

Perguntas e Respostas

Lei 13.003, de 2014

- Lei 13.003, de 2014,
- Resoluções Normativas nº 363, de 2014 e;
- Resolução Normativa nº 364, de 2014.

1- Como deve ser estabelecida a relação entre uma operadora de planos e os prestadores de serviços de saúde de sua rede contratada, referenciada ou credenciada? Que regras devem ser obedecidas?

A Lei 13.003, de 2014, e as Resoluções Normativas 363 e 364, de 2014, reforçaram a obrigatoriedade da existência de contratos assinados entre as operadoras de planos e hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios que compõem sua rede conveniada ou credenciada para documentar e formalizar a relação entre essas partes. É, portanto, obrigatório formalizar em contratos escritos entre operadoras e prestadores de serviços as obrigações e responsabilidades entre essas empresas. Além do objeto e natureza do contrato, deve haver a definição dos valores dos serviços contratados, dos prazos para faturamento dos pagamentos e dos reajustes dos preços a serem pagos pelas operadoras, que deverão ser obrigatoriamente anuais. Adicionalmente, os contratos deverão prever as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, bem como conter a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora, além de estipular vigência e critérios para prorrogação, renovação ou rescisão.

2- Operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde podem operar segundo um acordo tácito estabelecido entre eles, sem a formalização das regras do compromisso em um contrato escrito?

Não. É obrigatório formalizar em contratos escritos as relações entre operadoras de planos e hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios que compõem a rede de atendimento. As Operadoras que, porventura, atuem sem a devida formalização por meio de um contrato escrito com seus prestadores de serviços são passíveis de fiscalização e aplicação das penalidades previstas na Resolução Normativa RN nº 124, de 2006, assim como, o prestador de serviços de saúde que atua no setor suplementar sem contrato escrito poderá não ter alguns direitos garantidos, como o reajuste anual e

a possibilidade de contestar glosas, conforme artigo 5º parágrafo único da RN 363/2014 e do art. 8º, incisos I e II da RN 364/2014.

3- O que a Lei e sua regulamentação estabelecem a respeito das glosas?

Conforme previsto no art. 4º, inciso II, os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados. Sendo assim, cabe à operadora e ao prestador estabelecerem no contrato quais valores serão pagos pelos serviços contratados, os prazos para pagamento, as penalidades pelo descumprimento dos acordos estabelecidos, além da rotina administrativa e técnica, que devem ser expressas, contendo inclusive as hipóteses em que o prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado e os prazos para contestação, resposta da operadora e pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada. A celebração do contrato, com observância das regras descritas na lei n.º 13.003/2014 e sua regulamentação definida pela ANS, aumentam as chances de sucesso na resolução dos conflitos decorrentes da relação contratual, possibilitando soluções mais rápidas e com menor custo, além de evitar danos às partes envolvidas na relação.

4- Como fica o reajuste dos prestadores de serviços de saúde que não possuem contrato escrito com as operadoras de planos?

Excepcionalmente, no primeiro ano de vigência da Resolução Normativa – RN nº 364, de 12 de junho de 2014, será aplicado o índice da ANS desde que observada a existência de relação de prestação de serviços pelo período mínimo de 12 meses. A aplicação do índice deve se dar na data de aniversário do início da prestação de serviço. A partir de 22 de dezembro de 2015 a ausência de contrato escrito constitui infração à legislação e à regulamentação vigentes e deixa de conferir aos prestadores de serviços as proteções e garantias estabelecidas pela Lei e sua regulamentação, entre elas, a obrigatoriedade de reajuste anual. A

obrigatoriedade de contrato escrito independe da qualificação do prestador como contratado, referenciado ou credenciado.

5- Qual é o índice de reajuste aplicável pelas operadoras de planos aos prestadores de serviços de saúde que atendem em sua rede contratada, referenciada ou credenciada?

Depende. A regra geral é que o índice de reajuste já esteja previsto em contrato, livremente negociado entre as operadoras e os hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem ou laboratórios contratados para compor a rede de atendimento dos planos de saúde. Caso o contrato preveja apenas a livre negociação do reajuste sem um índice predefinido, a operadora e o prestador de serviços de saúde deverão negociar o valor do reajuste nos primeiros 90 dias do ano. Se não houver consenso, deverá ser aplicado o índice de reajuste definido pela ANS na data de aniversário do contrato.

6- Percentuais de índice de conhecimento público, tais como, Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) ou o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) são válidos como critério de reajuste?

Sim, desde que esse critério esteja definido no contrato e tenha sido pactuado em comum acordo entre a operadora e o prestador de serviços de saúde.

7- O índice de reajuste dos contratos entre operadoras e prestadores deve ser obrigatoriamente o índice definido pela ANS?

Não. A livre negociação é uma das formas de reajuste possíveis de serem estabelecidas em contrato. Além dela, as partes signatárias podem definir outra forma de reajuste a ser aplicada. Nessa situação, uma das possibilidades é o contrato estabelecer índices de conhecimento público, como, por exemplo, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) ou o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). Na

hipótese de o contrato ter previsto a livre negociação como única forma de reajuste e não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação permitido, valerá o índice estabelecido pela ANS.

8- Como aplicar o reajuste definido pela ANS?

Em caso de contrato com cláusula de livre negociação como única opção de reajuste, e quando não houver acordo entre as partes no prazo determinado pela regulamentação, deverá ser aplicado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que a ANS definiu como índice a ser aplicado nesses casos. O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato, considerando a última divulgação do IBGE. O índice será aplicado aos serviços contratados, com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos que sejam faturados separados dos serviços. Para os serviços hospitalares, o IPCA deverá ser aplicado de acordo com o estabelecido em contrato.

9- Como será estabelecido o Fator de Qualidade para os casos de aplicação do índice de reajuste estabelecido pela ANS?

Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade. Nos casos de profissionais de saúde a sua composição utilizará critérios a serem construídos em parceria entre a ANS e os conselhos profissionais relacionados. Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS considerará certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar. Cabe lembrar que indicadores selecionados, bem como a participação e o desempenho em projetos e programas de indução da qualidade poderão compor o Fator de Qualidade.

Por fim, cabe esclarecer que o detalhamento do Fator de Qualidade para fins de reajuste de entidades hospitalares encontra-se na Instrução Normativa nº 61, de 4 de dezembro de 2015. Sendo que o detalhamento, no caso de contratos com clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e

laboratórios, encontra-se em discussão para definição com o escopo de vigorar a partir de 2017.

10-Quais indicadores e programas serão utilizados para fins de aplicação do percentual intermediário (art. 4º, inciso II da IN DIDES nº 61) no primeiro ano de sua aplicabilidade?

Os indicadores e programas de indução da qualidade assistencial utilizados para a elaboração dos critérios de qualidade para fins de aplicação do percentual intermediário são:

- I - proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS;
- II - Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA;
- III - proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar; e
- IV - efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais.

Para fazer jus ao percentual intermediário, o hospital deverá obrigatoriamente cumprir a meta do indicador Proporção de guia eletrônica de cobrança na versão 3 do Padrão TISS. Além disso, deve possuir a efetiva participação no Projeto Parto Adequado, comprovada pela melhoria no indicador proporção de partos vaginais; ou cumprir a meta dos indicadores relacionados ao Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e à proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.

Por fim, cumpre esclarecer que essa regra se aplica apenas aos prestadores de serviços hospitalares e aos reajustes ocorridos entre 22/12/2015 a 31/12/2016.

11-Quais são os parâmetros utilizados na estratificação do Índice de Reajuste definido pelo ANS (IPCA) para aplicação do Fator de Qualidade?

Será utilizado, no primeiro ano de aplicação do fator, o processo de acreditação como parâmetro máximo (105%) e a participação e cumprimento dos critérios estabelecidos nos projetos da DIDES de indução da qualidade como parâmetro intermediário (100%); definir que hospitais que não possuem acreditação e não

atenderem aos critérios definidos pela ANS para aplicação do reajuste serão classificados no parâmetro mínimo (85%). Por fim, cumpre reforçar que essa regra se aplica apenas aos prestadores de serviços hospitalares e aos reajustes ocorridos entre 22/12/2015 a 31/12/2016.

12-O fator de qualidade estabelecido pela Instrução Normativa nº 61 da ANS se aplica a todos os hospitais credenciados ao plano de saúde ou apenas para os casos em que for aplicado o índice de reajuste definido pela ANS?

O fator de qualidade aplica-se somente nos casos em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS, conforme preconiza o art. 7º da RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014.

13-O índice de reajuste pactuado livremente entre operadoras e prestadores também poderá levar em consideração algum critério de qualidade?

Sim. O reajuste dos prestadores de serviços de saúde pode variar de acordo com indicadores ou critérios de qualidade, desde que haja previsão no contrato assinado entre as partes e que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

14-Conforme disposto no art. 18 da RN 363, de 2014, o reajuste aplicável pelas operadoras de planos aos prestadores de serviços de saúde que atendem em sua rede contratada, referenciada ou credenciada será proporcionalmente estabelecido para os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros 90 dias do ano. O que isto quer dizer?

De acordo com o disposto no art. 12, §§2º e 3º da RN 363, de 2014, o período de negociação foi padronizado em 90 dias corridos, contados a partir de 1º de janeiro de cada ano e a aplicação dos reajustes, previstos em contrato ou livremente negociados, se dará na data de aniversário dos contratos. Sendo assim, para os

contratos escritos, cuja data de aniversário esteja enquadrada no período de negociação, se a pactuação do reajuste entre as partes ocorrer posteriormente à data de aniversário, sua aplicação deve ser retroativa a esta data.

15-Como devem ser efetivados os pagamentos retroativos para os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros 90 dias do ano, se a pactuação do reajuste entre as partes ocorrer posteriormente à data de aniversário?

A norma não estabeleceu como deverá ser efetivado o pagamento retroativo. Portanto, cabe às partes acordarem a maneira mais adequada de realizar o reajuste retroativo.

16-A definição do reajuste precisa ocorrer dentro do período de 90 dias de negociação estabelecido na RN 363, de 2014?

A livre negociação deverá ocorrer nos primeiros 90 dias do ano, conforme estabelecido na RN 363, contudo, caso as partes prefiram postergar a definição do índice a ser aplicado para data próxima à efetivação do reajuste, isso poderá ser estabelecido, desde que formalizado em documento assinado pelas partes como produto da negociação. Caso a definição do índice seja postergada, e na data da efetivação do reajuste as partes não cheguem a um consenso sobre o índice a ser aplicado, aplica-se o índice da ANS.

17-Sobre as formas de reajuste e a possibilidade de previsão de livre negociação prevista no art. 12, §3º RN 363/14, é necessário haver formalização da negociação ocorrida com os prestadores, para comprovação do cumprimento desta norma?

A norma não estabeleceu regras para formalização da negociação ocorrida entre operadora e prestador. Portanto, cabe às partes estipularem no contrato qual será a maneira mais adequada de comprovação do acordo entre as partes, sendo possível utilizar qualquer meio de prova admitido em direito.

18-É possível negociar de forma coletiva o reajuste? Quais entidades possuem legitimidade para realizar a negociação coletiva e para quais profissionais ou entidades será aplicado o reajuste negociado coletivamente?

A norma não estabeleceu regras para formalização da negociação ocorrida entre operadora e prestador de serviços, podendo tal negociação ser tanto individual quanto coletiva, conforme o interesse das partes, desde que não infrinjam as normas de defesa da concorrência existentes no país, cuja avaliação compete ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE).

19-Caso o índice de reajuste previsto no contrato seja o IPCA, deverá ser aplicado o Fator de Qualidade?

Não. O Fator de Qualidade disciplinado na RN 391/2015 e IN DIDES 61/2015 tem sua aplicabilidade relacionada ao índice de reajuste definido pela ANS, e não guarda obrigatoriedade de incidência sobre o índice de reajuste do prestador estabelecido no contrato, independente de qual seja o índice pactuado entre as partes, mesmo que este seja o IPCA.

20-Consideremos uma situação onde o contrato assinado entre uma operadora de planos e um prestador de serviços de saúde estabelece a previsão de livre negociação e aplicação subsidiária de índice alternativo caso não exista acordo entre as partes. Se houver desacordo ao fim da negociação, o índice de reajuste definido pela ANS deverá ser aplicado?

Não. O índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) só é aplicável em situações em que não haja nenhuma espécie de acordo entre as partes. Para os casos em que, além da livre negociação, foi estabelecida cláusula com índice específico para quando não houver consenso, o reajuste deverá respeitar tal índice específico na falha da negociação.

21-O que acontece se uma operadora de planos de saúde descredencia um prestador de serviços de sua rede?

Os consumidores não correm o risco de ter seu atendimento prejudicado. A partir da Lei 13.003, de 2014, a operadora de planos de saúde que descredenciar clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios é obrigada substituí-los, devendo informar essa substituição aos seus beneficiários com 30 dias de antecedência. Essa regra já valia para hospitais e foi ampliada para os demais prestadores de serviços de saúde

22-Quais são os critérios para as operadoras substituírem os prestadores não hospitalares descredenciados?

A ANS estabeleceu os critérios para a substituição de clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem ou laboratórios contratados para compor a rede contratado, referenciada, credenciada ou cooperada dos planos. Se a alteração for de estabelecimento de saúde, a substituição deve ser por uma empresa do mesmo tipo e mesmos serviços especializados, conforme o cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além disso, o novo prestador deve estar no mesmo município da empresa descredenciada. No caso dos profissionais que atuam em consultório isolado, os critérios para substituição devem levar em conta a habilitação legal para o exercício da profissão (médico por médico; fisioterapeuta por fisioterapeuta) e localização no mesmo município. Em ambos os casos, se houver indisponibilidade ou inexistência de prestador no município, poderá ser indicado outro em município limítrofe ou, em último caso, na região de saúde. –

23-Como o consumidor poderá consultar as substituições ocorridas na rede de prestadores de serviços de saúde de sua operadora?

A operadora deve comunicar as substituições na rede de prestadores de serviços de saúde através de área específica do seu portal na internet e de sua Central de

Atendimento com 30 dias de antecedência e mantê-las disponíveis para consulta por pelo menos 180 dias. As substituições devem ser exibidas por plano de saúde, incluindo número de registro na ANS ou código de identificação, prestador que será excluído e prestador que o substituirá.

24-Há alguma hipótese onde a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial do plano é permitida sem substituição?

Sim. São quatro as situações em que a operadora de planos de saúde pode excluir clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem ou laboratórios contratados para compor a rede conveniada ou credenciada dos planos sem providenciar a substituição por outro prestador equivalente:

- 1 - Quando a rescisão de um contrato coletivo ocasionar redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano no mesmo município;
- 2 – caso haja ausência de prestação de serviço para o plano por, no mínimo, 12 meses consecutivos;
- 3 - quando a operadora comprovar que o prestador exigiu pagamento diretamente de um beneficiário por procedimentos contratados e disponibilizados através do plano de saúde;
- 4 – quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde, por parte do prestador, como mecanismo de protesto.

25-Nos casos de descredenciamento de prestadores não hospitalares da rede assistencial, a operadora pode indicar um prestador já pertencente a sua rede de atendimento?

Sim. A substituição pode se dar pela contratação de novos prestadores de serviços equivalentes ao excluído ou pela absorção do atendimento aos beneficiários por outros prestadores de serviços já integrantes da rede assistencial da operadora. Essa possibilidade está prevista no § 1º do artigo 3º da RN 365/2014, que estabelece que a comprovação da equivalência deve ser feita pelo

aditivo contratual assinado entre a operadora e o prestador substituto, onde fica formalizado que houve aumento da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos. Exemplificando: um prestador “A” já integrante da rede deve ter seu contrato integrado por um aditivo em que seja formalmente indicado que absorverá as demandas do prestador “B” que será descredenciado.

26-Nos casos de descredenciamento de prestadores não hospitalares da rede assistencial em que a operadora indique um prestador já pertencente a sua rede de atendimento, como poderá ser comprovada junto à ANS a manutenção da capacidade de atendimento?

O respeito à capacidade de atendimento fica configurado quando há aditivo contratual assinado entre a operadora e o prestador de serviço substituto, sendo certo que o prestador que absorver a demanda daquele que está sendo substituído deve ter capacidade para prestar todos os tipos de atendimentos antes prestados pelo substituído. Nada impede, no entanto, que se firme aditivo com mais de um prestador para absorver a demanda de um substituído, no caso de um único não oferecer todos os serviços antes ofertados pelo que está deixando a rede.

27-Nos casos de substituição de prestadores não hospitalares da rede assistencial a operadora deve encaminhar alguma documentação à ANS?

Não. A regulamentação não estabeleceu obrigatoriedade de solicitação de autorização à ANS quanto à substituição de prestador de atenção à saúde não hospitalar. A obrigatoriedade de comunicação ou solicitação de autorização à ANS aplica-se apenas aos casos de descredenciamento de estabelecimentos hospitalares, conforme prevê os incisos 1º e 4º do art. 17 da Lei 9.656/2008. Caso necessário a ANS poderá solicitar os documentos que comprovem que a

substituição ocorreu nos termos da Lei 9.656/1998 e sua regulamentação. Por fim, cumpre esclarecer que a Operadora deve disponibilizar as informações sobre as substituições de seus prestadores no seu Portal Corporativo, na forma da regulamentação em vigor.

28-No caso de um prestador não hospitalar solicitar descredenciamento e havendo oferta suficiente dos demais credenciados, é necessário que a operadora indique outro prestador?

Sim, sempre que uma clínica, profissional de saúde autônomo, serviço de diagnóstico por imagem ou laboratório solicitar descredenciamento, a operadora de planos de saúde deverá contratar novo prestador equivalente ou assinar aditivo contratual para indicar um outro já pertencente a sua rede que absorverá a demanda do prestador substituído.

29-Como a ANS fará a fiscalização das situações em desacordo com a Lei e sua regulamentação?

A ANS, no tocante aos contratos firmados entre operadoras e prestadores, aplicará penalidades em caso de desconformidades, mediante fiscalização do cumprimento das regras estabelecidas pela RN nº 363, de 2014, como por exemplo, prestação de serviços sem formalização de contrato escrito, ausência de cláusulas contratuais obrigatórias ou cláusulas com disposições contrárias à Lei ou a sua regulamentação. Neste contexto, diante do exposto, solicita-se que, para fins de apuração de indícios de infração, o denunciante apresente por escrito sua denúncia à ANS, com a identificação do denunciante e do denunciado informando:

- I – Nome, telefone e endereço para recebimento de correspondências e o endereço eletrônico;
- II - Número de inscrição no CPF/MF ou no CNPJ/MF;
- III – Nome, número de registro na ANS nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

VI – Cópia do instrumento contratual a que se refere a denúncia, acompanhada de cópia de eventuais termos aditivos;

V – Identificação das cláusulas contratuais em desacordo com a legislação da saúde suplementar vigente (as disposições da RN nº 363, de 2014, que foram infringidas);

VI – Declaração do prestador de serviço de saúde de que não houve acordo entre as partes quanto à definição do reajuste ao término do período de negociação nos casos de aplicação das disposições da RN nº 364, de 2014.

Para apuração de denúncias envolvendo casos de prestação de serviços sem a devida formalização por meio de um contrato escrito, o denunciante deverá informar os itens I, II e III acima e encaminhar documentos que comprovem a prestação de serviço para a operadora denunciada, tais como, faturas de pagamento pelos serviços prestados.

O não fornecimento pelo denunciante das informações elencadas poderá ocasionar o atraso na apuração da denúncia ou mesmo sua inviabilização, resultando no arquivamento da mesma.

30- Como a ANS faz o monitoramento da comunicação das substituições de prestadores de serviços de saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras?

A ANS monitora a comunicação pelas operadoras das substituições de prestadores não hospitalares em seus Portais Corporativos com base nas exigências da IN nº 56, de 2014. As operadoras que atendem a todos os quesitos da referida IN são classificadas como "*Conforme*" e não são oficiadas. Já as operadoras que deixam de atender a um ou mais dos itens exigidos pela IN são classificadas como "*Não Conforme*" e notificadas por meio de um Ofício. Neste instrumento, as exigências da IN nº 56, de 2014 foram transformadas em perguntas, as quais são verificadas e preenchidas com "sim" (no caso de conformidade do item), ou "não" (no caso de desconformidade do item).

Recomendações

Por fim informamos que está disponível, e pode ser acessada no sítio eletrônico da Agência (www.ans.gov.br), a [Nota Técnica 01/DIRAD/DIDES](#), de janeiro de 2016, que trata de regras de contratualização entre prestadores e operadoras, fiscalização e aplicação de penalidades cabíveis no caso de infrações, bem como a [Cartilha de Contratualização – Glosa](#), com as orientações da ANS para os casos onde o plano de saúde suspende o pagamento de serviços contratados.