

CÂMARA TÉCNICA DE CONTRATUALIZAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PRESTADORES - CATEC

4ª Reunião – 21/03/2019

GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES
Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Março / 2019

CÂMARA TÉCNICA DE CONTRATUALIZAÇÃO E RELACIONAMENTO COM PRESTADORES

- **1ª Reunião – 30/10/2018**
 - Remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar;
- **2ª Reunião – 20/12/2018**
 - Remuneração por Pacotes em consultas de Oftalmologia;
 - Inadimplência Contratual
- **3ª Reunião – 07/02/2019**
 - Aplicação Irregular do Reajuste;
 - Não adoção da tabela TUSS na Contratualização;
 - Rescisão Contratual
 - Subnotificação das Irregularidades por Prestadores;
 - Questões envolvendo OPME



Item nº 1.

Remuneração de materiais
e medicamentos de uso
hospitalar



Entendimento atual:

- a) a RN nº 363/2014 da ANS, atualmente vigente, em seu art. 11, prevê a possibilidade de utilização de tabelas de referência para a remuneração dos serviços e procedimentos contratualizados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de saúde;
- b) não há vedação, na norma vigente, para a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle, aquisição e outros dos medicamentos utilizados pelos prestadores de saúde para atendimento de beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde em razão de procedimentos ou serviços contratualizados entre as partes, inclusive vinculada à tabela de referência, desde que observadas as demais disposições da RN nº 363/2014;
- c) A RN 241/10 trazia previsão específica sobre o tema, mas foi revogada pela RN 363/14 e, desde então inexistente uma norma no âmbito da ANS que preveja como deve ser feita essa remuneração pelos serviços prestados em relação a administração dos medicamentos.
- d) A norma havia sido publicada no contexto da publicação da Resolução 03/2009 da CMED, que vedava a utilização do Preço Máximo ao Consumidor para os medicamentos de uso restrito hospitalar, que consistia na prática do mercado em razão dos custos para hospitais serem superiores ao mero custo de aquisição dos medicamentos.

Opções:

- A. Manutenção do entendimento vigente sem aprimoramentos normativos;
- B. Manutenção do entendimento vigente, com definição de cláusula obrigatória em contrato que permita a solicitação ao prestador de serviço, pela operadora, de documento comprobatório que contenha o valor de aquisição dos medicamentos;
- C. A definição em regramento que os contratos entre operadoras e prestadores devem prever em rubricas distintas o valor de aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares e demais taxas referentes aos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle, etc.
- D. A vedação na contratualização entre operadoras e prestadores da inclusão das seguintes cláusulas: que preveja ou autorize o uso de quaisquer tabelas de preços privadas de medicamentos e materiais médico-hospitalares, como referência para reembolsos ou pagamentos; que preveja ou autorize o comércio (revenda), com obtenção de lucro, dos medicamentos e materiais médico-hospitalares, ao invés do simples reembolso e que vede a utilização do “preço máximo ao consumidor” como referência para o reembolso.

Item nº 2.

**Remuneração por pacotes
de consultas em
oftalmologia**



Entendimento atual:

- a) O Princípio da Autonomia da Vontade permite que as partes livremente negociem o contrato, inclusive quanto à forma como se dará a remuneração, desde que observada a Função Social do mesmo. Não se permite que um contrato seja negociado em prejuízo do beneficiário de planos de saúde;
- b) Não é permitido às operadoras o estabelecimento de protocolos clínicos que limitem a assistência aos beneficiários, contudo, não há impedimento para a negociação de pacotes que tragam racionalidade para o gerenciamento de custos administrativos.
- c) Contudo, a utilização de critérios meramente econômicos para a definição de pacotes, visando apenas a transferência dos riscos e sem qualquer interface assistencial não deve ser incentivado.
- d) Os pacotes não podem ser utilizados como mero instrumento de redução de valores a serem pagos pela operadora;

Opções:

- A. Operadoras de planos privados de assistência à saúde podem prever em contrato a utilização de diretrizes e protocolos clínicos próprios em sua rede credenciada;
- B. Pacotes podem ser adotados desde que respeitem os protocolos clínicos editados pelos respectivos conselhos e/ou sociedades por estes referendadas;
- C. Os critérios de formatação do pacote devem se basear em diretrizes das sociedades médicas e odontológicas e observar o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

Item nº 3.

**Dificuldades na
negociação contratual**



Premissas da Relação Contratual:

- Autonomia da Vontade mitigada pela Função Social do Contrato;
- Dirigismo Contratual como garantia da observância dos Interesses Públicos no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviço de saúde;
- Atribuição legal conferida pelas Leis 9.961/00 e 13.003/14 para que a ANS estabeleça as regras gerais do contrato.

Panorama atual:

- Os prestadores de serviços de atenção à saúde salientam dificuldade em se discutir pontos de discordância nos instrumentos contratuais elaborados pelas operadoras em especial para alterar eventual cláusula contratual, sobretudo aquelas referentes à precificação ou ao reajuste, dispostas em contratos semelhantes aos de adesão.
- As operadoras salientam dificuldade em se discutir pontos de discordância nos instrumentos contratuais, sobretudo aqueles referentes à precificação ou ao reajuste, com certos prestadores de serviços, que se valem de sua posição de destaque em localidades carentes de especialidades, mediante a imposição de preços muito acima dos valores praticados no setor de saúde suplementar.

ANS diagnostica a falta de diálogo entre as partes como um obstáculo concreto para a celebração de acordos

Opções:

- A. Fomentar a utilização de meios alternativos de solução de conflitos;
- B. Instituir obrigatoriedade de canal específico de Ouvidoria para atendimento aos prestadores de serviço.
- C. Possibilidade de Negociação Coletiva (Aguardando posicionamento da PROGE)

Item nº 4.1.

Casos de glosa sobre o faturamento apresentado e não-pagamento da remuneração devida



4.1 Casos de glosa sobre o faturamento apresentado e não-pagamento da remuneração devida

Entendimento atual:

- Glosa é instrumento legítimo, que deve estar previsto em contrato quanto as suas regras e está prevista na Resolução Normativa vigente que a coloca como um instrumento a ser utilizado em sede de auditoria administrativa e/ou técnica;
- A RN 363/14 admite a análise e auditoria das contas pelas operadoras de planos de saúde; contudo, o ordenamento veda a utilização do recurso da glosa linear para manter o seu fluxo de caixa estável, conforme se denota da leitura da Súmula Normativa nº 16 da ANS, de 12 de abril de 2011;
- A ANS instituiu para o IDSS – índice de Desempenho da Saúde Suplementar de 2017, a ser divulgado ainda no ano 2019, um indicador que afere o índice de glosas ocorridas no setor, conforme leitura dos dados assistenciais encaminhados pelas operadoras conforme o Padrão TISS;
- A princípio, levando em consideração os subsídios colhidos na ANS e a quantidade de reclamação sobre o tema, não há demonstração concreta da existência de práticas sistêmicas de glosas indevidas. No entanto, só será possível chegar a tal conclusão, com mais informações.

Variáveis relevantes para estudos referentes à pagamento e glosa

- Município/UF do prestador executante
- Tipo de prestador
- Tipo de guia
- Data do protocolo da cobrança
- Data do pagamento
- Valor informado da guia
- Valor total pago
- Valor total de glosa

Possíveis de estudos sobre glosas

- Variação da ocorrência de glosa por tipo de prestador ou tipo de guia;
- Variação da ocorrência de glosa por UF/município do prestador;
- Quantidade de guias com valor de glosa e com pagamento integral do valor;
- Variação da ocorrência de glosa por mês;
- Variação da ocorrência por período do mês.

Opções:

- A. Manter a regulação do tema apenas através da análise do indicador e demais informações existentes, podendo realizar ações específicas conforme a leitura do mesmo;
- B. Promover alterações pontuais na norma de forma a deixar mais claro os procedimentos e questões operacionais atinentes à glosa e à inadimplência no contrato entre as partes, focando em soluções no próprio instrumento contratual, como penalidades específicas;
- C. Prever impossibilidade de se glosar procedimentos previamente autorizados, nos exatos limites das autorizações dadas;
- D. Monitoramento das glosas através de indicadores calculados pela ANS ou por entidade externa.

Item 4.2.

Casos de aplicação irregular do reajuste e condutas verificadas pela DIDES em que há indícios de burla à aplicação do reajuste contratual



4.2 Casos de aplicação irregular do reajuste e condutas verificadas pela DIDES em que há indícios de burla à aplicação do reajuste contratual

Entendimento atual:

- A ANS reconhece a autonomia das partes para negociar os reajuste, bem como a forma como esse se dá. O índice ANS, disposto na RN 364/14 aplica-se aos casos em que o contrato prevê como forma de reajuste apenas a livre negociação;
- A ANS estabelece as regras gerais da contratualização, contudo, por se tratar de uma relação privada, não pode compelir as partes a cumprir o que está acordado, por ausência de competência legal para tanto;
- Ultrapassado o prazo de livre negociação e não sendo alcançado o acordo entre as partes, a aplicação do índice subsidiário ou o índice da ANS, conforme o caso, deve ser automático.

Opções:

- A. Manutenção do entendimento vigente sem aprimoramentos normativos;
- B. Previsão no normativo de que a cláusula de reajuste inserta no contrato deve apresentar todas as informações necessárias para o seu cálculo, de modo claro, objetivo e de fácil compreensão, sob pena de ser considerada não escrita e, por conseguinte, culminar na adoção do índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) e, consequente aplicação do Fator de Qualidade (FQ), quando cabível;

Item nº 05 – Não adoção da Tabela TUSS na contratualização



Entendimento ANS:

- Inquirições relativas ao Padrão Obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS e possíveis aperfeiçoamentos da troca dos dados de atenção à saúde são objeto de discussão e tratadas no âmbito do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS, de caráter consultivo para o aprimoramento do Padrão TISS e sob coordenação da DIDES.
- a melhor ação regulatória a ser adotada que não se trata de uma opção, mas sim das atividades rotineiras da DIDES, com o apoio do COPISS, no aperfeiçoamento do padrão TISS.

Item nº 6.

Rescisão Contratual:



Entendimento atual:

- Tendo em vista os diversos subsídios levantados pela DIDES, a **motivação e o prazo de comunicação da rescisão** são os principais fatores de conflito entre operadoras e prestadores.
- Possibilidade de exercício do poder dominante é mitigado por: RN 365/14, pois há a necessidade de substituição do prestados não-hospitalar, cujo contrato foi rescindido. Ainda, a RN 259/11, que estabelece os prazos para atendimento e cujo monitoramento pode resultar na suspensão de comercialização de planos, o que limita a possibilidade de a operadora se valer de tal conduta para fazer pressão em sua rede.

Opções:

- A. Manutenção do entendimento vigente sem aprimoramentos normativos;
- B. Previsão no normativo de que o instrumento contratual, celebrado entre operadora e prestador de serviços de atenção à saúde, imponha penalidade a ser aplicada ao contratante que descumpra o prazo expressamente estipulado para notificação da rescisão unilateral do contrato;

Item nº 7.

Subnotificação das irregularidades pelos prestadores de serviço:



Entendimento atual:

- A subnotificação é um obstáculo para que a ANS possa agir em busca da solução de conflitos, pois a reduzida coleta de dados não confere a real dimensão dos problemas regulatórios a serem enfrentados.
- Muitas denúncias são encaminhadas à ANS, de forma anônima ou por meio de entidades representativas, o que não permite a análise individualizada de indícios de infração, em razão da ausência dos instrumentos contratuais, necessários para a verificação da regularidade de suas cláusulas ou, mesmo, dos elementos mínimos para o exame da conformidade das substituições.

Opções:

- A. Manutenção do entendimento vigente sem aprimoramentos normativos;
- B. Abertura de novo canal para o recebimento de denúncias e/ou intermediação de conflitos, tendo por base o recebimento das reclamações de consumidores, porém adaptado às especificidades da relação entre operadoras e prestadores;
- C. Possibilidade de denúncia anônima (Consulta à PROGE)

Canal de Reclamações dos Prestadores na ANS

- Criação de um e-mail para o recebimento das demandas dos prestadores.
- Designação, por parte da operadora, de um interlocutor para responder essas demandas.
- Prazo estabelecido para o envio de resposta da operadora e, posteriormente, o feedback do prestador, informando se a questão foi resolvida ou não.
- Se não foi resolvida, a demanda segue para análise da GASNT e, se necessário, para o fluxo de Representação.
- No primeiro momento, a adesão das operadoras será voluntária (?)

Item nº 8 – Questões envolvendo OPME

Entendimento ANS:

As discussões na CATEC não apontaram para a necessidade, conveniência e oportunidade em realizar qualquer aprimoramento em relação ao tema.



Obrigado!



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladora oficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

