

# Relatório da Consulta Pública nº 54

## Boas práticas na relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde

Rio de Janeiro, 10 de março de 2014

Equipe da Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial



## **APRESENTAÇÃO**

Trata-se de relatório da Consulta Pública nº 54, aprovada na 392ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, cuja proposta de Resolução Normativa – RN, estabelecendo as regras gerais para manutenção das boas práticas no relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde, foi disponibilizada no *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para o recebimento de sugestões por parte da sociedade civil e dos agentes regulados.

A minuta de RN foi colocada em Consulta Pública no período de 06/01/2014 a 04/02/2014, quando foram recebidas 1.086 contribuições. Todas as sugestões foram analisadas e, nos termos da RN nº 242/2010, que dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas, os dados resultantes da análise são divulgados neste Relatório.

Cumprе ressaltar que a minuta do normativo apresentou formas gerais de como deveriam ser avaliadas e incentivadas as “melhores práticas” nas relações entre operadoras e sua rede de prestadores assistenciais. Para realizar tal avaliação, foram propostos alguns índices no corpo da Resolução, cuja metodologia não foi informada, no intuito de se estabelecer uma maior flexibilidade para incentivar o envio de propostas por parte dos principais agentes. Dessa forma, buscando ampliar ainda mais tal incentivo, a minuta foi também objeto da primeira Audiência Pública realizada pela ANS, para que fosse alcançado um maior patamar de participação.

Contudo, a maioria das sugestões recebidas apontou no sentido de que a própria Agência deveria desenvolver e propor a metodologia a ser empregada para o cálculo dos mencionados índices, para que, somente então, os agentes do mercado pudessem apresentar sugestões.

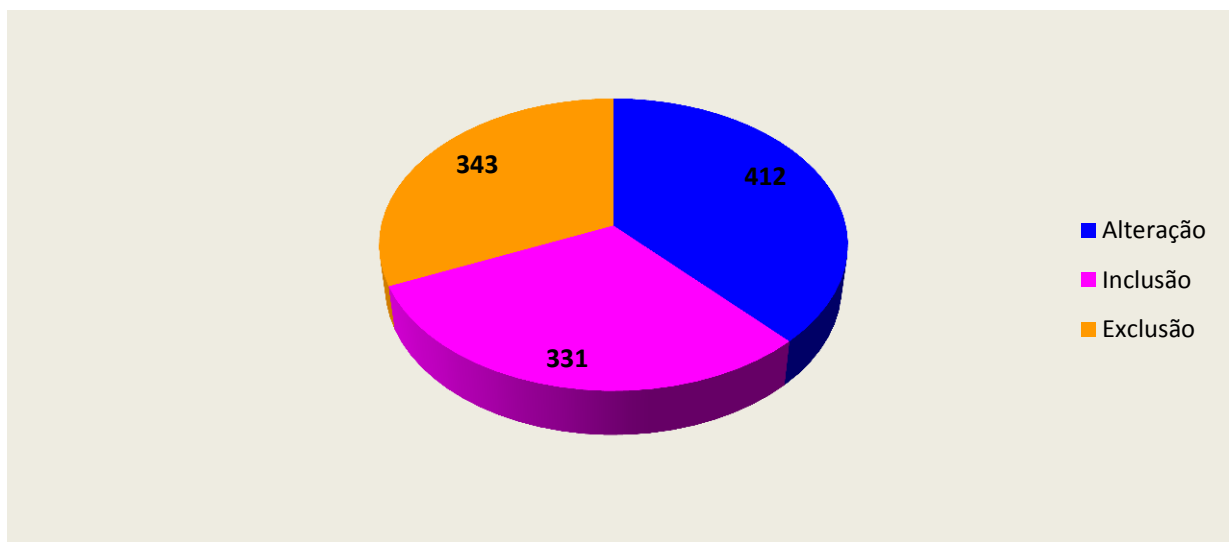
Assim sendo, feitas as considerações iniciais, serão demonstrados a seguir, os dados referentes às sugestões e contribuições recebidas na Consulta Pública nº 54:

Foram contabilizadas 1.086 sugestões e contribuições. Desse total, 162 não guardavam relação de seu conteúdo com o tema tratado na minuta de normativo. A Tabela 1 abaixo apresenta a consolidação das contribuições em relação ao tipo de dispositivo da Minuta da Resolução Normativa.

**Tabela 1 – Contribuições da Minuta de Resolução Normativa classificadas por tipo de dispositivo (N e %)**

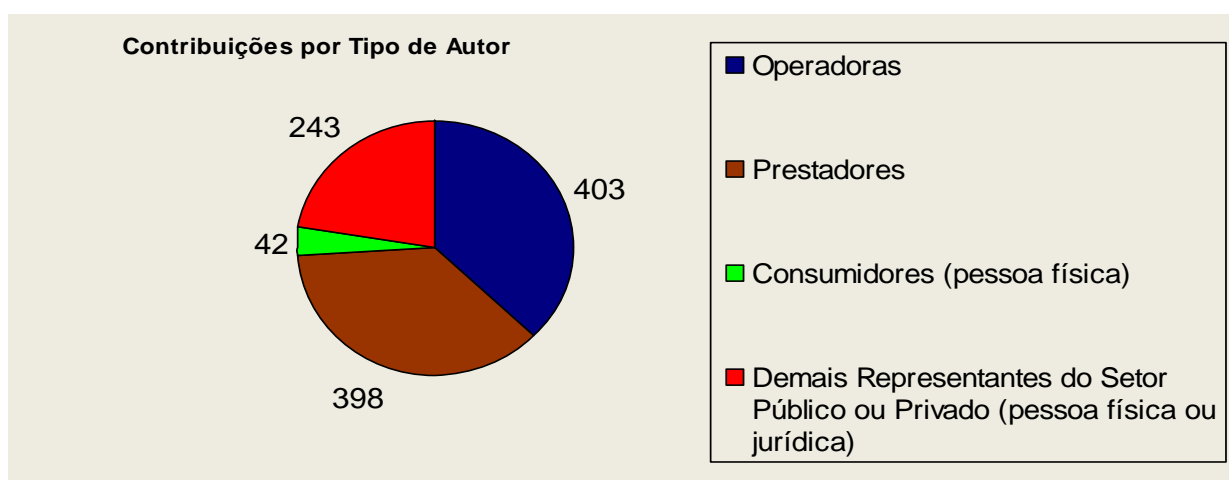
Dispositivos da RN:	Contribuições						
	Alteração		Exclusão		Inclusão		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Capítulo I	7	1,70%	48	13,99%	34	10,27%	89
Artigo 1º	16	3,88%	1	0,29%	7	2,11%	24
Artigo 2º	5	1,21%	0	0,00%	0	0,00%	5
Artigo 3º	16	3,88%	0	0,00%	14	4,23%	30
Artigo 4º	10	2,43%	0	0,00%	53	16,01%	63
Capítulo II	2	0,49%	2	0,58%	10	3,02%	14
Seção I	0	0,00%	2	0,58%	1	0,30%	3
Artigo 5º	102	24,76%	43	12,54%	19	5,74%	164
Seção II	3	0,73%	4	1,17%	5	1,51%	12
Artigo 6º	46	11,17%	89	25,95%	9	2,72%	144
Seção III	3	0,73%	0	0,00%	1	0,30%	4
Artigo 7º	22	5,34%	27	7,87%	7	2,11%	56
Seção IV	1	0,24%	3	0,87%	6	1,81%	10
Artigo 8º	72	17,48%	58	16,91%	35	10,57%	165
Seção V	0	0,00%	0	0,00%	3	0,91%	3
Artigo 9º	9	2,18%	30	8,75%	15	4,53%	54
Seção VI	3	0,73%	0	0,00%	6	1,81%	9
Artigo 10	15	3,64%	3	0,87%	39	11,78%	57
Seção VII	2	0,49%	3	0,87%	1	0,30%	6
Artigo 11	23	5,58%	11	3,21%	31	9,37%	65
Seção VIII	1	0,24%	0	0,00%	5	1,51%	6
Artigo 12	10	2,43%	4	1,17%	7	2,11%	21
Capítulo III	1	0,24%	6	1,75%	0	0,00%	7
Artigo 13	19	4,61%	6	1,75%	4	1,21%	29
Capítulo IV	1	0,24%	0	0,00%	10	3,02%	11
Artigo 14	14	3,40%	2	0,58%	6	1,81%	22
Artigo 15	9	2,18%	1	0,29%	3	0,91%	13
<b>Total</b>	<b>412</b>	<b>100,00%</b>	<b>343</b>	<b>100,00%</b>	<b>331</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.086</b>

A quantidade de contribuições que tratavam de alterações dos dispositivos da minuta foram superiores àquelas que diziam respeito a exclusões e inclusões, conforme demonstrado na Figura 1 a seguir:



**Figura 1 – Divisão Quantitativa por tipo de contribuição**

A Figura 2 abaixo apresenta a quantidade de contribuições por tipo de autor. Observa-se que a maioria das contribuições foi realizada por representantes das operadoras e dos prestadores de serviços. No grupo classificado como “consumidores” estão aquelas pessoas físicas que se identificaram como tal. Por sua vez, os órgãos representativos da sociedade civil organizada, assim como representantes de instituições públicas ou privadas, integram o grupo “demais representantes do setor público ou privado”.



**Figura 2 – Número de contribuições por tipo de autor**

A Figura 3 a seguir demonstra a quantidade de contribuições por dispositivo da Minuta da RN. Verifica-se que os artigos 5º, 6º e 8º foram os que receberam o maior número de contribuições.

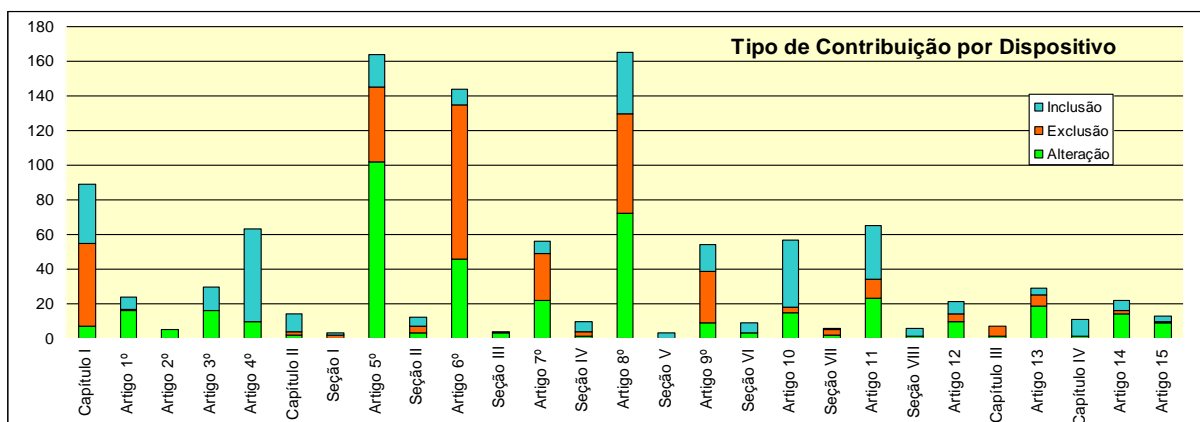


Figura 3 – Divisão das contribuições por dispositivo (n)

## PRINCIPAIS SUGESTÕES E CONTRIBUIÇÕES<sup>1</sup>

### CAPÍTULO I

Verificou-se que as contribuições obtidas neste item não foram específicas, estando relacionadas a outros dispositivos da minuta da norma ou, ainda, sugeriram inclusões nos dispositivos, que serão vistas adiante.

### ARTIGO 1º

*“Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN estabelece as regras gerais para manutenção das boas práticas no relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras sugeriram a alteração da expressão “regras gerais” pelas palavras “mecanismos” ou “orientações” na definição de Boas Práticas, argumentando que a finalidade da norma é aferir as boas práticas na relação entre operadoras e prestadores e não de estabelecer regras;
- Entidades representativas de prestadores de serviço sugeriram a inclusão das palavras “implantação”, “monitoramento”, “publicação” e “fiscalização” e a menção à aplicação de

<sup>1</sup> Somente constam desta Nota as contribuições mais relevantes, assim consideradas pela Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial.

penalidades na definição de Boas Práticas. Adicionalmente, consumidor e empresa de consultoria sugeriram a exclusão da palavra “manutenção” na definição, argumentando que o texto original pressupõe a existência de boas práticas;

- Consumidor recomenda que a norma inclua na análise dos indicadores todas as operadoras regidas pelo poder público e suas fundações para avaliação de todo o mercado e propõe a inclusão de indicadores que venham a refletir diretamente na qualidade da assistência prestada aos clientes/pacientes.

## **ARTIGO 2º**

*“Art. 2º “Submetem-se ao disposto nesta RN todas as modalidades de operadoras de planos de saúde, exceto as administradoras de benefícios.”*

Contribuições:

- Representante dos prestadores de serviços sugeriu a inclusão das administradoras de benefícios na abrangência da norma;
- Representantes de operadoras sugeriram a exclusão das autogestões e das administradoras de serviços da abrangência da norma.

## **ARTIGO 3º**

*“Art. 3º Para fins do disposto nesta RN considera-se:*

*I - Prestadores de Serviços de Saúde: são os estabelecimentos pertencentes à rede própria, credenciada, referenciada, contratada ou cooperada de uma operadora de planos privados de assistência à saúde.*

*II - Boas Práticas: conjunto de ações adotadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde, identificadas como as mais acertadas em termos de eficácia e eficiência, possibilitando a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade, de forma a propiciar uma melhor assistência na saúde suplementar.”*

Contribuições:

- Representantes dos consumidores sugeriram a inclusão dos estabelecimentos conveniados na definição de prestadores de serviços e que as ações relativas às boas práticas sejam obrigatórias e que sigam os princípios do Código de Defesa do Consumidor;
- Representantes de operadoras sugeriram a exclusão dos estabelecimentos pertencentes à rede cooperada, bem como dos da rede própria, uma vez que envolvem vínculos diferenciados daqueles da rede credenciada. Houve também sugestões de que as boas práticas devem se

estender além da eficácia e da eficiência para uma melhor assistência na saúde suplementar, devendo ser criado um Manual de acordo com a segmentação da operadora e que deve ter como principal objetivo a prática profissional de qualidade;

- Representantes dos prestadores de serviço e entidade representativa dos consumidores sugeriram a inclusão de profissionais pessoas físicas ou jurídicas/profissionais de saúde na definição de prestadores de serviços e também que sejam vedadas práticas, por parte das operadoras, que tragam prejuízos ao atendimento dos beneficiários. Também foi feita a sugestão de participação das sociedades de especialistas para a instituição das boas práticas, passando os conceitos de eficácia e eficiência a serem avaliados pelo atendimento do paciente. De igual forma, foi sugerido que o cumprimento das obrigações contratuais seja incluído como uma boa prática.

#### **ARTIGO 4º**

*“Art. 4º As operadoras de planos de saúde serão acompanhadas, periodicamente, quanto a utilização de boas práticas no relacionamento com sua rede de prestadores de serviços de saúde.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras e prestadores sugeriram periodicidade variável para a apuração dos índices (semestral, trimestral ou anual), bem como que o acompanhamento seja realizado pelo Comitê de Boas Práticas – COBOP;

- Entidades representativas de prestadores e de consumidores sugeriram que as boas práticas deveriam ser “fiscalizadas”;

- Representantes de operadoras sugeriram que não poderia haver punição por eventuais omissões ou falhas dos prestadores de serviço e que o acompanhamento do relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores visa incentivar uma relação equilibrada entre as partes, assegurando que suas práticas propiciem cada vez mais um atendimento de qualidade aos consumidores. Também apresentaram argumentos de que as operadoras não conseguem a implantação do QUALISS, do pagamento por resultado vinculado à qualidade em hospitais de pequeno porte;

- Entidade representativa de consumidores sugeriu que fossem estabelecidos valores mínimos para os índices de boas práticas, havendo sanção para as operadoras que não alcançassem esses valores.

## **CAPÍTULO II**

### **DOS REQUISITOS DE BOAS PRÁTICAS**

Contribuições:

Verificou-se que as contribuições obtidas neste item não foram específicas, estando relacionadas a outros dispositivos da minuta da norma ou ainda, sugeriram inclusões nos dispositivos, que serão vistas adiante.

### **SEÇÃO I**

#### **DO INSTRUMENTO JURÍDICO**

Contribuições:

- Representante de operadora sugeriu a centralização do serviço para as operadoras com menos de cem mil beneficiários, já que as auditorias independentes podem representar um custo significativo e a opção de centralização do serviço poderia ser uma alternativa viável.

#### **ARTIGO 5º**

*“Art. 5º Fica criado o Índice de Conformidade da Contratualização (I-CC), cuja finalidade é consolidar os resultados do Relatório de Conformidade Contratual (RCC) de maneira quantitativa para cada operadora de planos de saúde. Para fins de monitoramento dos instrumentos jurídicos firmados com a rede prestadora de serviços, as operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a enviar periodicamente o RCC”.*

(...)

Contribuições:

- Representantes de operadoras e de prestadores sugeriram periodicidade variável para o envio do RCC (bimestral, trimestral, semestral, anual, bienal ou trienal);

- Consumidores e representantes de operadoras sugeriram a exclusão do índice, argumentando que a ANS não dispõe de recursos humanos suficientes para a tarefa e que tanto operadoras quanto prestadores deveriam ser avaliados como partes contratantes. Outras ponderações foram apresentadas quanto ao fato de que a mera existência de um conjunto de cláusulas, sejam elas obrigatórias ou recomendáveis, não se traduz materialmente numa boa prática de relacionamento;

- Representantes de prestadores recomendaram a inclusão de planos odontológicos na definição do índice e criação de pesos para cada item avaliado para criar resultados qualitativos, e ainda,



que fosse adotada a CBHPM nos contratos, que o índice de reajuste fosse anual, sendo que na falta de negociação ou automaticamente os honorários seriam reajustados pelo mesmo índice de reajuste autorizado às mensalidades dos planos de saúde pela ANS;

- Representantes de operadoras sugeriram que o instrumento jurídico para os cooperados seja regido pelos documentos previstos em legislação própria e que para os recursos próprios não seria necessária a apresentação de instrumentos jurídicos.

#### **ARTIGO 5º, §1º**

*“Art. 5º Fica criado o Índice de Conformidade da Contratualização (I-CC), cuja finalidade é consolidar os resultados do Relatório de Conformidade Contratual (RCC) de maneira quantitativa para cada operadora de planos de saúde. Para fins de monitoramento dos instrumentos jurídicos firmados com a rede prestadora de serviços, as operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a enviar periodicamente o RCC.*

*§ 1º O RCC consiste em relatório elaborado por empresa independente de auditoria, contratada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, para a verificação da existência de cláusulas consideradas recomendáveis”.*

(...)

#### **Contribuições:**

- Consumidores e representantes de operadoras solicitaram a exclusão do índice, com menção ao art. 22 da Lei nº 9.656/98, o qual é claro no sentido de que a submissão à auditoria independente refere-se, exclusivamente, a questões contábeis ou atuariais das operadoras, não havendo então previsão para atuação de auditoria independente em outras situações;

- Representantes de prestadores de serviços sugeriram que a empresa independente de auditoria fosse contratada pelos sindicatos, associações ou conselhos de classes representativos dos prestadores, pois a contratação de auditoria pela própria operadora a ser auditada é incompatível com a finalidade do procedimento. Também foram feitas sugestões para que fossem verificadas apenas cláusulas contratuais necessárias ao equilíbrio do setor. Da mesma forma houve argumentos para que o RCC fosse elaborado pela Diretoria de Fiscalização da ANS - DIFIS, uma vez que delegar a tarefa a terceiros comprometeria a autonomia da fiscalização e, por consequência, a legitimidade dos resultados. Adicionalmente, recomendaram que cópia do RCC fosse encaminhada para conhecimento e providências da DIFIS, bem como para os prestadores.

- Entidades representativas de prestadores, de consultores independentes e de organismos de certificação da qualidade sugeriram redações diversas no intuito de garantir ausência de

qualquer tipo de vínculo da empresa de auditoria com a operadora a ser auditada, devendo a empresa ser previamente homologada pela ANS, desde que atendesse a critérios mínimos de competência, integridade e imparcialidade. Adicionalmente, a Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda sugeriu que a empresa independente de auditoria deveria fazer parte de uma lista de empresas de boa reputação, previamente escolhidas pela ANS, submetidas a regulamento específico e com regras para rodízio de empresas, evitando assim a formação de “parcerias de longo prazo” com as operadoras;

- Representantes da operadoras sugeriram que o RCC não incluía a modalidade de autogestão, mas que a mesma não estaria isenta do envio do relatório. Houve argumentos de que a contratação de empresa independente de auditoria seria um ônus e que poderia agravar a situação financeira das operadoras. Também sugeriram que o RCC poderia ser elaborado pelas próprias operadoras ou, ainda, pela ANS, ou que a contratação das empresas de auditoria pudesse ser feita por operadoras da mesma modalidade ou mesmo grupo econômico para minimizar custos;

- Representantes de consumidores e de prestadores sugeriram que o Comitê de Boas Práticas - COBOP deveria estabelecer as cláusulas consideradas recomendáveis e analisar os relatórios utilizando-se de métodos representativos e validados pela ANS.

#### **ARTIGO 5º, § 2º**

*“Art. 5º Fica criado o Índice de Conformidade da Contratualização (I-CC), cuja finalidade é consolidar os resultados do Relatório de Conformidade Contratual (RCC) de maneira quantitativa para cada operadora de planos de saúde. Para fins de monitoramento dos instrumentos jurídicos firmados com a rede prestadora de serviços, as operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a enviar periodicamente o RCC.*

*§ 1º O RCC consiste em relatório elaborado por empresa independente de auditoria, contratada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, para a verificação da existência de cláusulas consideradas recomendáveis.*

*§ 2º As operadora de planos de saúde deverão manter em seus registros por, no mínimo, 5 (cinco) anos, os documentos comprobatórios relativos ao RCC.”*

#### **Contribuições:**

- Representantes de prestadores de serviços sugeriram que o prazo fosse aumentado para dez anos, e que os registros fossem mantidos também pela ANS, para que os prestadores pudessem ter acesso a tais documentos;

- Representantes de operadoras argumentaram no sentido de que a ANS poderia realizar a auditoria e consolidar as informações para elaboração do I-CC, sob a alegação de que a contratação de uma empresa independente de auditoria gera um acréscimo substancial aos custos envolvidos, além de criar uma eventual reserva de mercado.

## **SEÇÃO II**

### **DOS MÉTODOS EXTRAJUDICIAIS DE SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS**

Contribuições:

- Representantes de operadoras recomendaram a inclusão das notificações extrajudiciais para os Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias. Também houve pedidos de exclusão do índice, já que sua instituição afronta direito constitucional quando cria a obrigatoriedade de previsão contratual de resolução de conflitos por meio de métodos extrajudiciais, sendo também inócua, pois não extingue o direito de ação. Alegaram, para tanto, que já ocorrem ações judiciais por parte de beneficiários, incentivadas por hospitais solicitantes de materiais que não cumprem as regras da própria ANS, ou seja, não realizam três cotações do mesmo material em fornecedores diferentes;

- Representantes de prestadores de serviços solicitaram que fosse eleito contratualmente o foro da comarca de sua localização geográfica, como também que a arbitragem deveria ser exercida por entidades de classe médicas, conselhos regionais de medicina, sindicatos médicos e associações médicas regionais e supervisionada pela ANS;

- Representante de empresa de consultoria solicitou a exclusão dos métodos de solução de controvérsias, já que a interferência do poder judiciário na relação entre operadoras e prestadores se dá normalmente por descumprimento do que está em contrato e destacou que as relações contratuais já foram bem estabelecidas nas Resoluções Normativas – RN nº 42/2003, 54/2003, 71/2004 e Instrução Normativa – IN nº 49/2012 da ANS e que, portanto, os instrumentos jurídicos celebrados entre as partes já estariam claros e precisos.

### **ARTIGO 6º**

*“Art. 6º Fica criado o Índice MESC (I-MESC), cuja finalidade é a avaliação da existência de cláusula compromissória para utilização de métodos extrajudiciais de solução de controvérsias (MESC), tais como, conciliação, mediação e arbitragem, nos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde.”*

*“Parágrafo único. Para fins de monitoramento dos métodos extrajudiciais de solução de controvérsias, será verificada a existência de cláusula específica no instrumento jurídico firmado entre as partes, bem como sua efetiva utilização, que deverá constar do RCC, estabelecido no art. 6º desta RN.”*

Contribuições:

- Representante de organismo de certificação da qualidade sugeriu alteração do artigo já que a finalidade do Índice MESC (I-MESC) deveria ser avaliar a efetiva utilização de tais métodos, e não somente a mera verificação da existência de cláusula contratual compromissória;
- Representantes de consumidores e de prestadores de serviços sugeriram a exclusão do artigo, uma vez que a obrigatoriedade de utilização de métodos extrajudiciais de solução de controvérsias certamente iria beneficiar a operadora, detentora de maior poder econômico frente ao prestador de serviços profissional liberal;
- Representantes de operadoras sugeriram a exclusão da cláusula, já que tanto a operadora quanto o prestador não estão obrigados a firmar cláusula compromissória para utilização de MESC e não existiriam razões para que fossem criados métodos indutores para o seu estabelecimento, tendo-se em vista o elevado custo desses métodos, muitas vezes superior à vantagem econômica eventualmente obtida por qualquer das partes com o embate. Também foram feitas justificativas para a exclusão em razão da inviabilidade de aplicação do método frente a ocorrências corriqueiras, havendo necessidade de definição prévia dos tipos de casos que seriam submetidos ao MESC. Outras contribuições apontaram a dificuldade da comprovação da utilização de tais métodos, uma vez que a ANS não regula os prestadores, o que comprometeria a adoção de boas práticas e ainda, os prestadores não estariam obrigados a pactuar o método;
- Representante dos prestadores solicitou a exclusão do artigo, pois subtrai o direito do médico de recorrer à Justiça, no momento em que o Tribunal Superior do Trabalho - TST decidiu que as relações entre médicos e operadoras foram caracterizadas como de trabalho, colocando os tribunais regionais como mediadores do tema. Também foram apresentadas justificativas para a exclusão do artigo pelo fato do método ser bastante dispendioso e de se verificar no mercado que os prestadores suspendem o atendimento aos beneficiários quando estão insatisfeitos com as operadoras;
- Representante de entidade de classe médica solicitou a exclusão do artigo ou não subtrair o direito dos médicos de recorrerem ao poder judiciário e que toda entidade médica legalmente constituída poderia negociar com as operadoras em nome de seus jurisdicionados, sem exclusão de uma pelas outras.

### **SEÇÃO III**

#### **DOS INDICADORES DAS ENTIDADES HOSPITALARES NO PROGRAMA QUALISS**

Contribuições:

- Representante de prestadores de serviços sugeriu a inclusão de outros tipos de prestadores, além de hospitais;
- Representante de empresa de consultoria sugeriu a inclusão de indicadores de desfecho clínico e de atendimento que meça o nível de satisfação do cliente para que os indicadores QUALISS possam medir processos nos prestadores.

#### **ARTIGO 7º**

*“Art.7º Fica criado o Índice QUALISS (I-QUALISS) para a aferição da qualidade das entidades hospitalares pertencentes à rede assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. O I - QUALISS terá por base os indicadores essenciais definidos no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, conforme estabelecido na RN nº 275, de 1 de novembro de 2011.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras sugeriram a exclusão do índice, argumentando que, nos termos da regulamentação em vigor, o QUALISS não é considerado obrigatório e que a operadora não possui qualquer atuação no que diz respeito à qualificação de sua rede credenciada, visto que a obtenção dos atributos de qualificação cabe, exclusivamente, ao prestador. Adicionalmente, argumentaram que as certificações dos prestadores, seja pelo programa QUALISS ou qualquer outro, não são garantias da existência de boas práticas entre operadoras e prestadores;
- Representantes de consumidores e de prestadores sugeriram alteração da redação para que o índice fosse aplicado a todos os estabelecimentos de saúde;
- Representantes de operadoras sugeriram que as operadoras deveriam preferencialmente credenciar entidades hospitalares que participassem do programa QUALISS. Argumentaram que a contratação de prestadores de serviços que tivessem bons resultados nas avaliações realizadas traria expressivo benefício aos usuários e às operadoras. Também foram feitas sugestões para que somente fosse realizada a avaliação das entidades hospitalares pertencentes à rede própria, uma vez que somente para esta a implantação é obrigatória, conforme RN 275 e que há hospitais em cidades pequenas com baixa qualidade, o que poderia gerar dificuldade na mensuração do índice.

## **ARTIGO 7º, PARÁGRAFO ÚNICO**

*“Art.7º Fica criado o Índice QUALISS (I-QUALISS) para a aferição da qualidade das entidades hospitalares pertencentes à rede assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. O I - QUALISS terá por base os indicadores essenciais definidos no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, conforme estabelecido na RN nº 275, de 1 de novembro de 2011.*

*Parágrafo único. A forma de envio e sua periodicidade devem obedecer à regulamentação específica do programa QUALISS.”*

Contribuições:

- Representante dos consumidores recomendou a adaptação do programa QUALISS ao escopo estratégico operacional da Receita Federal acerca dos critérios de envio e amostragem para diligência fiscalizatória em relação às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Argumentou que a articulação entre os sistemas intergovernamentais é mais eficiente do que um sistema abastecido com informações periódicas enviadas pelas operadoras;
- Representantes das operadoras sugeriram alteração da redação para que a forma de envio e periodicidade obedeça à regulamentação específica do programa QUALISS e que não haja incidência do índice para as operadoras que não possuam hospitais participantes do programa e que deve ser levado em consideração que a informação quanto à participação depende do próprio hospital.

## **SEÇÃO IV**

### **DO ÍNDICE DE REMUNERAÇÃO POR CRITÉRIOS DE QUALIDADE**

Contribuições:

- Representantes dos prestadores opinaram para que a remuneração para os médicos cooperados ou credenciados por mais de cinco anos seja acrescida em vinte por cento em relação aos demais. Também sugeriram que a avaliação deveria ser feita com base em indicadores da qualidade e de resultados.

## **ARTIGO 8º**

*“Art. 8º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde podem contemplar em seus instrumentos jurídicos cláusula que contemple modelos de remuneração com base em critérios de qualidade.”*

## Contribuições:

- Representantes de operadoras e de prestadores de serviços sugeriram a exclusão do índice, tendo em vista as dificuldades para sua aferição, sendo proposto que a ANS lidere um estudo ou negociação entre as operadoras e os conselhos profissionais, para que tais iniciativas sejam reconhecidas positivamente por estas entidades e pelos próprios prestadores;
- Representantes de empresas de consultoria argumentaram que qualidade é geradora de custos de implantação e de manutenção e que dificilmente poderão ser absorvidos por muitos hospitais que já vivenciam dificuldades financeiras;
- Representantes de prestadores de serviços opinaram pela exclusão do índice, por se tratar de dispositivo potencialmente antiético, pois estabeleceria dois tipos de remuneração para o mesmo serviço. Também solicitaram que fossem adotados os Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos – VRPO, estabelecido pelo Conselho Federal de Odontologia para o pagamento de procedimentos odontológicos;
- Representantes de prestadores de serviços também sugeriram a inclusão dos seguintes critérios para pontuação: registro no respectivo conselho de classe na especialidade em que atua o profissional; tempo de atuação no mesmo endereço; especialização, mestrado ou doutorado; informações curriculares de tempo de formação; cursos e especialidades. Sugeriu-se ainda, a proibição de vinculação do índice à avaliação da satisfação do cliente, bem como ao reajuste anual de que trata a Instrução Normativa Nº 49/2012, sob o argumento de que a avaliação da satisfação do usuário não reflete a verdadeira qualidade do atendimento, pois a percepção do consumidor é subjetiva;
- Representantes de organismos de certificação da qualidade sugeriram a inclusão de critérios já consagrados tais como: ISO 31000.2009;
- Representantes de operadoras opinaram para que fossem utilizados como critérios a aferição da quantidade de retornos em pronto socorro, do índice de infecção hospitalar; de protocolos de atendimento médico - validados pela operadora no ato da contratação, e do cumprimento do prazo do reajuste. Também solicitaram a exclusão das autogestões e a inclusão das cooperativas médicas;
- Entidades representativas de operadoras recomendaram que os critérios de qualidade fossem definidos pelas operadoras, respeitando padrões e protocolos estabelecidos e reconhecidos pela literatura médica.

## **ARTIGO 8º, § 1º**

*“Art. 8º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde podem contemplar em seus instrumentos jurídicos cláusula que contemple modelos de remuneração com base em critérios de qualidade.*

*§ 1º Fica criado o Índice de Remuneração por Critérios de Qualidade (I-RCQ), para fins de monitoramento da utilização, pela operadora, de incentivos financeiros aos prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos.”*

Contribuições:

- Representantes de prestadores sugeriram que o índice tivesse como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos - CBHPO elaborada pela FIPE e com credibilidade internacional, pois seria a forma mais adequada de valoração dos procedimentos odontológicos;
- Representante de operadora sugeriu a inclusão da definição do termo “desfecho clínico”, e a inclusão de que a excelência do atendimento deveria ser monitorada tanto por auditoria técnica, assim como o atendimento aos protocolos e padrões exigidos e a satisfação dos usuários atendidos pelo prestador;
- Entidade representativa de operadoras sugeriu alterar a redação para que possa ser mensurada a utilização, por parte da operadora, de incentivos financeiros ou não financeiros aos prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos, ganhos de eficiência e produtividade. Tais itens representariam redução de custos para toda a sociedade, além de excelência no atendimento a padrões e protocolos. Também argumentaram que deveriam ser considerados apenas os padrões e protocolos claramente definidos e recomendados na literatura médica, para que sejam evitados más práticas e desperdícios, que oneram a sociedade e beneficiam prestadores e fabricantes de produtos médicos;
- Entidade representativa de prestadores sugeriu alteração da redação para vincular o índice à adoção de protocolos, controles de qualidade de resultados e excelência no atendimento ao paciente e que fosse incluída todos os prestadores e não somente os hospitais.

## **ARTIGO 8º, § 2º**

*“Art. 8º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e a rede prestadora de serviços de saúde podem contemplar em seus instrumentos jurídicos cláusula que contemple modelos de remuneração com base em critérios de qualidade.*



*§ 1º Fica criado o Índice de Remuneração por Critérios de Qualidade (I-RCQ), para fins de monitoramento da utilização, pela operadora, de incentivos financeiros aos prestadores, vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos.*

*§ 2º Será verificada a existência de cláusula no instrumento jurídico firmado entre as partes que demonstre a adoção da política descrita no § 1º deste artigo, que deverá constar do RCC estabelecido no art. 6º desta RN.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras sugeriram correção da remissão para o art. 5º e não para o art. 6º.

## **SEÇÃO V**

### **DO ÍNDICE DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS E PRESTADORES**

Contribuições:

- Representante de empresa de consultoria sugeriu o desmembramento do índice, uma vez que as creditações de Operadoras, segundo a RN nº 277/2011 e de prestadores são distintas.

### **ARTIGO 9º**

*“Fica criado o Índice de Acreditação de Operadoras e Prestadores (I-ACRED), cuja finalidade é verificar a existência de certidões de acreditação, nos moldes da RN nº 277, de 4 de novembro de 2011, e/ou a existência de prestadores que possuam certificados de acreditação na rede assistencial da operadora.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras solicitaram a exclusão do índice, tendo em vista que a participação no Programa de Acreditação de Operadoras não é obrigatória, que há poucas operadoras acreditadas e que as mesmas estão impedidas de utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços para efetuar o descredenciamento, eximindo a operadora da responsabilidade, no que se refere à qualificação de sua rede credenciada, de acordo com a IN nº 52/2013. Já, outros representantes pediram que o índice fosse empregado como critério de remuneração e a ANS deveria publicar ranking com os melhores estabelecimentos na saúde suplementar. Também sugeriram que fosse levada em conta a existência de mais de um certificado de acreditação por prestador;

- Representantes dos prestadores de serviços pediram alteração da redação do artigo para que as operadoras fossem avaliadas pela RN nº 277/2011 e os prestadores, pelos atributos do Programa QUALISS. Também alguns pediram a exclusão do índice, já que prestadores localizados no interior do país não conseguiriam obter certificado de acreditação e ainda, a ANS estaria obrigando as operadoras a buscarem processos de acreditação.

## **SEÇÃO VI**

### **DO ÍNDICE DE PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO**

Contribuições:

- Entidade representativa de prestadores solicitou que fosse incluído o texto a seguir: “os serviços prestados deverão ser efetivamente pagos em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento. O atraso no pagamento obrigará a operadora ao pagamento de multa de xxxx e atualização monetária de xxxx ao dia. Não serão admitidas glosas de procedimentos médicos realizados que estejam no Rol da ANS ou da operadora ou que tenham sido objeto de autorização prévia, bem como de qualquer desconto indevido. As glosas que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão notificadas ao prestador em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador”.

- Empresa de consultoria sugeriu a inclusão do seguinte texto: “fica estabelecido que as incorreções de cobrança (glosa), após contestadas pelos prestadores, dentro do prazo de 30 dias pós pagamento, terão o retorno das operadoras no prazo de 30 dias, permitindo-se uma segunda constestação dentro de prazo de 15 dias , com igual prazo para retorno. Índice Retorno de Glosas (IRG)”.

### **ARTIGO 10**

“Art. 10. Fica criado o Índice de Prazo Médio de Pagamento (I-PMP), cuja finalidade é verificar o tempo médio decorrido entre o envio da cobrança pelo prestador de serviço e seu efetivo pagamento por parte da operadora.”

Contribuições:

- Representantes de prestadores de serviços sugeriram inclusão da totalidade do pagamento no artigo, tendo em vista ser comum o pagamento parcial de valores. Adicionalmente sugeriram o prazo máximo de trinta dias para pagamento, a partir da apresentação da fatura;
- Representante de empresa de consultoria sugeriu que a apuração dos prazos deveria se dar de forma diferenciada por consultas médicas, internações hospitalares e SADT;
- Representantes de operadoras sugeriram que a finalidade do índice fosse verificar o cumprimento dos prazos de pagamento estabelecidos no contrato, bem como que fosse considerada como cobrança apenas aquela acompanhada da nota fiscal de serviço prestado e de produtos e materiais eventualmente utilizados;
- Entidade representativa de consumidores sugeriu que o índice deveria demonstrar o número de glosas injustificadas por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

## **SEÇÃO VII**

### **DO ÍNDICE DE ESTABILIDADE DA REDE DE PRESTADORES**

Contribuições:

- Entidades representantes de profissionais médicos solicitaram que fosse vedado o descredenciamento de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora e que, no caso de descredenciamento, o médico seria notificado com noventa dias de antecedência. Caso o descredenciamento fosse motivado por redimensionamento da rede, deverá ter o aval da ANS e comprovação de suficiência de rede. A inobservância desses dispositivos implicaria na reintegração do profissional na rede com todas as garantias e condições estabelecidas anteriormente ao fato;
- Representantes de operadoras pediram a exclusão do índice, já que seria utilizado pelos prestadores para pressionar a negociação de valores.

### **ARTIGO 11**

*“Art. 11. Fica criado o Índice de Estabilidade da Rede de Prestadores (I-REDE), cuja finalidade é verificar o grau de estabilidade da rede assistencial das operadoras, considerando a movimentação dos prestadores de serviços de saúde ao longo do tempo.”*

Contribuições:

- Representantes de operadoras sugeriram que fossem desconsideradas as exclusões de prestadores de serviços ocorridas por vontade exclusiva do prestador sem que a operadora tenha lhe dado causa, bem como as exclusões ocorridas em virtude do encerramento das

atividades do estabelecimento e, ainda, as exclusões de prestadores de serviços ocorridas em região na qual a operadora tenha deixado de atuar. Outros aludiram ao fato de que também deveriam ser desconsiderados os credenciamentos ocorridos por denúncias ao CADE, em decorrência de abuso praticado por prestador. Também sugeriram que fosse levado em conta o tempo médio de permanência de cada prestador;

- Consumidor contribuiu com a sugestão de que deveria ser levado em conta o motivo da rescisão e qual a parte lhe deu causa;

- Representantes de prestadores de serviços enfatizaram a importância da definição da periodicidade do cálculo do índice e da importância de monitoramento fosse feito por plano e não por operadora;

- Entidade representante de operadoras argumentou que a estabilidade da rede não reflete qualidade ao beneficiário, pois os fatores como qualificação são dinâmicos ao longo do tempo. Também solicitou que não fossem considerados os credenciamentos por fraude comprovada através de documentos, de prestadores que não efetuaram atendimento, de exclusão por morte ou aposentadoria do prestador, por encerramento das atividades, falência, interdição pelos órgãos fiscalizadores e de problemas de qualidade técnica identificados nos tratamentos realizados;

- Entidades representativas de consumidores solicitaram que a estabilidade da rede assistencial fosse medida através de envio à ANS, pela operadora, de relatório a ser realizado por empresa de auditoria independente, contendo os seguintes dados: percentual de credenciamento da rede por motivação da operadora; percentual de credenciamento por motivação do prestador; e percentual de substituição por prestador de mesmo nível. O COBOP deveria definir índices de estabilidade da rede assistencial a serem observados pelas operadoras, havendo sanção para as operadoras que não apresentarem os índices mínimos de estabilidade de rede assistencial e ainda, o relatório sobre estabilidade da rede assistencial deveria ser divulgado a todos os cidadãos nos sites das operadoras. Sugeriram também que fossem avaliados os constantes credenciamentos de profissionais e clínicas de atendimento, que causam transtornos na condução dos tratamentos médicos iniciados pelos consumidores. Afirmaram que essa situação causa impacto não apenas para os consumidores, mas também para as próprias operadoras, uma vez os usuários são obrigados a novamente buscar outro profissional da saúde, prejudicando a celeridade do diagnóstico e prejudicando os exames anteriormente realizados.

## **SEÇÃO VIII**

### **DO ÍNDICE DE BOAS PRÁTICAS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES**

Contribuições:

- Consumidor sugeriu que dados cadastrais e documentos relativos a movimentações na rede credenciada pudessem ser consultados pela *Internet*.

#### **ARTIGO 12**

*“Art.12. Fica criado o Índice de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (I-BPOP) para fins de monitoramento do relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e sua rede de prestadores de serviços de saúde.”*

*“§ 1º O I-BPOP será composto por todos os índices estabelecidos pelos artigos 5º ao 11 desta Resolução Normativa.”*

*“§ 2º O I-BPOP será divulgado no sítio da ANS na internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).”*

Contribuições:

- Entidade representativa de servidores públicos solicitou a substituição do termo “índice” pelo termo “indicador”, em todos os artigos da norma;
- Representantes de operadoras sugeriu que os índices relacionados com os resultados da atenção à saúde deveriam ter peso maior que os demais, bem como que deveriam ser levados em conta os portes das operadoras;
- Representantes de prestadores solicitaram que o I-BPOP fosse usado para fins de monitoramento e fiscalização;
- Consumidor apresentou a sugestão de que fosse acrescentado “eletrônico”, após a palavra “sítio”, a fim de gerar maior coesão textual;
- Entidade representativa de consumidores sugeriu que o I-BPOP fosse também divulgado nos sítios eletrônicos das operadoras.

## **CAPÍTULO III**

### **DO COMITÊ DE BOAS PRÁTICAS ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES**

Contribuições:

- Entidade representativa de prestadores sugeriu que o Comitê de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores – COBOP fosse o órgão responsável pelo monitoramento do

relacionamento entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e sua rede de prestadores de serviços de saúde, bem como pelo acompanhamento dos índices, sob a coordenação da DIDES. Solicitou ainda que a composição do COBOP fosse paritária entre membros da DIDES e da DIFIS, além da sociedade civil, para garantir a efetividade da norma e que fossem aplicadas penalidades às operadoras de planos de saúde que não atingissem os índices mínimos;

- Representantes de prestadores de serviço sugeriram a participação de representantes de todas as especialidades de prestadores conveniadas no COBOP;
- Entidade representativa de consumidores enfatizou que deve ser garantida a participação de pelo menos uma instituição representativa dos consumidores no COBOP;
- Representantes de prestadores de serviços sugeriram que o COBOP também tivesse competência de fiscalização, e não apenas de aprimoramento e monitoramento, bem como deveriam ser incluídas todas as especialidades odontológicas no Comitê;
- Entidade representativa de operadoras sugeriu a exclusão da norma, sob a justificativa de que a expressão "Boas Práticas" contém alto grau de subjetividade, prejudicando seu entendimento, bem como a extensão de sua aplicação, o que gera grande insegurança jurídica.

## **CAPÍTULO IV**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Contribuições:

- Representantes de operadoras sugeriram a suspensão de todas as ações fiscalizatórias em trâmite na ANS e que envolvam o cumprimento das Resoluções Normativas nº 42/2003, 54/2003 e 71/2004 e IN DIDES 49.2/2012. Os processos administrativos já instaurados deveriam ser arquivados, sem a aplicação de penalidades pecuniárias. Adicionalmente, recomendaram a revogação da IN DIDES nº 49/12;
- Representante de empresa de consultoria sugeriu que a Resolução deveria possuir mais foco na qualidade da assistência prestada ao paciente do que na relação entre OPS e prestadores. Além disso, sugeriu a realização de um amplo, democrático e transparente estudo sobre o modelo de remuneração ora adotado, que hoje fomenta e perpetua as inversões de valores, oferecendo baixa importância à remuneração dos serviços hospitalares;
- Entidades representativas de prestadores de serviços sugeriram prioridade na diligência de fiscalização in loco, a suspensão na comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora e a Direção Técnica para as operadoras que não obtivessem a pontuação mínima. Adicionalmente, sugeriram a inclusão de que as operadoras de planos de saúde que não

alcançarem, por dois anos subsequentes, os valores mínimos dos índices descritos nesta Resolução, estarão sujeitas às penalidades descritas no artigo 25 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1.998, conforme regulamentação vigente;

- Entidade representativa de consumidores sugeriu que o Índice de Boas Práticas I-BPOP seja incluído como novo indicador na Dimensão Estrutura e Operação da avaliação de desempenho das Operadoras do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (IDSS), a partir do ano base de 2014.

#### **ARTIGO 14**

*“Art. 14. norma específica da DIDES disciplinará o disposto nos artigos 4º ao 12.”*

Contribuições:

- Entidades representativas de prestadores de serviços sugeriram que fosse realizada ampla consulta aos setores interessados, além de ampla participação do Comitê de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores – COBOP, para que a norma pudesse ser elaborada no prazo máximo de seis meses;

- Entidade representativa de operadoras sugeriu que todos os índices estabelecidos pelos artigos 5º ao 11 da minuta de Resolução Normativa, fossem baseados em indicadores definidos pela ANS e formalizados em fichas técnicas específicas, com metodologia de cálculo;

- Empresa de auditoria contábil sugeriu que especificamente em relação ao artigo 5º, § 1º, a definição dos procedimentos previamente acordados a serem realizados pelas empresas fosse realizada em conjunto com o Instituto dos Auditores Independentes do Brasil – IBRACON.

#### **ARTIGO. 15**

*“Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.”*

Contribuições:

- Representantes de diversos segmentos sugeriram um maior prazo para entrada em vigor do normativo, pois são necessárias adequações do setor.

#### **OUTRAS CONTRIBUIÇÕES**

Vale ressaltar que diversas foram as contribuições para a inclusão de índices não previstos na minuta da norma. Os mais relevantes foram com relação a:

- Judicialização das negativas de cobertura por parte das operadoras; reclamações registradas no Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (SINDEC); negativas de cobertura aos consumidores por parte das operadoras; média de reajuste praticado por operadora; análise de glosas; adoção de novas tecnologias e procedimentos; contratação de prestadores que empreguem Registro Eletrônico em Saúde – RES; satisfação dos prestadores de serviços de saúde; tempo médio de autorização de atendimento em regime de internação eletiva; efetividade e atualização dos sistemas eletrônicos de atendimento das operadoras de planos de saúde; tempo de espera do consumidor pela resolução de conflitos administrativos relacionados à autorização de procedimentos, notadamente no que se refere a procedimentos cirúrgicos com a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); satisfação dos prestadores; efetividade e atualização dos sistemas eletrônicos de atendimento das operadoras; indicadores de qualidade assistencial.

### **CONCLUSÃO**

As contribuições realizadas na Consulta Pública nº 54 evidenciaram a necessidade de serem realizadas mais discussões sobre o tema. Assim, foram feitas importantes considerações de cunho regulatório onde, apesar do problema a ser regulado ter sido identificado com clareza e precisão, evidenciou-se a necessidade de realização de mais estudos e debates no que tange à matéria.

É importante mencionar que poucas foram as propostas consideradas relevantes em relação ao assunto. Tal resultado demonstra, a princípio, a dificuldade de alguns dos participantes da Consulta, tanto da parte das operadoras quanto da dos prestadores de serviços, em serem capazes de construir um modelo de relacionamento baseado em condutas que possam ser consideradas como uma boa prática. Este fato, por si só, já corrobora a necessidade de ser estabelecida, por parte deste órgão regulador, uma política setorial pautada no incentivo à melhoria dessas relações.

Com efeito, há mais de dez anos foram publicadas, pela ANS, as primeiras normas acerca dos requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos entre operadoras e sua rede prestadora, conhecidas em seu conjunto por “contratualização”, com o objetivo de estimular um melhor entendimento entre as partes envolvidas. Apesar disso, ainda há dificuldade, tanto por parte de algumas operadoras quanto de alguns prestadores, em estabelecer uma relação harmoniosa, existindo ainda discussões e divergências quanto a valores e glosas financeiros, suspensões de atendimentos a beneficiários, a título de exemplo. Ou seja, não obstante esses aspectos já se encontrarem amparados em atos negociais entre as partes, constatou-se que tal



fato foi insuficiente para promover uma efetiva melhoria na qualidade da assistência à saúde e que é efetivamente prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Por conseguinte, compreende-se que, em algumas situações, há correlação entre o tipo de relacionamento que as operadoras possuem com sua rede de prestadores e a qualidade do atendimento disponibilizado ao consumidor de planos de saúde, tornando-se então imprescindível a introdução de mecanismos de indução, para que os agentes do setor suplementar de assistência à saúde passem a priorizar a qualidade dos serviços prestados aos consumidores.

Por todo o exposto e com base nas contribuições recebidas na Consulta Pública nº 54, a GEAQS sugere que os indicadores e ações relativos às boas práticas a serem adotadas nas relações entre as operadoras e os prestadores de serviços de assistência à saúde sejam estabelecidos somente após mais estudos e pesquisas a serem travados no âmbito de um Comitê Técnico.

Relatório elaborado pela equipe da Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial – GEAQS, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES.