



Sociedade Brasileira de Patologia

Rua Ambrosina de Macedo, 79 – Vila Mariana – São Paulo – SP – CEP: 04013-030

Cartilha sobre a Lei 13003/2014 e Resoluções ANS Departamento de Defesa Profissional Coordenadora – Rosemary Nascimento

1- O que se deve saber sobre a Lei 13003/2014¹?

Publicada no DOU- 25/6/14, esta lei alterou a Lei 9.656/199812, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em particular em seu artigo 17, em vigor desde 22/12/2014. Tornou a ANS responsável pela regulamentação específica.

A nova lei surgiu para resolver o problema de **contratualização** entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde, visando reforçar a importância dos contratos escritos, regulando-os, o reajuste anual e a substituição de prestação de serviços, para garantir ao consumidor a assistência contratada.

1 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm

2 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

2- Quais são as principais disposições da lei 13.003/2014?

- Exige um contrato formal assinado entre as partes, discriminando todos os serviços contratados, bem como os seus valores, a forma e a periodicidade do reajuste e os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços, prevendo penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações.

- Todos os prestadores de serviços, pessoas físicas (médicos, dentistas, fisioterapeutas, etc.) e pessoas Jurídicas (hospitais, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos de saúde), **exceto aos que atuem no SUS** devem, obrigatoriamente, firmar acordos por escrito com as operadoras de planos de saúde.

- Estabelece as condições para a substituição dos prestadores de serviço, devendo ocorrer por outro equivalente, e informando com antecedência de até 30 dias o beneficiário e o prestador.

- Coloca a ANS como órgão responsável pela regulamentação da lei e como referência para o índice de reajuste anual.

3- Que ganhos terão os prestadores de serviços?

- A Lei 13.003 garante a livre negociação. Não havendo acordo, avalia o índice para o reajuste. O primeiro ganho é o reajuste obrigatório anual e periódico.

4- Como será feita a descrição dos serviços contratados?

- Deve-se anexar a lista de Procedimentos diagnósticos em Patologia/ Citopatologia, com os códigos, valores de portes, custos operacionais e valor total de cada procedimento, considerando-se a CBHPM plena.

Pode-se deixar de acrescentar algum item que não se realize e/ ou que não se chegue a um acordo sobre os valores da remuneração, por exemplo – exame per- operatório com deslocamento de patologista, imuno-histoquímica, etc. Informe- se mais:

<http://www.sbp.org.br/>

<http://www.abralapac.org.br/v3/index.php/>

<http://www.amb.org.br/>

5- Porque adotar a CBHPM?

- A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) foi um trabalho sério desenvolvido em três anos pela Associação Médica Brasileira (AMB), suas Sociedades de Especialidade e o Conselho Federal de Medicina, utilizando a metodologia da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE). A CBHPM referencia os portes de atos médicos laboratoriais, como frações do porte de uma consulta clínica e define a unidade de custo operacional (UCO). A UCO incorpora a depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas, comprovadamente associadas aos procedimentos médicos.

A primeira edição foi lançada em 2003 e a última em novembro de 2014.

6- Ainda estão em vigor as Tabelas AMB 90, 92 e outras listas de procedimentos?

- Muitos planos de saúde adotam a correspondência dos códigos designada de relacionamento das tabelas: THM 1990/1992, LPM 1996/1999 e CBHPM 3ª, 4ª e 5ª Edições, com a TUSS.

- As THM 1990/1992 e as LPM 1996/1999 estão superadas, por não seguirem a metodologia atual

e não refletirem a realidade da especialidade e sua área de atuação. Deve - se negociar para estabelecer a CBHPM plena, como um referencial **do ato médico em Anatomia Patológica e Citopatologia**.

7- Mas, então o que é o ROL da ANS?

- O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos. Este Rol foi baseado na CBHPM.

8- Quais são as resoluções normativas (RN) editadas pela ANS para regulamentar a lei?

- RN 363 - Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

- RN 364 - Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

- RN 365 - Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

9- Qual é o prazo para que todos os contratos sejam assinados, segundo as regras ditadas na RN363, entre Prestadores de Serviços e Operadoras de Planos de Saúde?

- O prazo para se ter contratos escritos é **22 de dezembro de 2015**. A partir de 2016, os prestadores de serviços que não tiverem contratos formalizados, não terão seus reajustes dentro da Lei.

10- Quais são as principais regras da RN 363 ³

- A operadora não poderá solicitar exclusividade ao prestador

- O contrato deve descrever todos os serviços prestados e seus valores para pessoas físicas ou jurídicas, e também se aplica a Hospitais, Laboratórios, Clínicas e demais prestadores de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADTs).

- O contrato deve ser claro quanto aos itens: eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora; a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão e as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

- No contrato devem constar hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado, prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

3 - <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw>

11 – Como será a forma e a aplicação do reajuste anual, segundo a RN 364⁴?

- No contrato deve estar prevista a livre negociação, entre as partes, que deverá ocorrer nos primeiros 90 dias do ano, assim como a data do reajuste, prazos e formas de pagamento.

- Se prestadores e operadoras não acordarem um índice de reajuste até **31 de março de cada ano**, aplicar-se-á o índice de reajuste definido pela ANS.

- O acordo de reajuste entre as partes poderá ser inferior ou superior ao IPCA Integral se durante a negociação entre operadora e prestador de serviços ambos assim decidirem. Em hipótese alguma os valores dos serviços prestados poderão sofrer redução ou a operadora utilizar a sinistralidade para estabelecer o índice de reajuste.

4 - <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1OA>

12 – Quando e como incidirá o índice?

No dia do aniversário do contrato, e quando não houver contrato escrito e ocorrer prestação de serviço por mais de 12 meses, incide no dia do aniversário da prestação de serviço. Por

exemplo: o aniversário de um contrato é 20/12/2015; espera-se que tenha ocorrido a livre negociação até 31/3/2015; não ocorreu acordo entre as partes?

No dia 20/12/2015 o contrato será reajustado com o IPCA Integral acumulado nos 12 meses precedentes, sem a necessidade de concordância da operadora, correspondendo ao que diz a Lei.

13- Qual foi a Súmula Normativa onde o índice de reajuste para 2015 foi anunciado pela ANS?

- O IPCA Integral, correspondente ao acumulado dos últimos 12 meses, na Súmula Normativa nº 26, 27 de fevereiro de 2015.

5

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1OA==>

14- Onde se deve consultar o IPCA?

- No site do IBGE. Para informações do índice acumulado mês a mês, siga o link - http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.sht

15 - Os prestadores de serviço que não utilizarem a última versão TISS/TUSS na troca de informações terão direito a revisão de glosas feita pelas operadoras?

- Não. A TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) é padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da saúde suplementar. A TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar), foi desenvolvida pela ANS para facilitar esta troca de informações entre os integrantes do setor. É um padrão de codificação obrigatório na geração de guias.

16 - Em relação aos reajustes previstos na RN 364, qual é artigo mais polêmico?

- O artigo 7º, porque prevê a aplicação Fator de Qualidade ao índice de reajuste definido pela ANS, em princípio definido como um **deflator** ao IPCA, para quem não o possuir.

17 - O que é o FATOR DE QUALIDADE (FQ)?

- É um conjunto de critérios de qualificação acordado entre a ANS e as partes. O FQ será definido através de futuras Instruções Normativas (IN) da ANS.

- Para os profissionais de saúde a ANS utilizará, na composição do FQ, critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes, em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

- Para os demais estabelecimentos de saúde, a ANS utilizará, na composição do FQ, os certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

18- Quando entrará em vigor aplicação deste Fator de Qualidade aos prestadores de Serviços?

- A partir de janeiro de 2016 para os prestadores hospitalares. A Instrução Normativa com as regras está em processo de discussão na diretoria ANS, devendo ser lançada até 22/12/2015.

- Para os demais Prestadores de Serviços, este prazo foi postergado para janeiro de 2017, em outra IN, que entrará em discussão e estará aberta a receber contribuições.

19- Qual é a contribuição da Sociedade Brasileira de Patologia para que os Laboratórios de Patologia/ Citopatologia possam obter o benefício da aplicação do FQ, em seus reajustes?

- O Programa de Acreditação e Controle de Qualidade – PACQ, que foi lançado no 30º CBP, é a contribuição da atual Diretoria e do Departamento de Controle de Qualidade à nova legislação, por estar vigilante e acompanhar com proximidade e constância reuniões de grupos de trabalho e audiências públicas da ANS, Fóruns de discussão de entidades médicas estaduais e federais.

Saiba mais:
<http://www.sbp.org.br/Noticias/noticiasDetalhes.aspx?idNoticia=879>

20- O QUE É O QUALISS?

- O Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) da ANS, em estágio de desenvolvimento, para os prestadores de SADTs e consultórios, destina-se a monitorar, avaliar e divulgar o desempenho dos laboratórios, clínicas e ambulatorios na Saúde suplementar. A ANS divulgará, periodicamente, em seu portal eletrônico, os resultados das instituições que atendem ao mínimo de qualidade esperada. Será de adesão voluntária e não deverá substituir a necessidade de adoção de um Sistema de Acreditação, que seja reconhecido pelo IMETRO ou ISQUA.

21- A exclusão de prestador de serviços não hospitalar sem substituição, de acordo com a RN 3656, está prevista em que situações?

- Rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado.

- Ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes.

- Quando a operadora comprovar que houve 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.

6 - <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1OQ==>

22 – Do que trata a IN 56?

- A Instrução Normativa 56 regulamenta o Capítulo III da RN nº 365, que dispõe sobre a necessidade de disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

23 - Como agir para fazer valer os nossos direitos previstos por lei?

- Analisar se todos os seus contratos atendem a Lei 13003 e as resoluções da ANS, separando aqueles que não atendem as regras atuais em seu todo ou em alguma das cláusulas.

- Enviar uma carta registrada com AR, na modalidade com declaração de conteúdo, para cada operadora com contrato irregular solicitando o envio de novo contrato ou de um termo aditivo com as cláusulas que não estejam contempladas.

- Solicitar a cada operadora por carta registrada com AR, na modalidade com declaração de conteúdo, o agendamento de reunião para negociação do índice de reajuste, caso não tenha havido ainda qualquer acordo de livre negociação.

24- O que fazer se as operadoras não responderem a esta comunicação?

- Não havendo resposta da operadora, comunicar o problema à ANS, diretamente ou por intermédio de sua entidade associativa.

- Reforçar a solicitação da proposta, inclusive, anexando os documentos encaminhados à ANS.

25- O que tem sido observado pelas entidades representativas dos médicos em relação aos contratos?

- Médicos e algumas operadoras encaminharam seus contratos à Comissão de Saúde Suplementar (COMSSU) do CREMERJ, à SOMERJ, ao SINMED e para algumas Sociedades de especialidade que observaram várias irregularidades.

Prezado colega, agora que você sabe que a **Lei 13003/2014** lhe dá o direito de livre negociação com as operadoras, analise as suas tabelas vigentes, verifique se não estão defasadas, e tente negociar pelo menos os valores estabelecidos pela CBHPM.

Caso não haja negociação, procure pelas entidades representativas do seu estado. Faça valer os seus direitos!