

# Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014.

Audiência Pública  
Rio de Janeiro, 11/11/2014

# Roteiro da Audiência Pública

- Regras da Audiência Pública.
- Entendimentos e Propostas de Redação para os Temas Discutidos nas Reuniões da Câmara Técnica.
- Pendências.
- Manifestação dos Inscritos.
- 4ª Reunião da Câmara Técnica, para os membros da CT, no dia 05/12.



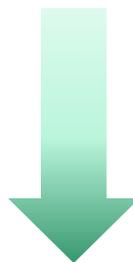
# Instruções para Participação na Audiência Pública

- Gravação – substituição da ata.
- Será obrigatório o uso do microfone.
- Identificar-se ao falar (entidade a qual representa e nome).
- Todo o material produzido ou compartilhado na Audiência Pública ficará disponível em espaço próprio no sítio [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), no menu Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.
- A participação nos debates será feita mediante inscrição por ordem de solicitação. Não há limite de inscrições por participante.
- Discussão será orientada por temas.
- A Mesa se manifestará para responder às perguntas que lhe forem dirigidas ou sempre que julgar pertinente, com prioridade de ordem.
- Caso o número de perguntas seja superior ao tempo previsto na programação, as perguntas que ficarem sem respostas serão tratadas no âmbito do Relatório da Audiência Pública.
- Tempo para manifestações: até 3 minutos



# Objetivo da Lei

Problema a resolver



## CONTRATUALIZAÇÃO

- Reforçar a importância do contratos escritos
- Garantir aos beneficiários a assistência contratada



# Público Alvo dos Dispositivos Legais

- Art.17: Consumidores de planos privados de assistência à saúde.
- Art. 17-A: Operadoras e prestadores.
- Art. 18: Operadoras, prestadores e consumidores.



# Lei 13.003/2014

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

Art. 1º O caput do art. 17 da **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.



# Entendimentos

## Cooperados

- Não há obrigação de substituição para **profissionais cooperados**. O art. 17 estabelece a obrigação de substituição para os prestadores contratados, referenciados ou credenciados. Não há menção aos profissionais cooperados.
- Entretanto, as **Cooperativas** estão obrigadas a substituir qualquer prestador de serviço de saúde **contratado, referenciado ou credenciado**.



# Entendimentos

## Critérios de Equivalência para Substituição de Prestadores não Hospitalares

- **Para consultórios** – PF ou PJ - habilitação legal para executar a mesma profissão (ex: médico por médico).
- **Para demais prestadores não hospitalares** - Tipo de Estabelecimento e Serviços Especializados, conforme tabelas do CNES (ex: SADT com Serviço de Diagnóstico por Imagem por SADT com Serviço de Diagnóstico por Imagem; Clínica/Centro de Especialidade com Serviço de Fisioterapia por Clínica/Centro de Especialidade com Serviço de Fisioterapia).



# Entendimentos

## Critérios de Equivalência para Substituição de Prestadores não Hospitalares

- Localização no mesmo município: em caso de indisponibilidade ou inexistência poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este; em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.



# Entendimentos

## Estabelecimentos Hospitalares

- Estabelecimentos hospitalares – característica do produto registrado.
- Continuam valendo as regras de substituição e redimensionamento de rede previstas na Resolução Normativa – RN nº 85/2004, Instrução Normativa – IN DIPRO nº 23/2009 e IN DIPRO nº 46/2014.



# CNES - Tipo de Estabelecimento

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
36	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE
39	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)
62	HOSPITAL/DIA - ISOLADO
77	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)



# CNES – Serviço Especializado

## DESCRIÇÃO

120 - SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E OU CITOPATO

121 - SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

126 - SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

129 - SERVIÇO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE

132 - SERVIÇO DE ONCOLOGIA

135 - SERVIÇO DE REABILITACAO



## Proposta de Redação – Consultórios PF ou PJ

Art. XX A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um profissional de saúde, pessoa física ou jurídica, por outro em sua rede assistencial:

I – habilitação legal para exercer a mesma profissão;

II – localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. A operadora é responsável por verificar e garantir o cumprimento dos critérios estabelecidos neste artigo.



# Proposta de Redação – Demais Prestadores Não Hospitalares

Art. XX A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto consultório isolado, por outro em sua rede assistencial:

I – Tipo de Estabelecimento, conforme classificação constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

II – Serviços Especializados, conforme classificação constante do CNES;

III – localização no mesmo município:

a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;

b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.

Parágrafo único. A operadora é responsável por verificar e garantir o cumprimento dos critérios estabelecidos neste artigo.



# Proposta de Redação – Exceções

Art. XX Não se aplicam as regras de substituição previstas nos artigos XX e XX desta Instrução Normativa nas seguintes situações:

- I - transferência de carteira que ocasione redução de X beneficiários do produto da operadora cedente no município onde o prestador a ser excluído está localizado;
- II – rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de X beneficiários do produto da operadora no município onde o prestador a ser excluído está localizado;
- III – ausência de prestação de serviços nos últimos 12 meses.



# Entendimentos

## Substituição de Prestadores não Hospitalares – Comunicação aos Beneficiários

- Divulgar, por 180 dias, no Portal Corporativo da operadora na Internet, conforme padronização da informação definida pela ANS.
- Disponibilizar a informação via Central de Atendimento.
- Informar individualmente aos titulares (individuais e familiares) e ao contratante (coletivos) que as substituições de prestadores podem ser consultadas no Portal Corporativo (endereço eletrônico) e na Central de Atendimento (telefone).
- Possibilidade de e-mail ou SMS, autorizados pelo beneficiário.



# Proposta de Redação – Comunicação aos Beneficiários

Art. XX O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial para consulta pelos beneficiários.

§ 1º A informação de que trata este artigo deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição.

§ 2º A informação sobre a substituição deve permanecer no Portal Corporativo da operadora pelo prazo de 180 dias, contados a partir da data de sua disponibilização.

Art. XX A operadora deve comunicar, por qualquer meio que garanta a ciência, o contratante do plano, pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da operadora, com seus respectivos endereço eletrônico e telefone.



# Lei 13.003/2014

(...)

Art. 2º O caput do art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:

.....” (NR)



# Lei 13.003/2014

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 17-A:

“Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:



# Lei 13.003/2014

- I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
  - II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
  - III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
  - IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
  - V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
- (...)



# Entendimentos

## Cooperados

- Não se aplicam as regras de contratação previstas no art. 17-A. A relação entre cooperativas e cooperados é regida pelo seu Estatuto Social e as decisões são tomadas nas Assembleias Gerais.
- Entretanto, a aplicação do art.18 é válida para as Cooperativas e cooperados - direitos e obrigações previstos na Lei nº 9.656/1998.



# Entendimentos

## Adaptação dos Contratos Vigentes

- As regras em sua maioria já estavam nas RNs vigentes.
- O que não está contemplado (periodicidade dos reajustes e novas regras) deve ser adaptado em 12 meses.
- Regra de transição por 12 meses para artigo que trata dos reajustes.



# Proposta de Redação – Adaptação dos contratos

Art. XX As operadoras e os prestadores deverão proceder à revisão de seus contratos escritos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de 1 ano, a contar da data de publicação desta RN, caso necessário.



# Entendimentos

## Contratos – Forma e Conteúdo.

- Vedações.
- Regras relativas às normas vigentes da saúde suplementar.
- Livre negociação.



# Proposta de Redação – Vedações para a Operadora

Art. XX As seguintes práticas e condutas são vedadas no relacionamento entre operadoras e prestadores:

I – qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da habilitação do beneficiário junto ao prestador de serviços de saúde;

II – qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual.



# Proposta de Redação – Vedações para a Operadora

IV - estabelecer regras que impeçam o acesso do prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas.

V - estabelecer quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas.

VI - glosar o pagamento de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, desde que não tenham sido faturados a maior e observem às demais condições estabelecidas no contrato.

VII – formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora;

VIII – formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.



# Frações ou Percentuais de Índice de Reajuste

	PROS	CONTRAS
Não pode fração do índice	<ul style="list-style-type: none"><li>• Possibilidade de reajustes capazes de recompor os preços no setor</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retroalimentação inflacionária</li><li>• Impacto no reajuste dos planos de saúde</li></ul>
Pode tudo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permite a livre negociação</li><li>• Possibilita a discussão em torno das alterações efetivamente observadas nos custos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutenção do <i>status quo</i></li></ul>
Parâmetro externo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imparcialidade</li><li>• Recomposição dos preços com base em indicadores de conhecimento público</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não leva em consideração as alterações específicas dos custos</li></ul>



# Proposta de Redação – Vedações para os Prestadores

Art. XX Deve haver previsão expressa no contrato que:

I - é vedado qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira;

II – é vedada a suspensão dos serviços contratados antes da efetiva rescisão contratual.



# Lei 13.003/2014

Art. 17-A

(...)

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

(...)



# Entendimentos

## Regras de Reajuste

- Anualidade.
- Aplicação na data de aniversário do contrato.
- Definição em contrato do critério e forma de reajuste.



# Entendimentos

## Regras de Reajuste

- Contratos com previsão de livre negociação:
  - Prazo de 90 dias, contados a partir de 1 de janeiro de cada ano, para negociação e definição do reajuste.
  - O reajuste acordado deve ser aplicado na data de aniversário do contrato.
  - O contrato (SADT e Hospitais) pode estabelecer, alternativamente, o prazo de 90 dias antes da data de aniversário do contrato como período para negociação.



# Entendimentos

## Regras de Reajuste

- Índice definido pela ANS:
  - Índice de preços: IPCA ou INPC.
  - Aplicável apenas aos contratos com previsão de livre negociação como forma de reajuste.
  - Aplicável apenas quando não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação.
  - Não substitui o índice, a fórmula ou o percentual de reajuste estabelecido no contrato.



# Entendimentos

## Regras de Reajuste

- Índice definido pela ANS:
  - No primeiro ano de aplicação da Lei (2015), o índice da ANS será usado nos casos de ausência de cláusulas contratuais, e deverá ser aplicado na data de aniversário do início da prestação de serviço.
  - A partir de 2016, 100% dos contratos devem estar assinados e de acordo com a regulamentação da Lei.



# Índice de Reajuste da ANS

- O índice de reajuste adotado pela ANS será multiplicado por um fator de qualidade a ser definido através de Instrução Normativa.
- Fica estabelecido o prazo de 2 anos (referente aos reajustes a serem outorgados em 2015 e 2016) para vigência da regra de transição, segundo a qual o fator de qualidade é igual a um.

## FATOR DE QUALIDADE

### Consultórios

- Para pessoas físicas ou jurídicas responsáveis por consultórios ou clínicas/centros de especialidades será estabelecida uma certificação de qualificação por atualização/aprimoramento a ser concedida pelos respectivos Conselhos Regionais dos Profissionais de Saúde

### SADT

- Para SADT será estabelecida pela ANS uma certificação com base na apresentação de certificados de qualidade outorgados por órgãos independentes e reconhecidos

### Hospitais

- Para serviços hospitalares será estabelecida pela ANS uma certificação com base nos órgãos de acreditação já referenciados

# Pendências

## Substituição de Rede Não Hospitalar

Definição de porte de estabelecimentos para equivalência na substituição

Número ou % de perda de beneficiários para isenção de substituição obrigatória (caso de redução de carteira)

Como proceder nos casos em que o prestador decidir parar de atender os beneficiários e não notificar à operadora, ocasionando o descumprimento do prazo de comunicação ao beneficiário da substituição prevista no art. 17?

Comunicação em casos de substituição na rede indireta

Garantia de recursos assistenciais necessários aos beneficiários para continuidade de tratamento em situações especiais (ex.: pré-natal, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cirurgias agendadas) em prestador a ser descredenciado

Critério para definição de prestador equivalente no caso de informação divergente, desatualizada ou inexistente no CNES



# Pendências

## Cláusulas Obrigatórias

Definir a forma de descrição de todos os serviços contratados:

- Utilizar tabelas TUSS e descrever os valores dos serviços?;
- Descrever os serviços e valores que compõem o pacote?;
- Constar expressamente especialidades e área de atuação?; e
- Regime de atendimento (ambulatorial, hospitalar, urgência emergência)



# Outros Entendimentos

- Não se aplicam as regras estabelecidas na RN/IN, com exceção das vedações, quando:
  - houver suspensão do atendimento em massa como método coercitivo de negociação.
  - a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.



Vamos pensar  
simples!!!!!!

