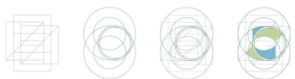


# Regulamentação da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014.

Grupo Técnico – 1ª Reunião  
Rio de Janeiro, 25/9/2014

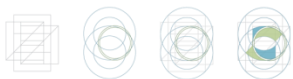
# Roteiro da Apresentação

- Regras do Grupo Técnico.
- Regulamentação vigente e a Lei.
- Contribuições.
- Construção dos Cenários.

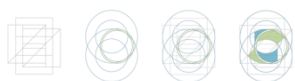


# Regras do Grupo Técnico

- 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 do Grupo técnico ficará disponível em espaço próprio no sítio da ANS
- Discussão orientada por temas.

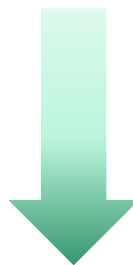


Vamos pensar  
simples!!!!!!



# Objetivo da Lei

Problema a resolver



CONTRATUALIZAÇÃO

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

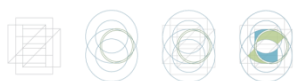


# Lei 13.003/2014

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 35-F 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.

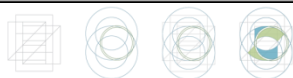
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.”





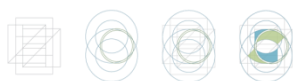
# Regulamentação Atual e Lei 13.003

Disposições	Regulamentação em vigor: Lei 9.656; RNs 42, 54, 71, 241; IN 49	Lei 13.003
Substituição de prestadores	Apenas prestadores hospitalares	Qualquer prestador de serviço de saúde contratado, referenciado ou credenciado. <b>Não inclui cooperados na redação do artigo</b>
Comunicação de substituição de prestadores hospitalares	ANS e beneficiários com 30 dias de antecedência	Mantido
Comunicação substituição de prestadores não hospitalares	Não regulamentado	Beneficiário deve ser comunicado com 30 dias de antecedência da data da substituição
Direitos e obrigações Art. 18 Lei 9.656	Contratados, credenciados e cooperados	Contratados, credenciados, <b>referenciados</b> e cooperados
Obrigação de contrato escrito	Previsto em normas da ANS	Previsto na Lei
Reajuste	Forma e periodicidade acordadas entre as partes	Índice ANS, quando couber; periodicidade anual; e prazo de 90 dias para efetivação.

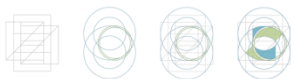


# Regulamentação Atual e Lei 13.003

Disposições	Regulamentação em vigor: Lei 9.656; RNs 42, 54, 71, 241; IN 49	lei 13.003
<b>Cláusulas contratuais obrigatórias:</b>		
Objeto e Natureza do Ajuste	Sim	Sim
Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados	Sim	Sim
Vigência	Sim	Sim
Critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação	Sim	Sim
Informação da produção assistencial	Sim	Não
Definição de atos, eventos, procedimentos e rotinas de autorização administrativa	Sim	Sim
Autorização para divulgação do nome do prestador contratado	Sim	Não
Penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas	Sim	Sim
Não discriminação dos pacientes e da vedação de exclusividade na relação contratual	Sim	Não
Regras de utilização de medicamentos de usos restritos a hospitais e clínicas	Sim	Não
Critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade	Sim	Sim



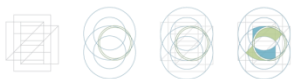
# Contribuições



# Contribuições: Unimed Santa Catarina

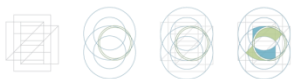
## Exceções à comunicação obrigatória em caso de substituição

A substituição do prestador por outro equivalente com comunicação prévia de 30 dias ao consumidor não deverá ser obrigatória quando a rescisão do contrato se der por parte da operadora e/ou prestador, em situações tais como: falecimento, aposentadoria, afastamento por doença ou acidente pessoal do profissional de saúde, bem como em caso de mudança de domicílio para realização de especialização ( outro estado ou país), em caso de fraude comprovada à operadora, condenação transitado em julgado em processo ético disciplinar ou processo criminal e em caso de encerramento das atividades do estabelecimento de saúde.



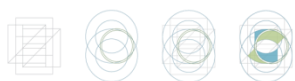
## Contribuições: Unimed Santa Catarina

Rescisão motivada por parte do prestador ou da operadora, desde que haja um prazo mínimo de 90 dias de aviso prévio, para que a operadora possa cumprir o prazo de comunicação prévia ao consumidor com 30 dias de antecedência e providenciar a substituição ou redimensionamento.



# Contribuições: Unimed Santa Catarina

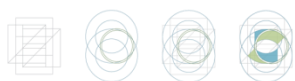
Haja previsão de redimensionamento para qualquer prestador de serviços integrante da rede assistencial do plano.



# Contribuições: Unimed Santa Catarina

Comunicação à ANS – substituição de prestador não hospitalar

Em caso de substituição/redimensionamento de prestador, exceto hospital, por outro equivalente haja apenas a obrigatoriedade de envio do arquivo XML nos termos da IN 43, para atualização da rede assistencial na Agência.



## Contribuições: Unimed Santa Catarina

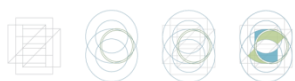
Que não seja exigida a vinculação dos demais prestadores assistenciais ao registro do produto, sob pena de inviabilizar o processo de atualização e cumprimento do prazo de comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência.





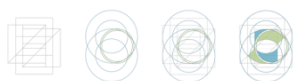
## Contribuições: Unimed Santa Catarina

A comunicação de substituição de prestadores a que se refere o caput do artigo 17, deverá ser encaminhada ao contratante do plano de saúde, que ficará responsável pelo repasse das informações aos beneficiários do plano de saúde.



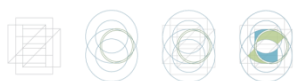
## Contribuições: Unimed Santa Catarina

Sugerimos que a ANS crie um aplicativo tipo RPC, para que as operadoras comuniquem à ANS os reajustes aplicados aos seus prestadores, separado por tipo de prestador (hospitais, clínicas, profissionais de saúde e laboratórios). Esta informação poderá ser utilizada pela ANS na definição do índice de reajuste por tipo de prestador.



# Contribuições: Unimed Santa Catarina

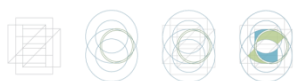
Que as regras de contratualização previstas na RN 71 para os prestadores de consultório, quando se tratar de médicos cooperados possam estar contempladas em regimento interno ou estatuto. Conforme esclarecimentos da ANS: as cooperativas devem prever as regras que definem a contratação dos serviços médicos em seu estatuto, regimento ou qualquer outro documento que comprove o conhecimento dos cooperados, *“Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber. Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade.”* e conforme Instrução Normativa nº 49 *“Art. 3º A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão”*.



# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

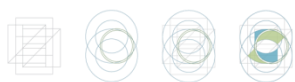
- Toda **entidade médica** legalmente constituída poderá **negociar** com as operadoras em nome de seus juridicionados, sem exclusão de uma pelas outras.
- Obrigatoriamente, haverá uma **data base anual** nacional estabelecida para **reajuste** ou aditivos contratuais com **redefinição dos valores dos serviços contratados**, segundo os critérios estabelecidos na negociação coletiva anual entre a operadora e a representação dos prestadores.
- O critério de **remuneração mínima** terá como valor a **CBHPM** em vigor.
- O **índice** de **reajuste** anual, quando **não houver negociação**, será o mesmo fixado pela **ANS** para os usuários de planos de saúde.



# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

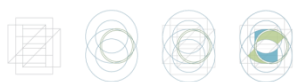
- Os **serviços prestados deverão ser efetivamente pagos** em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento.
- O **atraso no pagamento** obrigará a operadora ao pagamento de **multa** de xxxx e atualização monetária de xxxx ao dia.
- **Não** serão admitidas **glosas** de procedimentos médicos realizados que estejam no **Rol da ANS** ou da operadora ou que tenham sido **objeto de autorização prévia**, bem como de qualquer desconto indevido.



# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

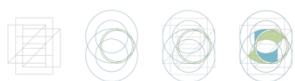
- As **glosas** que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão **notificadas ao prestador** em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador.
- Os **contratos** serão firmados entre os prestadores médicos **PF ou PJ**.
- Os profissionais médicos poderão prestar seus serviços como PF ou PJ, de acordo com o profissional, vedado o constrangimento de migrar de uma para outra situação.



# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

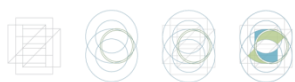
- Os contratos deverão **estabelecer o local de atendimento** do profissional aos pacientes usuários da operadora.
- Os **pagamentos** devidos ao prestador pela execução de serviços em **unidades de saúde** deverão ser efetuados **diretamente ao profissional**, pela operadora. Excetuam-se os casos de médicos contratados diretamente pela Unidade.
- O atendimento realizado entre às **19 horas e às 7h** durante a semana e em finais de semana e feriados serão remunerados com **acréscimos de 30%**.



# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

- Fica **vedado o descredenciamento** de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro.
- No caso de **descredenciamento**, o médico será **notificado** com 90 dias de antecedência e caso seja motivado por **redimensionamento** da rede, deverá ter o **aval da ANS**.
- O descredenciamento imotivado implicará a reintegração no trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviços.

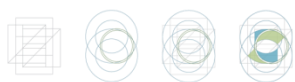




# Contribuições:

## Comissão de Saúde Suplementar (AMB, CFM, FENAM)

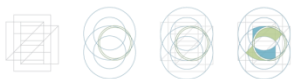
- As partes se obrigam a respeitar e abrigar nos contratos, o Código de Ética Médica e Resoluções amparadas em lei, emanadas dos Conselhos de Medicina.
- O **foro** eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o do **local da prestação do serviço** médico.
- A operadora fornecerá aos prestadores médicos o **extrato mensal** detalhado da **prestação dos serviços**, incluindo as **glosas**.
- A Operadora de Plano de Saúde disponibilizará um **canal direto de comunicação** do prestador médico com a coordenação médica da operadora.



# Contribuições:

## Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

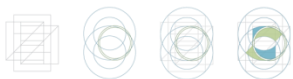
- A **regulamentação da glosa técnica**, que deve integralmente conter, a identificação do auditor e/ou perito responsável pela avaliação, através do seu nome e número de registro no CRO da unidade da federação onde foi realizado o procedimento, como já prevê a Resolução Normativa nº 20 do CFO de 16 de agosto de 2001.



## Contribuições:

### Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

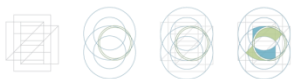
- Regulamentação no contrato da operadora, de forma a constar o número de **registro no CRO da unidade da federação do prestador**, onde será realizado o serviço odontológico, bem como o número de registro da operadora no CRO da unidade da federação, onde ela tenha rede referenciada, credenciada ou rede própria, inclusive que a ANS cobre das operadoras o **registro do também do Responsável Técnico da unidade** da Federação onde o serviço odontológico será prestado em cumprimento de toda a legislação, conforme confirmado através do Acórdão RECURSO ESPECIAL Nº 1.183.537 - RJ (2010/0040943-3), cuja relatora foi a Ministra Eliana Calmon.



# Contribuições:

## Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

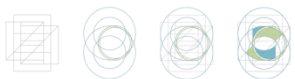
- Padronização no contrato da operadora, de cláusula que fixe como **prazo máximo de um ano**, o **reajuste** dos contratos com os prestadores, utilizando o **IPCA** como referência ou no mínimo o índice correlato autorizado pela ANS, para ser aplicado na correção dos planos dos beneficiários.



## Contribuições:

# Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

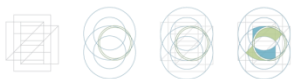
- Regulamentação do direito constitucional das entidades sindicais nacionais, de efetuarem a **negociação coletiva** dos termos, devido à assimetria de forças na relação operadora/prestador, bem como a hipossuficiência dos profissionais prestadores, em cumprimento ao Parágrafo 3º do Artigo 8º da Constituição Brasileira que diz:” ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas“.



## Contribuições:

# Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

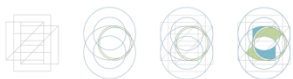
- Regulamentação da proibição expressa em cláusula contratual, da **utilização de termos ou regras, em desacordo com a constituição e legislação em vigor**, como por exemplo: "glosa irrecursável".
- Que sejam criados mecanismos de **proteção à identidade dos dentistas prestadores**, quando das denúncias sobre abusos e ilegalidades cometidas pelas operadoras, de forma que a Agência possa ter uma informação real e atual sobre a realidade da relação prestador/operadora, evitando que o medo e/ou receio do prestador ser descredenciado pela operadora como punição, interfira no volume e razões das denúncias.



## Contribuições:

### Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

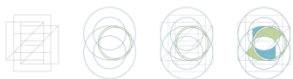
- Regulamentação em contrato, da obrigatoriedade das operadoras e prestadores **cumprirem integralmente, as instruções e resoluções normativas da ANS, ANVISA, e demais legislações em vigor**, bem como do CFO que é o órgão normatizador e regulamentador da profissão de cirurgião dentista.
- Regulamentação dos **atrasos de pagamentos** dos honorários dos procedimentos autorizados e realizados de responsabilidade da operadora, onde ficará obrigatório em contrato, cláusula de **aplicação de multa e correção monetária**, observados os critérios definidos pela ANS ou pela autoridade monetária competente.



# Contribuições:

## Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

- **Normatização** de uma cláusula **contratual** que de forma clara, obrigue em caráter inegociável o total cumprimento **da CONSU 08** e/ou legislações correlatas e/ou outras que vierem substituir a CONSU 08, de forma total ou parcial, bem como as resoluções publicadas pela ANS e pelo CFO.

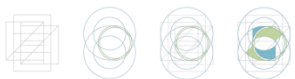




# Contribuições:

## Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

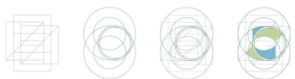
- **Regulamentação do descredenciamento** dos profissionais prestadores, onde deve- lhe ser garantido o amplo direito de defesa e do contraditório, conforme o inciso LV do artigo 5º da Constituição Federal: “aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;” bem como informado ao CRO da unidade da federação, onde atua o prestador e a ANS, sobre as razões que motivaram o desligamento, em cumprimento da RN 19/2001 do CFO de 21 de junho de 2001.



# Contribuições:

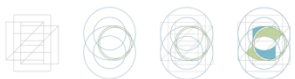
## Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CFO, FIO, ABCD, ABO, FNO)

- Criação de uma **campanha** permanente de conscientização dos usuários e prestadores, sobre os **canais de comunicação** disponíveis com a **ANS**, que terá o apoio das entidades da odontologia brasileira.
- Criação de **Nota Técnica Atuarial**, inicialmente para os produtos básicos do rol mínimo.



## Contribuições: ABRAMGE

- **Prazo** suficiente para que as operadoras possam se **adaptar a nova regulamentação**.
- Levar em consideração as disposições contidas na **RN nº 259**, de 2011, na **conceituação** do termo “**prestador equivalente**”.
- **Desobrigar** a operadora de promover a **substituição** do prestador descredenciado nos casos de **encerramento de suas atividades** bem como na hipótese em que o descredenciamento ser oriundo de **vontade unilateral do prestador** sem que a operadora tenha dado causa à rescisão contratual.

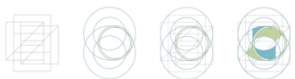


## Contribuições: ABRAMGE

- **Comunicar** as substituições aos beneficiários através do **portal corporativo** da operadora na internet, nos termos estabelecidos pela **RN nº 285**, de 2011.
- Em respeito ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito, as regras do art. 17-A da Lei somente devem **vigorar** para os contratos celebrados **a partir da vigência da Lei nº 13.003**, de 2014.
- Definir o índice de **reajuste** pelas partes nos 90 dias do início de cada ano calendário, porém somente aplicar na **data de aniversário do contrato**; **ou** considerar como **marco inicial** para contagem dos noventa dias a data de aniversário dos contratos; **ou** definir que no **primeiro ano de vigência contratual não haverá reajuste** para que a data de aniversário seja postergada para os primeiros 90 dias do ano calendário.

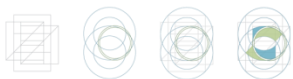
## Contribuições: ABRAMGE

- **Evitar a utilização da prerrogativa conferida pela Lei à ANS de definir um índice de reajuste** a ser aplicado aos contratos quando eventualmente as partes não chegarem a um consenso, haja vista que os contratos entre operadoras e prestadores são regidos pelo Código Civil. A definição de um índice pela ANS caracterizaria intervenção do poder público na iniciativa privada (ofensa ao art. 170 e seguintes da constituição) e iria de encontro à Lei da livre concorrência (Lei nº 12.529, de 2011).
- **Revogar os autos de infração até então lavrados** pelas regras de contratualização anteriores à Lei nº 13.003, de 2014, por perda do objeto.



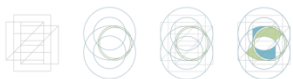
## Contribuições: ABRAMGE

- **Suspender** as atividades do Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores – **COBOP**, de forma que as partes tenham tempo hábil de assimilar as novas regras para somente depois serem avaliadas as boas práticas.



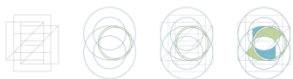
## Contribuições: Confederação Nacional de Saúde - CNS

- A **equivalência** entre prestadores deve objetivar **manter inalterada a assistência ao usuário**. Para tal devem ser respeitadas as características equivalentes quanto ao **porte, especialidade(s), cobertura de atendimento e qualidade**.
- Para os prestadores que já tem **contrato assinado**, apenas os tópicos incompletos, em **falta ou em desacordo com a Lei 13.003, devem ser alterados ou acrescidos**.
- A **descrição dos serviços prestados** deve ser inserida, alterada ou complementada, desde que não tenha sido contemplada ou não esteja de acordo com a Lei, nos contratos em vigor. A descrição inicial deve ser feita por meio de **anexo(s)**, assim como a cada **alteração posterior negociada, entre as partes**.



# Contribuições: Confederação Nacional de Saúde - CNS

- **Valores dos serviços** devem ser inseridos, alterados ou complementados, desde que não tenham sido contemplados ou não estejam de acordo com a Lei, nos contratos em vigor. A descrição inicial deve ser feita por meio de **anexo(s)**, assim como a cada **alteração posterior, negociada entre as partes**.
- Os **critérios de reajuste** podem ser **definidos entre as partes**, respeitado o prazo definido para o reajuste no contrato.

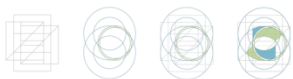




# Contribuições:

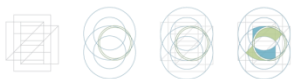
## Confederação Nacional de Saúde - CNS

- Caso não haja definição entre as partes a ANS poderá:
- 1) **Fixar um índice oficial**, desde que seja utilizado de forma integral e não de forma parcial (Ex: 20% do INPC).
- 2) Indicar uma **fórmula para reajuste**, desde que não insira em seu cálculo, qualquer informação solicitada ao prestador, que envolva a sinistralidade da operadora.
- 3) Sugerimos a **fórmula acordada entre prestadores e operadoras**, existente no documento sobre novos **modelos de remuneração**.



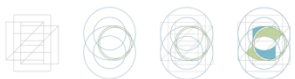
## Contribuições: Confederação Nacional de Saúde - CNS

- **Periodicidade anual** deve ser inserida caso não exista esta descrição ou alterada para anual caso a periodicidade descrita seja maior que 12 meses. Nos casos de **periodicidade inferior a 12 meses, o contrato em vigor não deve ser alterado.**
- Quando a periodicidade anual for inserida no contrato, o reajuste será realizado no **prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.** Neste caso, pode-se aplicar “pro rata” para o reajuste ou pode ser regulamentado pela ANS.
- Quando o contrato já contemplar a periodicidade anual, o **reajuste se dará no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contados antes do aniversário do contrato.**



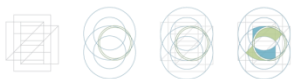
## Contribuições: Confederação Nacional de Saúde - CNS

- os **prazos e procedimentos para faturamento e pagamento** dos serviços prestados devem ser inseridos, alterados ou complementados, desde que não tenham sido contemplados ou não estejam de acordo com a Lei, nos contratos em vigor. A descrição inicial deve ser feita por meio de **anexo(s)**, assim como a cada **alteração posterior, negociada entre as partes**.
- os itens que necessitarem de **autorização administrativa** devem ser descritos com clareza e devem ser inseridos, alterados ou complementados, desde que não tenham sido contemplados ou não estejam de acordo com a Lei, nos contratos em vigor. A descrição inicial deve ser feita por meio de **anexo(s)**, assim como a cada **alteração posterior negociada, entre as partes**.



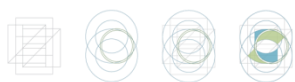
# Contribuições: Confederação Nacional de Saúde - CNS

- A **vigência do contrato** deve ser inserida no contrato, desde que não tenha sido contemplada ou não esteja de acordo com a Lei, nos contratos em vigor.
- As **penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas**, devem ser inseridas, alteradas ou complementadas, desde que não tenham sido contempladas ou não estejam de acordo com a Lei, nos contratos em vigor.



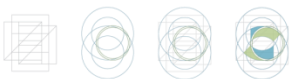
## Contribuições: FENASAÚDE

- **Substituição por equivalência** deve ser de responsabilidade exclusiva da operadora, que deve proceder às alterações na rede **mantendo a sua suficiência**. A ANS dispõe de regulação eficiente para monitorar o resultado da atuação das empresas. Trata-se da **RN 259/12**, que estabelece os prazos máximos de atendimento, que se mostra suficiente para regular qualquer movimentação de rede.
- Será possibilitada a substituição por **redução de prestadores não hospitalares**, assim como é para os prestadores hospitalares mediante **comunicação aos beneficiários com 30 dias de antecedência**.



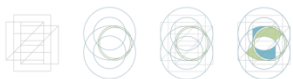
# Contribuições: FENASAÚDE

- Comunicação:
  - Deve ser feita mediante **disponibilização no site e por meio do call center** para os beneficiários que eventualmente não tiverem acesso à internet.
  - O prestador deve **informar sua saída com 60 dias de antecedência**. Caso não o faça, a operadora não poderá ser punida. Sugere-se que caso o prestador não comunique seu descredenciamento, a operadora terá 15 dias a partir do momento em que comprovar a saída para disponibilização da informação.
  - A operadora deve **manter disponível a informação dos prestadores que saíram da rede por pelo menos 6 meses**.



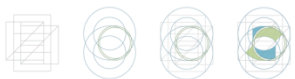
# Contribuições: FENASAÚDE

- início de **vigência após 6 meses**, contados a partir de 25 de dezembro, para que sejam feitas as **adaptações necessárias nos sistemas das empresas**.
- A expressão "**quando for o caso**", constante do §4º do art. 17-A, não deve ser utilizada para as situações em que haja **contrato firmado pelas partes**, seja por meio de assinatura ou através de aceitação tácita, e que o **critério de reajuste esteja claro**.
- Em caso de descumprimento das novas regras, sugere-se um **debate acerca de eventual enquadramento nas regras da RN 124/06**, principalmente no que se refere à inexistência de infração de natureza coletiva e em eventual **multa em patamares mais razoáveis**.



# Contribuições: UNIDAS

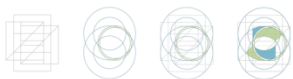
- Regras de vigência:
  - aplicação somente aos **contratos firmados a partir da regulamentação** da ANS.
  - observância de **prazo razoável**, tomando como referência as RNs. 42, 54 e 71.
  - impossibilidade de adaptação.
- Forma de comunicação:
  - comunicação através do **site**.
- Questões constitucionais:
  - **Intervenção indevida** no domínio econômico.





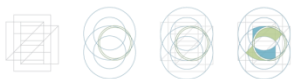
# Contribuições: UNIDAS

- **Perda do objeto** referente aos processos administrativos sancionadores:
  - impossibilidade da celebração de **TCAC**.
- Regras de alteração de rede:
  - definição do conceito de **prestador independente**.
  - inaplicabilidade da regra de **substituição** quando a **iniciativa** for do **prestador de serviço**.
  - estabelecimento do conceito de **redimensionamento da rede credenciada** – somente há previsão para as entidades hospitalares.
  - **substituição** não necessariamente no mesmo **município**.
  - conceito de **especialidades médicas**.

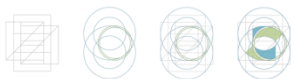


# Contribuições: UNIDAS

- Reajustes:
  - definição sobre a mencionada “**data base**”.
  - necessidade da observância do **princípio da anualidade**.
  - fixação de **índice** que seria **aplicado** na data de **aniversário do contrato**.
  - regras de transição.
  - intervenção somente em **casos excepcionais**.
  - **reajuste pro-rata** no primeiro ano.

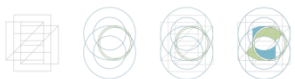


# Temas para Debate e Cenários



# Temas para debate nas Reuniões do Grupo Técnico

- Necessidade de adaptação dos contratos vigentes?
- Critérios de equivalência para substituição.
- Formas de comunicação ao beneficiário.
- Contratos – forma e conteúdo.
- Definição de Ano-Calendário.
- Quando o índice definido pela ANS deve ser utilizado.
- Definição do Índice pela ANS.



# Construção das amplitudes dos Cenários

## Substituição de prestadores

### Opção 1

Substituição por profissional/serviço com as mesmas características e na mesma localização.

EX: neuropediatra com doutorado em Botafogo



### Opção 2

Substituição por profissional/serviço de saúde, independente das características na área de abrangência do produto. Com garantia de atendimento conforme 259

EX: médico do Piauí por fisioterapeuta em Santa Catarina

## Comunicação

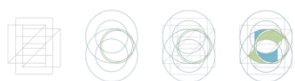
### Opção 1

Carta registrada individual com AR



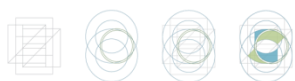
### Opção 2

Apenas eletrônica coletiva



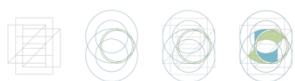
# Substituição - Equivalência

- Prestador de serviços de saúde não hospitalar:
  - Tipo de estabelecimento (clínicas, laboratórios).
  - Serviços ofertados.
  - Profissionais – especialidade, área de formação acadêmica.
  - Habilitação legal e capacidade técnica para realização dos procedimentos.
- Área Geográfica:
  - Bairro.
  - Município.
  - Região de Saúde.



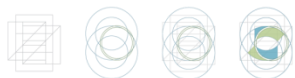
# Substituição - Comunicação

- Forma:
  - Carta registrada.
  - Meios eletrônicos (portal corporativo, e-mail, SMS, etc.).
  - Qualquer meio que garanta o conhecimento do beneficiário.
- Abrangência:
  - Todos os beneficiários do produto.
  - Todos os beneficiários do produto no município.
  - Todos os beneficiários do produto na região de saúde.
- Questão: a comunicação deve ser individualizada? (STJ - RECURSO ESPECIAL : 1144840 SP 2009/0184212-1).
- ALERJ setembro 2014.



# Substituição - Equivalência

- Outros pontos a discutir:
  - Inserção no RPS obrigatória X RN 285.
  - Pagamento ou não de taxa.
  - Redimensionamento por redução de carteira.
  - Redimensionamento por solicitação ou morte do prestador.
  - Relação com resoluções referentes a prestadores hospitalares.
  - Definição da data para aplicação da resolução.





# Construção dos Cenários

## Cláusulas obrigatórias

### Abrangência das Cláusulas

#### Opção 1

estabelecer cláusulas obrigatórias além das previstas na Lei



#### Opção 2

restringir as cláusulas àquelas previstas em Lei

### Determinação do Conteúdo das Cláusulas

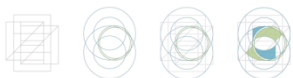
#### Opção 1

estabelecer critérios, regras, vedações e sanções para cada cláusula obrigatória



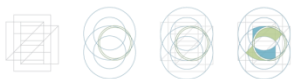
#### Opção 2

declaração de vontade entre as partes



# Contratos – Forma e Conteúdo

- Cláusulas obrigatórias – escopo da Lei.
- Cláusulas sugeridas?
- Definição de critérios sobre:
  - Formas de reajuste.
  - Glosas.
  - Prazo de Pagamento.
  - Modelos de Remuneração.
- Valorização dos contratos.



# Construção dos Cenários

## Reajuste

### Ano calendário

Opção 1

definição de data base



Opção 2

aniversário do contrato

### Quando aplicar índice ANS

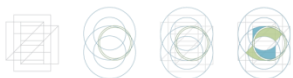
Opção 1

toda vez que não houver acordo na data prevista para reajuste em relação ao índice estabelecido no contrato



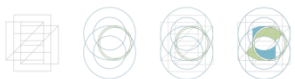
Opção 2

somente quando não houver índice no contrato ou não houver contrato



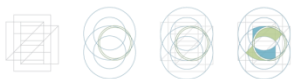
# Ano-Calendário

- Aniversário do contrato.
- Instituição de data base.
- Outros pontos a discutir:
  - análises jurídicas.
  - impactos para operadoras e prestadores (prós e contras).



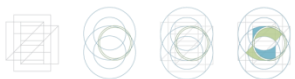
# Quando o índice definido pela ANS deve ser utilizado. “quando couber”

- Ausência de forma de reajuste expressa no contrato.
- Sempre que o reajuste não for efetivado no prazo legal.
- Ausência de contrato escrito.
- Ausência de acordo entre as partes.
- Todos os dispositivos anteriores



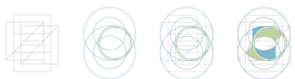
# Índice de Reajuste

- Índice único.
- Índice regionalizado.
- Índice por tipo de prestador.
- Definição caso a caso.
- Índice anual através de grupos regionais com participação paritária.
- Índice de reajuste dos planos individuais.
- Índices oficiais de preço.
- Metodologia de calculo especifica desenvolvida pela ANS.
- Índice aplicado a todos os profissionais e PJ.
- Quais itens da conta aplicar o índice no PJ.
- Levar em consideração critérios de qualificação.
- Índice único independente de diferenciações nos prestadores.



# Outras Questões

- Caso UNIMED.
- Revogação de Resoluções Normativas anteriores.
- Revogação do COBOP.



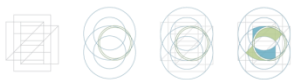
# Cronograma das Reuniões do GT de Regulamentação da Lei 13.003

- 25/09- apresentação dos pontos a serem discutidos.
- 17/10- definição dos pontos.
- 04/11- discussão índice reajuste.
- 11/11- apresentação da minuta.





# Obrigada!



Vamos pensar  
simples!!!!!!

