

II Boletim Informativo

Resolução Normativa - RN Nº 363

A Resolução Normativa - RN, vigente desde 22/12/2014, dispõe sobre as **normas para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde.**

As condições de prestação de serviços de saúde no âmbito dos planos privados de assistência médica por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas, obrigatoriamente, por contrato escrito e claro estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Os contratos devem definir os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente: descrição de todos os serviços contratados; a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados; a identificação dos procedimentos 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 para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

A definição de normas, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos devem observar o disposto na [Lei nº 9.656](#), de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor. Assim, por exemplo, segundo arts. 17-A e 18 da referida Lei, alterada pela Lei 13.003/14, os contratos devem descrever os serviços contratados, especificando aqueles que dependem de autorização da operadora, vigência, renovação, rescisão, preços e reajustes, contratos estes que deverão ser realizados anualmente, no prazo de 90 dias a contar do início de cada ano. O prestador tem direito à contratação com número ilimitado de operadoras e se obriga a atender com igualdade beneficiários de qualquer operadora, priorizando caso de urgência e emergência, idosos acima de 65 anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.

São proibidas na contratualização entre Operadoras e Prestadores: exigência para apresentação de comprovantes de pagamento do plano pelo paciente quando escolher o Prestador; qualquer exigência que infrinja o Código de Ética das profissões; exigir exclusividade na relação contratual; restringir a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador; estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas; estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas; estabelecer formas de reajuste condicionadas à frequência de uso da operadora; e estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.

Além disso, deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.

Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência, com forma de reajuste dos serviços contratados expressa de modo claro e objetivo e deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato. 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.

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.

No contrato, deve constar prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;

As operadoras que mantenham contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis (Art. 22).

Resumindo a Normativa 363 frente à lei 13003/14 **obriga** a contratualização, por escrito, entre a operadora e o prestador de serviços de assistência à saúde onde deve constar:

1. Obrigações e direitos de ambas as partes
2. Definir claramente os serviços contratados com atribuição de valores
3. Referência financeira e periodicidade do reajuste de valores
4. O procedimento para faturamento e pagamento de serviços prestados
5. Identificação dos procedimentos que necessitem autorização previa
6. Vigência do contrato e critérios de prorrogação, renovação e rescisão
7. Penalidades pelo não cumprimento do contrato

O prazo para renovação, rescisão, preços e reajustes é de 90 dias a contar do início de cada ano, obedecendo aos artigos 17-A e 18 da lei 9656 (3 de junho de 1998), alterada pela lei 13003 em 22 de dezembro de 2014

Atenciosamente,

Comissão de Ética e Defesa Profissional