

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XXX, DE XX DE XXXXXXXX DE 20XX

dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

Parágrafo único: 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 e o Prestador, doravante denominados contratualização.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde;

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados;

III – Plano ou Produto: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 3º. As estipulações contratuais entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde são regidas pela autonomia das vontades, condicionada às regras dispostas nessa RN.

Parágrafo único. Os princípios basilares do Direito Contratual devem ser observados nas celebrações dos contratos regidos por esta norma, em especial os seguintes:

I - Função Social do Contrato;

II - Interpretação Mais Favorável ao Aderente, em hipóteses de cláusulas ambíguas ou contraditórias de contrato de adesão; e

III - Boa-fé objetiva e seus deveres anexos ou laterais, dentre os quais:

- a) Informação;
- b) Cooperação; e
- c) Colaboração.

Art. 4º. As cláusulas contratuais não podem conter qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde, conforme definido pelos respectivos Conselhos Profissionais nos casos que foram submetidos às suas apreciações.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Da Qualificação das Partes

Art. 5º. Nos contratos de que trata esta norma, a operadora de planos privados de assistência à saúde deve ser qualificada com os seguintes dados:

I - nome empresarial;

II – número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

III – número de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar; e

IV – número de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso.

Art. 6º. O prestador de serviço deve estar identificado pelos seguintes dados:

I – nome empresarial;

II – número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF ou CNPJ;

III – número de registro no Conselho Profissional respectivo; e

IV – número de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Seção II

Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 7º. O objeto e a natureza devem ser expressos nos contratos de que tratam esta norma, incluindo o seguinte:

I - o regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou estabelecimento de saúde;

II – as especialidades e/ou serviços contratados.

III – os plano(s)/produto(s) para os quais o serviço será prestado, com identificação do número de registro na ANS, além do(s) contrato(s) para o(s) qual(is) cada serviço será prestado.

Art. 8º Os serviços contratualizados devem estar descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

§1º A descrição dos serviços deve incluir o código dos termos constante na TUSS de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais, órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais.

§2º. A utilização de código TUSS correspondente ao agrupamento de procedimentos não afasta a obrigatoriedade de estabelecer na contratualização o código individualizado de todos os procedimentos nele inclusos.

§ 3º Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos e de planos ou produtos durante a vigência do contrato, descrevendo a rotina para solicitar e implementar as alterações de procedimentos e de planos contratados.

Seção III

Da Definição dos Valores dos Serviços Contratualizados, dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados

Subseção I

Dos Valores

Art. 9º Os valores dos serviços contratualizados devem ser expressos de forma clara e objetiva, em moeda corrente.

§1º. A composição da remuneração deverá considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§2º. *É livre às partes a definição dos atributos e sua respectiva influência nos valores de remuneração contratualizados, devendo, no caso das operadoras, estarem atrelados*

à sua política de remuneração e reajuste voltada ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos seus beneficiários.

§ 2º Em caso de utilização de tabela de referência para definição dos valores dos procedimentos e serviços contratualizados, esta deve estar devidamente identificada no contrato, ao qual será considerada parte integrante, devendo ser disponibilizada às partes desde sua celebração e também da seguinte forma:

I - registro em cartório ou outros meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes:

- a) acesso à tabela no sítio da operadora na internet; e
- b) disponibilização da tabela na sede da contratante para consulta da contratada.

II - os meios de esclarecimento sobre a tabela, indicando os canais de atendimento;

III - constar do contrato ao menos uma tabela demonstrativa, com os valores dos procedimentos mais utilizados.

Art. 10. Deve haver previsão expressa acerca da vedação à 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.

Subseção II

Dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados

Art. 11. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, de forma a estabelecer, no mínimo, os seguintes dispositivos:

I – os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

II - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

III - prazos para contestação da glosa; para resposta da operadora; para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e prazo máximo para aplicação da glosa.

§1º. O prazo acordado para contestação ou recurso da glosa deve ser igual ao prazo acordado para a respectiva resposta da operadora.

§2º. A correção monetária dos valores pagos após os prazos previstos para pagamento, com ou sem ocorrência de glosa, deve estar previsto na contratualização.

§3º O contrato deve prever que a rejeição total ou parcial e o consequente cancelamento de valores ou parcelas de uma conta ou faturamento devida à aplicação de glosa pela operadora ocorrerá mediante envio do correspondente código do motivo de glosa ao prestador, conforme estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

§4º Deve estar expresso em contrato que o profissional auditor da operadora responsável pela análise e aplicação de glosas técnicas seja reconhecido pelo respectivo Conselho Profissional, para fins de validade da glosa.

Art. 12. Fica vedado estabelecer regras que impeçam:

I – o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa e às justificativas das glosas e sua contestação;

II - o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

III - o pagamento imediato de valores de procedimentos não contestados em glosas parciais.

Parágrafo único. É vedado glosar o pagamento de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, desde que não tenham sido faturados a maior e/ou não haja erro no envio das informações ou falta de documentação adequada conforme a rotina de apresentação e constestação das contas contratualizadas entre as partes.

Art. 13 Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Seção IV **Da Identificação dos Atos,** **Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de** **Autorização da Operadora**

Art. 14. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto:

I – à rotina operacional para autorização;

II – à responsabilidade das partes na rotina operacional; e

III – ao prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.

Seção V
Dos Critérios,
da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste

Do Reajuste

Art. 15. Durante a vigência do contrato, o reajuste deve ser aplicado anualmente, na data de seu aniversário.

§1º. Os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§2º. *É livre às partes a definição dos atributos e sua respectiva influência nos critérios de reajuste contratualizados, devendo, no caso das operadoras, estarem atrelados à sua política de remuneração e reajuste voltada ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos seus beneficiários.*

§ 3º Caso o contrato não preveja data ou prazo para a aplicação do reajuste, este deverá ocorrer até o 90º (nonagésimo) dia do ano corrente.

§ 4º A concessão do reajuste anual deve ocorrer independentemente da provocação das partes, na forma previamente prevista e estabelecida no contrato firmado entre as partes.

§5º. *Na hipótese do contrato não prever clara e objetivamente o critério sobre o qual o reajuste deve ser aplicado, aplicar-se-á o índice definido pela ANS.*

Art. 16. Os critérios de reajuste dos serviços contratualizados devem ser expressos de modo claro e objetivo.

§1º A cláusula de reajuste deve conter todas as informações necessárias para que o contratado possa calcular o quanto receberá de reajuste e ser passível de auditoria pelas partes.

§2º A cláusula de reajuste pode se dar por meio de índice vigente de conhecimento público, percentual pré-fixado, valor nominal em moeda corrente ou outro critério de cálculo acordado entre contratante e contratado.

§3º A cláusula de reajuste deve conter:

I - a definição dos parâmetros e variáveis utilizadas para o cálculo; ou

II - apresentar, conforme o caso, fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes, tais como: múltiplo de reajuste, unidade de reajuste, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo.

Art. 17. As informações contratuais dispostas no art. 16 podem não estar previamente previstas, sendo substituídas pelo método da livre negociação anual, desde que haja as seguintes previsões contratuais:

I - prazo de negociação prévia à aplicação do reajuste, que deve se iniciar até 90 dias da data prevista no contrato para aplicação do reajuste;

II – meio de demonstração da efetiva da ocorrência de negociação e o respectivo aceite de ambos;

III – os efeitos nos casos de frustração da negociação, que podem ser:

- a) utilização de um índice específico, expresso na contratualização, com aplicação automática no aniversário do mesmo; ou
- b) incidência do índice estabelecido pela ANS.

Art. 18. É vedado estabelecer forma, critério, cálculo, índice ou qualquer outro modo de reajuste que:

I - mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado;

II – vincule as despesas assistenciais da operadora e o total das receitas obtidas com operação de planos de saúde, especificamente a contraprestação pecuniária dos beneficiários (contraprestações efetivas).

Art. 19. A renegociação dos valores contratualizados, bem como mudança dos modelos de remuneração não se caracterizam como reajuste para os efeitos dessa RN, desde que devidamente instrumentalizados em novo contrato ou em aditivo ao contrato vigente. *(melhorar redação)*

Seção VI

Da Vigência Contratualizada e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão

Art. 20. O contrato deve conter cláusula de vigência expressa, definindo-o como por prazo determinado ou indeterminado.

Parágrafo único:

Art. 21. Os contratos por prazo determinado devem conter expressa previsão acerca da possibilidade renovação, bem como se está ocorrerá automaticamente ou apenas a partir de prévia manifestação de uma das partes.

§1º. Na hipótese do contrato prever renovação automática, deve haver cláusula expressa determinando o prazo em que a manifestação prévia informando sobre o interesse de não renovar deve ocorrer, que deve ser comum a ambas as partes.

§2º.. Na hipótese do contrato por prazo determinado com previsão de renovação automática não prever o prazo a que se refere o §1º deste artigo, aplicar-se-á o prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência.

§3º. No caso em que o contrato por prazo determinado não prever renovação automática, estando condicionada à prévia manifestação de uma das partes, o contrato deve prever em que prazo antecedente esta manifestação deve ocorrer, o qual não pode ser inferior a 30 (trinta) dias.

§4º. No caso em que o contrato por prazo determinado não prever renovação automática, estando condicionada à prévia manifestação de uma das partes, entender-se-á que, inertes ambas as partes, o contrato se extingue ao término de sua vigência.

Art. 22 Os contratos a que se referem esta norma devem conter cláusula expressa prevendo a possibilidade de rescisão a qualquer tempo, as hipóteses em que esta pode ocorrer e qual o prazo de antecedência mínimo a ser observado por qualquer das partes para manifestação acerca da rescisão.

Art. 23. Em contratualizações firmadas por período indeterminado, considera-se o vínculo vigente enquanto não houver manifestação em contrário das partes.

Parágrafo único. Na hipótese do caput deste artigo, o prazo para manifestação da intenção de rescindir a contratualização deve estar expresso e não poderá ser inferior ao disposto no art. 17, da Lei 9.656/98, que trata do prazo para informar uma substituição aos beneficiários da operadora.

Art. 24. As cláusulas que dispuserem sobre as hipóteses de rescisão do contrato devem prever as eventuais e correspondentes compensações devidas a cada uma das partes, que devem ser proporcionais, limitadas e equivalentes às obrigações das partes no próprio contrato, incluindo o cumprimento de obrigações remanescentes até seu exaurimento.

Seção VII

Das Penalidades pelo não Cumprimento das Obrigações Estabelecidas

Art. 25. O descumprimento de toda e qualquer obrigação contratual prevista em observância ao disposto no capítulo II deve corresponder a uma direta, imediata e específica penalidade prevista no próprio contrato firmado entre as partes.

Parágrafo único. As cláusulas penais, que terão carácter não substitutivo da obrigação principal, devem ser equivalentes e proporcionais ao valor do contrato e/ou ao dano que o descumprimento causar a outra parte.

CAPÍTULO III

DA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS

Art. 26. O contrato deverá prever um canal de comunicação, instalado na estrutura da Operadora, voltado a promover a interação entre o prestador e a operadora de modo adequado, consensual e eficaz, a fim de dirimir eventuais controvérsias decorrentes da relação de prestação de serviços firmada entre as partes por meio da autocomposição.

§1º A existência do canal previsto no caput não afasta a possibilidade de utilização do canal disponibilizado pela ANS para registro de demandas decorrentes da relação entre operadoras e prestadores, não obstante, para acesso a este, deva ser comprovada a tentativa prévia de solução do conflito entre as partes.

§ 2º Nas demandas tratadas no canal a que se refere o caput deste artigo, deverá ser fornecido registro pela operadora ao prestador protocolo de atendimento.

Art. 27. É livre às partes convencionar método alternativo de solução de controvérsias para resolução de conflitos surgidos na vigência da contratualização firmada, de preferência previsto no próprio contrato.

Parágrafo único. São passíveis de acordo todas as obrigações que correspondam a direitos patrimoniais disponíveis das partes, sendo vedado acordos dispondo sobre direitos de beneficiários de planos de saúde e obrigações assumidas em razão destes.

Art. 28. A ANS instituirá programa voltado ao estabelecimento de critérios e incentivos para a utilização de métodos alternativos de solução de conflitos, de forma a melhor adequá-los ao setor de Saúde Suplementar.

Art. 29. A ANS estabelecerá indicador para aferir o a aderência das operadoras aos métodos alternativos de solução de controvérsia, inclusive com o estabelecimento de incentivo regulatório para operadoras bem avaliadas.

CAPÍTULO IV DA CÂMARA TÉCNICA PARA REGULAMENTAÇÃO DA LEI 13.003/14

Art. 30. Considera-se regulamentação da Lei todo o processo normativo com vistas ao estabelecimento de regras que garantam o cumprimento da Lei, incluindo processos de revisão e análise dos resultados obtidos.

Art. 31. De acordo com a previsão contida na Lei nº 13.000, de 2014, a fim de manter o contínuo aprimoramento da regulação acerca do relacionamento entre operadoras e prestadores, a CATEC – Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores passará a funcionar como órgão consultivo permanente, cujo funcionamento será definido em regimento interno editado, por portaria, pelo órgão regimentalmente competente na estrutura da ANS para conduzir o processo regulatório sobre a matéria.

§ 1º A composição da CATEC terá representação proporcional às partes interessadas no processo..

§ 2º Por representação proporcional entende-se a garantia de representantes de cada seguimento de operadoras de planos privados de assistência à saúde e de prestadores de serviços de saúde.

Art. 32. Compete ao órgão regimentalmente competente na estrutura da ANS para conduzir o processo regulatório sobre a matéria presidir e coordenar a CATEC, bem como estabelecer, por meio de Portaria, as entidades que a comporão.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33. As previsões desta norma aplicam-se aos contratos firmados a partir a sua vigência.

Parágrafo único. Na hipótese de alteração de qualquer cláusula contida em contrato firmado anteriormente a esta RN, aplicar-se-ão sobre cláusula alterada as disposições desta norma.

Art. 34. As operadoras que mantenham contratualização não escrita com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades previstas neste normativo.

Art. 35. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis, previstas no normativo que define as penalidades aplicáveis às infrações à regulação do setor de saúde suplementar editadas pela ANS, observando-se a seguinte graduação:

I – Sanção Base – Contratualização com cláusula(s) em desacordo em apenas uma das seções deste normativo;

II – Sanção Base acrescida de 50% - Contratualização com cláusulas em desacordo em duas seções deste normativo;

III – Sanção Base acrescida de 75% - Contratualização com cláusulas em desacordo em três seções deste normativo;

IV – Sanção Base acrescida de 100% - Contratualização com cláusulas em desacordo em 4 ou mais seções deste normativo ou quando não escrita.

Art. 36. O disposto nesta Resolução não se aplica:

I – à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual é cooperado;

II – aos profissionais de saúde que possuam vínculo empregatício com operadoras;

III – aos profissionais de saúde que não possuam relação ou contratualização direta com operadoras de planos de saúde;

IV – às administradoras de benefícios e suas relações com operadoras de planos de saúde.

Art. 37. Revoga-se a Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014.

Art. 38. Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após sua publicação.