

# ORIENTAÇÕES AOS MÉDICOS SOBRE OS REQUISITOS MÍNIMOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO COM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE



## **ORIENTAÇÕES AOS MÉDICOS SOBRE OS REQUISITOS MÍNIMOS PARA A CONTRATUALIZAÇÃO COM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE**

**A LUZ DA LEI 13.003/2014, QUE MODIFICA A LEI 9656/1998  
E DE RESOLUÇÕES E INSTRUÇÕES NORMATIVAS DA ANS  
RN-ANS Nº 363/2014, 364/2014, 365/2014 e 391/2015  
IN-ANS Nº 056/2014 e 061/2015**

- ✓ *Não assinem contratos que não contemplem a cláusula de livre negociação entre as partes.*
- ✓ *Não assinem contratos que proponham fracionamento de qualquer índice. O índice regulamentado pela ANS, o IPCA cheio deverá ser adotado em sua integralidade.*
- ✓ *Comuniquem diretamente à Associação Médica Brasileira ([cbhpm@amb.org.br](mailto:cbhpm@amb.org.br)) caso recebam de operadoras propostas de contratos que não atendam a estas diretrizes.*

## **A - OBRIGATORIEDADE DA EXISTÊNCIA DE CONTRATO**

As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por **contrato escrito, formal**, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviços (Lei 9656/1998 - Art. 17-A).

## **B - CONDIÇÕES CONTRATUAIS OBRIGATÓRIAS**

O contrato deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução expressas em cláusulas, negociadas uma a uma, que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas obrigatoriamente as que determinem:

### **1. O OBJETO DO CONTRATO (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso I)**

O objeto do contrato deve ser:

- A prestação de serviços médico-assistenciais, ou*
- A prestação de serviços médicos de diagnóstico, ou*
- A prestação de serviços hospitalares, ou*
- Duas dessas alternativas, ou*
- As três alternativas.*

### **2. A NATUREZA DO CONTRATO (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso I)**

*A natureza do contrato é bilateral e não unilateral. Isto é, a negociação deve ser feita diretamente pelo médico, ou quando este julgar necessário, através de representante (**comissão estadual de honorários médicos, entidade de classe, sindicato, advogado entre outros**), negociando cláusula a cláusula e não a adesão a um contrato já pronto apresentado pela operadora ao prestador.*

### **3. A VIGÊNCIA DO CONTRATO E CRITÉRIOS PARA RENOVAÇÃO, PRORROGAÇÃO E RESCISÃO (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso IV)**

*A vigência do contrato deve ser de um ano, permitindo-se prorrogações sucessivas desde que acordadas entre as partes;*

*A previsão de renovação, de prorrogação e de rescisão deve incluir a negociação entre as partes e privilegiar o acordo.*

### **4. A DESCRIÇÃO DE TODOS OS SERVIÇOS CONTRATADOS (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso I)**

*Devem ser relacionados, em um anexo, todos e somente os procedimentos que estão sendo contratados;*

*Não incluir procedimentos que o contratado não realiza. Não relacionar procedimentos de forma genérica (p.e. cirurgia ortopédica);*

*Especificar os procedimentos utilizando a TUSS-ANS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar);*

*Deve haver a previsão expressa que permita a atualização de procedimentos que podem ser prestados pelo médico durante a vigência do seu contrato, inclusive por alteração do Rol de cobertura mínima obrigatória da ANS.*

**5. A IDENTIFICAÇÃO DOS ATOS, EVENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA OPERADORA (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso III)**

*Devem ser relacionados em um anexo especificando todos os procedimentos que necessitem prévia autorização da operadora, utilizando-se a TUSS-ANS.*

**6. A DEFINIÇÃO DOS VALORES DOS SERVIÇOS CONTRATADOS (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso II)**

*De forma negociada entre o prestador de serviços e a operadora de plano de saúde deve ser elaborada uma tabela de preços que deverá ser um anexo do contrato;*

*Nesta tabela de preços deve constar todos e somente os procedimentos contratados.*

**7. OS CRITÉRIOS DOS REAJUSTES (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso II)**

*Deve-se privilegiar a livre negociação entre as partes;*

*A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste no contrato escrito, firmado com o Prestador de serviços, quando:*

- 1. Houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e*
- 2. A Operadora e o Prestador não chegarem a um acordo até o dia 31 de março;*



*A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) já definiu que, nas condições acima, o reajuste será o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) cheio (Art. 3º da RN-ANS 364/2014, modificada pela RN-ANS 391/2015);*

*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.*

*Na negociação é importante considerar que o índice de reajuste deve ser composto por três itens:*

- 1. A reposição inflacionária (IPCA Cheio);*
- 2. A reposição de perdas anteriores;*
- 3. O Reajuste real.*

## **8. A FORMA DOS REAJUSTES (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso II)**

*A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa no contrato de modo claro e objetivo.*

*O Fator de Qualidade, conforme previsto na Resolução Normativa ANS 364 (Art. 7º), a ser aplicado ao índice de reajuste da ANS – IPCA cheio, deverá ser adotada nos contratos entre consultórios médicos e Operadoras e será:*

- 1. Resultante de consenso advindo das discussões entre as Entidades Médicas, a ANS e a Sociedade Civil (Associação de Proteção ao Paciente e Sociedade de Especialidade).*
- 2. Deverá ter como premissa a Qualificação pelo Título de Especialista.*
- 3. Não poderá incorrer, quando observadas às premissas anteriores, em redução de reajuste anual.*

#### **9. A PERIODICIDADE DOS REAJUSTES (RN-363/2014 – Art. 4º - Inciso II)**

*A periodicidade do reajuste será anual, negociada até dia 31 de março de cada ano e aplicada na data do aniversário do contrato. A data do aniversário do contrato é um ano após a data do último reajuste;*

*Sempre que o equilíbrio econômico e financeiro do contrato estiver ameaçado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, poderá ser formalizado TERMO ADITIVO de reajuste;*

*Caso o tempo decorrido desde o último reajuste seja menor ou maior que um ano, aplica-se o pró-rata do índice de reajuste acordado.*

#### **10. OS PRAZOS E OS PROCEDIMENTOS PARA FATURAMENTO E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

*Devem ser expressos claramente no contrato.*

## **11. A ROTINA DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA E TÉCNICA:**

*O que é previsto na legislação atual sobre auditoria e glosas (Lei 13.003/2014 e Regulamentação da ANS):*

*RN-ANS 363/2014 - Art. 5º - As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:*

*I - Qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;*

*II - Qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;*

*III - Exigir exclusividade na relação contratual;*

*IV - Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;*

*V - Estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;*

*VI - Estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;*

*VII - Estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e*

*VIII - Estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.*



**Parágrafo único.** *As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.*

*RN-ANS 363/2014 - Art. 14 - A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:*

*I - Hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;*

*II - Prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e*

*III - Conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.*

*Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.*

*A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina consideram a regulamentação sobre glosa insuficiente e propõem à ANS uma INSTRUÇÃO NORMATIVA SOBRE GLOSAS, (anexo).*

## **12. AS PENALIDADES PELO NÃO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES ESTABELECIDAS PARA AMBAS AS PARTES DEVEM SER EXPRESSAS.**

*Tanto para contratante como para contratado o não cumprimento de obrigações pecuniárias devem implicar em penalidades pecuniárias;*

*Indícios de infração ética por parte da Operadora ou do Prestador de Serviços devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Medicina;*

*Sanções de advertência, suspensão ou rescisão do contrato só poderá ser aplicada pela Operadora após o processo administrativo, garantida a ampla defesa.*

### **C - VEDAÇÕES CONTRATUAIS**

As seguintes práticas e condutas são vedadas na Contratualização entre operadoras e prestadores:

- 1. Qualquer tipo de exigência por parte da Operadora referente à apresentação ao Prestador de comprovantes de adimplência do beneficiário;*
- 2. Qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética Médica;*
- 3. Exigência de exclusividade na relação contratual;*
- 4. Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Médico;*
- 5. Estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;*
- 6. Estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas;*
- 7. Estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora;*
- 8. Estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.*

## **D - SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS**

A inclusão do nome do prestador de serviço de saúde nos produtos comercializados pela operadora de plano de saúde (OPS) (Inciso I e § 1º do art. 1º da Lei 9656/1998) implica compromisso com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência (Art. 17 da Lei 9656/1998).

**Dr. Emilio Cesar Zilli**  
Diretor de Defesa Profissional – AMB

**Dr. Salomão Rodrigues Filho**  
Coordenador da Comissão Saúde Suplementar - CFM

