



Ofício nº 10102014

São Paulo, 10 de outubro de 2014.

À

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

**Grupo Técnico de Regulamentação da Lei nº 13.003/14 – DIDES/ANS**

Av. Augusto Severo, nº 84, Edifício Barão de Mauá

Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20021-040.

**Ref: Contribuições à Regulação da Lei nº 13.003**

Prezados senhores,

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DIAGNÓSTICA – ABRAMED é associação sem fins lucrativos que congrega prestadores de serviços de saúde de alta qualidade, especialmente laboratórios e entidades de diagnóstico por imagem e serve-se da presente para apresentar contribuições à regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014 (“Lei nº 13.003”), além de apontar as possíveis consequências na evolução do relacionamento entre prestadores e operadoras de planos de saúde.

A edição da Lei nº 13.003 decorre, primordialmente, da vontade do legislador em reduzir o atual desequilíbrio na relação mantida entre Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (“Operadoras”) e os prestadores de serviços à saúde, garantindo a sustentabilidade da saúde suplementar.

À Agência Nacional de Saúde Suplementar (“ANS”) compete, dentre outras atribuições, fiscalizar a atuação das Operadoras e controlar a qualidade dos serviços de saúde ofertados aos beneficiários, que está intimamente relacionada à própria sustentabilidade da saúde suplementar do país, perpassando, inclusive, pelos aspectos econômico-financeiros no relacionamento mantido entre Operadoras e prestadores de serviços.

## I. CRITÉRIOS DE EQUIVALÊNCIA PARA A SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES

Na regulamentação da substituição de prestador, é importante que se explicitem quais serão os critérios utilizados para definir prestador equivalente. A ABRAMED entende que a equivalência entre prestadores deve manter o padrão de assistência ao usuário, conforme determinado em contrato. Para isso, sugere-se que sejam respeitadas as características de **porte, especialidades ofertadas, qualidade, região/município, capacidade instalada (capilaridade) e força da marca (prestígio dentre os beneficiários)**. Nesse sentido, seria pertinente requisitar a participação de entidades representativas dos interesses dos consumidores, tais como Proteste, IDEC e Procon, para que contribuam com os critérios a serem utilizados na definição da “equivalência” exigida por lei.

Aspecto que também deve abranger a regulamentação da ANS é a obrigatoriedade de as Operadoras informarem a própria Agência acerca da substituição dos prestadores, permitindo que o acompanhamento do cumprimento da obrigação de comunicar os consumidores.

Em outra oportunidade, a ABRAMED propôs a criação de um **PAINEL DE INDICADORES DE QUALIDADE** com o objetivo de ressaltar a transparência da relação OPERADORA–BENEFICIÁRIO–PRESTADOR. A intenção é que esse painel seja divulgado periodicamente pela ANS, com a publicação de indicadores de qualidade da operação (prazos de autorização, opções e porte de prestadores, rol de exames autorizados, entre outros) e de sustentabilidade econômico-financeira (percentual e motivos de glosa, prazo de pagamento e inadimplência, entre outros). Tal medida seria capaz de padronizar as práticas deste segmento de mercado e de identificar a qualidade da relação entre determinada operadora de saúde e sua rede de prestadores credenciados. Alguns destes indicadores poderiam servir para a definição do prestador equivalente.

Certamente a definição desses indicadores demandará estudo prévio e contribuição do setor. Desta forma, a fim de atender aos ditames legais, ABRAMED sugere que, num primeiro momento, as certificações já disponíveis no mercado sejam utilizadas como reconhecimento de atributo de qualidade e critério para definição de equivalência do prestador de serviço.

## II. FORMAS DE COMUNICAÇÃO COM OS BENEFICIÁRIOS

A Lei nº 13.003 é taxativa ao determinar que as Operadoras deverão comunicar aos consumidores, com 30 (trinta) dias de antecedência, a substituição de prestador de serviços à saúde.

Nos termos do §1º do artigo 3º da Resolução Normativa nº 295, de 09 de maio de 2012, as Operadoras já são obrigadas a informar à ANS a atualização de dados de beneficiários. Dentre os dados a serem atualizados pelas Operadoras, ABRAMED destaca os dados de identificação de endereço dos beneficiários, prescritos pelo Inciso II, do artigo 6º da Instrução Normativa nº 50, de 23 de novembro de 2012, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, *in verbis*:

Art. 6º Os dados de identificação pessoal, de identificação de endereço e de identificação contratual compõem o registro de vínculo de cada beneficiário na base de dados das operadoras na ANS, da seguinte forma:

(...)

**II - dados de identificação de endereço:**

- a) indicação de endereço residencial ou profissional;**
- b) logradouro do beneficiário;**
- c) número do logradouro;**
- d) complemento do logradouro;**
- e) bairro;**
- f) código do município do logradouro indicado, sem o dígito verificador;**
- g) Código de Endereçamento Postal (CEP);**
- h) indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior; e
- i) código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional;

Da leitura do dispositivo é possível concluir que as Operadoras têm (ou já deveriam ter) os dados necessários à comunicação direta dos beneficiários titulares. De modo que causa estranheza a esta instituição a alegação das Operadoras, na 1ª reunião do Grupo de Trabalho para regulamentação da Lei nº 13.003, de que não teriam como promover essa comunicação direta.

Vale dizer que a medida é obrigatória não apenas para identificação dos beneficiários vinculados aos produtos das Operadoras, mas também para a manutenção da própria qualidade dos serviços prestados e proporção de atendimentos por beneficiários.

É que ao registrar determinado produto, as Operadoras são obrigadas a manter uniformidade das condições de operação na área de abrangência do produto (artigo 20 da Resolução Normativa nº 85, de 07 de dezembro de 2004). Assim, para os produtos que abrangem vários municípios, necessário se faz garantir que o endereço de domicílio dos beneficiários seja informado, justamente para garantir que a proporção/uniforme de condições informada no registro do produto seja preservada.

Note-se que em momento algum o legislador determinou que a substituição de prestador deva ser comunicada ao Contratante, mas sim aos beneficiários. Assim, o fiel cumprimento da lei dependerá da comunicação direta aos beneficiários, mas não aos Contratantes ou às Administradoras.

As comunicações de substituição de prestadores poderiam ser realizadas por e-mail, mensagem de texto (SMS) ou correspondência simples, além, é certo, de ser disponibilizada no sítio eletrônico da Operadora.

De qualquer forma, a simples exposição da informação no sítio eletrônico não é suficiente para cumprir o dispositivo legal, pois não pode a ANS obrigar os consumidores a consultarem sistematicamente os portais das Operadoras para averiguar se determinado prestador foi ou não substituído.

### III. CÁLCULO E A UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE DE REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS

São frequentes as situações em que há desequilíbrio das forças presentes na mesa de negociação (por exemplo, em regiões do país em que há predominância de poucos pagadores da Saúde Suplementar), fragilizando a posição do prestador. Justamente na tentativa de reduzir esse desequilíbrio e garantir a sustentabilidade da saúde suplementar no país, o legislador houve por bem determinar à ANS a competência para definir índice nos casos em que não for aplicado reajuste nos primeiros 90 (noventa) dias, contados do início de cada ano-calendário.

ABRAMED propõe que, num primeiro momento, o índice a ser definido por esta Agência considere os principais ofensores dos custos dos prestadores de serviço à saúde, tais como dissídios coletivos, variação cambial e alugueis, custos esses que acabam sendo abrangidos pelo **IPCA/IBGE, IGPM/IBGE, INPC/IBGE ou FIPE Saúde.**

Posteriormente, poderia a ANS desenvolver índice próprio, possibilitando o reajuste de valores conforme o aumento de custos de cada procedimento. Atualmente, a ANS possui subsídios para elaboração de índice próprio, pois já é informada sobre os reajustes aplicados nos planos e sobre os eventos e sinistros indenizáveis, dados que, certamente, podem embasar a elaboração de índice que considere as diferenças de custos por grupo de procedimento, os quais também já estão agrupados e/ou classificados na Resolução Normativa nº 338, de 22 de outubro de 2013.

Prática recorrente no mercado é a aplicação de percentual de um desses índices, tal medida decorre, em grande parte, do poderio das fontes pagadoras frente aos prestadores. ABRAMED registra que a aplicação de percentual de índice acaba por reduzir a capacidade dos prestadores de serviços em realizar investimentos em novas tecnologias, gerando uma consequente redução da qualidade dos serviços que podem ser ofertados aos beneficiários ou, até mesmo, a redução de determinados serviços, reduzindo o atendimento aos beneficiários.

A ABRAMED também apoia outras sugestões já encaminhadas à ANS por outras entidades, tais como: a) o critério de remuneração mínima terá como valor a CBHPM em vigor; b) o índice de reajuste anual fixado pela ANS para os planos individuais e familiares; e c) fórmula acordada entre prestadores e operadoras; firmadas em contrato, desde que não resulte em percentual de índice.

Por fim, ainda no que tange à aplicação de índice, ABRAMED recomenda que sua aplicação também seja vinculada a atributos de qualidade como, por exemplo, acreditação do prestador de serviços à saúde.

### IV. A DEFINIÇÃO DO ANO CALENDÁRIO PARA REAJUSTE DOS PRESTADORES

A redação dada pela Lei nº 13.003 ao Inciso II do §2º e ao § 3º do artigo 17-A da Lei nº 9.656, 03 de junho de 1998, dá margem a mais de uma interpretação. Assim, ABRAMED solicita esclarecimento à ANS para que se manifeste sobre o prazo de aplicação de reajuste dos instrumentos contratuais com previsão de data base anual.

A Lei nº 13.003 determina que, “quando for o caso”, a ANS deverá definir o índice de reajuste a ser aplicado nos contratos. ABRAMED propõe que na regulamentação da norma fique expresso que a autarquia atuará, apenas e tão-somente, nos casos em que não houver aplicação de forma e índice de reajuste que esteja causando desequilíbrio entre as partes e prejudicando o beneficiário, de modo a evitar a discordância das Partes acerca da atuação desta Agência.

## V. ELABORAÇÃO DAS FORMAS E DO CONTEÚDO DAS CLÁUSULAS OBRIGATÓRIAS DOS CONTRATOS ESTABELECIDOS ENTRE AS PARTES

A seguir será reapresentada análise, fruto de discussões ocorridas no último ano entre a Câmara Técnica e Jurídica da ABRAMED. A presente análise considerou, além dos contratos de prestação de serviços de medicina diagnóstica propriamente ditos, as principais intercorrências de processos cotidianos comuns às empresas do setor, contemplando toda a cadeia de prestação de serviços, desde o atendimento do beneficiário até o recebimento do pagamento pelo serviço prestado, permitindo a identificação dos principais problemas presentes na atual relação OPERADORA– BENEFICIÁRIO–PRESTADOR. Desta forma, a fim de estabelecer regulamentação mínima capaz de cercear os problemas identificados, a ABRAMED propõe a definição de cláusulas mínimas para adequação dos contratos de prestação de serviço a serem regulamentadas pela ANS.

### 1. Autorizações:

- Limitar o tempo máximo para recebimento de resposta dos pedidos de autorizações e, excedido esse prazo, vedar a glosa. Esse ponto se reveste de particular relevância em situações de atendimento fora do período comercial, como atendimentos em emergências e prontos-socorros, centros cirúrgicos, entre outros;
- Estabelecer formato documental para as recusas de atendimento informadas pelas operadoras de modo a permitir que a informação seja entregue fisicamente ao beneficiário. Essa medida é salutar, pois é muito comum os beneficiários terem determinado procedimento negado, mas não saberem o motivo da negativa, causando insegurança e transtornos pessoais. Assim, considerando que as Operadoras são obrigadas a indicar a negativa à Operadora, conforme determina a regulação da Troca de Informação de Saúde Suplementar - versão 3.02 (“TISS”), e justamente para trazer maior transparência ao processo, ABRAMED propõe que o prestador seja autorizado a disponibilizar aos beneficiários a informação disponibilizada por TISS, permitindo a definição mais clara do papel de cada uma das partes (prestador e Operadora);
- Vedar a inclusão de cláusulas contratuais que não autorizem o prestador de serviços a cobrar do paciente quando o procedimento for negado.

### 2. Atendimento:

- Cláusula contendo o plano de contingência em caso de “queda” do sistema que impeça a validação eletrônica. É comum a “queda” do sistema e a inviabilidade de validação eletrônica costuma ser utilizada como justificativa para glosas, pois, supostamente, o procedimento não fora previamente autorizado pela Operadora. Pertinente incluir na regulamentação da Lei nº 13.003 que mecanismos de contingências, evitando que o prestador sofra glosas por problemas no sistema, conforme, aliás, também está previsto na regulamentação da TISS;
- Vedar a inclusão de cláusula que preveja a utilização de mecanismo de regulação nos casos de urgência e emergência, inclusive no que se às solicitações de exames complementares, reiterando o disposto no Inciso V, do Artigo 2º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 08, de 03 de novembro de 1998.

3. Auditorias:

- Cláusula que evite cortes no período de faturamento, prejudicando o fluxo de caixa do prestador. Com frequência, o auditor médico da Operadora de Saúde define o período das contas que serão auditadas e, como consequência, transfere para o próximo período o envio para faturamento de parte da produção. A consequência disso é o comprometimento do caixa do prestador, já que esse assumiu os custos no período vigente;
- Definir claramente o que está contido nos pacotes de procedimentos. Por exemplo, quando há a contratação de LCR (exame de líquido), quais as análises subsequentes que estão compreendidas e contratadas? Muitos contratos, por não deixarem esses pontos claros, acabam por levantar motivos adicionais para glosas.

4. Processamento de contas

- Incluir as regras gerais de faturamento, contemplando também os motivos para sua devolução, nos termos descritos no padrão em vigência da TISS. Com certa frequência, algumas operadoras de saúde devolvem o arquivo (físico) com os documentos necessários para o faturamento por razões consideradas pouco consistentes. O maior problema dessa prática é o atraso ainda maior do pagamento;
- Incluir previsão de permissão de envio de faturamento eletronicamente em todos os dias úteis (para os prestadores que estiverem aptos a iniciar este processo). Essa prática já é possível em algumas situações, entretanto, entendemos que no atual estágio do desenvolvimento tecnológico deveria ser ampliada e, até mesmo, tornada obrigatória, com vantagens em economia de recursos para toda a cadeia da Saúde;
- Incluir previsão de aplicação de penalidade às Operadoras que exigirem a TISS impressa nas hipóteses em que o documento já tenha sido enviado eletronicamente.

5. Pagamento:

- Prever prazo obrigatório de 30 dias para o pagamento (média de mercado nas outras indústrias). Os contratos atuais frequentemente exigem latências de cerca de 60 dias, sendo que é muito comum que o período seja muito superior em virtude das glosas aplicadas;
- Prever a possibilidade de os pagamentos poderem ser realizados por boleto bancário, a critério dos prestadores. Tal medida aumenta o controle financeiro ao permitir a identificação de pagamentos;
- Prever a possibilidade de o prestador suspender o atendimento em caso de falta de pagamento, como também ocorre nas demais indústrias. Neste ponto, deve-se resguardar as situações de urgência e emergência, além dos atendimentos dos pacientes internados.

6. Glosas:

- Incluir previsão de limitação do prazo para análise e resposta de recursos de glosas. São comuns casos de discussão de glosa (ida e volta entre prestador e Operadora) que demoram de 6 a 12 meses para serem avaliados;
- Incluir previsão de prazo máximo para apresentação de glosas pelas operadoras de saúde. Hoje elas não têm esse controle ou necessidade de agilidade, causando impacto deletério no prazo de recebimento da produção faturada;

- Prever multa por glosas consideradas improcedentes, o que inibiria a utilização inadvertida do recurso glosa.

Em resumo, a ABRAMED sugere as seguintes práticas para regulamentação da Lei nº 13.003:

1. Inicialmente, a utilização das creditações disponíveis no mercado para utilização como critério de equivalência e, num segundo momento, a criação e publicação periódica de um **PAINEL DE INDICADORES DE QUALIDADE**, que mostre critérios de qualidade das operadoras de saúde e de sua rede de prestadores credenciados, contribuindo para caracterizar a equivalência entre prestadores.
2. Para fomento da constante melhoria nos serviços de saúde, também seria pertinente vincular a aplicação de índices a atributos de qualidade, como, por exemplo, a acreditação do prestador de serviços.
3. Num primeiro momento, adoção de índice econômico integral (**IPCA/IBGE, IGPM/IBGE, INPC/IBGE ou FIPE Saúde**), como índice mínimo de reajuste anual, na ausência de livre negociação entre as partes, posteriormente a ANS poderia criar índice próprio, considerando as oscilações de custos por grupo de procedimento.
4. A fim de fomentar o investimento em qualidade, vincular a aplicação do índice a atributos de qualidade dos prestadores de serviço, como, por exemplo, as creditações.
5. Estabelecimento de cláusulas mínimas para adequação dos contratos de prestação de serviço, contemplando toda a cadeia da prestação de serviços e garantindo a sustentabilidade da saúde suplementar no país.

Na certeza de estar contribuindo com o desenvolvimento do tema, a ABRAMED se mantém à disposição para aprofundar futuras discussões que se façam necessárias.

Atenciosamente,  
ABRAMED

Câmara Técnica ABRAMED  
Coordenação do Grupo de Estudos de Contratualização



Claudia Cohn  
Presidente