

Gerência/Diretoria:

Protocolo nº 33902. 014884/2017-21

Data: 03-02-2017 Hora: 10:12

Assinatura:



Memorando nº 19 /GERAR/DIRAD/DIDES

Rio de Janeiro, 01 de FEVEREIRO de 2017.

À DIRAD/DIDES,

Assunto: Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde

Referência: Memorando nº 324/2016/PRESI

Trata-se de demanda do SindLab - Sindicato dos Laboratórios de Patologia, Pesquisas e Análises Clínicas de Minas Gerais (Carta 18-16) que solicita esclarecimentos e orientações quanto a dúvidas de laboratórios referentes a contratos apresentados por operadoras de planos de saúde descumprimento das regras de reajuste dos serviços contratados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Item 1. Em relação ao reajuste de prestadores de serviços de saúde, a regulamentação da ANS, através da RN nº 363, de 2014, c/c a RN nº 364, de 12 de dezembro de 2014, estabeleceu que:

RN nº 363/2014

"Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.

§ 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.

§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;"

RN nº 364/2014

"Art. 3º O índice de reajuste será definido pela ANS conforme disposto no § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e será limitado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e

II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º.

§ 1º O índice de reajuste definido pela ANS, quando preenchidos os critérios dispostos neste artigo, deve ser aplicado na data de aniversário do contrato escrito.

§ 2º O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE."

Portanto, o índice de reajuste definido pela ANS (IPCA) só é aplicável em situações específicas, quando preenchidos os critérios previstos nos incisos I e II do art. 4º da RN nº 364/2014. As partes signatárias do contrato devem estabelecer cláusula definindo a forma de reajuste, que deve ser expressa de modo claro e objetivo. Uma das possibilidades é o contrato estabelecer índices de conhecimento público, como, por exemplo, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) ou o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), sendo válida a previsão contratual de livre negociação entre as partes, conforme prevê o §3º do art. 12, da RN nº 363, de 2014. Cabe observar que não há vedação normativa quanto da utilização de percentual prefixado ou fração de índices como forma de reajuste, desde que se traduzam em aumento dos valores dos serviços contratados. Se a cláusula contratual prevê a possibilidade de reajuste também mediante negociação entre as partes, quando não houver concordância de ambos os contratantes, os valores dos serviços devem ser reajustados com base nos índices elencados no contrato, não se aplicando nestes casos o índice de reajuste definido pela ANS (IPCA). Não havendo cláusula expressa que estipule um índice de reajuste e, a livre negociação for a única forma de reajuste definida em contrato, deve ser aplicado índice de reajuste definido pela ANS (IPCA), quando não houver acordo entre as partes no prazo determinado pela regulamentação.

Item 2. A regulamentação concedeu prazo até 22 de dezembro de 2015 para que os contratos escritos se adaptem às novas regras, conforme disposto na RN

363/2014. Logo, a prestação de serviços sem formalização de contratos escritos ou contratos com ausência de cláusulas obrigatórias ou cláusulas com disposições contrárias à Lei ou sua regulamentação, constituem infração à legislação de saúde suplementar vigente.

A ANS, no tocante aos contratos firmados entre operadoras e prestadores, aplicará penalidades em caso de desconformidades, mediante fiscalização do cumprimento das regras estabelecidas pela RN nº 363, de 2014. Caso exista comprovação de prestação de serviços entre a operadora e o estabelecimento de saúde sem a existência de contrato escrito ou em desacordo com a regulamentação vigente solicitamos formalizar denúncia à ANS, conforme requisitos definidos na IN/DIDES nº 62, de 12 de fevereiro de 2016, sendo facultado ao demandante empregar como guia o modelo constante no Anexo desta IN, disponível no endereço eletrônico da ANS na Internet - www.ans.gov.br. Caso seja identificado conduta infratora da operadora à legislação disciplinadora do mercado de saúde suplementar, será instaurado procedimento administrativo sancionador, estando sujeita a operadora as penalidades cabíveis. A correspondência deve ser encaminhada à Gerência Executiva de Aprimoramento do Relacionamento entre Operadoras e Prestadores – GERAR, situada à Av. Augusto Severo, 84, 10º Andar- Glória - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20.021-040.

Item 3. Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem observar as disposições da Lei 9.656, de 1998, e as regulamentações estabelecidas pela ANS. O descumprimento do disposto sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Item 4. O contrato deve conter a descrição de todos os serviços contratados pela operadora, que devem estar expressos e descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS, bem como a definição dos valores dos serviços, que devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência (incisos II e III do art. 4º, art. 8º, art. 9º e art. 11 da RN nº 363, de 2014).

Quaisquer definição de regras devem ser estabelecidas nas cláusulas pactuadas, de modo que os anexos e tabelas devem ser parte integrantes do contrato e de seu objeto, tornando inviável a alteração unilateral de direitos e obrigações, considerando

que os contratos regidos pelo direito privado tem a imutabilidade como regra. Assim, tais valores devem estar discriminados e expressos no contrato, não podendo haver na cláusula contratual apenas uma remissão a uma tabela que fica disponível em portal da operadora. Tal tabela deve fazer parte do contrato físico, sendo rubricado e assinado por ambas as partes.

Pois não poderá posteriormente ser modificada de modo unilateral pela operadora. Em relação ao uso do meio eletrônico para formalizar o contrato, como meio de manifestação e de instrumentalização da vontade das partes, esclarecemos que compete às partes estipularem qual será a maneira mais adequada de validar o acordado, não cabendo a esta autarquia analisar os requisitos de validade de um contrato eletrônico, devendo se atentar às disposições do direito civil e a jurisprudência dos nossos tribunais. Observamos que a contratação eletrônica envolve questões jurídicas tais como: integridade do conteúdo; declaração de vontade online, seguida da oferta e aceitação do contrato; questão relativa à fé pública dos atos jurídico virtuais; e prova dos documentos eletrônicos nos órgãos jurisdicionais.

Item 5. Não é permitida qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário.

Itens 6 e 7. A forma de pagamento a ser observada é aquela definida no contrato entre a operadora e prestador de serviços, que deve respeitar as disposições da legislação e regulamentação vigente. O componente de representação de conceitos em saúde, disponibilizado no site da ANS, estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na TUSS, sendo facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante. Imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, a operadora deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS. A inclusão de novos termos será objeto de análise do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS e da área de padronização e interoperabilidade da ANS, conforme estabelece a RN nº 305, de 9 de outubro de 2012.

§ 1º A ANS poderá contar com o auxílio de entidades de referência, para elaborar e atualizar a TUSS.

§ 2º A inclusão de novos termos será objeto de análise do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS e da área de padronização e interoperabilidade da ANS.

Art. 13. À operadora de planos privados de assistência à saúde é facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante na TUSS de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais, órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais.

§ 1º A operadora de planos privados de assistência à saúde, imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS.

§ 2º À operadora de planos privados de assistência à saúde é vedado manter vigente, em tabela própria, código para um termo constante na TUSS, findo o prazo de implantação."


A contratação dos serviços de saúde e a formatação e composição dos pacotes e tabelas de pagamentos e honorários profissionais, deve ser negociado com a operadora de plano de saúde conforme o interesse das partes. Os eventos e procedimentos que integram os serviços contratados, incluindo honorários profissionais, exames, materiais, taxas, medicamentos etc. devem ser definidos com clareza. Deve haver previsão expressa no contrato sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão, descrevendo os itens que fazem e os que não fazem parte daquele procedimento a ser negociado, definindo a participação no risco e compartilhamento do custo, afim de prestar serviço aos beneficiários cumprindo as determinações estabelecidas pela ANS em suas regulamentações.

Observamos que não é admitida qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário. Do mesmo modo, a operadora de planos de saúde deve disponibilizar prestadores para oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de acordo com a segmentação assistencial, área geográfica de abrangência e área de atuação do produto. Existindo previsão de cobertura pelo plano de

saúde do procedimento demandado, o beneficiário não pode ser cobrado diretamente por este serviço de cobertura obrigatória, considerando que deve ser assegurada, sem limite financeiro, a assistência à saúde prevista em Lei.

Ante o exposto, são esses os esclarecimentos que temos a prestar sobre o assunto.

Atenciosamente



José Felipe Riani Costa
Gerente-Executivo de Aprimoramento do
Relacionamento entre Prestadores e Operadoras