

## PROPOSTAS PARA A REGULAMENTAÇÃO DA LEI 13.003/14

Primeiramente, quanto à aplicação da Lei 13.003/14 aos contratos atualmente em vigência, cumpre mencionar que a ANS já adotou medidas desta natureza no passado. Pode-se citar a Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011, mediante a qual todas as operadoras do país tiveram que garantir aos contratos firmados até 01 de janeiro de 1999 a opção de adaptação/migração, assegurando as coberturas e garantias previstas na Lei nº 9656/98.

Não há, portanto, qualquer empecilho à adaptação dos contratos atualmente em vigência ao novo texto legal.

Superado este tema, cumpre colaborar com propostas para a regulamentação dos pontos da lei, com base nos artigos da Lei 13.003/14, que seguem abaixo:

### **Art. 17:**

*“... permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e...”*

- A substituição por outro profissional será obrigatória, independentemente das razões do descredenciamento.

Ex.: falecimento, infração a contrato ou estatuto etc.

- O novo profissional credenciado deverá atender aos critérios abaixo:

- a) Localização: sediado no mesmo bairro;
- b) Porte: mesma capacidade de atendimento;
- c) Especialidade: integrar a mesma especialidade médica.

- Caso não seja possível a substituição pela impossibilidade de preenchimento de qualquer dos critérios anteriores, será obrigatória a comprovação da inexistência de prestador “equivalente”. Nesta hipótese será permitida a substituição por profissional

em região adjacente, respeitados os critérios de *Porte e Especialidade*.

*“... mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência”.*

- A comunicação aos consumidores será realizada de forma cumulativa, mediante a disponibilização da informação no *site* das operadoras e o envio de correspondência, com Aviso de Recebimento, aos detentores de planos individuais e aos grupos que administram os planos coletivos.

#### **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”.*

- O foro competente para dirimir eventuais dúvidas decorrentes da aplicação do contrato deverá ser o da comarca do prestador de serviços, em garantia aos princípios do acesso ao Poder Judiciário, Contraditório e Ampla de Defesa.

*“§ 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: (...)*

*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”.*

- Os valores dos serviços expressos no contrato respeitarão, obrigatoriamente, o valor

pleno previsto na CBHPM ou seu sucedâneo. Para tanto, considera-se o valor pleno da CBHPM como referência para a fixação dos valores iniciais previstos no contrato.

- Considera-se, para efeitos de faturamento, o período compreendido entre o primeiro e o último dia de cada mês.
- O prazo máximo para o envio do faturamento será de 30 (trinta) dias corridos a contar do término do mês de referência, sob pena de multa.
- O envio do faturamento pelo prestador de serviço poderá ocorrer de forma pessoal ou pelas vias postal ou eletrônica, ocasião em que a contagem do prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento pelo tomador de serviços ocorrerá da seguinte forma:
  - a) se pessoal, a contar da data do carimbo, número de protocolo ou recibo expedido pelo tomador do serviço;
  - b) se via postal, a contar do comprovante expedido no momento da postagem ou da data de recebimento constante do Aviso de Recebimento;
  - c) se eletrônico, a contar da data de envio constante do comprovante ou protocolo.
- O prazo máximo para pagamento será de até 30 (trinta) dias corridos a contar do recebimento do faturamento, sob pena de multa.
- Caberá recurso contra a glosa no prazo de 30 (dias) corridos, a contar do depósito.
- A decisão do recurso de glosa deverá ser proferida em até 30 (trinta) dias corridos a contar da data de protocolo do recurso.

*IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;*

- Os contratos terão vigência mínima de 03 (três) anos, prazo este considerado adequado para a regular manutenção dos serviços aos consumidores e que poderá ser

prorrogado por livre convenção entre as partes.

- O contrato poderá ser renovado em até 30 (trinta) dias antes do término do prazo de vigência. Em caso de silêncio das partes, operar-se-á a renovação automática por igual prazo.

- A rescisão do contrato, por qualquer das partes, deverá ser comunicada com antecedência mínima de:

- a) 60 (sessenta) dias, se o prestador de serviços for pessoa física;

- b) 90 (noventa) dias, se o prestador de serviços for uma clínica;

- c) 180 (cento e oitenta) dias, se o prestador de serviços for um hospital.

- A comunicação acerca da rescisão será realizada, obrigatoriamente, mediante o envio de correspondência acompanhada de Aviso de Recebimento.

- Em qualquer caso, a comunicação acerca da rescisão deverá ser obrigatoriamente instruída com documentos e fundamentos suficientes a justificar o desfazimento do contrato.

*V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.*

- Em caso de atraso na entrega do faturamento será aplicada multa de 2% (dois por cento) ao mês sobre o débito, acrescido de juros 12% a.a. e correção monetária.

- Em caso de atraso no pagamento será aplicada multa de 2% (dois por cento) ao mês sobre o débito, acrescido de juros 12% a.a. e correção monetária.

*§ 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.*

▪ Considera-se ano-calendário o período compreendido entre os dias 01 de janeiro e 31 de dezembro.

▪ O reajuste será realizado *pro rata*.

*§ 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.*

▪ Expirado o prazo de 90 (dias), aplicar-se-á o índice de FIPE-SAÚDE em sua integralidade.

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

▪ A Câmara Técnica será composta pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Sociedades de Especialização e Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Sociedades Representativas de outras profissões ligadas à Medicina.

Todas as propostas apresentadas impactam diretamente na qualidade e manutenção da prestação dos serviços, assegurando à população o acesso a uma cobertura digna e de excelência.

Em relação aos prestadores e tomadores de serviços, a regulamentação certamente proverá maior segurança jurídica na execução dos contratos e nas tratativas diárias.

**COMISSÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR –  
CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA**