações são importantes aqui...

**P/Martha** – Gente, olha só, está acabando, a gente vai manter a classe e a ordem até o final tá bom? Todo mundo aqui super classudo, vamos lá.

**P/Eduardo** – É importante esclarecer que nos últimos 30 anos os planos odontológicos, durante quase 30 anos não tiveram nenhuma regra que você pudesse fazer, pelo menos a correção, autorização monetária dos procedimentos odontológicos. Nos últimos seis anos sim, o IGP-M, a maior parte dos procedimentos, dos planos são coletivos, individuais em torno de 10, 11%, e não podemos esquecer a odontologia, eles não falam, mas a gente fala,

é importante salientar, que enquanto a medicina trabalha com taxa de semestralidade acima de 74%, chegando nas cooperativas de serviço médico quase 90%, a odontologia trabalha em média 45%. Então a gente entende, inclusive economicamente falando, inclusive com acessórias e inclusive de institutos como a FIP, que realmente existe um abismo. E esse abismo o doutor Benício pontuou realmente com muita qualidade, que é essa questão do tratamento dos procedimentos odontológicos. Há uma marginalização no tratamento desses procedimentos, dentista não dá uma olhadinha não... Outro dia morreu uma paciente na cadeira do dentista lá em Betim, não sei se vocês sabem... Então o dentista não dá uma olhadinha não e arranca um dentinho não, que a coisa é muito mais séria e mais complexa do que às vezes eles imaginam. E os valores são realmente absurdos, inaceitáveis, essa discussão é um avanço, a gente entende a odontologia que a agência está de parabéns pela coragem dessa abordagem, a gente sabe que a hipossuficiência de força é muito grande nesse mercado, e exatamente a lei e o posicionamento que a agência tem tido, na nossa opinião realmente fortalece o mercado. Uma pena que a gente sente que a operadora não entendeu ainda o básico. O básico que enquanto ela olhar para o prestador como o serviçal, o simples serviçal, esta relação continuava conflituosa. Enquanto ele não olhar o prestador como parceiro e colaborador, alguém que... O que nós podemos estar fazendo juntos para a melhoria, atendimento de uma população, porque eu não sei se vocês sabem, isso é uma pesquisa recente do conselho federal de odontologia, junto ao usuário e a maior parte dos usuários se dizem bem atendidos pelos dentistas, os profissionais, acima de 92% bem atendidos pelos profissionais da odontologia que atendem convênios. Então nós estamos fazendo a nossa parte como profissionais, atendendo a qualidade de um paciente convênio ou particular, sem haver essa discriminação nesses procedimentos, mas tudo tem um limite. E eu acho que o limite da discussão está agora, a lei veio em uma boa hora e outras leis também, e outras leis também, tem 32 leis só da odontologia tramitando hoje no congresso nacional, e se preparem porque realmente vai ser com emoção.

**P/Martha** – Temos o Wilson, Lucena, João Mattos e o João. Eu só queria resgatar que a gente tem uma redação ali. Eu estou entendendo que a redação está passando, a única coisa que eu queria colocar é um parágrafo primeiro no artigo quinto, eu vou voltar Wilson, Lucena, João Mattos e o João. Eu queria colocar um parágrafo primeiro no artigo quinto, que foi o que a gente combinou aquele dia lá nos três grupinhos, que o reajuste nas situações em que couber, incidirá o valor dos serviços contratados com exceção de OPME, mas que para o grupo hospital, aí a gente vai ter que escrever isso bonitinho, vai incidir sobre o que estiver combinado no contrato que foi isso que a gente discutiu. SADT ficou sobre o valor do serviço contratado, consultórios isolados também ficou sobre o serviço contratado, e o hospital ficou sobre o que tiver descrito no contrato. Só porque a gente esqueceu de colocar isso e estava aqui para a



gente não fugir. Então vamos lá, Wilson, Lucena, se a gente chegar no final da discussão e ninguém voltar em nenhum artigo eu bato meu martelo em Wilson, Lucena, João Mattos, João, Vitor e Sinval.

**P/Wilson** – Wilson da SBPC. Eu vou me referir a dois artigos, o sétimo e o nono. Como diretor de acreditação e qualidade da SBPC eu preciso registrar que nós ficamos muito felizes com a inclusão do artigo sétimo que menciona a aplicação de um fator de qualidade a ser descrito em uma instrução normativa. Existem dois parágrafos nesse artigo, no primeiro que se refere aos profissionais de saúde, eles são o fator de qualidade, ele está relacionado a critérios genéricos estabelecidos por conselhos em parceria com a ANS. Já no parágrafo segundo, o fator está atrelado a certificados de acreditação com o que a gente concorda, e também de certificação. Eu acho que ai é que pode gerar duvida. A gente tem que lembrar que no instinto COGEP, que foi extinto esse ano, esse assunto foi discutido, já foi debatido e as decisões foram no sentido de aceitar e valorizar certificados de acreditação. Outras certificações na área da saúde são questionáveis. Então se isso puder ser visto...

**P/Martha** – Qual foi o problema Wilson?

**P/Wilson** – Certificações.

**P/Martha** – É porque a gente vai ter que fazer para vários grupos, e para alguns grupos desses não existe a acreditação. Então a gente teria que ver o que de certificação equivaleria. Eu vou dar a sugestão de a gente botar no final desse segundo parágrafo, porque realmente ficou muito \_\_\_\_\_, no de cima a gente diz que a gente vai fazer com conselho em parceria com a \_\_\_\_\_. O de baixo, a gente não fala nada, então eu acho que a gente pode botar em grupo a ser constituído para esse fim, que ai a gente...

**P/Wilson** – Ou com critérios discutidos no grupo...

**P/Martha** – Que ai a gente discute no grupo. Tá bom meninos? , em grupo a ser constituído para esse fim.

**P/Wilson** – Bom, com relação ao artigo nove, o que fica definido um prazo para demais estabelecimentos de saúde, de um ano que o fator de qualidade seja aplicado. Aqui eu queria lembrar mais uma vez para vocês da ANS, Martha, que a ANS já havia sinalizado, pelo menos em duas ocasiões, a sua preocupação com relação aos requisitos de qualidade da rede assistencial. A primeira delas foi em 2011 com a publicação da resolução 267, que lançou o programa de qualificação. Isso foi em 2011, foi dado um prazo de 12 meses para que todos se adequassem e aí já estamos a mais de três anos com ela em vigor. A segunda sinalização vem na agenda regulatória 2013/2014, existe um eixo de garantia de acesso e de qualidade assistencial. Então, para mim

fica absolutamente claro que esse não é o assunto mais novo, já é um assunto antigo. Por isso a nossa solicitação é que esse prazo de um ano seja extinto, e que a publicação do fator de qualidade, pelo menos para os setores onde já é de conhecimento público que a existência de programas de acreditação, e eu me refiro especificamente a hospitais e laboratórios clínicos, que ele seja de aplicação imediata. Eu acho que isso não prejudica os demais prestadores que estão estruturando seus programas nesse momento, já que eles terão um reajuste de recomposição, e de alguma outra maneira passa a ser o reconhecimento da ANS, para quem acreditou nessas sinalizações que vem desde 2011.

**P/Martha** – Wilson, eu concordo totalmente com você, essa foi a nossa primeira proposta. O que aconteceu, naquela reunião que a gente estava discutindo, foi dia quatro, a Jaqueline ficou tão marcada que ela lembra o dia. Eu fiquei realmente traumatizada naquela reunião. Então assim, foi muito ruim o retorno que a gente teve em torno dessa discussão da qualificação de áreas que já tem isso, principalmente hospitais, enfim. E aí a gente achou que, até para a gente conseguir escrever isso da maneira como a gente deseja para que aconteça, e aí a ideia é o seguinte, essa resolução ela tem que sair o quanto antes, porque já no ano que vem vai ser medido o critério, a acreditação da onde, como pega, onde vai, para já valer em janeiro de 2016. Então a gente não tem tanto tempo assim. Como essa coisa precisava ser um pouquinho mais gestada eu concordo com você, não tinha mais nada que gestar, essa criança já está pós-termo, mas a gente resolveu deixar para um ano e aí nos profissionais que isso ainda tem que se desenvolver a gente deixou para a dois. Mas já para aplicar em 2016.

**P/Lucena** – Bem, Lucena CNS. Apesar de apoiar integralmente a disposição sobre a qualificação, a gente tem a operacionalização disso. Então a primeira proposta caso seja aceita, como eu não sei o que virá em termos de instrução normativa sobre qualificação, que o artigo nove seja atrelado a futura IN sobre qualificação, mesmo porque eu não sei se o fator de qualidade é positivo ou é negativo, como havia sido conversado anteriormente, e dentro desta visão é que se começaria a discutir os prazos de estabelecimento do fator da qualidade. Portanto, a primeira proposta seria, que o artigo nove que define os prazos para o fator, o início de aplicação no fator de qualidade, ele fica atrelado a futura IN, e não definido agora quando a gente não sabe ainda o que será exatamente exigido e os tempos que a gente pode fazer com que isso realmente venha a ser operacional. E caso haja persistência da manutenção do artigo nove, eu solicito que seja revisto junto com as entidades credidoras, para hospitais os prazos de possíveis para serem aplicados os certificados de acreditação. Ou seja, qual o prazo médio que as entidades precisam para conseguir chegar a um padrão de acreditação considerado de excelência? E com isso então a gente estabeleceu um prazo. Mas a primeira proposta é,

retirar o artigo nove, e a segunda, caso não seja é não haver os prazos que era para \_\_\_ ter uma boa noção da possibilidade do tempo de que isso seja viável. Porque se não, em 2016, dependendo do fator de qualidade nós já teremos uma redução substancial daquilo tudo que vai ser negociado agora em termos reajuste.

**P/Martha** – Então, o Vitor perguntou assim, “isso já está no artigo sétimo?”, sim e não. Por que o que o Lucena está pedindo é que a gente tire o prazo daqui dessa resolução, e que a gente jogue o prazo lá para a IN, com isso talvez a gente atrasasse ainda mais um ano. É essa a solicitação. Os critérios Lucena, é isso que a gente vai dispor da IN. A gente vai dizer, serve a acreditação nível só um? Nível dois, nível três? Qual é a acreditação que serve? Qual é a entidade acreditadora? Qual é o critério da entidade acreditadora que você está incorporando? É isso que você vai tentar dispor na IN.

**P/Lucena** – Só de acordo com esse tipo de critério é que nós vamos ter o prazo de implantação. Porque a descrição que está no artigo anterior do fator de qualidade, ele não diz nada. É \_\_\_\_\_, por exemplo?

**P/Martha** – Então, é isso que vai sair na IN.

**P/Lucena** – E se for para a IN ele vai estar atrelado ao prazo.

**P/Martha** – Isso, é essa a ideia.

**P/Lucena** – Entendeu? Então é por isso que eu fiz a solicitação de que, ou o artigo saia, ou os prazos sejam redefinidos após a consulta as entidades.

**P/Martha** – Então, é essa a ideia, e ai eu vou te dizer uma coisa assim, a gente vai discutindo a IN, mas a gente não gostaria de alterar esse prazo, porque esse prazo já é a prorrogação de um ano de uma coisa que a gente achava que já dava para acontecer agora. A gente tem Sinval, Toro, Doutor Salomão, Rose e Eduardo.

**P/Voz não identificada** – É rápido. É uma duvida em relação ao artigo quarto e o parágrafo primeiro e segundo. Em relação a redação, porque diz ai que a operadora deverá utilizar o IPCA como forma de reajuste nos contratos escritos, firmados com seus prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo. Ou seja, precisa ser preenchido ambos os critérios. Então tá, o primeiro deles é houver previsão contratual de livre negociação, como única forma de reajuste. Bastou que haja previsão contratual?

**P/Martha** – Então, tem que ter os dois. Eu tenho a previsão de negociação, e ai eu fiz essa negociação e não deu certo, ai aplica o índice da ANS. Se você conseguir negociar 20%, beleza. Aplica o que você negociou e não o índice da ANS.

**P/Voz não identificada** – Tá, eu acho que não está claro essa... Se você não tiver o item um, só o dois?

**P/Martha** – Não... Se não tiver nenhum... (vozes ao fundo). Ah para o primeiro ano, se não tiver nada e o índice... Ai vai da esfera do Paulo.

(intervenção feita fora do microfone)

**P/Martha** – Eles vão ser penalizados e não vai ter o índice da ANS?

**P/Voz não identificada** – E se tiver um contrato fora do padrão?

**P/Martha** – Isso também eu posso rever a penalidade para a operadora...

**P/Voz não identificada** – Não havendo um contrato dentro do padrão, se ele tiver um contrato fora do padrão?

**P/Martha** – Então, tem um ano para estar no padrão. Se hoje estiver fora do padrão aplica a índice do reajuste, aplica o índice da ANS. As outras cláusulas tem um ano para você adaptar. A cláusula do reajuste que é o artigo 17 A da lei, se ela tiver não conforme, já aplica agora.

**P/Voz não identificada** – Tá. Já aplica agora essa? Tá, entendi.

**P/Sinval** – Martha, Sinval, Sinog. Eu queria que você me permitisse aqui, já que a tendência aqui é a defesa de todos os pilares de sustentação do segmento, e depois de ter ouvido, eu vou chamar até de desabafo, o que o colega falou sobre a realidade dos planos odontológicos, eu queria que você me permitisse fazer alguns esclarecimentos. Me parece que nas duas últimas falas das entidades que defendem os prestadores, me parece que existe aí uma desinformação com respeito a realidade do que vive as operadoras. Segundo o \_\_\_\_\_, a semestralidade é baixa, ele se esquece que o ticket também é baixo, o mercado é regulado pelas grandes operadoras jogando esse ticket para baixo, fazendo com que haja uma banalização da assistência odontológica, e isso quem vive o ambiente da operadoras sabe que o custo administrativo das operadoras odontológicas que hoje está muito próximo das exigências que são feitas pelos planos médicos, e o colega Benício falou que teria que ser igual, seguramente ele não entende muito bem dessa conta para poder estar dizendo isso. Essa tendência de jogar o ticket para baixo, faz com que a sociedade não valoriza a assistência odontológica, não quer pagar o preço justo, por esta razão as operadoras ficam impossibilitadas de talvez poder repassar um preço melhor pelos procedimentos que são realizados. A questão do ticket, só reforçando, a gente sabe de operadoras que há dez anos vendiam os planos odontológicos, o dobro ou triplo do valor que se vende hoje. A culpa aí é de quem? Talvez das entidades que sustentam os prestadores de serviço, tivessem uma certa omissão quanto a valorização da

categoria de odontologia. Então a culpa não é só das operadoras de odontologia. Então existe toda uma tendência de mercado, que é conhecida, mas que me parece que no debate não está sendo muito bem esclarecido isso. E para finalizar, a questão do faturamento e do resultado das operadoras que me parece também que os colegas estão desinformados, e para que possam se formar melhor, basta que se consulte o site da ANS onde existe lá divulgado o balanço de todas as operadoras, e vocês poderão ver que a realidade não é tão como as últimas falas dos colegas apresentaram aqui para esta plenária.

**P/Martha** – Gente, olha só, eu tenho mais seis pessoas inscritas, a gente está fugindo geral do tema, o que significa que a gente não tem mais nada para falar. Então eu vou chamar essas seis pessoas e acabou. Toro, Salomão, Rose, Eduardo, Luiz e Pj. Ao final disso, acabou porque eu já estou vendo que a gente não tem mais o que falar e a gente vai começar a se agredir desnecessariamente, porque isso aqui é um casamento, lembra? A gente ainda vai dizer fale agora ou cale-se para sempre, dê um beijo na noiva, não é isso? A gente está quase chegando nesse momento do arroz. Então, vamos lá, seis pessoas e aí a gente encerra.

**P/Toro** – Vou falar sobre o tema, especificamente sobre os parágrafos primeiros e segundo do artigo sétimo. Dou duas questões, primeiro um fator de qualidade, e nós entendemos que a iniciativa é louvável, mas lembrando que o mercado ele já premia a qualidade, existem preços diferenciados em decorrência da qualidade. É um primeiro aspecto. O segundo aspecto, é que na definição do índice, nós tínhamos até comentado isso na discussão que nós tivemos com os consultórios, nós entendemos que não só os conselhos profissionais, mas que toda a sociedade, ou pelo menos também as operadoras, devem participar dessa discussão. E não ficar só na questão corporativa, claro que aqui também está ANS. A própria lei ela estabelece a possibilidade de câmaras técnicas com representação proporcional das partes envolvidas para adequado comprimento desta lei. Então da mesma forma que você mesmo já acenou quando teve a discussão da acreditação, tanto o parágrafo primeiro quanto o parágrafo segundo, nós entendemos que...

**P/Martha** – Combinadíssimo. Renata repete o azul no final do primeiro.

**P/Toro** – Seguindo até o que a própria lei estabelece dessa questão de representação proporcional. Obrigado.

**P/Doutor Salomão** – Martha, três pequenas sugestões. No artigo quarto, parágrafo segundo, o IPCA ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores a data do aniversário do contrato escrito. Eu estou propondo que mude anteriores a data do último reajuste, porque a data do

contrato é uma coisa, o último reajuste pode ter sido antes ou pode ter sido depois?

**P/Martha** – Mas o senhor entende que para a gente, na nossa lógica, é a mesma coisa? Porque se a gente está dizendo que o índice vai ser aplicado na data do aniversário do contrato, os 12 últimos meses é dessa data do aniversário do contrato.

**P/Doutor Salomão** – Mas nesse primeiro ano isso não vai acontecer. Tem reajustes que ocorreriam em dezembro e o aniversário do contrato foi em dezembro. Tem reajuste que aconteceu um ano antes ou mais de um ano antes.

**P/Martha** – Isso vai ser uma bagunça doutor Salomão...

**P/Doutor Salomão** – Pois é, então pense na sugestão.

**P/Martha** – Tá, vou pensar.

**P/Doutor Salomão** – O artigo quinto, o índice de reajuste estabelecido pela ANS nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor de serviços contratados com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos e ponto final. Não tem que sejam faturados e isso...

**P/Martha** – Pode ser.

(vozes ao fundo)

**P/Doutor Salomão** – Porque materiais e medicamentos sempre são faturados pela pessoa jurídica, pelo hospital. E se é pacote, o serviço é que acompanha o hospital, do contrário não existe. Junto com honorário médico...

**P/Martha** – Para mim doutor Salomão, é melhor que seja desse jeito. Esse que sejam faturados em separados, foi uma demanda do pessoal da SADT.

**P/Doutor Salomão** – Tudo bem então. E o artigo sétimo que os prestadores não podem abrir mão ao índice de reajuste definido pela ANS, será aplicado um fator de qualidade, positivo, a ser descrito através de instrução normativa. Eu sei que isso vai ser discutido daqui a dois anos, mas eu já quero deixar marcado que a qualidade maior é premiada, é acima do um.

**P/Martha** – Tá, vai estar lá na resolução, instrução normativa.

**P/Rose** – Boa tarde, eu sou Rosimere Nascimento, estou aqui representando a Sociedade Brasileira de Patologia, \_\_\_\_\_ Patologia, e uma das grandes preocupações nossas, é realmente em relação a qualidade, porque a gente sabe que os grandes laboratórios avançam nisso, mas nós temos

peculiaridades. As vezes o laboratório do patologista é com um, dois patologistas e isso.. Atingir graus de qualidade de excelência, é custo, e muitos de nós está mais de uma década sem nenhum reajuste. Então eu acho que esse olhar para esse grupo de prestadores de serviços, que embora, nós que estamos aqui contemplado nos outros estabelecimentos de saúde não profissionais, eu gostaria que isso pudesse ficar um pouco mais claro para a gente, porque na verdade o laboratório do patologista, ele pode estar inserido em um grande laboratório de patologia clinica, ou pode ser aquele cara que está lá no Acre, porque eu sei que tem dois patologistas no Acre trabalhando. Então eu não sei se a gente pode corresponder com tanta rapidez em um ano, a essa questão da qualidade. E o segundo é que eu estou muito feliz de poder estar aqui, e saber que eu vou... A operadora vai ser obrigada a vir registrar e eu não vou precisar ficar todo ano pedindo reajuste, chorando, explicando que gasto mais, que tenho mais materiais para botar para fazer ou não... O diagnóstico principalmente do câncer, que é uma doença prevalente e que determina o tratamento das pessoas, recebendo a misera quantia de 20 reais por uma biopsia de próstata ou de mama, que vai definir toda a vida da paciente. Isso não pode ser mais tolerado.

**P/Martha** – Ok Rosa, por isso que a gente quer fazer esses grupos para ver essas especificidades.

**P/Voz não identificada** – (intervenção começada fora do microfone – trecho ininteligível), na verdade a ideia é fazer com que as operadoras, a sociedade participe dessa discussão...

**P/Martha** – Mas é isso...

**P/Voz não identificada** – Ok.

**P/Martha** – Toda vez que a gente bota grupo, é grupo \_\_\_\_\_ todo mundo vai ser convidado.

**P/Voz não identificada** – Ok, é porque não está no final de conselhos profissionais correspondentes com parceria da ANS, em grupo a ser \_\_\_\_\_, dá impressão que seria só ANS

**P/Martha** – Grupo derivado da câmara técnica...

**P/Voz não identificada** – Ok. Perfeito.

**P/Martha** – Não, discutir qualidade eu faço um grupo de 500 mil pessoas.

**P/Voz não identificada** – É isso aí, é só depois adequar a redação, obrigado.

**P/Eduardo** – Bom, essa questão da qualidade eu me sinto até a vontade em falar um pouco, porque eu sou professor de qualidade, professor de pós-graduação em qualidade e em saúde. Então essa questão tem que ser com bastante cuidado, porque a gente tem que ter aí um grupo que eu acho preparado para poder essa discussão, e eu acho que isso aí, os critérios e a base disso tem que ser um grupo inicialmente, viu Martha, para dar diretriz tem que ser um grupo menor, e depois que você amplia para uma discussão maior, porque se não se perde no meio, se confunde o que é qualidade, o que é atendimento, o que é impressão, o que é visão do cliente, tem uma série de questões. Então acho que a questão, eu pessoalmente entendo a pressa e ansiedade da agência com relação a qualidade, mas alerto que não será isso que vai ser a solução para a questão do setor. É importante, quando você pensa no usuário, mas também nós já temos hoje alguns parâmetros que medem essa questão, como o usuário vê esse setor. Então eu gostaria Martha, que esse tempo aqui de dois anos, e de um ano, eu acho apertado. Se você colocasse um parâmetro, por exemplo, de dois anos, mas prorrogável, ou um mecanismo que a própria agência possa prorrogar isso, possa de maneira que não vê que seja possível, ou implementação em fase, alguma coisa que desse essa possibilidade de ampliar isso, porque fazer o que nunca foi feito é muito difícil. Só finalizando a minha fala, existem três pilares básicos na qualidade, primeiro chama-se estabelecimento de rotinas, e aqui a gente vê que antes do estabelecimento da rotina, há uma relação ainda conflituosa dos agentes, onde demonstra exatamente, que ainda não se entendem como agentes que tem construído isso de uma maneira junta. Então acho que enquanto você estiver com esse clima, aí vai ser difícil construir alguma coisa. Onde se enxergarem como adversários e enxergarem em lados opostos, quando a gente faz a crítica, é a crítica porque se o nosso relacionamento cair em ruína, nosso casamento está indo pra baixo. E eu estou te avisando. Você ignorar isso é o pior. É a pior escolha você ignorar a minha fala. Chega em um momento que eu pego a minha mala e vou embora. É pior, então é melhor eu te falar como eu vejo você dizer o que você sente, o que você pensa, e vou ver o que dá para construirmos juntos. A discussão tem que ser uma discussão construtiva. Com relação aos dados, os dados estão \_\_\_\_, semestralidade, está tudo lá no site da agência. Então nós baseamos a nossa fala em informações que são públicas. Públicas e de órgãos respeitados, como ANS e o conselho federal e odontologia. Então essa questão da qualidade, Martha eu queria que você visse com muito carinho, é importante até para que os profissionais, a gente sempre fala isso na qualidade quando eu falo a questão da qualidade, quando eu dou aula de qualidade eu falo isso que todo mundo tem que ter esse olhar. Todos nós profissionais envolvidos e toda a cadeia do atendimento em saúde, temos que nos enxergar em todas as nossas atividades, a questão da qualidade. Fazer o certo da maneira certa, fazer o certo da maneira certa, na hora certa, então isso realmente tem que ser o nosso objetivo principal.



**P/Martha** – Ok Eduardo, a gente pode nesse grupo pensar em escalonamentos, começar com o simples, programar a coisa mais complicada... Vamos pensar nesse grupo na maneira de fazer. Só porque você está de rosa Marlene, eu vou deixar você ser a última (risos)

**P/Luis Felipe** – Luis Felipe, ANAP. Eu queria voltar ali no artigo quinto, parágrafo único. Eu não sei, assim, eu estava na reunião e o acordo que a gente chegou foi que não chegamos a acordo nenhum. E eu acho que quando a gente coloca essa questão que a aplicação do índice será conforme acordado em contrato, a gente tem uma violação do espírito da letra da lei. Porque o que acontece é que a lei diz, olha, tem que ter reajuste. Se a gente no contrato, pode dizer “então não tem reajuste em lugar nenhum...”

**P/Martha** – Em quais itens você dá o reajuste? Foi isso que a gente chegou no grupo.

**P/Luis Felipe** – Não, no grupo a gente não chegou a acordo nenhum.

**P/Martha** – Não, não chegamos a acordo nenhum, a gente voltou para a plenária, tem tudo gravado e essa é a minha sorte. Ai na hora que a gente chegou na plenária eu falei, não chegamos em acordo nenhum. Vocês disseram para mim que vocês são gente grande e que não querem a minha intromissão. Estou resgatando as minhas fieis palavras, então vocês definam no contrato onde é que vai se incidir isso. Não foi isso?

**P/Luis Felipe** – E ai a gente viola a letra da lei, porque diz que vai ter reajuste, então no contrato a gente pode dizer que não vai ter reajuste em lugar nenhum?

**P/Martha** – Não, você tem que dizer onde vai ter o reajuste.

**P/Luis Felipe** – A gente tem que deixar que vai ter o reajuste só em caso de esplenectomia, por exemplo, é o único lugar do contrato que o procedimento...

**P/Martha** – Quais os itens de serviço vão se dar ao reajuste, é isso que está escrito lá no começo. Por quê? Quando a gente foi para lá, a gente tinha a ideia das diárias a taxas, em algum momento entrou o aluguel. Ai depois é sobre o aluguel. Tira órteses e próteses, bota órteses e próteses, e vocês me expulsaram da discussão, não foi isso? No sentido figurado.

**P/Luis Felipe** – De jeito nenhum Martha, a gente nunca faria isso.

**P/Martha** – E ai, eu falei assim, entendi, vocês são gente grande, tem como discutir, e eu acho isso bacana. Eu acho que onde a gente quer chegar nesse lugar, em uma relação entre duas partes, que tenha uma relação de força

nesse nível. Que conseguem se resolver. Então eu sai disso e vai para o contrato.

**P/Luis Felipe** – Só que não é isso que a lei fala. A lei fala que tem que ter reajuste, e com essa redação ai pode não ter. Porque...

**P/Martha** – Mas ai vocês são gente grande e vão botar lá no contrato onde vai se dar.

**P/Luis Felipe** – E gente grande pode desobedecer a lei agora?

**P/Martha** – Não, mas vocês são tão gente grande que vocês vão conseguir chegar nesse lugar. Olha só, tem um item lá na frente que fala que você vai descrever quais são os serviços. E você vai discutir, inclusive para o índice do contrato, porque isso daqui é para o índice da ANS. Para o índice do contrato você tem que descrever em quais índices você vai dar o reajuste. A gente está dizendo o seguinte, para o índice da ANS serve a mesma discussão anterior. É isso.

**P/Luis Felipe** – Ok. E tem mais uma questão aqui no artigo nono, e é que eu concordo com a fala do Wilson, eu acho que no nosso caso, e no caso dos hospitais, a gente está pronto para aplicar desde já a questão de qualidade, isso está reconhecido no mercado, tem...

**P/Martha** – Só para ninguém achar que eu sou doida, os dois representam hospital, um FBH o outro é Anape, e ai eu que sou a doida de fora (risos) não consigo dividir os hospitais ao meio, então a gente vai deixar todo mundo na mesma regra tá.

**P/Luis Felipe** – Tá bom.

**P/Paulo J** – É, eu tenho o mesmo entendimento dele, mas diferente do dele obviamente. Eu tenho o entendimento de que não foi isso que ficou decidido mesmo não. Você falou que a gente teria dois anos, e ia ser montado um grupo liderado pela agência, e que a gente ao final desses dois anos iria chegar a conclusão de qual seria e como se daria a aplicação disso. E até porque, se ficar do jeito que está ali, está confuso, porque era outra coisa que eu ia comentar, já que a proposta é de que haja o índice da agência neste ano de 2015, criou-se uma situação não só inflacionária, e eu quero ratificar isso aqui também, que é a nossa posição, como se a gente não estiver nos hospitais, por exemplo, os contratos assinados, porque eventualmente o prestador ou a operadora, seja lá o que for não fizeram, a gente aplica o IPCA no caso do hospital, onde? Uma vez que isso não está escrito. Então mais fácil entender isso para o hospital e SADT, apesar de que eu queria deixar aqui registrado de que o IPCA, a gente está lamentavelmente estimulando aqui a indexação de um mercado que já evolui a inflações de 16, 17% ao ano, isso é dado público.

Eu não estou querendo fazer choradeira nenhuma, eu concordo, o resultado de todas as operadoras está público no site, para acabar com as lendas que as pessoas estão trazendo aqui. As operadoras pequenas, com isso que está ali escrito, de fato vão quebrar mais ainda. A gente está consolidando esse mercado. As pequenas estão saindo do mercado. A gente queria deixar isso claro porque a gente criou uma cultura inflacionária nesse mercado.

**P/Martha** – Eu concordo com o Paulo, assim, a gente realmente falou que a gente faria isso em dois anos, a gente pode colocar ali “a aplicação do índice para as entidades hospitalares será conforme acordado em contrato a ser revisto em dois anos...”

**P/Paulo J** – Para adicionar a isso, até foi feito um comentário que já há uma discussão inclusive com a própria ANAPE, e todas as associações hospitalares são bem vindas, e que a minha sugestão aqui seria até que a gente colocasse nesse grupo em discussão com a agência, era que a gente discutisse seriamente o DRG para este grupo de entidades aqui.

**P/Martha** – Calma, não começa um novo item de discussão logo no último, não.

**P/Paulo J** – Ao longo desses dois anos que eu estou falando.

**P/Martha** – Então, eu acho que a gente pode botar assim, a aplicação do índice para as entidades hospitalares, será conforme é acordado em contrato, tema a ser debatido nos próximos dois anos, e depois as nossas meninas dão um jeito nessa redação louca. Vai Renata bota ai... Um grupo para dois anos, e depois as meninas dão um jeito nessa redação. A gente não vai trabalhar (ininteligível). Mas são grupos muito importantes, grupo para discutir aplicação e forma de aplicação de reajuste em hospital e qualidade, eu não tenho a menor dúvida que é importante. Marlene, a última, vai encerrar o GT...

**P/Marlene** – Então Marlene COFFITO. Artigo sétimo, parágrafo primeiro. Eu fiquei um pouco preocupada Martha, porque a gente vem discutindo já há anos, inclusive no hall, uma questão que assim, quem que é qualificado, quem é capaz de dizer o que pode ou o que não pode, o que é bom e o que não é bom para uma profissão, não é? E eu me lembro muito dessa conversa, desse discurso. E se a gente definiu que o auditor técnico tem que ser da mesma profissão porque é ele que tem capacidade técnica para tal, como que a gente coloca ali que isso vai ser discutido em grupo, constituído para este fim?

**P/Martha** – Vou ler para você, olha só, os profissionais de saúde, vai utilizar um fator de qualidade que vai ser estabelecido pelos conselhos, em parceria com a ANS, e em grupo a ser constituído para esse fim. Então a ideia é que a gente sente, construa, elabore e traga para esse grupo para debater, para

aprimorar, mas essa atribuição continua como a gente tinha pensado na discussão do conselho. Mas precisa passar por uma discussão de grupo? Claro, até para a gente melhorar, até para a gente pactuar isso porque a gente vai ter que pactuar. Mas está ali o papel do conselho.

**P/Marlene** – Não significa então, que este grupo é que irá definir quais serão os índices de qualidade?

**P/Martha** – Esse grupo vai sim pactuar isso no final, mas a proposta inicial vai vir do conselho e da ANS. Agora, quem vai aplicar isso para o mundo, é o grupo, então esse grupo tem que participar. A gente não pode simplesmente publicar. Então a gente constrói, a gente pensa, a gente aprimora, monta um grupo e apresenta.

**P/Marlene** – Ok, obrigada.

**P/Martha** – Acabou? Então gente, olha só, esse é o momento do casamento ê...

(palmas)

**P/Martha** – Olha o beijo. Depois de um duro trabalho, a gente não consegue contemplar 100% de todo mundo, mas, eu acho que a gente chegou em um equilíbrio saudável, agradeço a participação de todos. Dia 10 vai estar sendo votado na colegiada, e vocês já viram que a gente tem trabalho para os próximos três anos certo? Obrigada gente, beijo. Agora é só trocar aliança (risos)