

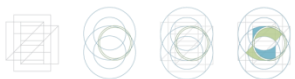
# Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014.

Câmara Técnica

Rio de Janeiro, 17/10/2014

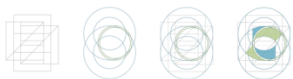
# Roteiro da Apresentação

- Regras da Câmara Técnica.
- Temas para Debate
- Consolidado da contribuições e entendimentos da ANS.
- Temas da Próxima Câmara Técnica.



# Regras da Câmara Técnica

- Gravação – substituição da ata.
- Uso do microfone.
- Identificar-se ao falar.
- Envio de contribuições exclusivamente pelo e-mail:  
[lei13003@ans.gov.br](mailto:lei13003@ans.gov.br)
- Todo o material produzido ou compartilhado através da Câmara Técnica ficará disponível em espaço próprio no sítio da ANS
- Discussão orientada por temas.

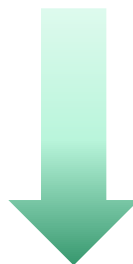


Vamos pensar  
simples!!!!!!



# Objetivo da Lei

Problema a resolver



## CONTRATUALIZAÇÃO

- Reforçar a importância do contratos escritos
- Garantir aos beneficiários a assistência contratada



# Lei 13.003/2014

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.

Art. 1º O caput do art. 17 da [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.



# Lei 13.003/2014

Art. 2º O caput do art. 18 da [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:

.....” (NR)

Art. 3º A [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#), com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 17-A:

“Art. 17-A. 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 do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 3º desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

# Lei 13.003/2014

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

- I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
- II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
- IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
- V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

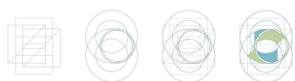
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.”



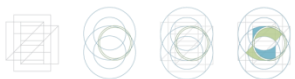


# Consolidado das Contribuições e Entendimentos da ANS



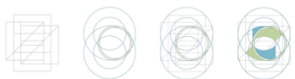
# Entidades que enviaram Contribuições entre 25/09/2014 e 10/10/2014

- Conselho Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CBR
- Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
- Federação Brasileira Hospitais - FBH
- Unimed Brasil
- UNIMED BH
- Unimed Federação Rio
- União Médica
- Conselho Brasileiro de Oftalmologia - Comissão de Saúde Suplementar



# Entidades que enviaram Contribuições entre 25/09/2014 e 10/10/2014

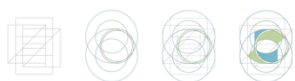
- Federação Unimed RS
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO
- Associação Brasileira de Medicina de Grupo/Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo ABRAMGE / SINAMGE
- Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica - ABRAMED
- Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - SINOOG
- Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP
- Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial - SBPC/ ML
- Conselho Federal de Odontologia - CFO
- Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE



# Temas para debate na Câmara Técnica

- Formas de comunicação ao beneficiário.
- Critérios de equivalência e área de abrangência para substituição.
- Necessidade de adaptação dos contratos vigentes?
- Contratos – forma e conteúdo.

Os temas estão divididos em 15 tópicos – proposta: discutir 8 tópicos pela manhã e 7 a tarde **25 minutos por tópico**



# Formas de Comunicação ao Beneficiário

## Contribuição 1

Comunicação individualizada aos consumidores por qualquer meio que garanta a ciência + divulgação no Portal Corporativo na Internet. Estender a comunicação à ANS.

## Contribuição 2

Notificação por carta aos beneficiários dos planos individuais e aos contratantes dos planos coletivos para qualquer substituição na abrangência do plano.

## Contribuição 3

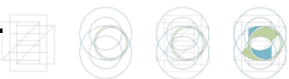
Comunicação individualizada apenas por meios eletrônicos (e-mail, SMS).

## Contribuição 4

Divulgação no Portal Corporativo na Internet. Manter a informação no portal por 60 a 180 dias. “Call Center” deve ser capaz de informar ao beneficiário a substituição em caso de solicitação.

## Opção ANS

Divulgação no Portal Corporativo na Internet das substituições e manutenção de rede atualizada conforme a RN nº 285/2011. Manter a informação no portal por 90 dias. A Central de Atendimento da operadora deve ser capaz de informar ao beneficiário a substituição em caso de solicitação. A operadora deve informar individualmente aos titulares (individuais e familiares) e ao contratante (coletivos) que as substituições de prestadores podem ser consultadas no Portal Corporativo (local) e na Central de Atendimento (telefone). Além disso a operadora deverá manter a guarda dessa informação e a prova de que foi disponibilizada a informação no site, para fins de fiscalização por 5 anos. A padronização dessa informação no site da operadora será definida pela ANS.



# Critérios de Equivalência para Substituição

## Contribuição 1

Mesmo tipo de estabelecimento (ex: laboratório de análises clínicas por outro laboratório de análises clínicas).

## Contribuição 2

Características equivalentes quanto a porte, especialidade, cobertura de atendimento, localidade e qualidade (atributos de qualidade/acreditação). Capacidade instalada (capilaridade) e força da marca (prestígio entre os beneficiários).

## Contribuição 3

Seguir a ótica da garantia de atendimento e as diretrizes definidas pela RN 259/268. Não recompor de forma numérica os profissionais, desde que garanta o cumprimento da RN 259/268.

## Opção ANS

Hospitais: já há regras

Para estabelecimentos não hospitalares: mesmo tipo (considerar serviço prestado?) de estabelecimento, baseado na tabela do CNES.

Profissional de Saúde (PJ ou PF): mesma habilitação profissional.



# Substituição – Área Geográfica de Abrangência

## Contribuição 1

Substituir por outro estabelecimento em qualquer dos municípios que compõem a área de abrangência do produto.

## Contribuição 2

Substituir por outro estabelecimento no mesmo bairro. Na hipótese de não existir prestador que preencha os critérios de equivalência será permitida a substituição por profissional em região adjacente, respeitados os critérios de Porte e Especialidade.

## Contribuição 3

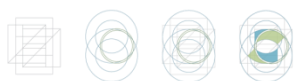
Não há obrigação de recompor de forma numérica os médicos demissionários, desde que garanta o cumprimento da RN 259/268. Esta RN garante ao beneficiário a assistência para os casos de indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede da operadora.

## Contribuição 4

Caso não seja possível, a substituição deverá ser pelo mais próximo possível, nos termos da RN 259.

## Opção ANS

Região de Saúde (RN nº 259/2011 e IN DIPRO nº 37/2011) onde se localiza o prestador que será substituído, considerar preferencialmente o escalonamento Município, Município Limítrofe, Região de Saúde (último caso)...



# Substituição - Exceções

## Contribuição 1

Sem exceções.  
Redimensionamento apenas para as entidades hospitalares.  
A substituição por outro profissional será obrigatória, independentemente das razões do descredenciamento.

## Contribuição 2

Obrigatória somente quando o descredenciamento do prestador trazer prejuízo ao beneficiário.

## Contribuição 3

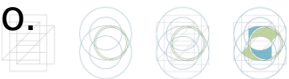
Decisão unilateral do prestador de serviços.  
Redução do número de vidas ou área de atuação.  
Fraude ou infração de normas sanitárias e fiscais  
Condenação transitada em julgado em processo ético disciplinar ou criminal.  
Encerramento das atividades/Estatização/falecimento  
Descumprimento contratual

## Contribuição 4

Não incluir os prestadores cooperados (relação institucional/seguem o disposto na Lei 5.764/71 e estatuto social e a redação da Lei trata apenas do prestador contratado, referenciado ou credenciado)

## Opção ANS

A lei não previu exceções para substituição de estabelecimentos não hospitalares. Há previsão na Lei nº 9.656/1998 para redimensionamento de rede hospitalar por redução com necessidade de autorização expressa da ANS. A extensão deste entendimento para os estabelecimentos não hospitalares acarretaria a necessidade de ANÁLISE caso a caso pela ANS e a respectiva cobrança de TAXA. Assim, sugestão de redimensionamento só nos casos de transferência de carteira e perda de planos coletivos que impactem na rede (X?), na mesma região.





# Necessidade de Adaptação dos Contratos Vigentes?

## Contribuição 1

A Lei não se aplica aos contratos firmados em data anterior a sua vigência e, portanto, não há necessidade de adaptá-los.

## Contribuição 2

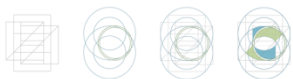
Adaptação apenas das cláusulas de reajuste dos contratos firmados em data anterior a vigência da Lei. Prazo de 6 meses a 2 anos.

## Contribuição 3

Adaptação irrestrita de todos os contratos firmados em data anterior a vigência da Lei. Prazo de 6 meses a 2 anos.

## Opção ANS

As regras em sua maioria já estavam nas RNs vigentes  
O que não está contemplado: periodicidade dos reajustes.  
Adaptação do que esta em desacordo em 12 meses.



# Contratos – Cláusulas Obrigatórias

## Contribuição 1

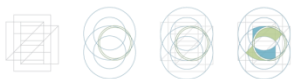
## Contribuição 2

Apenas as cláusulas estabelecidas pela Lei.

Estabelecer cláusulas obrigatórias além daquelas previstas na Lei.

## Opção ANS

Apenas as cláusulas estabelecidas pela Lei + vedações



# Contratos – Conteúdo das Cláusulas

## Contribuição 1

## Contribuição 2

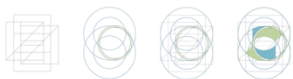
Descrição detalhada de todos os aspectos operacionais.

As partes estabelecem livremente as regras operacionais.

## Opção ANS

Vedação de determinadas condutas – obrigatório.

Redação de algumas cláusulas- sugestões.



# Contratos – Relação Cooperativas e Cooperados

## Contribuição 1

Reconhecer o Estatuto da cooperativa como equivalente ao contrato escrito, desde que contemple as disposições legais e infralegais da saúde complementar.

## Contribuição 2

Inaplicabilidade do artigo 17-A à relação entre cooperativas e cooperados.

## Opção ANS

Inaplicabilidade do artigo 17 e 17-A. A relação entre cooperativas e cooperados é regida pelo seu Estatuto Social e as decisões são tomadas nas Assembleias Gerais. Não há necessidade de contrato escrito.

OBS: aplicação do art.18 é válida para as Cooperativas e cooperados - direitos e obrigações previstos na Lei nº 9656/1998 (alteração inclui referenciado).

OBS2: a inaplicabilidade somente é válida para a relação com COOPERADOS, não sendo válida para prestadores contratados, referenciados ou credenciados das cooperativas.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

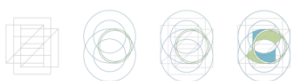
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)



# Contratos – Objeto, Natureza e Descrição dos Serviços

## Contribuição 1

Todo contrato deverá descrever claramente todos os procedimentos contratados, inclusive aqueles realizados através de intercâmbio (rede indireta).

## Contribuição 2

A descrição de todos os serviços contratados deverá usar como referência o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

## Contribuição 3

Livre acordo entre as partes.

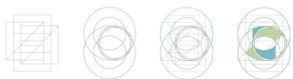
## Opção ANS

Deve haver previsão expressa do objeto e da natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados, sem definição pela ANS dos critérios a serem utilizados para a descrição dos serviços.

As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras acordadas.

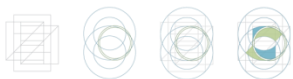
Livre negociação + cláusulas de vedação

Sugestões?



# Objeto, Natureza e Descrição dos Serviços – 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.



# Contratos – Faturamento e Pagamento

## Contribuição 1

Tabela de remuneração terá como valor mínimo a CBHPM em vigor. Acréscimo de 30% para os procedimentos realizados nos finais de semana e à noite. Multa e mora para atraso de pagamento.

## Contribuição 2

Definir o período de faturamento como aquele compreendido entre o primeiro e o último dia de cada mês. Prazo de 30 dias para envio do faturamento. Prazo de 30 dias para pagamento da fatura. Multa para descumprimento dos prazos.

## Contribuição 3

Livre acordo entre as partes.

## Opção ANS

Deve haver previsão expressa dos valores dos serviços contratados, e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados.

Prazo de pagamento...

As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras acordadas.

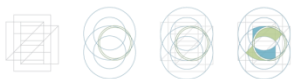
Livre negociação + cláusulas de vedação



Sugestões?

# Faturamento e Pagamento – Vedações?

- Vedada a troca de informações na saúde suplementar fora do Padrão TISS vigente.





# Contratos – Glosa

## Contribuição 1

Não serão admitidas glosas de procedimentos previstos no Rol da ANS ou que tenham sido objeto de autorização prévia. A ocorrência de glosa deve ser notificada ao prestador em documento assinado pelo auditor, com motivação detalhada. O prestador sempre poderá recorrer quando não concordar com a glosa. Resposta ao recursos de glosas no prazo de 30 dias.

## Contribuição 2

Incluir previsão de limitação do prazo para análise e resposta de recursos de glosas.  
Incluir previsão de prazo máximo para apresentação de glosas pelas operadoras de saúde.

## Contribuição 3

Ampliar para 01 (um) ano o prazo para recurso de glosas.

## Contribuição 4

Livre acordo entre as partes.

## Opção ANS

Deve haver previsão expressa da rotina operacional da auditoria técnica.

Prazos...

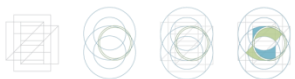
As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras acordadas.

Livre acordo entre as partes + vedações

Sugestões?

## Glosa – Vedações?

- Vedadas quaisquer regras que impeçam o acesso do prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas.
- Vedadas quaisquer regras que impeçam o prestador de contestar as glosas.
- 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.



# Contratos – Autorização Administrativa da Operadora

## Contribuição 1

## Contribuição 2

## Contribuição 3

## Contribuição 4

A identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitam de autorização administrativa da operadora são os que não constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, pois estes são obrigatórios para os planos de saúde.

Limitar o tempo máximo para recebimento de resposta dos pedidos de autorizações e, excedido esse prazo, vedar a glosa.

Prever a entrega da negativa de cobertura do procedimento comunicada pela operadora ao prestador via TISS ao beneficiários. Permitir que o prestador cobre diretamente o beneficiário em caso de não autorização do procedimento.

Livre acordo entre as partes.

## Opção ANS

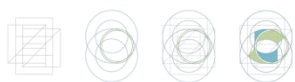
Deve haver previsão expressa dos atos, eventos e procedimentos **médico-assistenciais** que necessitam de autorização administrativa da operadora, bem como da sua rotina operacional.

As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras acordadas.

Livre acordo entre as partes + vedações

Sugestões? 

# Autorização Administrativa da Operadora – Vedações?



# Contratos – Vigência, Prorrogação, Renovação e Rescisão

## Contribuição 1

## Contribuição 2

## Contribuição 3

## Contribuição 4

Rescisão com aviso prévio de 90 dias e aviso prévio de 180 dias para os casos de tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório, internação prolongada e necessidade de atenção especial.

Rescisão apenas motivada. Aviso prévio de 60 dias para pessoa física, 90 dias para clínicas e 180 dias para hospitais. Comunicação por carta com Aviso de Recebimento. Vigência mínima de 3 anos com renovação automática em caso de não manifestação expressa das partes pela rescisão.

Vedar a rescisão contratual. Permitida apenas a não renovação do contrato, desde que fundamentada. Necessidade de concordância da ANS se a não renovação for reduzir a rede.

Livre acordo entre as partes.

## Opção ANS

Deve haver previsão expressa da vigência do contrato e dos critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão.

As partes devem prever as penalidades pelo descumprimento das regras acordadas.

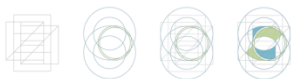
Livre acordo entre as partes + vedações



Sugestões?

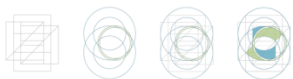
# Vigência, Prorrogação, Renovação e Rescisão – Vedações?

- Vedada a suspensão dos serviços contratados antes da efetiva rescisão contratual, bem como dificultar o acesso do cumprimento do contrato.
- Vedado descredenciamento sem aviso prévio das partes com o mínimo de 60 dias.



# Outras Vedações?

- Vedada qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações na área da saúde regulamentadas.
- Vedada qualquer atividade ou prática que infrinja a legislação da saúde suplementar.
- Vedado qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da habilitação do beneficiário junto ao prestador de serviços de saúde.
- **Vedado qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, em espécie, cheque ou transferência bancária etc., referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.**
- Em caso de descredenciamento em massa como método coercitivo não serão aplicadas as cláusulas referentes a substituição obrigatória, sendo admitida a utilização de outras formas de garantir o atendimento ao beneficiário, de forma temporária.



# Contratos – Foro

Contribuição 1

Contribuição 2

Comarca do prestador de serviço.

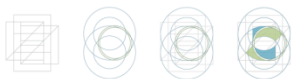
Livre acordo entre as partes.

## Opção ANS

Comarca do prestador de serviço?

Comarca da operadora?

Livre acordo entre as partes?





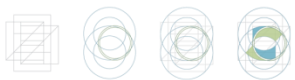
# Cronograma das Reuniões Câmara Técnica de Regulamentação da Lei 13.003

- 04/11- Temas: ano-calendário, definição e aplicação do índice reajuste e contratação tácita
- 11/11- Audiência Pública.
- Pendências:

Definição de porte para equivalência; “x” na definição de redução de carteira; avaliar envio de SMS ou email com autorização do beneficiário; avaliar rede indireta e substituição em caso de ausência de prestador na região. Como comunicar os beneficiários em tratamento ou agendados nos prestadores a serem descredenciados. Casos onde CNES está desatualizado.



# Obrigada!



Vamos pensar  
simples!!!!!!

