



São Paulo, 20 de outubro de 2013.
ABR.042/13 – SIN.021/13

Ao

Sr. Leandro Fonseca

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições - 1ª Reunião da Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre OPS e Prestadores

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo e o Sindicato Nacional das Empresas de Medicinas de Grupo, doravante denominado Sistema ABRAMGE/ SINAMGE, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições a respeito da 1ª Reunião da Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores.

1. Na reunião foi solicitado o envio de contribuições sobre:

- Procedimentos ou Metodologias para a determinação dos tamanhos das amostras de contratos a serem auditados no âmbito do Relatório de Conformidade Contratual – RCC a cada período avaliativo para que as amostras tenham a necessária representatividade dos contratos de prestação de serviços de saúde das respectivas operadoras e a devida significância estatística;
- Cláusulas Núcleo;
- Indicadores e sua ponderação;
- Prazos para início do envio e periodicidade de envio do RCC e,
- Premiações e/ou sanções em caso de não adequação.

2. Antes de adentrar ao requerido por esta Agência, importa mencionar que a implantação do projeto relativo ao Monitoramento Ativo do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores no formato apresentado pela ANS deve observar as considerações a seguir:

a) Finalidade da Câmara Técnica

Considerando a dificuldade que a ANS tem de regulamentar os prestadores, por impossibilidade legal, todas as sanções e coerções acabam sendo direcionadas às operadoras, que dependem do interesse do prestador em atender ou não determinada regra.

Dessa forma, como o prestador não identifica as normas da ANS como obrigatórias, não tem a operadora ingerência para exigir a implantação de determinadas regras, como as vinculadas ao padrão TISS, contratualização, QUALISS.

Vale lembrar que as normas do QUALISS são expressas no sentido de que a operadora não pode descredenciar o prestador tão somente por conta de ausência de qualificação.¹

Além disso, por conta das disposições da RN nº 259, de 2011, em diversas regiões, as operadoras passaram a ter de credenciar prestadores tão somente para cumprir com os prazos nela definidos, sendo que se não houvesse a obrigação de observar referidos prazos, haveria uma análise mais criteriosa de qualificação antes do credenciamento.

Por fim, em virtude das disposições da contratualização e necessidade de definir um critério de reajuste, não há um consenso com todos os prestadores sobre a forma como se estabelecerão as novas regras. Um monitoramento nessa fase

¹ RN nº 267, de 2011, art. 6º. Em nenhuma hipótese, a perda ou ausência dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar poderá ser usado como critério exclusivo de descredenciamento.

poderá compelir a operadora a acatar regras extremamente desvantajosas tão somente por não ter mais foro de discussão. A esse respeito preocupa-se que a finalidade dessa Câmara Técnica seja desvirtuada e que os prestadores passem a utilizar desse espaço para negociarem os itens que tem pautado com as operadoras, o que não é de competência da ANS intervir.

Em virtude do exposto, pedimos cautela a respeito das proposições advindas dessa Câmara Técnica e avalie a pertinência de continuidade dos assuntos nela pautado.

b) Monitoramento envolvendo a averiguação do efetivo cumprimento das obrigações contratuais:

Foi apresentado na reunião que um dos tópicos do monitoramento seria confirmar se as operadoras estariam efetivamente cumprindo com as disposições contratuais celebradas com os prestadores.

A esse respeito, destacamos que embora seja competência da ANS exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados pelas operadoras, o fato é que suas atribuições legais devem ser limitadas, para que o programa de monitoramento não passe a ser utilizado pelos prestadores como via de solução de controvérsias.

c) Relatório de Conformidade Contratual – RCC

Na apresentação, foi informado que haveria a obrigação de envio, pelas operadoras à ANS, do Relatório de Conformidade Contratual – RCC elaborado por empresa de auditoria independente.

Cumprir esclarecer que o art. 22 da Lei nº 9.656, de 1998, é claro no sentido de que a submissão à auditoria independente refere-se, exclusivamente, às contas das operadoras, também podendo ser exigida em relação aos cálculos atuariais,

conforme disposto em seu §1^o². Porém, não há previsão quanto à auditoria independente em outros aspectos regulatórios.

Considerando o exposto, sugerimos que o monitoramento do relacionamento entre operadoras e prestadores seja realizado nos moldes em que atualmente é realizado o acompanhamento da implantação do Padrão TISS (Radar TISS), por meio do preenchimento pelas operadoras de um questionário, contemplando as informações que a Agência entender necessárias a esse respeito.

3. Transposta a introdução, passamos às contribuições requeridas por esta Ilustre Agência. Para melhor organização, essas serão apresentadas de acordo com os tópicos previstos no slide 18 da apresentação, conforme passamos a dispor:

3.1 Procedimentos ou Metodologias para a determinação dos tamanhos das amostras de contratos a serem auditados no âmbito do RCC a cada período avaliativo para que as amostras tenham a necessária representatividade dos contratos de prestação de serviços de saúde das respectivas operadoras e a devida significância estatística:

A definição sobre uma amostra que garanta a devida significância estatística é bastante complexa, considerando que há uma disparidade muito grande entre as operadoras quanto à sua relação com prestadores, de forma que se recomenda que a metodologia definida pela ANS considere o porte das operadoras, sua área de atuação, dispersão da rede prestadora de serviços e tipo de assistência prestada (odontológica, ambulatorial, hospitalar).

No entanto, deve-se ressaltar que atualmente há parâmetro definido pela ANS para acompanhamento da regularidade dos contratos com os prestadores, estabelecidos

² Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei no 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1o A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2o As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

na RN nº 223/, de 2010, que trata do Programa de Fiscalização Ativa – Olho Vivo. O roteiro de fiscalização prioriza os contratos com prestadores de serviços que apresentam maior volume de faturamento.

3.2 Cláusulas Núcleo:

Considerando que as Cláusulas Núcleo são a essência do RCC e que foi mencionado que a ANS pretende rever as atuais regras definidas pelas RN nº 42, de 2003, 54, de 2003 e 71, de 2004, entendemos que a ANS deveria, primeiramente, rever as normas a respeito da contratualização, para definir quais serão as cláusulas exigíveis nos contratos celebrados entre as operadoras e os prestadores de serviços, e, a partir dessas, estabelecer quais serão objeto de avaliação pelo RCC.

A inversão da lógica do processo dificulta o trabalho nesta CT, tendo em vista que seus integrantes deverão sugerir cláusulas que, embora inexistentes nos contratos celebrados com os prestadores de serviços (não integram o relacionamento entre as Operadoras e os Prestadores), supostamente deveriam ser objeto de monitoramento pela Agência.

Ademais, ainda que haja a sugestão de cláusulas núcleo pelas entidades representativas, não haverá o necessário aprofundamento da matéria, considerando que essa CT não irá tratar de contratualização.

Conforme mencionado pela Agência no slide 11 da apresentação, o RCC elaborado por empresa de auditoria independente contratada pelas operadoras conterà, dentre outras informações, *"a análise de cada instrumento jurídico da amostra, com o status **"ADEQUADO"** ou **"INADEQUADO"** para cada cláusula"*.

Contudo, entendemos que a avaliação a respeito da adequação, ou não, de um instrumento jurídico à regulamentação da ANS envolve o poder de polícia conferido exclusivamente à autarquia, de modo que esta não pode delegar sua função à iniciativa privada, sem que haja previsão legislativa.

Ademais, não se trata de análise objetiva, posto que o entendimento do auditor sobre a adequação ou inadequação de determinada cláusula depende de interpretação.

Para comprovar que a conferência de adequação ou não de determinada cláusula possui aspecto subjetivo, que não pode ser delegada a terceiros que não a própria ANS, citamos o exemplo do processo administrativo 33902.242873/2006-87.

Por esse processo, quando houve a atividade fiscalizatória da ANS, a única cláusula que o fiscal entendeu que estava em desacordo com a RN nº 54, de 2003, que trata do contrato com prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia – SADT e clínicas ambulatoriais, foi a ausência do número do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, tendo lavrado auto de infração a esse respeito.

Após a regularização do CNES, a operadoras enviou o instrumento jurídico para conferência da ANS e, nesta oportunidade, houve nova análise do contrato com prestador realizada por outro fiscal, que entendeu que havia outras inconsistências entre o contrato com o prestador e a RN nº 54, de 2003 (fls. 65 a 67 do processo administrativo 33902.125549/2009-48).

Após a regularização das inconsistências apontadas nessa análise, houve outra revisão, quando o novo fiscal entendeu que cláusulas antes consideradas adequadas não estavam de acordo (fls. 120 a 122 do processo administrativo 33902.125549/2009-48).

Uma vez corrigidas as inconsistências apresentadas, houve nova análise (fls 163 e 164 do processo administrativo 33902.125549/2009-48).

Após, também corrigidas essas inconsistências, houve nova análise (fls. 205 e 206 do processo administrativo 33902.125549/2009-48).

Portanto, verifica-se que diante de um mesmo instrumento jurídico, ocorreu uma análise no processo administrativo 33902.242873/2006-87 e quatro

diferentes avaliações pela ANS no processo administrativo 33902.125549/2009-48, cada uma apresentando posições diversas entre o que estava ou não em conformidade com a RN nº 54, de 2003.

Por todo o exposto, recomendamos não haver análise entre a cláusula estar ou não adequada ao que prevê as normas da ANS sobre contratualização, o que depende de análise discricionária. Propomos que as cláusulas núcleo sugeridas pela ANS nos slides 8 a 10 da apresentação, sejam averiguadas apenas quanto a sua existência ou não no contrato (ou seja, constará no RCC ou instrumento equivalente apenas à informação "**POSSUI**" ou "**NÃO POSSUI**").

A seguir, apresentamos as considerações sobre as cláusulas núcleo propostas pela ANS:

- Objeto e natureza do ajuste, bem como a descrição de todos os serviços e/ou procedimentos contratados, incluindo seus respectivos valores:

Considerando as regras a respeito da contratualização em vigor previstas na RN nº 42, de 2003, na RN nº 54, de 2003 e na RN nº 71, de 2004, entendemos que a cláusula núcleo a ser analisada não é clara o suficiente, tendo em vista que referido item traz apenas o título da exigência e não os itens passíveis de verificação. A título de exemplo transcrevemos a seguir a regra prevista na RN nº 42, de 2003:

Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza 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.

Parágrafo único - São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

[...]

II - objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados, ou seja:

- a) *definição detalhada do objeto;*
- b) *perfil assistencial e especialidade contratada, serviços contratados, inclusive o Apoio ao Diagnóstico e Terapia;*
- c) *procedimento para o qual a entidade hospitalar é indicada, quando a prestação do serviço não for integral;*
- d) *regime de atendimento oferecido pela entidade: hospitalar, ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h; e*
- e) *padrão de acomodação e as seguintes cláusulas correlatas:*
 - 1. *previsão de que inexistindo vaga na acomodação contratada pelo consumidor, o ônus adicional da internação do mesmo em acomodação superior, conforme determina o artigo 33 da Lei 9.656 de 1998, será da operadora de planos privados de assistência à saúde;*
 - 2. *previsão acerca da obrigação do prestador de serviço em comunicar imediatamente à operadora de planos privados de assistência à saúde, quando configurada a hipótese do item anterior; e*
 - 3. *previsão de que, em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora de planos privados de assistência à saúde remover o consumidor, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.*

Considerando o exposto, recomendamos que seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: "Serviços e Procedimentos contratados com seus respectivos valores".

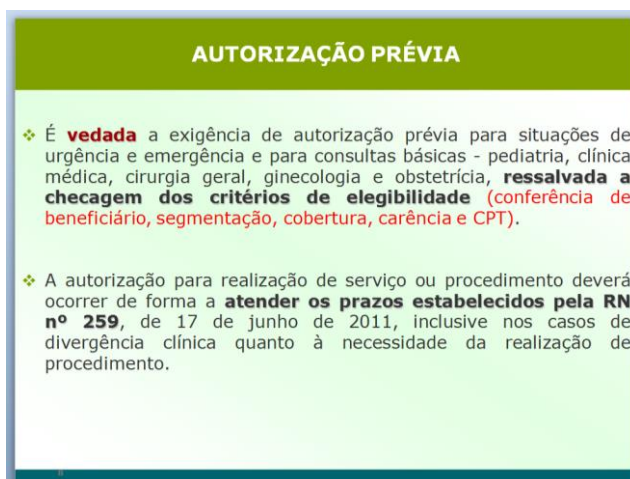
➤ Especificação dos serviços e/ou procedimentos que necessitam de autorização prévia da operadora, com vedação a mecanismos que impeçam ou dificultem o atendimento de urgências ou emergências:

Considerando que não há na regulamentação da ANS critérios objetivos que estabeleçam quais são os mecanismos que impeçam ou dificultem o atendimento de urgências e emergências, não é possível verificação da

existência, ou não, de referida regra no instrumento jurídico, motivo pelo qual deverá ser excluída essa exigência da cláusula núcleo proposta pela Agência.

Vale destacar que embora a Resolução do CONSU nº 8, de 1998, vede o estabelecimento de mecanismos de regulação que dificultem o acesso em casos de urgência ou de emergência, o fato é que a conferência de elegibilidade a ser feita pelo prestador em contato com a operadora, previamente ao atendimento, não pode ser confundida com autorização prévia.

A esse respeito, já houve manifestação da DIPRO, conforme slide apresentado na CT de Mecanismos de Regulação:



Fonte: Slide nº 8 da apresentação realizada na 5ª reunião da CT de Mecanismos de Regulação, ocorrida em 13/11/2012.

Pelo exposto, recomendamos que seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: "Especificação dos serviços e/ou procedimentos que necessitam de autorização prévia da operadora".

➤ A forma de habilitação do beneficiário junto ao prestador, incluindo formas alternativas que garantam o efetivo atendimento, com vedação a exigências de apresentação de comprovantes de pagamento ou cobranças adicionais, exceto a franquia):

Considerando que não há na regulamentação da ANS critérios objetivos que estabeleçam formas alternativas que garantam o efetivo atendimento, não é possível aferir a existência, ou não, de referida regra no instrumento jurídico, motivo pelo qual deverá ser excluída essa exigência da cláusula núcleo proposta pela Agência.

Ademais, não há regulamentação da ANS específica a respeito de cobranças adicionais, que são admitidas em diversas situações, como, por exemplo, na hipótese em que a assistência domiciliar obedece à previsão contratual ou à negociação entre as partes (parágrafo único do art. 13 da RN nº 211/10³) ou quando há melhoria no padrão de acomodação a pedido do beneficiário (item 8.6 do Anexo da Portaria MPOG nº 05/10⁴), motivo pelo qual recomendamos a exclusão também dessa exigência.

Além disso, o posicionamento a seguir transcrito da DIFIS, demonstra o entendimento da ANS de que a operadora deve autorizar o procedimento mesmo quando o prestador que o realizará não for credenciado, de forma que haverá, nesse caso, cobrança direta dos honorários do prestador não credenciado, ou seja, cobrança adicional:

Questão: *A operadora autorizou a realização de um procedimento cirúrgico solicitado por médico não credenciado, mas impôs como condição para a cobertura dos custos hospitalares a sua realização por médico credenciado.*

Considerando que se trata de contrato regulamentado, questiona-se:

- 1) *A operadora descumpriu o disposto na Consu 8/98, referente a mecanismo de regulação?*
- 2) *Houve apenas o descumprimento do art. 12, da Lei 9656/98?*

Palavra Chave: *médico solicitante não credenciado - custos hospitalares - Mecanismo de regulação - Negativa de cobertura*

³ Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e nas alíneas "c", "d" e "e" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. **Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.**

⁴ **8.6. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.**

Conclusão: A Lei 9656/98 prevê em seu artigo 12, II dispõe, *in verbis*:

“São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;*
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;*
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;”*

Conforme se depreende da norma supracitada, não há vinculação da cobertura dos honorários médicos à cobertura de internação ou do procedimento em si, cabendo a Operadora o pagamento da parte que lhe cabe seja por imposição da norma ou do contrato.

A realização de qualquer procedimento pode ser fracionada pela realização de cada prestação de serviço, como internação, honorários médicos, despesas com alimentação ou acompanhante etc.

Neste diapasão, se o beneficiário resolve realizar procedimento cirúrgico, com médico de sua confiança, porém não credenciado à Operadora a qual é vinculado, entretanto em estabelecimento credenciado, caberá à Operadora o custeio de todo o procedimento, exceto dos honorários médicos que ocorrerão às expensas do beneficiário, por quanto não previsto no contrato.

Não cabe aqui, a alegação de que a CONSU nº 8/98 preconiza em seu art. 8º, a vedação de negativa de autorização sob a alegação de que o médico solicitante não faz parte da rede credenciada, mas não dispõe sobre o médico que realiza o procedimento, abaixo transcrito:

“Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VI- negar autorização para a realização do procedimento para realização de procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora;

(...)”.

A uma que, em regra, o médico solicitante do procedimento é o mesmo que o realiza.

A duas, que o fato do médico requerente do procedimento não ensejar fatalmente que o realizará, não retira a obrigação da operadora de dar cobertura ao procedimento, sem, contudo, arcar com os custos referentes aos honorários do médico que prestará o serviço e sua equipe de pessoal, já que o art.1º, I da Lei 9.656/98 prevê “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais”, o que obriga a operadora a arcar com os custos do procedimento, tais como internação, sala cirúrgica, etc.

Por fim, ressaltamos que a prestação de serviço à saúde, como relação de consumo, devem ser observadas as regras inerentes ao Código de Defesa do Consumidor que, por sua vez, proíbe a desvantagem exagerada para a parte

hipossuficiente e presume como hipóteses desta situação os fatos enumerados no seu art. 51, inciso IV c/c o seu §1º, inciso I e II, verbis:

“Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

(...)

*IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que **coloquem o consumidor em desvantagem exagerada**, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;*

(...)

*§ 1º **Presume-se exagerada**, entre outros casos, a vontade que:*

(...)

***II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual”** (g.n)*

A operadora que incorre na conduta acima prevista viola o disposto no art. 12 da Lei 9.656/98 com a penalidade prevista no art. 77 da RN 124/06.

Por todo o exposto, recomendamos seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: “A forma de habilitação do beneficiário junto ao prestador, não podendo constar a exigência de apresentação de comprovantes de pagamento”.

➤ A rotina para auditoria técnica ou administrativa:

Conforme disposto na regulamentação atual a respeito de contratualização (RN nº 42, de 2003, na RN nº 54, de 2003 e na RN nº 71, de 2004), a exigência de previsão nos contratos da rotina para auditoria técnica ou administrativa ocorre apenas na hipótese de existir tais rotinas.

Por se tratar de cláusula não obrigatória no instrumento jurídico, conforme acima demonstrado, recomendamos a exclusão de sua previsão como cláusula núcleo passível de verificação.

➤ As hipóteses em que os prestadores poderão incorrer em glosa sobre os seus faturamentos apresentados, com detalhamento formal do(s) motivo(s):

Ainda no Padrão TISS, cuja padronização cabe ao COPISS, comitê formado pelos diversos atores da saúde suplementar, não foi possível o estabelecimento de todas as hipóteses possíveis de “motivos de glosa” existentes no relacionamento entre operadoras e prestadores, sendo que a operadora deverá utilizar o motivo “outros”, para os casos em que não identifique o motivo da glosa aplicável ao caso concreto.

Considerando o exposto, bem como que, independente do motivo indicado no caso concreto, as glosas sempre terão fundamento no descumprimento pelo prestador do contrato celebrado entre as partes, recomendamos a exclusão da previsão das hipóteses em que os prestadores poderão incorrer em glosa sobre os seus faturamentos apresentados, com detalhamento formal do(s) motivo(s) como cláusula núcleo passível de verificação.

- Os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade de maneira clara e objetiva:

Considerando que a clareza e a objetividade são critérios subjetivos, e, portanto, não são passíveis de serem verificadas objetivamente, recomendamos que seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: “Os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade”.

Cumprir mencionar que a verificação do cumprimento dos critérios da IN DIDES nº 49, de 2012, conforme disposto em seu art. 3º⁵, também é interpretativa, fugindo ao escopo do RCC ou instrumento equivalente.

- Os critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, observando-se as disposições pertinentes acerca do tema:

Cumprir mencionar que a verificação do cumprimento dos critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, observando-se as disposições previstas na regulamentação da ANS também é interpretativa, fugindo ao escopo do RCC ou instrumento equivalente, pelo que caberia apenas verificar a existência ou não de cláusula a esse respeito.

- Cláusula compromissória para utilização de Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias (MESOC):

⁵ Art. 3º A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão.

Considerando que operadora e prestador não estão obrigados a firmar cláusula compromissória para utilização de Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias (MESC), bem como não há razões para que a ANS crie métodos indutores para o seu estabelecimento, frente ao custo desses métodos extrajudiciais em detrimento do baixo índice de discussões judiciais entre operadoras e prestadores, recomendamos a exclusão de sua previsão como cláusula núcleo passível de verificação.

Nos casos de contratos com prestadores odontológicos e profissionais que realizam serviços em consultórios, essa previsão é ainda mais grave, uma vez que inviabilizaria eventual discussão contratual posto que o custo da arbitragem ou outro método extrajudicial poderá ser muito mais elevado do que a vantagem econômica a ser obtida com o embate.

3.3 Indicadores e sua ponderação:

A sugestão dos indicadores e respectivas ponderações para o Índice de Boas Práticas na Relação Operadoras – Prestadores – I-BPOP no caso das operadoras médico-hospitalares seria a seguinte:

$$(7*I-CC) + (2*I-TISS) + (2*I-QUALISS) + (1*I-MESC)$$

Cumpramos esclarecer que o instrumento jurídico é efetivamente o item de peso no relacionamento entre Operadora e Prestador, nele estando garantidos os direitos e obrigações estabelecidos entre as partes, motivo pelo qual é relevante que o I-CC tenha um peso maior, dentre os indicadores propostos pela Agência.

No que respeita aos dois últimos indicadores relativos ao QUALISS e ao MESC, entendemos que estes devem ser excluídos do cálculo referente ao I-BPOP porque não são obrigatórios pela regulamentação em vigor (inciso II c/c p.u. do art. 2º da RN nº 267, de 2011⁶ e art. 1º da Lei nº 9.307, de 1996⁷).

⁶ Art. 2º A política de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar será regida pelos seguintes princípios:

Ainda que o QUALISS passe a se tornar obrigatório, o que depende de alteração da regulamentação, nos termos acima mencionados, a operadora não possui qualquer ingerência sobre a qualificação do prestador, tendo em vista que cabe exclusivamente ao Prestador a obtenção dos atributos de qualificação estabelecidos pela RN nº 267, de 2011, sendo que estes apenas poderão ser divulgados pelas operadoras, caso haja solicitação ou autorização do Prestador, para tanto, nos termos estabelecidos no art. 5º da IN DIDES nº 52, de 2013⁸.

Ademais, nos termos da regulamentação em vigor (art. 44-A da RN nº 124, de 2006⁹), a operadora está impedida de utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço como critério, exclusivo, de descredenciamento de prestadores, o que demonstra a total ingerência da operadora no que respeita à qualificação de sua rede credenciada, que corresponde a quase totalidade da rede assistencial das operadoras, conforme pode ser observado por esta ilustre Agência no requerimento de informações enviado a esse respeito.

3.4 Prazos para início do envio e periodicidade de envio do RCC:

[...]

III - caráter voluntário da participação dos prestadores de serviços, ressalvados os casos estabelecidos no parágrafo primeiro do presente artigo;

[...]

§ 1º Nos casos de estabelecimentos de saúde pertencentes à rede própria de operadoras, as referidas operadoras obrigam-se a prestar as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial constante do inciso V do caput deste artigo.

⁷ Art. 1º As pessoas capazes de contratar poderão valer-se da arbitragem para dirimir litígios relativos a direitos patrimoniais disponíveis.

⁸ Art. 5º Os atributos de qualificação dos prestadores de serviços, especificados no art. 5º da RN nº 267, de 2011, deverão ser divulgados de acordo com a padronização descrita no Anexo desta IN, sempre que autorizados e/ou solicitados pelos próprios prestadores de serviços.

⁹ Art. 44-A. Utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço como critério, exclusivo, de descredenciamento de prestadores.

Sanção - advertência;
Multa de R\$ 35.000,00

No que respeita à periodicidade de envio do RCC ou instrumento equivalente, cumpre esclarecer que após a consolidação da rede credenciada pelas operadoras, não há grande movimentação de prestadores de serviços, que ocorrerá em pequena escala, motivo pelo qual não há uma alteração relevante na amostra que justifique a realização anual do RCC ou instrumento equivalente, que sugerimos seja realizado, no mínimo, a cada dois anos.

3.5 Premiações e/ou sanções em caso de não adequação:

Considerando que o monitoramento do relacionamento entre as operadoras e os prestadores possui caráter informador tanto para a Agência quanto para o Prestador, recomendamos que sejam adotados os mesmos critérios já utilizados pela ANS no monitoramento do Padrão TISS, ou seja, que inicialmente o monitoramento seja utilizado como função pedagógica, sinalizando para as operadoras as medidas necessárias à regularização de suas condutas a esse respeito, e não exclusivamente com caráter sancionador.

Caso venha a ser definida premiação, sugerimos seja garantida via bonificação do IDSS.

Agradecemos a compreensão quanto ao exposto, ressaltando a importância e relevância dos temas em discussão.

Renovamos nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de Grupo –
ABRAMGE



Arlindo de Almeida
Presidente

Sindicato Nacional das Empresas de
Medicina de Grupo – SINAMGE



Cyro Alves de Britto Filho
Presidente