

Resumo das discussões da Reunião da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC.

No dia 30 de outubro de 2018 foi realizada reunião da Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC.

A reunião teve início com duas apresentações por parte da ANS, que pautaram os debates do dia.

Na primeira apresentação a ANS mostrou o panorama do relacionamento entre prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde conforme a análise de 3 fontes distintas, a Pesquisa de Contratualização, feita em 2017, que consistiu em formulários disponibilizados através da ferramenta FormSus, de preenchimento facultativo por prestadores e operadoras; a análise das demandas abertas na Gerência de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores, bem como na Diretoria de Fiscalização, levando em consideração as principais queixas e os resultados das apurações e, por fim, Demandas Institucionais que trouxeram para a ANS alguns temas específicos, provenientes de denúncias trazidas ao conhecimento da ANS por entes ou órgãos estatais.

Nesta apresentação foram elencados 8 (oito) questões, denominadas “Problemas Remuneratórios” que se pretende discutir dentro da Câmara Técnica:

- Remuneração de Materiais e Medicamentos de Uso Hospitalar;
- Remuneração por Pacotes em Consultas de Oftalmologia;
- Dificuldade nas negociações contratuais;
- Reiterados Casos de Inadimplência Contratual;
- Não adoção da Tabela TUSS na Contratualização;
- Rescisões Contratuais;
- Subnotificação das Irregularidades pelos Prestadores de Serviço; e
- Questões envolvendo Órteses e Próteses.

Na segunda apresentação a DIDES mostrou proposta que será implementada acerca do envio de Requerimento de Informações a ser encaminhado, inicialmente, aos Prestadores de natureza hospitalar, e, posteriormente aos demais prestadores, com a ideia de trazer para dentro da ANS um repositório de cláusulas contratuais existentes no mercado da saúde suplementar, de forma estruturada e que permita à esta ANS a realização de diversas análises regulatórias.

Na apresentação foram expostas as principais informações que se pretende coletar, informando-se que questões técnicas referentes ao Requerimento poderiam ser discutidas na Reunião do COPISS, que ocorreria no dia seguinte, dia 31/10/2018.

Após as apresentações, ainda na parte da manhã 13 entidades se manifestaram. Foram abordadas questões relativas à Pesquisa/ Requerimento de Informações apresentado pela DIDES, representações na CATEC, bem como atribuições do CADE e tópicos sobre procedimento administrativo em curso na autarquia.

De forma compilada as manifestações consistiram em:

- **CFO:** argumentou existir hipossuficiência dos prestadores de serviços de atenção à saúde na negociação dos contratos, sendo mais grave a assimetria área da odontologia. Que valores

oferecidos pelas operadoras estariam, inclusive, abaixo dos custos dos procedimentos e que para reduzir a hipossuficiência deveria ser admitida a negociação coletiva. Trouxe, ainda, como sugestão a possibilidade de utilização de entes externos, como a FGV para mediar e interceder em negociações. Ressaltou que as Federações Sindicais de Odontologia deveriam integrar a CATEC por serem responsáveis pela Contratualização na odontologia.

- **CFM:** Na mesma linha, afirmou haver hipossuficiência dos prestadores em relação às operadoras de planos de saúde e ressaltou que o CADE, que possui processo administrativo que apura conduta de prestadores em face de operadoras não teria a percepção completa do problema. Acerca de problema referente a utilização e cobrança de OPMes indicou que o estrito cumprimento da Resolução CFM 1596/2010 (que disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito) poderia facilitar o relacionamento entre operadoras e prestadores, inclusive na solução de conflitos relacionados à prescrição de OPMes.

- **CADE:** Explicou realizar investigações pontuais, decorrentes de denúncias de fatos que chegam ao conhecimento da Autarquia, sem um viés em favor ou contra qualquer segmento, sendo entidade que trabalha pela Livre Concorrência, prevista na Constituição. Destacou o recebimento para análise de tabelas de remuneração com lucros extorsivos das entidades hospitalares. Prestou alguns esclarecimentos sobre entendimentos correntes no CADE, como a não adoção de tabelas com preços mínimos, citando como exemplo problemas recentes com as tabelas de frete, criadas após recente “greve dos caminhoneiros”. Esclareceu, no entanto, ser possível a utilização de tabelas, desde que não sejam impositivas, mas referenciais. Com relação ao Requerimento de Informações apresentado pela DIDES o ACDE pontuou a necessidade de se apurar não apenas a utilização de tabelas de referência adotadas, mas também eventuais percentuais, acima ou abaixo destas, utilizados pelas operadoras.

- **ANAHP:** entidade solicitou algumas mudanças pontuais no requerimento, como a substituição do termo “renovação tácita” por “renovação automática” e que fosse incluído questionamento para apuração dos percentuais de glosas lineares. Levantou, ainda, a necessidade de atenção à questão das autorizações, eis que não há prazos definidos de autorização no Requerimento de Informação proposto pela DIDES. Propôs a inclusão de questionamento sobre autorização tácita quando não cumprido o prazo previsto na RN 259. Por fim demonstrou preocupação com o fechamento dos hospitais de menor porte e afirmou que a discussão deveria ser voltada para o cuidado com a questão da eficiência na prestação do serviço, devendo-se ter cautela para que as discussões da CATEC acabem por não incentivar a eficiência.

- **CMB:** apontou para a existência de peculiaridades em relação a prestação dos serviços hospitalares, sobretudo em relação as particularidades observadas nas Santas Casas e Entidades Filantrópicas, como a existência de hospitais com ou sem serviço de laboratório próprio e, igualmente, Santas Casas com percentual de atendimentos particulares e SUS. Em relação a isto solicitou maior tempo para elaboração e resposta dos Requerimentos de Informação sobre Contratualização.

- **FENAFISIO:** Corroborou com problema apresentado pela DIDES em que se apontou para acerca da dificuldade na realização de denúncias, em razão das possíveis represálias por parte de operadoras de planos de saúde (ameaças de descredenciamento) e defendeu a necessidade de regulação diferenciada em função do poder de mercado do prestador. Apresentou proposta de aplicação de penalidade na operadora quando da glosa comprovadamente indevida. Alertou para as glosas lineares que chegam após meses da data do procedimento, bem como para a imposição de teto de produção para o prestador e realização de descontos na Nota Fiscal (se o prestador não emitir a nota com desconto não recebe).

- **FENASAÚDE:** destacou a natureza eminentemente privada do relacionamento entre operadoras e prestadores e questionou os limites da competência da ANS para regulamentar o tema “relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, afirmando que a ANS teria poder normativo e não legislativo.

- **ABRAMED:** destacou o uso de tecnologia para atacar glosa, questionando o porquê de não se utilizar as tecnologias existentes no mercado, como o uso de assinatura eletrônica nos contratos. Enfatizou que a CATEC deveria focar nos pontos de convergência dentro do tema “contratualização”, dentre os quais o consenso de que os custos do setor seriam excessivos e que se deve combater os desperdícios do setor.

- **ABRAMGE:** mostrou preocupação com o prazo a ser estabelecido para o envio das informações requisitadas quanto aos contratos celebrados com entidades hospitalares e em relação ao custo (“plotar” os dados – englobará todos os prestadores?), bem como ponderou a necessidade de maior esclarecimento de todos os integrantes da CATEC acerca do tema “concorrência e funcionamento do mercado”.

- **UNIMED DO BRASIL:** salientou a necessidade de evolução para um novo modelo de remuneração, bem como a necessidade de repactuação dos contratos (preços e tabelas). Sustentou que a CMED deveria regular um preço teto e, ainda, que o problema das tabelas de medicamentos e equipamentos tem efeito no setor público.

- **AMB:** relatou ter conhecimento de descredenciamentos pela não aceitação de remuneração por pacotes pelos médicos e sugeriu a elaboração de IN que tratasse exclusivamente sobre glosa, referindo-se à documentação já encaminhada à ANS sobre o tema. Mencionou, ainda, que a questão de implementação de protocolos clínicos está sendo tratada no GT de OPME.

- **SBPC:** Solicitou o envio do Requerimento de Informações para os outros tipos de prestadores, além dos hospitalares, tendo demonstrado preocupação em relação ao horizonte de término dessa coleta de dados. Sugeriu também a coleta de dados sobre contratos já rescindidos.

- **UNIDAS:** sustentou que preço é questão de mercado e, por esta razão não deveria estar em discussão em uma Câmara Técnica com o ente Regulador. Argumentou que a ANS até poderia induzir comportamentos para coibir abusos e destacou a relevância do tema concernente às tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE, tabela CMED e modelo remuneratório. Por fim lembrou que a Resolução da CMED está sendo contestada judicialmente.

Finalizados os debates no período da manhã fez-se intervalo para o almoço, tendo sido reiniciado o encontro, após o mesmo, no período da tarde que foi reservado para a discussão de tópicos específicos, tendo sido abordada especificamente a questão apresentada pela manhã acerca da utilização de tabelas privadas, por prestadores hospitalares, para cobrança de medicamentos às operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Nesse período 14 entidades se manifestaram a respeito do tema proposto. Questões como os custos da assistência, regularidade ou não de cobranças, alteração dos modelos de remuneração, entre outros foram abordados pelos participantes, contudo buscou-se manter o foco no problema apresentado e posto para debate.

De forma compilada as manifestações consistiram em:

- **CMED:** O representante da CMED salientou a atuação do órgão na regulação do mercado de medicamentos, tendo destacado os seguintes pontos: (i) trata-se de um bem credencial, pois

não é o usuário final que adquire o produto; (ii) Tal característica faz com que a curva de oferta/demanda não toque em seu ponto ótimo; (iii) falhas de mercado como a assimetria informacional são observadas e combatidas pela regulação; (iv) um dos instrumentos utilizados é o referenciamento internacional de preço e a publicação de tabela prevendo um teto de preço para medicamentos. Acerca da tabela reforçou que a mesma indica o preço máximo, sendo baliza para demonstrar o abuso de mercado daqueles que comercializam acima dos valores indicados, ademais, estaria equivocada a interpretação/utilização dela para estabelecer preço médio de mercado. Pontuou que, na visão do Regulador, se o hospital compra por um valor e repassa acima do valor, significaria a revenda do medicamento, o que seria vedado pela norma e teria diversos impactos, como possível crime tributário. Sustentou, contudo, que no que se refere aos serviços prestados pelos hospitais, relativos aos cuidados necessários com os medicamentos, devem ser pactuados os valores livremente com as operadoras. Esclareceu, ainda que a função da nova norma editada em 2018 foi a de dar clareza e transparência para as normas do órgão, sendo uma consolidação daquelas já existentes. Em manifestação posterior, referindo-se a sugestão apresentada, ponderou não vislumbrar no “Sunshine Act” uma solução para o problema da adoção de tabelas referenciais para cobrança de medicamentos, pelos hospitais.

- **MPF:** O representante do Ministério Público afirmou que se vislumbra um desequilíbrio de mercados, com relação à questão dos medicamentos, visto que as tabelas não retratariam a realidade, pois não refletiriam o preço de aquisição. Que a atuação do MPF se orienta pela observância do interesse público, pelo que não se deve admitir condutas que não se coadunem com a legislação vigente e, neste aspecto não haveria objeção para a cobrança de valores referentes aos serviços prestados pelos hospitais, desde que feitos na rubrica correta, até para privilegiar a transparência dos preços e mantê-los aderentes às normas tributárias vigentes. Reforçando seu ponto destacou não ter conseguido encontrar/comunicar-se com a SIMPRO e BRASÍNDICE, entidades privadas que editam as tabelas adotadas pelos prestadores hospitalares, pelo que não conseguiu acesso as composições dos preços, denotando a falta de transparência das mesmas. Que apurações feitas pelo MPF demonstram haver indícios de abusividade nos valores cobrados com base nessas tabelas. Afirmou que após ouvir as manifestações dos presentes na Câmara passou a considerar a possibilidade de as operadoras adquirirem medicamentos diretamente do fabricante, eliminando intermediários, bem como expressou receio quanto a adoção de pacotes, outro dos problemas apontados pela manhã, para fins remuneratórios, diante do observado no caso dos oftalmologistas. Sugeriu que se convide para as próximas reuniões a AGU e a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde.

- **UNIMED DO BRASIL:** Após reforçar reconhecer a competência da CMED para regular o mercado de medicamentos, alegou preocupação com a sustentabilidade do setor e necessidade de alteração do modelo de remuneração, inclusive com a possibilidade de se admitir a hipótese de reajuste negativo nas tabelas de prestação de serviço em vista da sustentabilidade do mercado.

- **FBH:** destacou a necessidade de serem observadas as peculiaridades de armazenamento e conservação, entre outros, bem como a necessidade de prazo de transição para eventual adequação de preços de medicamentos/equipamentos. Quanto a glosa linear reforça que a operadora não pode deixar de pagar. Quanto ao TISS, destaca a necessidade de ser de fato completamente eletrônica, ainda há necessidade de enviar papel à operadora o que dificultaria ações de racionalização e controle por parte de hospitais. Observou que a adoção de tabela se trata de prática consolidada do mercado, o que demandaria tempo para que este se adaptasse aos novos parâmetros, acaso efetivamente haja vedação de utilização destas tabelas como parâmetros. Destacou que dentro dos hospitais há farmácias muito mais complexas do que drogarias e isso não seria corretamente remunerado pelas operadoras. Quanto à tributação,

afirmou que os hospitais pagam o ISS sobre o valor cheio da tabela, não podendo ser-lhes imputado crime fiscal.

- **CADE:** Representante do CADE afirmou que intermediários na relação provocam falhas no negócio e aumento de custos (perda de eficiência) e sugeriu para reflexão a possibilidade de operadoras negociarem preços diretamente com farmacêuticas. Nesse cenário os hospitais indicariam o medicamento, mas cobrariam das operadoras apenas pelo serviço de dispensação/aplicação do medicamento. Ressaltou que o CADE observou a prática de prestadores em utilizar a tabela com acréscimos, bem como tabelas indicadas por sindicatos, o que denotaria a existência de uma prática anti concorrencial. Em esclarecimento para algumas entidades afirmou não haver base econômica para se padronizar custos, tampouco para se adotar tabela com preços mínimos.

- **ANAHP:** destacou os custos variados na compra de medicamentos, hoje, embutidos em tabelas utilizadas historicamente. Ressaltou que há uma defasagem histórica existente entre o custo e a receita nas rubricas de diárias e taxas hospitalares, e a forma contratual como prestadores e Operadoras balancearam essa diferenças ao longo dos anos. Reforçou, ainda, que uma mudança abrupta nessa relação, certamente viria com o objetivo apenas de transferir margem, prejudicando sobremaneira os prestadores, inclusive levando alguns à falência. Em contraposição a sugestão de se retirar do hospital a tarefa de aquisição dos medicamentos, informou que toda a compra implica pesquisa prévia de características e atributos do fornecedor, Farmacovigilância, análise de efeitos adversos. Por conseguinte, o controle de qualidade poderia ser comprometido. Desta forma defende que os hospitais possuem uma padronização que deriva de seu know-how. A sugestão do CADE tiraria do hospital o seu know-how.

- **CNS:** Representante do CNS indagou qual seria o problema de política pública que se estaria tentando resolver na discussão do problema apresentado. Ponderou que custo e preço apresentam dinâmicas diferentes e que dever-se-ia evitar mudanças que agregassem custos ao processo sem qualquer melhoria à vida do consumidor. Sustentou que o mero uso de referência de preço não seria *per se* um abuso, mas traria redução de custo de transação. Salientou que cada medicamento necessitaria de custo diferenciado de armazenamento, de modo que migração de margem envolve negociações ainda mais complexas. Esclareceu, também, haver desperdício e risco de manipulação variante na dispensação do medicamento. Defendeu que a não utilização das tabelas questionadas não reduziria o custo para o beneficiário, ao contrário. Seriam aplicadas várias taxas diferentes. Questionou se a migração da margem de materiais e medicamentos para diárias e taxas traria eficiência que seriam criadas pelo menos 30 taxas. Sustentou que o empacotamento seria melhor para o consumidor e sugeriu aplicar o Sunshine Act derivado do Direito americano, como forma de lidar com a questão atinente ao “agente principal e o bem credencial”. Ressaltou que incentivos inadequados geram escassez e retirada de produtos do mercado, afetando diretamente a livre negociação. Levantou, por fim, a discussão com relação à qualidade do sistema de saúde que teriam muito mais relevância para o consumidor.

- **UNIDAS:** Sugeriu que cada entidade trouxesse para debate e conhecimento das demais algumas de suas boas práticas (experiências bem-sucedidas) já praticadas no mercado, a exemplo da experiência do Hospital Oswaldo Cruz. Sustentou ser insano a instituição de taxas para cada momento da prestação de serviço. Destacou, ainda, que não se deve ignorar o que dispõe a CMED sobre o tema da precificação dos medicamentos, tampouco a apuração feita pelo CADE e que se deve ter em consideração que vigora o regime de livre mercado.

- **CFM:** afirmou que diárias e taxas encontram-se hoje achatadas, sendo necessária sincronia entre eventual alteração no pagamento de medicamentos/equipamentos e pagamento de diárias e taxas. A sugestão do CADE não se sustentaria em razão da questão da segurança do paciente (Núcleo de Segurança do Paciente), de responsabilidade do diretor técnico do hospital. Fez considerações acerca da complexidade do trabalho dos hospitais em relação as suas

farmácias, que a Lei permitiria, por exemplo, concentrações diferentes de princípios ativos em medicamentos similares, que existiria diferença na qualidade da matéria prima do medicamento nacional e o importado, ou seja, que existem diversas regras que precisam seguir, inclusive para garantir a eficácia dos medicamentos usados.

- **FENASAÚDE:** informou que EUA proíbem pagamento de comissão ou qualquer vantagem por medicamentos/materiais, que se faz necessária a transparência dos custos da cadeia de medicamentos. Sustentou que as tabelas privadas seriam dado/causa de “inflacionamento” do mercado de planos de saúde, repercutindo inclusive nos reajustes aplicados. Que a ANS deveria requisitar, também, informações sobre os resultados obtidos pelos prestadores, além de se valer dos dados do TISS.

- **ABRAMGE:** Seu representante indagou se a operadora poderia ou não fazer a compra do medicamento e fornecê-lo ao paciente, pois a Lei 9.656/98 prevê que esta deve ter objeto social exclusivo. Ressalta que custo é diferente de preço e que a prática impossibilita às operadoras ter conhecimento sobre qual seria o hospital mais eficiente.

- **CFF:** Representante do Conselho Federal de Farmácia salientou a importância, muitas vezes não reconhecida do farmacêutico na cadeia da saúde suplementar, alertando para a preocupação com a segurança dos medicamentos. Sugeriu que se analise as experiências internacionais para pautar as discussões.

- **SINOG:** Seu representante aponta que tabela obrigatória ou de referência não seriam adequadas e que a DIDES deveria se ater a outras questões regulatórias, como as regras sobre substituição de prestadores não hospitalares, tema já regulados pela DIPRO em âmbito hospitalar (necessidade de alinhamento entre entidades hospitalares e não hospitalares). Exemplifica a questão do óbito do profissional, suspensão temporária de atendimento entre outros. Sugeriu que a SEPRAC/MF seja convidada para as discussões.

- **FENAFISIO:** Indagou se não seria possível a realização de pesquisa, por entidade independente, para verificar custo mínimo para a prestação de serviço pelo fisioterapeuta/profissional de saúde. Afirmou que profissionais são obrigados a assinar contratos com valores abaixo dos seus custos para trabalhar com operadoras e que isso deveria ser visto como infração concorrencial, abuso de posição dominante.

- **Encaminhamento ANS:** Consolidar as contribuições dadas durante a primeira reunião, submetendo o relatório para avaliação dos participantes.