



Considerações referentes à matéria tratada na reunião do dia 17 de outubro de 2014

1. Critérios de equivalência para substituição

Foi definido pela ANS que em relação aos profissionais de saúde que prestam serviços em consultório (pessoas físicas ou jurídicas) a equivalência se dará pela identidade de habilitação profissional, devendo ser substituído cirurgião-dentista por cirurgião-dentista.

No caso das clínicas ambulatoriais e dos prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia – SADT foi sugerido pela ANS que a substituição ocorra considerando a identidade de tipo de estabelecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, tendo sido suscitada, ainda, a possibilidade de considerar os serviços prestados pelo estabelecimento de saúde.

Cumprе mencionar que o CNES possui informações desatualizadas, porém para o segmento odontológico essa situação é muito mais grave em decorrência do número expressivo de prestadores odontológicos que sequer possuem cadastro no CNES.

Portanto, é fundamental que a análise de equivalência na substituição NÃO leve em consideração o serviços prestados conforme CNES, mas apenas **o tipo de estabelecimento que se pretende substituir, de modo que a Clínica Ambulatorial deva ser substituída por outra Clínica Ambulatorial e o SADT por outro SADT.**

2. Substituição – Exceções

Reforçamos o entendimento já manifestado de que para as operadoras exclusivamente odontológicas, o impacto regulatório tende a ser muito maior devido ao valor do ticket médio ser muito baixo. Além disso, em virtude da atual previsão contida na RN nº 172, de 2008, quanto a reajuste de plano odontológico estar atrelado a um índice inflacionário, inviabiliza-se o repasse dos aumentos dos custos regulatórios.

Diante desse cenário, a definição de exceções as regras de substituição passam a ser extremamente relevantes para a sobrevivência desse setor, uma vez que a operadora não pode ficar atrelada a imposições de prestadores, quando este é único na região ou a operadora já credenciou todos os demais, e não há como proceder à substituição.

Dessa forma, é imperioso que a norma regulamentadora da Lei nº 13.003, de 2014, confira tratamento diferenciado aos casos em que a saída do prestador de serviços da rede credenciada da operadora não tenha sido acarretada por decisão imotivada da operadora, pelo que propomos a seguinte redação:

Art. XX *Para fins de substituição, entende-se por prestador equivalente aquele que será incluído na rede contratada, referenciada ou credenciada da operadora com a finalidade de suprir determinada necessidade de serviços assistenciais de seus beneficiários.*

Parágrafo Único. *A escolha do prestador de serviços substituto será realizada pela operadora considerando a carência de serviços assistenciais e a disponibilidade de prestadores de serviços a serem credenciados.*

Art. XX *As operadoras não estarão obrigadas a promover a substituição do prestador caso o descredenciamento seja decorrente de:*

- I - encerramento das atividades do prestador;*
- II - vontade unilateral do prestador sem que a operadora tenha dado causa à rescisão contratual;*
- III - rescisão motivada da operadora decorrente de fraude, infração das normas sanitárias e fiscais em vigor ou descumprimento contratual pelo prestador, observado o disposto nos parágrafos seguintes;*
- IV - deixar a operadora de atuar em determinada região ou localidade;*
- V- redução no número de beneficiários proporcional à redução do número de prestadores descredenciados;*
- VI- transferência de carteira, observada a legislação aplicável a esse caso;*
- VII- descredenciamento ocorrido na rede contratada de forma indireta pela operadora.*

§1º. *Será considerado encerramento das atividades do prestador quando:*

- a) ocorrer o fechamento total do estabelecimento, inclusive por falecimento do prestador;*
- b) a prestação de todas as atividades do prestador passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde – SUS;*

§2º. *Ainda nos casos em que o prestador tenha dado causa à rescisão contratual, deverá a operadora continuar garantindo o atendimento aos*



beneficiários de todos os serviços contratados nos termos da RN nº 259, de 2011, inclusive quanto as regras sobre inexistência e indisponibilidade de prestador.

§3º. *Na hipótese de rescisão motivada, nos casos em que houver indisponibilidade ou inexistência de prestador para proceder com a substituição, aplicar-se-á o disposto na RN nº 259, de 2011, para fins de garantia do atendimento.*

Art. XX. *Poderá ser publicada Instrução Normativa visando disciplinar os casos em que não houver necessidade de substituição de prestador em virtude dos demais prestadores da rede suprirem a demanda, quando deverá a operadora garantir a assistência nos termos da RN nº 259, de 2011.*

Cumpra mencionar que a situação acima quanto à definição de exceções para as inúmeras hipóteses de substituição de prestadores pode e deve ser regulamentada pela ANS, observando, inclusive, a competência que lhe foi atribuída pela Lei nº 9.961, de 2000:

Art. 4º Compete à ANS:

[...]

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

[...]

Por fim, quanto ao mencionado pela ANS a respeito da possibilidade de haver cobrança de Taxa de Saúde Suplementar pela ANS nos casos de redimensionamento de prestador, ressaltamos que toda taxa somente pode ser instituída por Lei, não havendo nenhuma previsão na Lei nº 9.961, de 2000, que enquadraria essa situação, inclusive quanto a alteração de produto, uma vez que a rede assistencial de planos odontológicos não é vinculada a produto.

3. Necessidade de adaptação dos contratos vigentes

Reforçamos o entendimento de respeito ao ato jurídico perfeito, ressaltando ainda que a necessidade de revisão dos contratos celebrados enseja um custo elevado, inclusive com impressão e postagem de material, que não é possível de ser absorvido pelas



operadoras exclusivamente odontológicas sem um lapso temporal bastante extenso para sua diluição.

4. Objeto, Natureza e Descrição dos Serviços – Vedações

A ANS estabeleceu nesse tópico duas vedações:

- Vedadas outras formas de descrição de procedimentos e eventos em saúde que não a TUSS;
- Vedada a limitação de volume de procedimentos de cobertura obrigatória pelo Rol da ANS.

A adequação TUSS e Rol ainda está sendo discutida no âmbito do COSAÚDE, havendo ainda vários procedimentos não contemplados na TUSS e que demandam de uma rotina demorada para ser incorporado, conforme normas da TUSS. Portanto, ainda não é possível definir uma vedação que possui impossibilidades operacionais de ser implementada.

Quanto a volume de procedimentos, há diversos casos em que existe um volume razoável de procedimento realizado pelo profissional no paciente e, acima desse volume, é necessária justificativa técnica prévia à autorização para que sejam analisadas situações de utilização indevida ou desnecessária, o que propiciaria junta técnica para definição do impasse.

Portanto, é um direito da operadora questionar quantidades de procedimentos consideradas abusivas e, para isso, há o instrumento da junta técnica, não podendo a operadora ser compelida a autorizar todo e qualquer quantitativo de procedimentos tão somente por constar no rol.

5. Glosa - Vedações

A ANS estabeleceu nesse tópico diversas vedações a respeito das glosas, cabendo observações nos seguintes itens:



- Vedar glosa (técnica versus administrativas – definir?) sem identificação do auditor.
- Vedar a glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador (rever a redação).
- Prazo para contestar a glosa igual ao prazo para resposta da operadora.

Não entendemos como seria possível definir o nome de um auditor para o estabelecimento da glosa quando o auditor apenas confere a realização do procedimento, sendo um ato relacionado a profissional da operadora e não ao auditor propriamente dito, que faz apenas parte do processo, sendo que essa parte pode ser feita, inclusive, por mais de um profissional auditor. A glosa é um procedimento administrativo, que envolve análise do valor cobrado com o contratualizado, conferência das rotinas operacionais para a autorização prévia e realização do procedimento, etc.

Quanto ao tópico sobre vedar glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, há diversas situações que ensejam a glosa mesmo que a operadora tenha autorizado o procedimento, como excesso de material envolvido. Portanto, enquanto ainda estiver em vigor na relação operadora e prestador o pagamento por conta aberta e não por pacote, não é a mera autorização do procedimento que não permitirá glosa pelo excesso de material ou por extrapolar o valor contratualmente definido.

Quanto ao tópico sobre vedar glosa de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, há diversas situações que ensejam a glosa mesmo que a operadora tenha autorizado o procedimento, como excesso de material envolvido. Portanto, enquanto ainda estiver em vigor na relação operadora e prestador o pagamento por conta aberta e não por pacote, não é a mera autorização do procedimento que não permitirá glosa pelo excesso de material ou por extrapolar o valor contratualmente definido.



Além disso, há casos em que o tratamento realizado possui falhas de execução, o que gera a glosa, sendo a identificação desses casos uma das funções do auditor, conforme Resolução CFO nº 20, de 2001, a seguir transcrita e que não pode ser vedada pela ANS:

Art. 5º. São atribuições específicas do auditor seguir as normas técnicas administrativas da empresa em que presta serviço, observar se tais normas estão de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, recusando-se a cumpri-las caso estejam em desacordo com o Código de Ética Odontológica.

*§ 1º. **Aplicar medidas técnicas e administrativas que visem corrigir a cobrança de procedimentos odontológicos indevidos ou equivocados com avaliação da exatidão e procedência dos valores e serviços apresentados para o pagamento (auditoria corretiva).***

§ 2º. Efetuar auditoria prévia, quando a empresa assim o determinar e analisar o plano de tratamento proposto inicialmente, guardando cópia em arquivo próprio.

*§ 3º. **Efetuar auditoria final, verificando se o resultado, proposto inicialmente no plano de tratamento, foi alcançado.***

§ 4º. Assessorar a operadora em todas as questões legais e administrativas, que se relacionam com o programa de assistência odontológica, e analisar críticas, reclamações, sugestões, reivindicações dos usuários, das operadoras e da rede prestadora (elo técnico administrativo).

No que respeita à identidade entre os prazos de recurso e prazo de resposta da operadora, deve-se observar que não é razoável conceber que uma pequena operadora odontológica tenha diversos profissionais para agirem num pequeno espaço de tempo do mês e ficarem ociosos no restante do mês para atender a uma regra que não favorece melhorias para o setor.