



São Paulo, 09 de janeiro de 2014.
ABR.001/2014 – SIN. 001/2014

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 Finais - Reunião da Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre OPS e Prestadores

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo, o Sindicato Nacional das Empresas de Medicinas de Grupo e o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, doravante denominado Sistema ABRAMGE/SINAMGE/SINOG, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições finais a respeito da Reunião da Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores, conforme admitido por V.S.a. na última reunião, ocorrida no dia 12/12/2013.

Inicialmente, esclareça-se que, no dia 30/12/2013, foi publicada a Consulta Pública nº 54 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para fins de elaboração de normativo que estimula as boas práticas entre as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, a qual ocorrerá no período de 06/01/2014 a 04/02/2014.

Registra-se que a proposta de nova Resolução Normativa estabelece indicadores que permitirão à Agência acompanhar a relação entre Operadoras e Prestadores. Dessa forma, a ANS pretende criar mecanismos que demonstrem a adoção de boas práticas no

relacionamento entre eles, assegurando, com isso, que suas práticas propiciem cada vez mais um atendimento de qualidade aos beneficiários.

A despeito de ter sido estabelecido, na Consulta Pública nº 54, de 30 de dezembro de 2013, que as contribuições, sugestões ou comentários devessem ser encaminhados à Agência por meio de formulário eletrônico disponível no portal da ANS em “Participação da Sociedade/Consultas Públicas”, entendemos também pertinente o envio do presente documento, contemplando as contribuições finais a respeito da Câmara Técnica sobre o Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores, tendo em vista a necessidade de elucidação de outras questões que, por hora, não foram abarcadas na referida Resolução Normativa, contudo, deverá, obrigatoriamente, estar presente na norma específica da DIDES que regulamentará o disposto nos artigos 4º ao 12 do normativo.

Para a realização da reunião da Câmara Técnica de Contratualização, foi solicitado, de início, o envio de contribuições, através do endereço eletrônico i-bpop@ans.gov.br, especialmente, no tocante a:

- 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.

Conforme fora apresentado na última reunião da Câmara Técnica pela representante do Sistema ABRAMGE/SINAMGE/SINOG, antes de adentrar ao requerido pela Agência, insta esclarecer que a implantação do projeto relativo ao Monitoramento Ativo do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores no formato apresentado pela ANS deve observar as considerações expostas 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 definição de um critério de reajuste, concluiu-se não haver um consenso com todos os Prestadores sobre a forma como se estabelecerão as novas regras, sendo que um monitoramento nessa fase poderia 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 tenham utilizado desse espaço apenas para negociarem os

¹ Art. 6º da RN nº 267/2011 da ANS - *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.*

itens que tem pautado com as Operadoras, o que não é de competência da ANS intervir.

Em virtude do exposto, foi solicitada na última reunião cautela acerca das proposições advindas dessa Câmara Técnica bem como que fosse avaliada a pertinência da continuidade dos assuntos nela pautado.

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

Foi apresentado na 1ª Reunião da CT sobre Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores 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 deveriam 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:

De acordo com a proposta de Resolução Normativa, as Operadoras ficariam obrigadas a enviar à ANS o Relatório de Conformidade Contratual – RCC elaborado por empresa de auditoria independente.

Entretanto, cumpre 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 §1º². Desse

2 Art. 22 da Lei nº 9.656/1998 - *As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na*

modo, **não há previsão legal 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.

Feitas essas ponderações preliminares, passamos, então, à análise e discussão das contribuições requeridas efetivamente por esta ilustre Agência. E, para melhor organização, essas foram explicitadas em consonância com os tópicos previstos no slide 18 da apresentação da 1ª Reunião da CT sobre Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores, realizada em 10/09/2013, conforme disposto a seguir:

- I. *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:*

Registrou-se que, 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

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.

prestadora de serviços e tipo de assistência prestada (odontológica, ambulatorial, hospitalar).

Ressalta-se que, atualmente, há parâmetro definido pela ANS para acompanhamento da regularidade dos contratos com os Prestadores, estabelecidos 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**.

Alternativamente ao parâmetro já adotado pela ANS no Olho Vivo, sugerimos que o procedimento/metodologia para a determinação dos tamanhos das amostras de contratos a serem auditados no âmbito do RCC consista na definição dos Prestadores de serviço segundo sua produção, isto é, de acordo com os custos assistenciais incorridos pela Operadora.

Na hipótese de o Prestador representar, isoladamente, 40% (quarenta por cento) ou mais da produção médica total da Operadora, este seria automaticamente selecionado para compor a amostra. Com isso, haveria uma redução da variância do estimador, considerado um dado patamar de custo do processo de amostragem.

Os demais Prestadores, por sua vez, comporiam uma população da qual se extrairia uma amostra aleatória simples.

Considerando o exposto, sugeriu-se que o tamanho da amostra fosse obtido a partir das seguintes fórmulas (conforme Anexo):

$$n \geq \frac{N z_{\alpha}^2 \sigma^2}{(N-1)\varepsilon^2 + z_{\alpha}^2 \sigma^2}$$

OU

$$n \geq \frac{z_{\alpha}^2 \sigma^2}{\varepsilon^2}$$

Onde:

N = tamanho da população;

z_{α}^2 = abscissa da curva normal para um nível de significância α ;

σ^2 = variância da população;

ε = erro máximo absoluto admissível na estimação.

Nesse sentido, em termos estatísticos, a primeira fórmula apresentada seria utilizada nos casos em que se cogitam populações finitas, com extrações sem reposição. Já a segunda, quando se supõem populações infinitas e/ou extrações com reposição. O nível de significância se fixaria em 10% e o erro máximo absoluto assumiria o valor de 0,10.

II. 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 então 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, seja da CT ou do Comitê de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores – COBOP que pretende ser criado conforme minuta de RN prevista na Consulta Pública nº 54, de 2013, tendo em vista que seus integrantes deveriam 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 tenham sido apresentadas sugestões de cláusulas núcleo pelas entidades representativas, não houve o necessário aprofundamento da matéria, considerando que essa CT não visa tratar de contratualização.

Portanto, sugere-se que também seja objetivo do COBOP tratar das normas referentes à contratualização para posteriormente discutir as cláusulas núcleos a serem monitoradas.

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 54, 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:

- a) definição detalhada do objeto;*
- b) especialidade(s) ou serviço(s) contratados;*
- c) procedimento pelo qual o prestador é indicado, quando a prestação do serviço não for integral;*
- d) regime de atendimento oferecido pelo prestador - hospitalar ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h.*

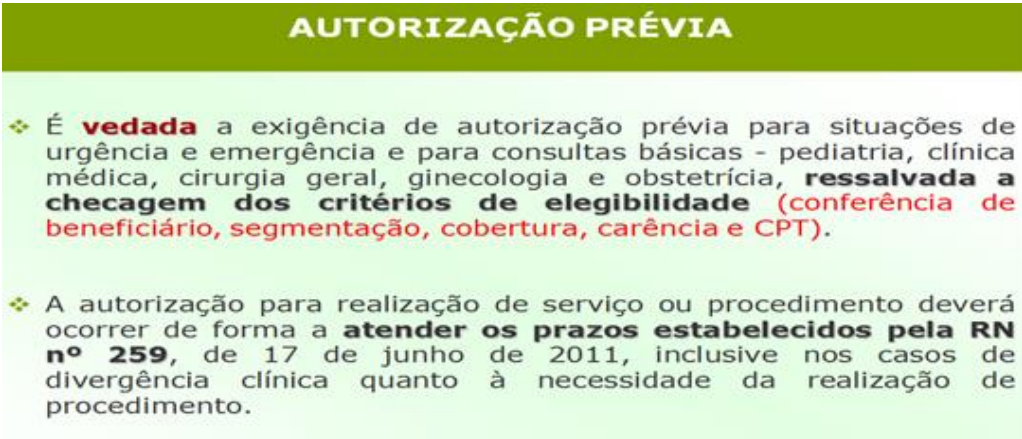
Considerando o exposto, recomendamos que seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: "Serviços e Procedimentos contratados com seus respectivos valores".

- 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:



AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

- ❖ É **vedada** a exigência de autorização prévia para situações de urgência e emergência e para consultas básicas - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, **ressalvada a checagem dos critérios de elegibilidade (conferência de beneficiário, segmentação, cobertura, carência e CPT).**
- ❖ A autorização para realização de serviço ou procedimento deverá ocorrer de forma a **atender os prazos estabelecidos pela RN nº 259**, de 17 de junho de 2011, inclusive nos casos de divergência clínica quanto à necessidade da realização de procedimento.

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 específica do setor de saúde suplementar 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*

³ Art. 13 da RN nº 211/10 da ANS - *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 Item 8.6 do Anexo da Portaria Normativa nº 05/10 do MPOG - **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.**

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*

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, ainda não foi possível o estabelecimento de todas as hipóteses possíveis de “motivos de glosa” existentes no relacionamento entre Operadoras e Prestadores. Portanto, essa matéria ainda vem sendo discutida no COPISS.

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 identificação do que é claro e a objetivo tem cunho personalíssimo e, portanto, não são passíveis de serem verificadas sem que haja interpretação do leitor, recomendamos que seja alterada a previsão para constar como cláusula núcleo: “Os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade”.

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

No que respeita ao reajuste, resta mencionar, ainda, que, a despeito da Câmara Técnica sobre Monitoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores não ter como objetivo precípua a discussão sobre as cláusulas de reajuste, este tema polarizou boa parte das discussões da Câmara Técnica. Em realidade, os Prestadores presentes nas reuniões acabaram por enveredar em considerações sobre reajustamento de preços dos contratos entre estes e as Operadoras.⁶

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

Cumpra 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.

⁵ Art. 3º da IN/DIDES nº 49/2012 da ANS – ***A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão.***

⁶ É importante frisar que a principal particularidade da operação de planos de saúde em regime de riscos consiste no fato de que o custo efetivo a ser incorrido pela Operadora é desconhecido à época da comercialização do produto. Desse modo, ao conceber o produto, a Operadora trabalha com expectativas futuras, motivo pelo qual o Sistema ABRAMGE/SINANGE/SINOG defende a livre negociação entre as partes, haja vista que o reajuste de preços representa um permanente exercício de projeção dos vetores de custo, que deveriam, por seu turno, alimentar o processo de reajuste de preços.

Registra-se que, no caso dos planos médico-hospitalares individuais, hipótese em que a ANS estabelece percentual máximo de reajuste, é possível que ocorra a insuficiência do mesmo para reposição futura dos custos.

Nessa seara, mais grave a situação dos planos odontológicos, no qual é apenas contemplado um índice de reajuste financeiro, sem a existência de reajustes técnicos para suportar os aumentos dos custos decorrentes de novas tecnologias, revisões do rol de procedimentos ou outros impactos.

Considerando essa realidade, o ideal é que a Operadora possa negociar junto aos Prestadores percentuais de reajuste que não ameacem a integridade econômico-financeira da Operadora.

Ademais, vale lembrar que a recomposição de valores com base, unicamente, na variação passada é realimentadora da inflação.

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

Considerando que Operadora e Prestador não estão obrigados a firmar cláusula compromissória para utilização de Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias (MESOC), 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.

Na apresentação feita pela representante do Sistema ABRAMGE/SINAMGE/SINOG na última reunião da Câmara Técnica foi informado do baixíssimo índice de ações judiciais entre Operadoras e Prestadores, por meio de pesquisa realizada com suas filiadas.

Portanto, considerando que a relação entre Prestador e Operadora é complexa, principalmente quando envolve temas como preço de novas tecnologias, OPME e reajuste, e que há poucas demandas judiciais, é indicativo de que existe algum tipo de conciliação, geralmente envolvendo as entidades de classe, motivo pelo qual o Sistema ABRAMGE/SINAMGE/SINOG é contrário à previsão de cláusula compromissória para utilização de métodos extrajudiciais de solução de controvérsias sem que haja uma análise criteriosa dos custos e efetividade desses mecanismos.

III. Indicadores e sua ponderação:

De acordo com a proposta de Resolução Normativa, o Índice de Boas Práticas na Relação Operadoras – Prestadores – I-BPOP será composto por todos os índices estabelecidos pelos artigos 5º ao 11 do normativo, quais sejam: Índice de Conformidade da Contratualização (I-CC), Índice MESC (I-MESC), Índice QUALISS (I-QUALISS), Índice de Remuneração por Critérios de Qualidade (I-RQC), Índice de Acreditação de Operadoras e Prestadores (I-ACRED), Índice de Prazo Médio de Pagamento (I-PMP) e Índice de Estabilidade da Rede de Prestadores (I-REDE).

Conforme explicitado na apresentação feita pela representante do Sistema ABRAMGE/SINAMGE/SINOG na última reunião da Câmara Técnica, **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.

Ademais, cumpre mencionar que, no que tange aos indicadores relativos ao QUALISS, MESC, remuneração, acreditação de Operadoras e Prestadores, prazo de pagamento e estabilidade da rede assistencial das Operadoras, entendemos que estes deveriam ser excluídos do cálculo referente ao I-BPOP porque não são obrigatórios pela regulamentação em vigor e/ou não há regulamentação a esse respeito (inciso II c/c p.u. do art. 2º da RN nº 267, de 2011⁷; art. 2º da RN nº 277, de 2011⁸).

⁷ Art. 2º da RN nº 267/2011 da ANS - *A política de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar será regida pelos seguintes princípios:*

[...]

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.

⁸ Art. 2º da RN nº 277/2011 da ANS - *Para efeitos desta resolução, considera-se:*

I - Programa de Acreditação de OPS: processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas OPS, realizado por entidades acreditadoras;

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 2013⁹.

Ademais, nos termos da regulamentação em vigor (art. 44-A da RN nº 124, de 2006¹⁰), 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 falta 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.

Vale ainda destacar que as operadoras tem sido compelidas a credenciar prestadores em algumas regiões para atender aos prazos de garantia de atendimento contemplados na RN nº 259, de 2011, sem nenhum critério de qualificação, posto que tem de garantir o atendimento a qualquer custo sob pena de sanção. Portanto, a exigência de qualificação deveria, a nosso ver, passar por revisão prévia dos prazos máximos de garantia de atendimento, para que as operadoras pudessem voltar a ter um maior controle sobre seus credenciados e não preocupar exclusivamente com prazo.

⁹ Art. 5º da IN/DIDES nº 52/2013 da ANS - *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.*

¹⁰ Art. 44-A da RN nº 124/2006 da ANS - *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*

Inobstante as ponderações elucidadas acima, apresentamos as seguintes considerações com relação a cada um dos itens que compõem a fórmula para apuração do I-BPOP:

- I-CC:

Recomendamos que, para o cálculo do I-CC seja considerada a quantidade de cláusulas obrigatórias previstas no contrato bem como aquelas que deveriam estar contempladas no referido instrumento, de forma que o I-CC passaria a ser obtido por meio da seguinte expressão:

$$I_{CC} = q_h \times I_{CC}_h + q_s \times I_{CC}_s + q_p \times I_{CC}_p$$

Onde:

$$I_{CC}_j = \frac{\text{quantidade de cláusulas obrigatórias encontradas}}{\text{total de cláusulas obrigatórias que o contrato deveria contemplar}}$$

Para $j = h, s, p$

$$q_j = \frac{p_j}{p_t} = \frac{\text{prêmio de risco do segmento } j}{\text{prêmio de risco total}}$$

Para $j = h, s, p$

Sendo:

$$p_h + p_s + p_p = p_t$$

- I-MESC:

Conforme já salientado acima, 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**. Desse modo, recomendamos a exclusão do indicador MESC na composição para cálculo do I-BPOP.

- I-QUALISS:

Pelas ponderações já realizadas, deve ocorrer a exclusão do Índice Qualiss para apuração do Índice de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (I-BPOP), principalmente em virtude das **Operadoras estarem impedidas de utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos Prestadores de serviço como critério exclusivo de descredenciamento de Prestadores** (art. 44-A da RN nº 124, 2006), o que demonstra a total **falta de ingerência da Operadora no que respeita à qualificação de sua rede credenciada**, bem como a necessidade de credenciar prestadores mesmo sem qualificação para fins de cumprimento dos prazos máximos de garantia de atendimento contemplados na RN nº 259, de 2011.

- I-RQC:

Considerando que **Operadora e Prestador não estão obrigados a firmar cláusula que contemple modelos de remuneração com base em critérios de qualidade bem como a ausência de ingerência da Operadora para exigir a implantação de determinadas regras**, recomendamos a exclusão do Índice de Remuneração por Critérios de Qualidade (I-RQC) da composição do cálculo do Índice de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (I-BPOP).

- I-ACRED:

Sugerimos a exclusão do Índice de Acreditação de Operadoras e Prestadores (I-ACRED) para apuração do Índice de Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (I-BPOP), tendo em vista que **a participação no Programa de Acreditação das Operadoras não é obrigatória pela regulamentação atual** (inciso I do art. 2º da RN nº 277, de 2011), sendo que para os prestadores as recomendações para sua exclusão são as mesmas salientadas para o I-QUALISS.

- I-PMP:

Nos termos da regulamentação vigente, é admitida a apresentação de recursos de glosa pelo Prestador. Todavia, considerando que as rotinas de recursos de glosa se tratam de **situações excepcionais**, que **afetam substancialmente o prazo regular para faturamento e pagamento do serviço**, faz-se necessária a desconsideração desse período por ocasião da apuração do tempo médio decorrido entre o envio da cobrança pelo Prestador e seu efetivo pagamento por parte da Operadora.

- I-REDE:

A estabilidade da rede assistencial das Operadoras pode ser afetada não só pelas suas próprias escolhas como também em razão do encerramento das atividades do estabelecimento e até mesmo em função de pedido do próprio prestador.

Por essas razões, propomos que no cálculo do Índice de Estabilidade da Rede de Prestadores (I-REDE) sejam desconsideradas as movimentações na rede decorrentes de ato unilateral do prestador.

IV. Prazos para início do envio e periodicidade de envio do RCC:

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 periódica do RCC em prazo inferior a dois anos.

V. 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.

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, esclarecendo, por fim, que as contribuições específicas sobre a Minuta de Resolução Normativa constante da Consulta Pública nº 54, de 2013, serão encaminhadas por meio do formulário eletrônico disponível no portal da ANS na Internet.

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

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de Grupo –
ABRAMGE

Sindicato Nacional das Empresas de
Medicina de Grupo – SINAMGE



Arlindo de Almeida
Presidente



Cyro Alves de Britto Filho
Presidente

ANEXO

SUGESTÕES PARA A CÂMARA TÉCNICA SOBRE MONITORAMENTO DO RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

Tema: Amostra

Objetivo perseguido:

Identificar os contratos firmados entre operadoras de saúde e prestadores de serviços, que não exibam as cláusulas obrigatórias determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Por razões de custo, ao invés de se adotar procedimento censitário, empregar-se-á procedimento por amostragem.

Parâmetro a ser estimado:

A proporção de contratos que não contenha a totalidade de cláusulas obrigatórias.

Estimador a ser utilizado:

Utilizar-se-á a “proporção na amostra” que é um estimador não tendencioso da “proporção na população”.

Definição de estimador não tendencioso

Representando por θ o parâmetro de uma dada população e por $\hat{\theta}$ o respectivo estimador, diz-se que um estimador é não tendencioso se satisfeita a condição a seguir:

$$E(\hat{\theta}) = \theta$$

Em que o operador E é a esperança matemática.

Aspectos conceituais:

Apresentam-se, na sequência, considerações de natureza conceitual envolvendo a matéria, considerando, ainda, algumas das contribuições trazidas na reunião do dia 12/12/2013.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra depende fundamentalmente:

- da precisão desejada;
- da variância da população;
- do nível de significância estabelecido (associado ao erro do Tipo I);
- do montante financeiro disponível para a condução dos procedimentos de amostragem.

A bibliografia especializada indica duas formulações principais:

$$n \geq \frac{N z_{\alpha}^2 \sigma^2}{(N-1)\varepsilon^2 + z_{\alpha}^2 \sigma^2}$$

OU

$$n \geq \frac{z_{\alpha}^2 \sigma^2}{\varepsilon^2}$$

Onde:

N = tamanho da população;

z_{α}^2 = abscissa da curva normal para um nível de significância α ;

σ^2 = variância da população;

ε = erro máximo absoluto admissível na estimação.

A primeira fórmula se utiliza quando se supõe populações finitas com extrações sem reposição. A segunda, quando se supõe populações infinitas e/ou extrações com reposição.

Métodos de seleção da amostra

De acordo com a bibliografia consultada, os principais métodos de seleção de amostras são os seguintes:

- amostragem aleatória simples;
- amostragem sistemática;

- amostragem por estratificação;
- amostragem por conglomeração;
- amostragem multi-etápica.

A depender do método, cuidado especial deve ser dado à formulação do estimador.

Fontes

I. The Design of Sample Surveys

Des Raj (Sampling Expert, United Nations Development Program; Professor of Statistics, University of Ibadan)

McGraw-Hill, Inc.

1972

II. Sample Survey Methods and Theory

Morris H. Hansen; William N. Hurwitz; William G. Madow

John Wiley & Sons, Inc.

1953