

CATEC – 2ª REUNIÃO – 20/12/2018

Abertura: Daniel Pereira – Rodrigo Aguiar – Paulo Rebello

Apresentações:

1. Palestra sobre Indução e Melhoria da Qualidade – Rosana Neves (Gerente-substituta da GEEIQ), com a colaboração de Eduardo Vieira Neto e Anete Maria Gama:
 - apresentação de slides concernentes aos desafios de 2018 – programa de acreditação; avaliação da operadora (RN 277/2011); dimensões: gestão organizacional, gestão de risco, gestão de rede, gestão de saúde, experiência do beneficiário; avaliação de desempenho por meio de indicador – IDSS (Rosana Neves)
 - apresentação de slides sobre estímulo e indução à qualidade – APS, previsão de o projeto parto adequado e a OncoRede tornarem-se certificações (Eduardo Vieira Neto)
 - apresentação de slides sobre o QUALISS, parceria com o Hospital Moinhos de Vento, fator de qualidade (RN 364/2014, alterada pela RN 436/2018), alteração nos percentuais de reajuste e modelos de remuneração (Anete Maria Gama)
2. Comentários sobre o Requerimento de Informações e sinalização com relação às contribuições da última reunião (acatadas e não acatadas) – Gustavo Macieira
3. Palestra “Remuneração de Materiais e Medicamentos de Uso Hospitalar” – Dr. Paulo Webster (Unimed do Brasil)
4. Apresentação do CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia, representado por Frederico Valadares de Souza Pena, que destacou a necessidade da realização de uma boa auditoria.

Discussões do 1º item de pauta (Manhã) – Temas: Requisição de Informações, CEMED e Reformulação da Resolução Normativa nº 363 – taxas e valor dos medicamentos:

1. Requisição de Informações:

- **SINAMGE:** ressalta a importância do sigilo comercial para o negócio, de modo que questiona a Requisição de Informações nesse ponto específico.
- **ABRAMGE:** alega que a imposição de Requisição de Informações poderia eclodir o sistema e prejudicar o beneficiário, sob o argumento de serem muitas as informações contratuais, não constantes no sistema de dados das operadoras. Acresce que a busca demandaria empenho braçal e tempo. Foram oferecidos os seguintes exemplos de assuntos que dependeriam do acompanhamento do contrato: 1. rescisão imotivada e 2. Inadimplência contratual.

2. CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos e Reformulação da Resolução Normativa nº 363 – taxas e valor dos medicamentos:

2.1. Reformulação da Resolução Normativa nº 363

- **UNIDAS:** questiona a alteração da RN nº 363/2014 pela RN nº 436/2018, no que diz respeito à utilização de critérios de qualidade para a remuneração, se indutiva ou mandatória.
- **AMB:** aborda questão de reajustes específicos. Por exemplo: SADT – serviço de apoio diagnóstico terapêutico.
- **FBH:** afirma que a determinação legal (Lei nº 13.003/2014) de período para negociações dificultaria a própria negociação entre as partes. Destaca a desigualdade de poder entre operadoras e prestadores de serviço. Sugere que as negociações devam ser estabelecidas entre entidades representantes (Federações, Associações regionais, entre outros) e não individualmente. Rodrigo Aguiar destaca que tal estaria fora das atribuições da ANS, mas caso Federações e Associações, assim desejem, devem começar a se fortalecer para ter mais força nas negociações.
- **FENAFISIO:** afirma existirem prestadores de serviço com contrato celebrado apenas com hospital e não com operadoras, vale dizer, prestadores terceirizados, o que geraria problema com relação às glosas e aos reajustes. Indaga sobre a possibilidade de incidência do artigo 17-A da Lei nº 9.656/98 na relação estabelecida entre prestadores de serviço. Em resposta, Rodrigo Aguiar refuta a sugestão levantada, visto escapar da atuação da ANS.

2.2. Remuneração MAT-MED, tabelas privadas e CMED

- **CNSaúde:** questiona que a Apresentação realizada pela ANS não menciona o antigo posicionamento da Agência (Nota Técnica nº 1). Afirma que a remuneração de medicamentos deve ser negociada entre as partes. Ressalta não haver vedação quanto à utilização de tabelas, mas, sim, proibição quanto à imposição de tabelas, de acordo com o CADE. Destaca que as operadoras não reconhecem que o valor atribuído a diárias e taxas encontra-se negativo. Aduz que mudança de modelo difere de migração de margem e que esta última não é automática, nem fácil de fazer. Acresce que o prestador não tem como controlar o risco de entrada, que mudança no modelo de pagamento não é simples, ainda mais por meio de Resolução e que os preços de entrada também são regulados pela ANVISA, a qual também regula reajuste. Sustenta que *captation* pode reduzir o interesse das operadoras em controlar os seus riscos. Revela já existir livre negociação entre operadoras e prestadores, sendo as tabelas utilizadas como referência, visto reduzirem os custos de transação. Informa que alguns hospitais negociam tabela mais percentual aplicado e outros nota mais percentual aplicado. Revela que o uso da tabela deriva do fato de ser alto o custo de transação, servindo, assim, para precificação, o que não significa comercialização. Reforça que a negociação de cada item, um a um, seria inviável e o custo seria repassado. Afirma que há concorrência no setor e que uma das opções regulatórias seria não atuar, eis

que o Estado apenas deveria atuar quando e onde houver falha de mercado. Insiste que a melhor forma de concorrência seria a utilização de tabelas, pois retira o custo de transação e, portanto, reduz os custos em geral. Além disso, quem indicaria o melhor medicamento a ser utilizado é o próprio médico. Propõe a verificação de qual seria a melhor tabela e deixar nas mãos das partes essa questão. Ressalta que a cassação das tabelas SIMPRO ou BRASÍNDICE deve ser deixada ao Ministério Público, caso as considere ilegais. Entende ser muito mais relevante para o setor a discussão sobre gestão de saúde (promoção e prevenção).

- **CMB:** concorda com representante da CNSaúde.

- **FENAFISIO:** sustenta que a IN 62 enfraquece as Associações, ao impossibilitar denúncias anônimas. Reforça a importância do sigilo quanto aos prestadores-demandantes.

- **UNIMED:** alega que a legislação não olha o mercado e que até seria possível a aplicação de percentual sobre o valor de aquisição do medicamento, não devendo, contudo, serem toleradas distorções. Entende existirem mais convergências do que divergências no relacionamento entre operadoras e prestadores. Ressalta, ao final, falha da regulação da CMED. Informa que o sistema UNIMED possui meta de obter até março os valores de materiais e medicamentos em seus hospitais.

- **ANAHP:** afirma que seria gerado um problema concorrencial se obrigatória a abertura do preço de aquisição dos produtos (MAT_MED). Informa que CMED abrange apenas medicamentos e que a ANVISA monitora, mas não controla preço de materiais, existindo todo um estudo técnico de mensuração do preço pela CMED. Sustenta que liminares concedidas até o momento reconhecem que a abertura de preço é uma prática anticoncorrencial. Menciona que em São Paulo muitas operadoras concorrem com hospitais (operadoras verticalizadas), de modo que eventual abertura do preço impactaria nas negociações entre hospitais e indústria farmacêutica. Destaca que hospitais não comercializam medicamentos e, portanto, não estariam sujeitos ao ICMS, sendo os medicamentos usados tão somente como insumo. Defende que eventual previsão normativa nesse ponto deveria ser quanto ao valor praticado, mas não quanto ao valor de aquisição. Aduz não ser possível colocar o valor no contrato. Alerta para o custo do serviço de dispensação. Alerta para se ter cuidado com expressões, tais como: “tabelas reais” e, igualmente, para o tratamento de questão objeto de várias demandas judiciais em curso.

- **FBH:** reforça a alegação da dificuldade em colocar valores nos contratos, visto que toda semana o valor flutua. Acresce não ser possível precificar produto com aumento de 50% em 1 semana e, ainda, existirem questões regionais.

- **ABRAMGE:** sugere que as notas sejam deixadas à disposição para a auditoria. Entende inexistir problema concorrencial, porque a operadora já conheceria os preços.

- **UNIDAS:** afirma que a CMED2 contempla a possibilidade de precificação pelo prestador dos serviços prestados. Defende que se não caracterizada venda, então haveria direito das operadoras ao reembolso, vale dizer, necessário reembolso sobre o valor que foi pago pelo medicamento, não devendo ser aplicadas as tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE. Insiste que tabelas e preço de fábrica não representam o preço de aquisição. Reforça que a concorrência estabelece o preço e, ainda, que medicamento é mercadoria diferente. Destaca existir vedação expressa para a comercialização de medicamentos por entidades hospitalares e que

distorções para justificar variação de margem não devem ser permitidas. Sinaliza para a possibilidade de conciliação durante a reunião do CATEC, de forma a evitar ou sobrestar demandas judiciais.

- **MPF**: foram levantadas as seguintes preocupações:

1º preocupação: papel da ANS na seara da relação privada entre operadora e prestadores. O contrato aqui seria especial. Não haveria plena e completa liberdade, porque se trata de matéria regulada pelo Estado – matéria típica de Estado, interesse público relevante. Foi a própria CRFB/88 que autorizou a prestação de saúde por particulares. Busca-se AIR eficiente. Por conseguinte, não cabe falar em violação de sigilo comercial.

2º preocupação: tabelas SIMPRO e BRASÍNDICE. Há assimetria quanto à precificação e o confesso é ouvido de ambas as partes. A CMED tenta quebrar realidade já sedimentada no mercado. Necessária alteração na RN 363, porque há situações reais que ferem não apenas as resoluções, mas também a legislação. O uso de tabelas na forma como é feito hoje, revela arbitrariedade na contratação. A operadora vai perceber proximidade da realidade se tivermos médias de aquisição e possibilidade de aferir as notas fiscais dos últimos medicamentos adquiridos. Já os custos com relação à dispensação, armazenamento, entre outros devem ser colocados na rubrica serviços. Serviços incluídos em rubricas diversas. Dessa forma, deveria ser vedada a utilização de tabelas irreais (SIMPRO/BRASINDICE). A CMED não tem obrigação de oferecer tabelas, logo deveriam ser obtidos os preços médios dos medicamentos e serem corrigidas as rubricas.

Discussões do 2º item de pauta (Tarde) – Oftalmologia (CBO)

1. Pacotes:

- **SINAMGE**: alerta ser comum a existência de operadoras que autorizam procedimentos fora do pacote, mediante justificativa.

- **CBO**: informa que se comunicado o descumprimento de protocolo, o CBO realiza análise e verifica possíveis sanções a serem aplicadas. Destaca que os protocolos são variados e que CFM, CBO e AMB já formaram protocolos e eles são de conhecimento dos profissionais. Levanta a possibilidade de não ser realizado pagamento, no caso de descumprimento de protocolo. Alerta para a imposição de pacote sem negociação, isto é, sem considerar os custos dos prestadores para a prestação dos serviços. Ressaltou a complexidade da consulta oftalmológica, que necessita de equipamentos + exames complementares, de acordo com suspeita diagnóstica. Insiste que o controle da frequência não pode prejudicar o setor. Da mesma forma, o comportamento oportunista de alguns profissionais não pode ser tomado como regra. Considera a possibilidade de fazer um piloto na fase 3 do GT de Remuneração. Esclarece que o CBO sempre tentou estabelecer o diálogo. Alega não ser possível admitir que se discuta remuneração por performance, sem a devida mensuração da performance, pois deve importar não apenas o conceito, mas, também, as suas ferramentas. Sugere a utilização do GT de Remuneração para a construção de pilotos de novos modelos de

remuneração. Menciona medidas de estatística de atendimento. Entende ser possível alcançar solução com a utilização de tecnologia: data science etc.

- **CMB:** entende que diante de confusão entre pacote e protocolo seria mais prudente aguardar o desfecho do GT de Remuneração. Sugere a revisão do relatório do GT 2009-2012.

- **FBH:** lembra que o GT 2009-2012 discutiu novas formas de remuneração, transposição de margens e procedimentos gerenciados (pacotes), cujo documento final teria sido assinado por todas as entidades. Sugere revisão e eventual atualização do documento. Afirma que pacotes que não contemplem protocolos não devem ser admitidos. Sustenta que protocolos são referência mínima e, ainda, que pacotes que se revelem aquém dos protocolos estabelecidos restringem a atividade do médico. Em resposta, Rodrigo Aguiar destaca que nem sempre o pacote terá a conformação do protocolo, mas é exigido da operadora o oferecimento do rol mínimo de cobertura. FBH alega não ser possível discutir fraude. Afirma que a discussão deveria ser pautada com base nos bons profissionais e não com relação aos fraudadores, que continuarão a utilizar de meios fraudulentos para os seus fins, sendo cabível denúncia aos órgãos competentes. Informa que consulta oftalmológica compõe-se, necessariamente, de alguns procedimentos (exames complementares), mas nem sempre todos a depender dos protocolos aplicáveis e definidos pelas sociedades médicas. Argumenta que a Fenasaúde levanta discussão sobre fraude. Alerta para não se tomar a parte pelo todo, a fim de não serem cometidas injustiças e desequilíbrios.

- **ABRAMGE:** ressalta que existiria forte assimetria de informação, porque quem solicita o exame é o mesmo que detém o equipamento a ser utilizado no exame solicitado. Por conseguinte, afirma serem muitos os exames auto gerados. Somado a isso, em tais casos a operadora não saberia se o equipamento estaria sendo usado de forma eficiente. Menciona que os pacotes geralmente contemplam os procedimentos realizados pelo prestador. Entende que o valor não pode ser integral, porque a frequência de cada procedimento é variável. Sustenta não ser factível descredenciar todos os oftalmologistas que atuam em descompasso com as boas práticas. Acresce que há pelo menos 13 procedimentos realizados com frequência em consulta oftalmológica. Defende que o valor do pacote não pode ser o somatório dos valores de cada procedimento, porque a incidência de realização de cada procedimento é diferente. Aduz que os pacotes visam a redução do desperdício.

- **SBO:** afirma que os pacotes foram impostos e que o CBO estaria à disposição para receber denúncias de atuação incorreta de profissionais da área. Alega ser possível a construção de um modelo de remuneração melhor do que o “free for service”, desde que respeitada a autonomia médica. Sustenta a imposição de pacotes sem negociação. Defende que o empacotamento não é o caminho e mostra-se à disposição para construir um novo modelo de remuneração.

- **FENASAÚDE:** destaca que a formatação do pacote deve levar em conta a experiência de cada prestador, o que não significa mero interesse em reduzir valores, mas, sim, ordenar a demanda. Informa que os exames são feitos em boa parte das consultas oftalmológicas. Aduz não ser possível a realização de auditoria em todos os prestadores para aferir se aqueles procedimentos foram realizados e se eram necessários. Rodrigo Aguiar reforça a necessidade de as partes buscarem voluntariamente o acordo sobre o tema e que a disposição para a

conversa seria um bom início. Que quanto mais convergentes forem os interesses, menor precisará ser a atuação do regulador.

- **MPF**: entende que consulta por empacotamento poderia até ser possível, sendo talvez um problema a forma de levar tal consulta aos prestadores. Sinaliza a necessidade de fortalecimento de um canal de diálogo. Alerta para riscos de uma mudança de modelo vir a gerar perda da qualidade dos serviços prestados.

2. Inadimplemento Contratual:

- **AMB**: admite que glosa zero não seria factível, mas que haveria ferramenta para se definir o que seria aceitável. Informa que DRG baliza o que seria nível de glosa aceitável. Ataca a glosa linear, sob o argumento de se tratar de não pagamento deliberado. Revela que a AMB já apresentou proposta, nesse sentido. Ressalta que as glosas não seriam transparentes, de forma a dificultar os recursos de glosa. Promete reapresentar a minuta proposta à ANS. Sugere a criação de um normativo específico sobre glosa e, igualmente, a criação de mensagem no TISS para a glosa para que o seu fundamento seja conhecido pelo prestador. Discorre que o contrato não consegue abarcar todos os tipos de glosas. Ex. elegibilidade de paciente; carteirinha inválida de beneficiário excluído; glosas de quantidade, glosas de 30% quando o procedimento é realizado no feriado municipal; glosa em lote inteiro por conta de uma guia ou item da guia; glosa para transexuais – nome social e glosa para preventivos feitos por indivíduos com nome masculino na operadora.

- **CMB**: entende ser interessante a existência de instância arbitral para a resolução do caso em última instância e a definição de prazo para o tema glosas.

- **FBH**: reforça a necessidade de câmara arbitral e entende ser desnecessária a presença da ANS. Salienta que os prazos já estão estabelecidos na Lei nº 13.003.

- **FENAFISIO**: propõe regulamentação específica com relação às glosas e, ainda, aplicação de multa, no caso de glosa indevida. Entende ser necessária uma intervenção maior da ANS nesta relação, com a edição de um contrato padrão a ser aplicado entre as partes. Entende ser necessária norma específica sobre glosa e que só o contrato não bastaria, visto se tratar de contrato de adesão, sem prévia negociação.

- **CFM**: alega que procedimentos pré-autorizados pelas operadoras não têm justificativa para glosa.

- **ABCD**: informa que a odontologia também padece deste mesmo problema: empacotamento e glosas de procedimentos autorizados.

- **SINAMGE**: afirma desconhecer a existência de glosas em procedimentos pré-autorizados. Informa haver volume muito expressivo de autorizações, o que não invalida as glosas no caso de sobreposição de códigos. Sustenta não caber normatização de glosas, porque o próprio contrato já seria suficiente para regular esta questão. Aduz existirem procedimentos cuja liberação é automática; contudo, possível glosa após análise técnica.

- **UNIDAS:** sustenta inexistir hipossuficiência do prestador, diante da RN 259 e que a glosa seria consequência de contrato mal feito, sendo que situações de descumprimento contratual devem ser executadas pelas vias existentes. Destaca que a regulação pode se dar pelo contrato, que é a manifestação da autonomia da vontade, que pode ser ampliada para melhor regular.

Requerimento de Informações dos contratos com os prestadores de serviços hospitalares_Resumo das contribuições

Foram recebidas contribuições da FENASAÚDE, ANAHP, UNIMED DO BRASIL e ABRAMGE. Serão descritas as solicitações de tais entidades, seguidas das considerações da ANS.

Contribuição: Foi solicitada exclusão das seguintes informações de identificação e qualificação do prestador: Identificação do Contrato, Reg ANS, CNPJ contratado, CNES contratado, Nome contratado, Data Assinatura Contrato, Data Inicio Vigência e Regime de atendimento, com a justificativa que a ANS já possui a informação em sua base de dados do RPS quando do registro ou manutenção dos produtos. Especificamente quanto ao CNES foi alegado que o prestador, caso não hospitalar, pode não ter o cadastro. Já em relação ao Tipo de Vigência, Prazo de Vigência e Renovação Tácita, foi alegada a necessidade de levantamento das informações de todos os contratos, com possível coleta manual gerando custos, e para considerar a opção “não se aplica” para a Data de fim vigência”. Também foi solicitado alterar o Código do plano para código(s) do(s) plano(s) e que a ANS já possui a informação no RPS dos Planos vinculados.

Análise ANS: Em relação a exclusão dos campos foi retirada apenas os campos do nome contratado. As demais informações foram mantidas, já que são necessárias para identificar o prestador e dados gerais do contrato, uma vez que não haverá cruzamento de dados com o Sistema de Registro de Produtos – RPS. Especificamente quanto ao campo de assinatura de contrato observamos que os campos existentes no RPS são denominados "Data de Contratualização", "Data de Inicio" e "data de término" da prestação de serviço, não sendo coincidentes. Uma vez que o requerimento é exclusivo para informação de contratos com os hospitais, também foi mantida a informação do CNES. A informação do código do plano foi excluída, considerando que o Requerimento é apenas para contratos com prestadores hospitalares.

Em relação a data de vigência, observa-se que é uma informação condicionada. Deve ser informada apenas caso o contrato seja por prazo determinado, de modo que não foi acatada a inclusão do não se aplica, uma vez que é obrigatória a cláusula de vigência contratual conforme disposições da RN nº 363/2014.

Contribuição: Foi solicitado exclusão dos itens elencados a seguir, uma vez que o envio de tais informações pode ferir a cláusula de confidencialidade constante nos contratos com os prestadores: Rescisão imotivada, Valor rescisão imotivada, Unidade prazo rescisão, Quantidade prazo não renovação, Forma contratual de reajuste, Utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho na composição do reajuste, Unidade prazo máximo

faturamento, Quantidade prazo máximo faturamento, Unidade prazo máximo pagamento, Quantidade prazo máximo pagamento, Unidade prazo máximo glosa, Quantidade prazo máximo glosa, Unidade prazo máximo contestação glosa, Quantidade prazo máximo contestação glosa, Unidade prazo máximo pagto revogação glosa, Quantidade prazo máximo pagto revogação glosa, Correção pagamento após prazo, Penalidade inadimplemento, Valor penalidade inadimplemento, Tabela de Referência para material, Tabela de referência para medicamento e Tabela de referência para procedimentos.

Em relação a data do último reajuste e índice foi alegada a necessidade do levantamento de dados de todos os contratos, com possível de coleta manual da informação, gerando elevado custo operacional para obtenção da informação.

Análise ANS: Observamos que não serão divulgadas as informações individualizadas dos contratos e serão respeitadas todas as questões relativas ao sigilo de dados, conforme legislação pertinente, de modo que não foram excluídos os itens.

Contribuição: Em relação as tabelas e referência de preços, solicitou-se acrescentar como referência para procedimentos a opção AMB e Tabela Própria, visto que o modelo prevê somente TUSS e Pacote.

Foi solicitada a exclusão do campo “Data fim vigência”, tendo em vista que a informação já é requisitada em outro item (“Prazo de vigência”) e alteração do campo Renovação tácita, para renovação automática.

Foi solicitada a inclusão do campo Utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho na composição do reajuste, informando Sim e Não.

Análise ANS: As três contribuições foram acatadas.

Contribuição: Em relação as unidades de tempo foi sugerido alteração para dias e 60 dias nos campos “Quantidade prazo rescisão” e “Unidade prazo não renovação”.

Análise ANS: É possível utilizar a unidade de tempo_Dia, Dia útil, Semana e Mês, de modo que não há necessidade de se limitar o campo, o que poderia não atender todos os contratos.

Contribuição: Foi solicitado pela Unimed Brasil o prazo de 6 meses para geração das informações, considerando que algumas informações podem não existir em sistemas, bem como podem estar em mais de um sistema dentro da operadora. A ABRAMGE também alegou que dentre os dados solicitados, alguns não estão registrados nas bases de dados informatizados das operadoras, exigindo uma alimentação manual, o que demandará mais de 3 meses, sobretudo se a operadora possui uma rede credenciada muito extensa. Ainda, há vários dados cuja forma solicitada não é como as operadoras os tem registrados no sistema, exigindo tratamento prévio para a disponibilização, exemplificado pelos campos Unidade prazo rescisão/Quantidade prazo rescisão. Por fim ressalta, que geralmente o quadro de colaboradores das empresas sofre queda por conta do período de festas de fim de ano e férias escolares, sem prejuízo de todas as demandas já determinadas pela operação e pela regulação setorial.

Análise ANS: O prazo de 120 dias foi mantido conforme definido na reunião da CATEC.

Contribuição: Foi solicitada pela ANAHP a inclusão dos seguintes itens: Procedimentos sujeitos a autorização prévia (Informar se há indicação dos procedimentos que precisam de

autorização administrativa da Operadora); Unidade de Prazo para Autorização; Prazo para autorização (Informar a quantidade de tempo para a Operadora autorizar o procedimento) - consulta básica, consulta nas demais especialidades, consulta/sessão com fonoaudiólogo, consulta/ sessão com nutricionista, consulta/sessão com psicólogo, consulta/sessão com terapeuta ocupacional, consulta/sessão com fisioterapeuta, consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista, serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial, serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, demais serviços de diagnóstico em regime ambulatorial, procedimentos de alta complexidade, atendimento em regime de hospital-dia, atendimento em regime de internação eletiva, urgência e emergência, autorização automática; Glosa Linear (Informar qual o percentual de glosa aplicado pela Operadora); Planos (Informar tipo de acomodação contratada); Serviços contratados; Medicamentos e produtos para saúde; Padrão de envio da fatura – TISS; Padrão de envio da fatura - Via Física; Auditoria ; Auditoria in loco; Unidade de tempo Junta Médica; Prazo decisão Junta Médica.

Análise ANS:

Preliminarmente esclarecemos que as inclusões solicitadas apresentam como cerne a relação operadora com o beneficiário, não sendo objeto de escopo do Requerimento de Informação, o qual solicita informações de cunho obrigatório no contrato entre a operadora e o prestador de serviço. Acrescenta-se a isso as demais justificativas abaixo.

Já é obrigatório definir em contrato os procedimentos que requerem autorização administrativa da operadora. A operadora já é obrigada a atender os prazos de atendimento estabelecidos na RN nº 259, e os prazos para autorização de procedimentos devem ser dados de modo a cumprir o prazo de atendimento definido na norma, independentemente do prazo estabelecido no contrato com o prestador.

Em relação as glosas, esclarecemos que o objetivo do Requerimento de Informação é coletar as informações previstas em contrato. Ressalta-se que os sistemas da ANS podem visualizar a quantidade de glosas aplicadas pelas operadoras.

A junta médica está sujeita a normatização específica da ANS. A operadora já é obrigada a atender o disposto na RN nº 424/2017, independentemente do prazo estabelecido no contrato com o prestador (Se houver junta médica ou odontológica, o prazo para a realização do procedimento, ou para a apresentação do parecer técnico conclusivo do desempatador que indica a não realização do procedimento, não poderá ultrapassar os prazos de garantia de atendimento). Adicionalmente, tais informações não constam do contrato entre operadora e prestador.

A seguir apresentamos os 42 campos a serem informados no Requerimento de Informações:

Id Campo	Nome do campo	Descrição do campo	Tipo	Tamanho	Formato	Condição de preenchimento
1	Identificação do Contrato	Numero para identificação do contrato entre a operadora e o prestador de serviço na ANS. Este número é a ligação entre os arquivos com as informações dos dados básicos do contrato e os demais arquivos enviados com as informações dos serviços contratados.	Número	6	999999	Obrigatório
2	Reg ANS	Código de registro na ANS da operadora contratante	String	6		Obrigatório
3	CNPJ contratado	Número de inscrição do prestador contratado no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas	String	14		Obrigatório
4	CNES contratado	Código do prestador contratado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde	String	7		Obrigatório
5	Data Assinatura Contrato	Data em que o contrato foi assinado pela operadora contratante e pelo prestador contratado	String	10	dd/mm/aaaa	Obrigatório
6	Data Início Vigência	Data em que se iniciou a vigência do contrato	String	10	dd/mm/aaaa	Obrigatório
7	Tipo Vigência	Tipo de vigência do contrato, indicando se é por prazo determinado ou por prazo indeterminado	String	1		Obrigatório. Ver tabela de vigência
8	Data Fim Vigência	Data em que se encerrará a vigência do contrato	String	10	dd/mm/aaaa	Condicionado. Deve ser informado caso o contrato seja por prazo determinado.
9	Renovação automática	Informar se o contrato prevê renovação automática. Informar "S" para sim ou "N" para não.	String	1		Obrigatório
10	Rescisão imotivada	Informar se há previsão contratual com penalidade para rescisão imotivada. Informar "S" para sim ou "N" para não.	String	1		Obrigatório
11	Valor rescisão imotivada	Informar valor em reais (R\$) da penalidade por rescisão imotivada.	Número	6,2	999999,99	Condicionado. Só deve ser informado caso haja penalidade para rescisão imotivada.
12	Unidade prazo rescisão	Informar a unidade contratualizada para antecedência mínima para notificação da rescisão contratual	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
13	Quantidade prazo rescisão	Informar a quantidade de unidades contratualizadas para antecedência mínima para notificação da rescisão contratual	Número	3	999	Obrigatório.
14	Unidade prazo não renovação	Informar a unidade contratualizada para antecedência mínima, pela contratante e pelo contratado, para manifestar sua intenção de não renovar o contrato	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
15	Quantidade prazo não renovação	Informar a quantidade contratualizada para antecedência mínima, pela contratante e pelo contratado, para manifestar sua intenção de não renovar o contrato	Número	3	999	Obrigatório.
16	Regime de atendimento	Regime de atendimento dos serviços contratados	String	1		Obrigatório. Ver tabela de regime de atendimento
17	Forma contratual de reajuste	Forma como é determinado o percentual de reajuste dos valores dos serviços contratados	String	1		Obrigatório. Ver tabela de forma contratual de reajuste
18	Utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho na composição do reajuste	Informar se o contrato utiliza indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste.	String	1		Obrigatório. Informar "S" para sim ou "N" para não.
19	Data último reajuste	Data do último reajuste dos valores contratuais	String	10	dd/mm/aaaa	Condicionado. Informar caso já tenha havido reajuste dos valores contratados
20	Índice último reajuste aplicado à diárias e taxas	Percentual aplicado à diárias e taxas hospitalares no último reajuste dos valores contratuais	Número	3,2	999,99	Condicionado. Informar caso já tenha havido reajuste dos valores contratados
21	Índice último reajuste aplicado à honorários	Percentual aplicado à honorários no último reajuste dos valores contratuais	Número	3,2	999,99	Condicionado. Informar caso já tenha havido reajuste dos valores contratados
22	Índice último reajuste aplicado à medicamentos	Percentual aplicado à medicamentos no último reajuste dos valores contratuais	Número	3,2	999,99	Condicionado. Informar caso já tenha havido reajuste dos valores contratados
23	Índice último reajuste aplicado à materiais	Percentual aplicado à materiais no último reajuste dos valores contratuais	Número	3,2	999,99	Condicionado. Informar caso já tenha havido reajuste dos valores contratados
24	Utilização do fator de qualidade no último reajuste	Informar se foi utilizado o fator de qualidade previsto na RN nº 364/2014, no último reajuste. Informar "S" para sim ou "N" para não.	String	1		Obrigatório
25	Unidade prazo máximo faturamento	Informar a unidade de tempo contratualizada para o prestador apresentar a operadora a fatura do serviço prestado	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
26	Quantidade prazo máximo faturamento	Informar a quantidade contratualizada para o prestador apresentar à operadora a fatura do serviço prestado	Número	3	999	Obrigatório.
27	Unidade prazo máximo pagamento	Informar a unidade de tempo contratualizada para a operadora pagar ao prestador pelos serviços	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
28	Quantidade prazo máximo pagamento	Informar a quantidade contratualizada para a operadora pagar ao prestador pelos serviços apresentados	Número	3	999	Obrigatório.
29	Unidade prazo máximo glosa	Informar a unidade de tempo contratualizada para a operadora informar ao prestador a glosa pelo serviço apresentado	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
30	Quantidade prazo máximo glosa	Informar a quantidade contratualizada para a operadora informar ao prestador a glosa pelo serviço apresentado	Número	3	999	Obrigatório.
31	Unidade prazo máximo contestação glosa	Informar a unidade de tempo contratualizada para o prestador contestar a glosa	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
32	Quantidade prazo máximo contestação glosa	Informar a quantidade contratualizada para o prestador contestar a glosa	Número	3	999	Obrigatório.
33	Unidade prazo máximo pagamento revogação glosa	Informar a unidade de tempo contratualizada para a operadora efetuar o pagamento após a revogação da glosa	String	1		Obrigatório. Ver tabela de unidade de tempo.
34	Quantidade prazo máximo pagamento revogação glosa	Informar a quantidade contratualizada para a operadora efetuar o pagamento após a revogação da glosa	Número	3	999	Obrigatório.
35	Correção pagamento após prazo	Informar a forma de correção de pagamentos realizados após o prazo máximo previsto no contrato	String	1		Obrigatório. Ver a tabela de forma contratual de reajuste
36	Penalidade inadimplemento	Informar se há previsão contratual com penalidade para inadimplemento da operadora. Informar "S" para sim ou "N" para não.	String	1		Obrigatório.
37	Valor penalidade inadimplemento	Informar o valor da penalidade em reais (R\$) para inadimplemento da operadora.	Número	6,2	999999,99	Condicionado. Informar somente se há cláusula contratual de penalidade para inadimplemento da operadora. Mesmo que não haja valor a ser informado o campo sempre deverá ser delimitado por ponto e vírgula.
38	Tabela de Referência para material	Informar o código da tabela utilizada como referência para contratação de material	String	1		Condicionado. Informar caso a operadora tenha acordado com o prestador uma tabela do mercado como referência de preço de materiais utilizados no atendimento hospitalar. Ver tabelas de referência. Mesmo que não haja valor a ser informado o campo sempre deverá ser delimitado por ponto e vírgula.
39	Tabela de referência para medicamento	Informar o código da tabela utilizada como referência para contratação de medicamento	String	1		Condicionado. Informar caso a operadora tenha acordado com o prestador uma tabela do mercado como referência de preço de medicamentos utilizados no atendimento hospitalar. Ver tabelas de referência. Mesmo que não haja valor a ser informado o campo sempre deverá ser delimitado por ponto e vírgula.
40	Tabela de referência para procedimentos	Informar o código da tabela utilizada como referência para contratação de procedimentos médicos	String	1		Condicionado. Informar caso a operadora tenha acordado com o prestador uma tabela do mercado como referência de preço de procedimentos médicos utilizados no atendimento hospitalar. Mesmo que não haja valor a ser informado o campo sempre deverá ser delimitado por ponto e vírgula. Ver tabelas de referência.
41	Quantidade de aditivos ao contrato	Quantidade de termos aditivos ao contrato	Número	6	999999	Obrigatório. Informar zero caso não tenha havido nenhum aditivo ao contrato.
42	Data de assinatura do último aditivo	Data em que foi assinado o último termo aditivo ao contrato	String	10	dd/mm/aaaa	Condicionado. Deve ser informado se houver aditivo assinado. Mesmo que não haja valor a ser informado o campo sempre deverá ser delimitado por ponto e vírgula.

