

**PROCESSO Nº: 33910.030767/2018-97**

**NOTA TÉCNICA Nº 18/2018/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES**

Interessado:

DIRETORIA ADJUNTA DA DIDES, DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL, GERÊNCIA DE ASSESSORAMENTO NORMATIVO E CONTRATUALIZAÇÃO COM PRESTADORES

Registro ANS: DIRAD-DIDES

**ASSUNTO:** Nota Técnica que visa discriminar os principais problemas regulatórios percebidos pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde à luz da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e sua regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a fim de subsidiar as melhores ações regulatórias.

**1. INTRODUÇÃO**

1. Trata-se de Nota Técnica que visa discriminar os principais problemas regulatórios identificados pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde à luz da Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e sua regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a fim de subsidiar as ações para o aprimoramento da regulação setorial.

**2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO**

2. A Lei nº 13.003/2014 alterou os artigos 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 06 de junho de 1998, e introduziu o artigo 17-A, estabelecendo a obrigatoriedade do contrato escrito para formalizar a relação entre operadoras e prestadores. Além disso, elencou cláusulas de presença obrigatória e trouxe a previsão da substituição de prestador não hospitalar por outro equivalente. Os novos dispositivos legais foram regulamentados pelas Resoluções Normativas – RN nº 363, 364 e 365, todas de 2014.

3. A RN nº 363/2014 reforçou a obrigatoriedade do contrato escrito e estabeleceu como obrigatória a inclusão de cláusulas sobre: definição e valores dos serviços contratados, os critérios, a forma e a periodicidade do reajuste, bem como os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados, incluindo a rotina administrativa e técnica e os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora.

4. A RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, define o índice de reajuste que deve ser aplicado nos contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, quando não houver acordo entre as partes. O referido índice, cumulado com Fator de Qualidade, incide de forma excepcional e subsidiária, tão somente quando houver, concomitantemente: (1) previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e (2) insucesso no acordo entre as partes ao término do período de negociação.

5. Cabe ressaltar que os resultados e novas perspectivas com as diretrizes para reformulação do Fator de Qualidade, que corresponde ao fator de correção aplicado a tal índice de reajuste, vem sendo discutido no âmbito do Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial – COTAQ, passou por consulta pública no período de 19/07/2018 à 17/08/2018 e é objeto de processo específico (33910.011787/2018-69; 33910.013251/2017-05), de modo que não será tratado neste relatório.
6. A substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares foi regulamentada pela RN nº 365/2014 e Instrução Normativa – IN DIDES nº 56/2014, de modo que o descredenciamento de tais prestadores implica sua substituição, com observância ao previsto nestes normativos. A regulamentação infralegal definiu os critérios de equivalência, bem como as formas de comunicação aos beneficiários.
7. Quanto à equivalência, os estabelecimentos devem apresentar os mesmos serviços especializados de acordo com a classificação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; já os profissionais, devem apresentar habilitação legal para exercer a mesma profissão, além de estarem localizados no mesmo município. É admitida no caso de indisponibilidade a substituição em município limítrofe ou, em último caso na Região de Saúde. Quanto à comunicação o Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, disponibilizando-as com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e com permanência acessível por 180 dias.
8. Tendo em vista o arcabouço regulatório e as práticas do setor, percebe-se que a relação entre operadoras e prestadores se mostra complexa e permeada por conflitos de posições e de interesses por vezes antagônicos, criando grande instabilidade nas relações jurídicas entre estes atores.
9. A instabilidade nas condições de prestação de serviço, na maioria das vezes, acarreta falhas no atendimento ao consumidor de planos de saúde, sendo necessário reduzir as consequências danosas das controvérsias. Nesse sentido, é importante o constante acompanhamento pela regulação e o estabelecimento de novas ações regulatórias, evitando repercussões negativas para os beneficiários de planos de saúde.
10. Vale notar que o simples cumprimento da legislação não significa, necessariamente, avanço no relacionamento entre operadoras e prestadores. A harmonização entre estes principais atores do setor só será possível através da evolução da prática regulatória discutida em um ambiente favorável a tais discussões e coordenado pela ANS.
11. A fim de iniciar tais discussões, a DIDES passa, portanto, a apresentar um panorama da relação entre prestadores e operadoras, com base nas denúncias, reclamações e questionamentos recebidos e nas pesquisas de contratualização realizadas com operadoras e prestadores nos anos de 2016 e 2017.

### **3. ANÁLISE**

12. Feita a breve contextualização, passa-se à análise dos problemas regulatórios encontrados. Para tal análise, serão considerados como insumos: a pesquisa de contratualização de 2017, a análise das demandas da ANS acerca do relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde e demais denúncias recepcionadas pela ANS.

#### **3.1 DA PESQUISA DE CONTRATUALIZAÇÃO**

13. No ano de 2017 foi realizada a “Pesquisa de contratualização de 2017”, cujas respostas, malgrado a pouca representatividade, sinaliza para a existência de problemas no relacionamento entre prestadores e operadoras, enfatizada pela grande dificuldade que cada qual possui em compreender a situação proposta fora de seu próprio nicho.

14. De acordo com os prestadores de serviço, participantes da pesquisa e que apresentaram formulário preenchido, conforme quadro abaixo, o ponto de desacordo mais frequente na celebração ou aditamento de contratos escritos com operadoras seria quanto aos valores dos serviços e procedimentos contratados ou honorários dos prestadores (71.02%), seguido da forma/valor do reajuste anual (68.41%) e imposição de cláusulas contratuais sem possibilidade de negociação (49.35%).

15. Já no que se refere aos motivos mais frequentes de glosa, vê-se que 35.08% dos prestadores de serviço indicaram a alegação de ausência de autorização para realização do serviço/procedimento, 30.89% dos prestadores destacaram a alegação de erro do prestador no preenchimento/envio da documentação e 26.18% dos prestadores afirmaram a ausência de qualquer justificativa da operadora; por fim verifica-se que, em sua grande maioria, os prestadores afirmam ter entre 0 e 10% dos procedimentos glosados pelas operadoras, em um total de 77,58% dos respondentes.

<b>Resumo das respostas do formulário – versão prestadores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fichas preenchidas	381	
<b>Quais os pontos de desacordo mais frequentes na celebração ou aditamento dos contratos escritos com as operadoras? (possibilidade de marcar até 4 opções)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Valores dos serviços e procedimentos contratados ou honorários dos prestadores	272	71.02 %
Forma/valor do reajuste anual (ex.: livre negociação, índice econômico, percentual de índice econômico, etc.)	262	68.41 %
Imposição das cláusulas contratuais sem possibilidade de negociação	189	49.35 %
<b>Quais os motivos mais frequentes de glosa? (possibilidade de marcar até 3 opções)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausência da autorização para realização do serviço/procedimento	134	35.08 %
Erro do prestador no preenchimento/envio da documentação	118	30.89 %
Não recebo justificativa	100	26.18 %

<b>Qual é o percentual aproximado de guias glosadas pelas operadoras de planos de saúde para as quais você/sua instituição presta serviço?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0%	17	4.49 %
0,1% - 2,5%	85	22.43 %
2,6% - 5,0%	87	22.96 %
5,1% - 7,0%	40	10.55 %
7,1% - 10%	65	17.15 %
11%-20%	45	11.87 %
21%-30%	21	5.54 %
31%-40%	11	2.90 %
41%-50%	4	1.06 %
Acima de 51%	4	1.06 %
Fichas preenchidas	379	
<b>Você considera que o acesso aos serviços de atendimento da operadora voltados a rede de prestadores de serviços é:</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito fácil	3	0.78 %
Fácil	38	9.90 %
Regular	186	48.44 %
Difícil	106	27.60 %
Muito difícil	51	13.28 %

16. No que diz respeito às operadoras participantes da pesquisa e que apresentaram formulário preenchido, conforme quadro abaixo, o ponto de desacordo mais frequente na celebração ou aditamento de contratos escritos com prestadores é quanto à ausência de resposta do prestador sobre proposta contratual encaminhada (48.50%), seguido dos valores dos serviços e procedimentos contratados ou honorários dos prestadores (47.31%) e forma/valor do reajuste anual (41.92%).

17. Quanto aos motivos mais frequentes de glosa, vê-se que 69.05% das operadoras alegaram erro do prestador no preenchimento/envio da documentação, 41.67% afirmaram cobrança do serviço/procedimento em duplicidade e 41.07% destacaram a ausência de autorização para a realização do serviço/procedimento.

18. A pesquisa ainda apontou para o reduzido número de contratos em que a cláusula de reajuste trazia apenas a livre negociação como forma para definição.

<b>Resumo das respostas do formulário – versão operadoras</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fichas preenchidas	167	
<b>Quais os pontos em desacordo mais frequentes na celebração ou aditamento dos contratos escritos com os prestadores? (possibilidade de marcar até 4 opções)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ausência de resposta do prestador sobre a proposta contratual encaminhada.	81	48.50 %
Valores dos serviços e procedimentos contratados ou honorários dos prestadores.	79	47.31 %
Forma/valor do reajuste anual (ex.: livre negociação, índice econômico, percentual de índice econômico, etc.).	70	41.92 %
<b>Quais os motivos mais frequentes de glosa?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Erro do prestador no preenchimento/envio da documentação	116	69.05 %
Cobrança do serviço/procedimento em duplicidade	70	41.67 %
Ausência da autorização para realização do serviço/procedimento	69	41.07 %
<b>Qual a forma de reajuste mais frequentemente definida nos contratos?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>

Livre negociação com alternativa de outra forma de reajuste, quando não houver acordo entre as partes	106	63.10 %
Índice econômico já existente sem previsão de livre negociação	18	10.71 %
Percentual de índice econômico já existente sem previsão de livre negociação	14	8.33 %
Apenas livre negociação	8	4.76 %
Fórmula/índice próprio sem previsão de livre negociação	5	2.98 %
Outros	17	10.12%

19. A primeira pesquisa, realizada no ano anterior, em 2016, já apontava a existência de uma formalização contratual, com incremento após a edição da Lei nº 13.003/2014, sendo os principais pontos de desacordo relacionados aos valores dos serviços e procedimentos contratados, a forma e o valor do reajuste anual e a ausência de resposta sobre a proposta contratual. O estabelecimento de instrumentos jurídicos minimizou, em vários aspectos, a possibilidade de conflitos surgirem. No entanto, não foi suficiente para alcançar as questões de cunho negocial que envolvem a relação entre a operadora e sua rede prestadora de serviços de saúde.

20. A pesquisa de contratualização realizada em 2017 reforçou a percepção obtida em 2016 de que o principal problema aferido no âmbito regulatório não mais se encontrava na esfera da formalização contratual, mas, sim, no teor e no cumprimento das cláusulas nele previstas, a exigir nova ferramenta/metodologia de diálogo entre as partes para a redução das falhas de comunicação detectadas.

### **3.2 ANÁLISE DAS DEMANDAS DA ANS ACERCA DO RELACIONAMENTO EM OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE**

21. Inicialmente, é importante destacar que grande parte das demandas encaminhadas à ANS por prestadores de serviço, em especial, demandas sobre contratualização, referem-se a questões fora do âmbito de competência da agência, cujo poder fiscalizatório e sancionatório limita-se aos comandos legal e infralegais previstos. Igualmente, no que se refere às demandas sobre substituição de prestadores não hospitalares, verifica-se desconhecimento dos prestadores de serviço quanto ao papel da agência, que não tem o poder de impedir descredenciamentos, nem impor pagamentos, mas tão somente apurar se estes ocorreram em observância às normas definidas pela ANS

22. No entanto, ainda com as ressalvas tratadas acima e o baixo número de denúncias encaminhadas à ANS, a análise de tais demandas é um importante insumo para a definição dos problemas enfrentados no setor.

23. Desde a regulamentação da Lei nº 13.003, a DIDES instaurou os seguintes processos:

Assunto	Nº de demandas	Representações Lavradas

Limitação / Restrição da atividade profissional / Pacote	6	3
Descredenciamento / Substituição de Prestadores	99	5
Irregularidade de cláusula ou ausência de contrato adaptado à 13.003/14	167	26
Não aplicação de reajuste	46	11
Inadimplência/Glosa/tabela de remuneração	96	6
Demandas não classificadas	46	-

24. Percebe-se que, com o decorrer da regulamentação, a não celebração de instrumentos contratuais, que antes constituía um dos fatores a dificultar uma boa relação entre operadoras e prestadores, não se configura mais como um problema regulatório, tendo as diversas normas editadas pela ANS cumprido seu objetivo de formalizar a relação existente entre as partes, tornando mais claros seus direitos e obrigações.

25. Cumpre salientar que apenas cerca de 10 a 12% dos processos instaurados no âmbito da GASNT/DIDES e suas coordenações geram lavratura de Representação. Em levantamento recente de demandas, conforme dados do Sistema Eletrônico de Informação - SEI, considerando os processos em tramitação no período de 01/11/2016 à 28/02/2018, tem-se que dos 460 processos instaurados, 220 geraram notificação à operadora por indícios de infração (47,8%). Portanto, na maioria dos processos não há identificação de descumprimento da legislação da saúde suplementar e suas regulamentações. Ressalta-se que 20% destes processos estão relacionados a aplicação de glosa, inadimplência, divergência quanto a pacote de procedimentos e tabelas de remuneração de serviços e honorários, ou seja, questões sobre as quais não há na regulação vigente previsão de intervenção da ANS

26. Adicionalmente, conforme informações do Sistema Integrado de Fiscalização - SIF, considerando os processos instaurados nos anos de 2008 à 2017, cujo objeto é a contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, foram identificados 77 processos sobre a temática, com o seguinte resultado, após a emissão da Decisão de 1ª Instância, conforme quadro abaixo:

<b>Rótulos de Linha</b>	<b>Contagem de Número do Processo</b>
Advertência	2

Improcedência	11
Multa Pecuniária	63
Multa Pecuniária e Advertência	1
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>

27. Ainda, segundo informações do Caderno de Saúde Suplementar (junho/2017- tabelas 11 e 12), publicação da ANS que compila dados e apresenta análises sobre o setor, existe um total de 137.311 estabelecimentos de saúde que atendem planos privados de assistência à saúde. Mesmo se considerando que o quantitativo de processos instaurados pode abarcar reclamação/queixa de mais de um prestador, visto que as denúncias também são interpostas por entidades representativas e associações de prestadores/profissionais de saúde, verifica-se que as reclamações recepcionadas pela ANS correspondem a minoria dos prestadores de serviços de saúde.

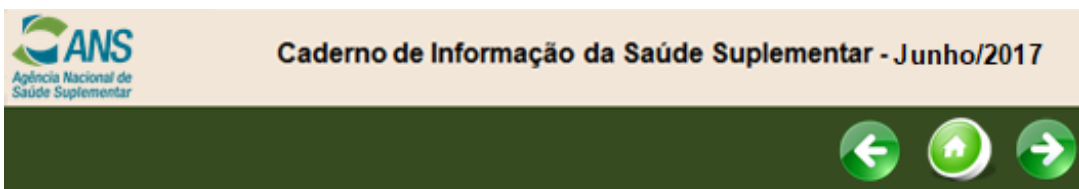


Tabela 11 - Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - março/2017)

Tipo de estabelecimento	Total		Atendem a planos privados	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
<b>Total</b>	<b>298.324</b>	<b>100,0</b>	<b>137.311</b>	<b>46,0</b>
Clinica ou ambulatório especializado	42.634	100,0	24.018	56,3
Consultório isolado	147.392	100,0	96.135	64,5
Hospital especializado	1.024	100,0	478	46,7
Hospital geral	5.109	100,0	1.770	34,8
Policlínica	6.900	100,0	3.417	49,5
Pronto socorro especializado	106	100,0	41	38,7
Pronto socorro geral	361	100,0	53	14,7
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	22.085	100,0	10.886	49,3
Outros estabelecimentos	72.713	100,0	1.513	2,1

Fonte: CNES/MS - 03/2017

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017





Tabela 12 - Estabelecimentos de saúde por tipo de convênio, segundo tipo de atendimento (Brasil - março/2017)

Tipo de atendimento	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privada
Ambulatorial	77.460	194.369	12.634	129.160
Para internação	5.816	3.800	589	2.475
Serviços de apoio à diagnose e terapia	23.674	33.306	2.846	19.472
Urgência	10.134	3.657	492	2.223

Fonte: CNEs/MS - 03/2017

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: A soma das parcelas não corresponde ao total de estabelecimentos uma vez que um mesmo estabelecimento pode atender a mais de uma forma de financiamento e constar em duas ou mais colunas.

### 3.3 DAS DEMAIS DENÚNCIAS RECEBIDAS PELA ANS

28. Ainda, vale ressaltar o recebimento de expedientes institucionais contendo denúncias de importantes fatos relacionados ao tema:

29. O primeiro versa sobre a remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar. Trata-se de recomendação do Ministério Público Federal para que a ANS inclua na sua regulamentação acerca dos contratos entre prestadores e operadoras, entre outras, a proibição do estabelecimento de tabelas privadas de referência, tendo em vista regra editada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED.

30. Mesmo tema foi objeto de ofício encaminhado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica que apontou para indícios de configuração de condutas anticoncorrenciais pela adoção de tabelas privadas para precificação de materiais e medicamentos.

31. O segundo é relacionado a remuneração por pacotes nas consultas de oftalmologia. A ANS foi instada pelo Ministério da Saúde, através do encaminhamento denúncia do Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, a apurar eventual prática em desacordo com a regulamentação setorial com a imposição por parte das operadoras de remuneração dos serviços oftalmológicos por pacotes, cujos critérios para formatação não estariam claros, tampouco seguiriam protocolos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

32. O último, mas não menos importante, os insumos trazidos pelo Relatório Final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) entre ANS e ANVISA, que derivou do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI-OPME), instituído pela Portaria Interministerial nº 38, de 8 de janeiro de 2015, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, Ministro de Estado da Fazenda e Ministro de Estado da Justiça. Com a finalidade de propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência do processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos em território nacional.

33. Tais temas serão aprofundados no tópico específico abaixo.

### 3.4 DOS PROBLEMAS REGULATÓRIOS

34. Diante de tudo isso, destacam-se, de modo exemplificativo (não exaustivo), os seguintes pontos de atrito entre operadoras e prestadores de serviços a merecerem atenção no momento da escolha e adoção de alternativas ao desafio regulatório.

## **1. Remuneração de materiais e medicamentos de uso hospitalar**

35. A ANS recebeu ofícios encaminhados pelo Ministério Público Federal e CADE em que era tratado o tema de adoção, por prestadores hospitalares, de tabelas privadas, especificamente SIMPRO e BRASÍNDICE e que tal conduta estaria eventualmente em desacordo com a legislação.

36. O CADE apura se o uso de tais tabelas como referência para a cobrança de medicamentos e materiais hospitalares caracterizaria ou não dano à livre concorrência.

37. Em paralelo, o MPF expediu a Recomendação nº 10/2018/GAB/HAM/PR/MA, de 14 de agosto de 2018, com os seguintes itens dirigidos à ANS:

*a) Normatize, no prazo de 90 dias, em ato regulatório normativo geral, no âmbito das características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de saúde, a) a vedação da inclusão de cláusula contratual que preveja ou autorize o uso de quaisquer tabelas de preços privadas de materiais medicohospitalares e de medicamentos, tais como Brasíndice e Simpro, como referência para reembolsos e/ou pagamentos devidos às entidades credenciadas em razão de serviços prestados; b) a vedação da inclusão de cláusula contratual que preveja ou autorize o comércio (revenda), com obtenção de lucro, dos materiais medicohospitalares e medicamentos dispensados em razão dos serviços prestados pelas entidades credenciadas, ao invés do simples reembolso frente aos custos de aquisição dos fabricantes e distribuidores; c) a vedação da utilização do "preço máximo ao consumidor" como referência para o reembolso a hospitais e clínicas do valor de medicamentos; d) Fixe, no prazo de 60 dias, em ato normativo geral, a obrigatoriedade do atendimento à Resolução CMED nº. 3, de 4 de maio de 2009, e à Orientação Interpretativa CMED nº. 5, de 12 de novembro de 2009;*

*b) Fiscalize, no prazo de 60 dias, e adote medidas visando o ajustamento de conduta e/ou a aplicação das sanções administrativas previstas no Código de Defesa do Consumidor e em outras normas pertinentes à defesa do consumidor às operadoras e estabelecimentos de saúde cujas práticas sejam reputadas abusivas ou desrespeitantes às normas regentes do mercado de saúde suplementar.*

38. Então, na 493ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada de 08/10/2018, foi aprovada a Nota Técnica 01/2018/DIDES, constante do processo 33910.029866/2018-26, a qual presta os devidos esclarecimentos às partes interessadas do setor de saúde suplementar acerca do entendimento regulatório vigente nesta Agência sobre a utilização de tabelas privadas de preços nos contratos firmados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde.

39. Em síntese, o entendimento da ANS é que:

a) a RN nº 363/2014 da ANS, atualmente vigente, prevê a possibilidade de utilização de tabelas de referência para a remuneração dos serviços e procedimentos contratualizados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de saúde;

b) que não há vedação, na norma vigente, para a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle, aquisição e outros dos medicamentos utilizados pelos prestadores de saúde para atendimento de beneficiários de operadoras de planos privados de assistência à saúde em razão de procedimentos ou serviços contratualizados entre as partes, inclusive vinculada à tabela de referência, desde que observada as demais disposições da RN nº 363/2014;

40. Por fim, foi aprovada a criação de uma câmara Técnica a fim de ouvir as partes interessadas, bem como colher os subsídios necessários sobre o tema para avaliação da necessidade de revisão e/ou aprimoramento da regulação setorial. Nesse sentido, foi criada a Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC, através da Portaria nº 8, de 15 de Outubro de 2018.

## **2. Remuneração por pacotes de consultas de oftalmologia**

41. Em relação à denúncia encaminhada pelo CBO, ao Ministério da Saúde, que remeteu a esta Agência, cumpre observar que a ANS já havia recebido 4 (quatro) denúncias sobre o tema, tendo lavrado 3 representações, sobretudo pela inobservância de regras contratuais acerca da definição dos procedimentos contratualizados conforme a tabela TUSS.

42. Observe-se que a ANS não possui competência legal para vedar ou impor uma determinada modalidade de pagamento/remuneração, sendo as partes livres para pactuá-la, desde que observados os parâmetros determinados pela legislação/normatização.

43. Ademais, as relações contratuais, via de regra, estabelecem-se pelo prisma do Princípio da Autonomia da Vontade, ou seja, as partes podem estabelecer livremente suas relações jurídicas, cabendo observar as normas de ordem pública que mitigam essa liberdade negocial.

44. Dessa forma, quanto ao relacionamento entre prestadores e operadoras, a legislação que rege o setor de saúde suplementar (Lei nº 9.656/98) combinada a Lei que criou e definiu as competências da ANS, preveem apenas que esta Agência atue para garantir a existência e a regularidade de contrato escrito, que estabeleça com clareza as cláusulas obrigatórias e não contenham quaisquer das disposições vedadas pela legislação na relação entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde.

45. Especificamente quanto ao pagamento por meio de pacote, tal modalidade é passível de ser estabelecida no setor suplementar de saúde, devendo os procedimentos que o integram serem definidos com clareza no contrato estabelecido. A forma de cobrança por pacote não é vedada pela regulamentação vigente, sendo reconhecida e aceita pela ANS, possuindo codificação específica para fins de faturamento e envio de informações para a Agência.

46. Vale repisar que toda formatação da contratação dos serviços de saúde, seja avulso (fee for service), por pacotes ou outra modalidade negociada, conforme o interesse das partes, é válida, desde que não infrinjam as normas de defesa da concorrência, assim como a autonomia profissional do prestador de serviços, e resultem em prejuízos ao paciente, nem as previsões da RN 363/14

47. Outro aspecto é que as cláusulas contratuais devem respeitar as disposições legais e não podem estabelecer qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde, não cabendo a esta Agência adentrar em aspectos específicos da regulamentação da atividade ou conduta profissional, de responsabilidade dos Conselhos Profissionais constituídos para tal fim.

48. Logo, as operadoras devem respeitar as disposições da regulamentação e código de ética referente as profissões de saúde, estando vedadas qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética profissional ou que caracterize conflito com a legislação em vigor. Repisa-se que é condição de registro de uma operadora a existência de um responsável pela área técnica de saúde com o registro os Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia – CRO, sendo certo que cabe ao respectivo conselho fiscalizar as atuações por ele homologadas, podendo penalizá-lo. Considerando as atribuições legais da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dos Conselhos Profissionais no que concerne aos profissionais que atuam na saúde suplementar, cabe esclarecer que a efetiva implementação de condutas por parte das operadoras que venham a infringir o código de ética e as prerrogativas dos profissionais de saúde deverão ser fiscalizadas pelos próprios Conselhos

Profissionais, entidades legalmente competentes para tal, conforme exposto na Nota Técnica nº 12/2018/GASNT, que segue anexa a esta nota

49. Destaca-se a atuação da Agência no sentido de compor em um Grupo Técnico para debater e mediar as diretrizes de modelos de remuneração baseados em valor que resultem em melhorias de qualidade da assistência, priorizando a saúde do beneficiário. Tais questões relativas ao empacotamento de serviços, utilização de protocolos e compartilhamento do risco, necessitam ser especificamente debatidas no âmbito deste GT. A RN nº 363/2014, ainda que aperfeiçoada, de modo a deixar mais claros alguns aspectos relativos à formação de preços e autorização de procedimentos não é suficiente para abarcar todas as nuances, visto estar restrita à formalização contratual.

50. Ressalta-se que após o recebimento da denúncia referenciada a ANS aprofundou sua apuração tendo oficiado 6 (seis) operadoras expressamente mencionadas para obter esclarecimentos.

### **3. Dificuldades na negociação contratual**

51. Dificuldade negocial encontrada por ambas as partes, quando da renovação ou alteração contratual é evidenciada, sobretudo, nos formulários de resposta à pesquisa de contratualização enviados por prestadores de serviço.

52. De um lado, prestadores de serviço sustentam conduta irredutível das operadoras quanto às disposições inseridas em contratos semelhantes aos de adesão, ao argumento de não ser considerada qualquer contestação de cláusulas, sobretudo aquelas referentes à precificação dos serviços contratados ou ao reajuste. Os prestadores alegam dificuldade em negociar as cláusulas contratuais, muitas vezes impostas, não recebendo retorno das operadoras ou, até mesmo, não conseguindo contatar a outra parte para discutir pontos em discordância dos contratos.

53. De outro lado, operadoras alegam que certos prestadores de serviço se valem de sua posição de destaque ou, mesmo, da carência de especialidades em determinadas localidades, para imporem preços e/ou reajuste. Nesse sentido, os prestadores valem-se do seu poder de mercado para impor preços muito acima dos valores praticados no setor de saúde suplementar.

54. Dos 381 prestadores que responderam à pesquisa de contratualização realizada em 2017, 305 (80%) consideraram que “Em mais de 50% dos casos de negociação, em torno das cláusulas contratuais com as operadoras”, o resultado atendeu à operadora; 68 (17,85%) que “atendeu igualmente ambas as partes”; e 8 (2,10%) que “Em mais de 50% dos casos atendeu ao prestador”.

55. Já as 167 operadoras que responderam à pesquisa 146 (87,4%) consideram que a negociação em torno das cláusulas com os prestadores atende igualmente a ambas as partes, 12 (7,9%) consideram que em mais de 50% dos casos atendeu aos prestadores e 9 (5,4%) consideram que em de 50% dos casos atendeu à operadora.

56. Por conseguinte, diante do impasse criado pelo comportamento das partes, ainda são mantidos contratos de prestação de serviços não adaptados às alterações advindas com a Lei nº 13.003/2014 e Resolução Normativa - RN nº 363/2014, seja porque prestadores de serviço possuem interesse na permanência da relação contratual para manterem pacientes ou a renda mensal estimada, mesmo que aquém da expectativa, seja porque as operadoras de planos de saúde não possuem opções de prestadores de serviços de certa especialidade, em determinada região, e são obrigadas a oferecer aos seus beneficiários rol de procedimentos, legalmente estabelecido, sob pena de sanção administrativa.

57. Vale dizer, da análise das relações contratuais, embora exista uma forte tendência à formalização, os contratos são meramente formais e comerciais, com pouca ou nenhuma incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada, não se refletindo na melhoria dos serviços prestados aos beneficiários de planos de saúde.

58. Muitas vezes as práticas de qualificação decorrem de iniciativas próprias ou programas indutores/certificadores do governo e instituições. Os pontos controversos limitam-se, na quase totalidade, à definição de valores, prazos para procedimentos e pagamento e reajuste dos serviços contratados. Os contratos não contemplam conteúdo relativo a indicadores qualitativos ou quantitativos de qualidade assistencial ou, mesmo, critérios para indicação de procedimentos, como utilização de diretrizes clínicas ou protocolos. A utilização de indicadores ou critérios de qualidade tem o potencial de gerar maior benefício aos clientes.

#### **4. Reiterados casos de inadimplemento contratual**

##### **4.1. Glosa sobre o faturamento apresentado**

59. A título de esclarecimento, define-se glosa como o cancelamento ou recusa de pagamento, total ou parcial, por parte da operadora, de uma conta apresentada por um prestador de serviços. A glosa pode ser técnica ou administrativa, também chamada de operacional.

60. Glosa administrativa ou operacional: ocorre por falta de dados, ou dados divergentes, do contrato entre as partes. Não está relacionada ao tratamento em si, mas sim à forma como a cobrança dos procedimentos é apresentada.

61. Glosa técnica: ocorre por dados referentes a procedimentos assistenciais e à aplicação de medicamentos, contestados pelas operadoras. Estão relacionadas ao tratamento realizado, que pode ser considerado desejável, aceitável ou inaceitável.

62. De acordo com a Pesquisa de Contratualização, descrita no item 3.1 desta Nota, os motivos mais comuns para aplicação de glosas administrativas estão relacionados a: 1) elegibilidade do beneficiário; 2) erros de preenchimento de guia/formulários, por exemplo, falta de assinatura do paciente, falta de justificativa do médico para a realização do procedimento, falta do CID (Código Internacional de Doenças) que justifique o procedimento; 3) cobrança incorreta, valor a maior ou divergente do que o negociado entre o prestador e a operadora de saúde, cobrança em duplicidade, quando o prestador cobra o mesmo procedimento/serviço mais de uma vez, cobrança de procedimento não contratualizado ou prestador não habilitado para realizar determinado procedimento; 4) ou por falta de atendimento às peculiaridades exigidas pelas operadoras.

63. Já em relação as glosas técnicas, a suspensão de pagamento está relacionada às justificativas técnicas e indicação clínica para: 1) a realização do procedimento, a quantidade, regime de atendimento (ambulatorial ou internação); 2) tipo e quantidade de materiais médicos-hospitalares utilizados; 3) prescrição e dosagem de medicamentos e terapias específicas, 4) a permanência ou utilização de instalação hospitalar e/ou serviços de saúde.

64. Em suma, pode-se dizer que a glosa é a falta de congruência entre o descrito na guia/formulário de atendimento/autorização em relação ao exigido pela operadora.

65. No entanto, os prestadores de serviço alegam que as operadoras de planos de saúde têm glosado, sem qualquer justificativa, o faturamento de procedimentos autorizados ou, mesmo, têm aplicado glosas lineares (glosas efetuadas pelas operadoras de maneira ampla e irrestrita, sem justificativa aparente, mesmo que os prestadores tenham atendido a todas as exigências contratuais). Além disso, destacam que a ausência de prazo limite para a operadora impor glosa sobre o faturamento de procedimentos, previamente autorizados e já realizados, gera graves transtornos financeiros, em razão do efeito surpresa.

66. A seu turno, as operadoras de planos de saúde justificam as glosas por serem cobradas por procedimentos não contratualizados ou, ainda, em duplicidade, ou por receberem contas superfaturadas. Acrescem que o envio inadequado da informação/documentação (ausência de

sistemas informatizados por parte dos prestadores de serviços ou não utilização da versão mais recente da Guia TISS) legitimaria a aplicação de glosas.

67. A RN 363/14 admite a análise e auditoria das contas pelas operadoras de planos de saúde, contudo, o ordenamento veda a utilização do recurso da glosa linear para manter o seu fluxo de caixa estável, conforme se denota da leitura da Súmula Normativa nº 16 da ANS, de 12 de abril de 2011. Os prestadores de serviços argumentam não ter como identificar em muitas situações se a glosa é ou não procedente e o tempo e esforço para analisar e justificar o caso muitas vezes inviabiliza o seu recebimento, ou seja, é mais caro justificar a cobrança do que receber o valor propriamente dito.

68. Vale mencionar, também, algumas situações relativas às glosas que foram observadas no âmbito dos processos administrativos analisados pela DIDES e que demandam atenção: (i) obtenção de liminar judicial por beneficiário de plano de saúde, a fim de obrigar prestador de serviço a realizar determinado procedimento de saúde: se após a prestação do serviço de saúde a medida liminar for cassada, por decisão judicial, a operadora acaba por glosar o pagamento devido ao prestador; (ii) substituição pela operadora da aplicação de glosas (superfaturamento/cobranças indevidas), pela figura da “correção de faturamento indevido”, sob a justificativa de que tal situação não configuraria receita e, portanto, não caberia glosar, visto exigir interferência técnica e não financeira; (iii) autorização de procedimento pela operadora no âmbito da Notificação de Investigação Preliminar – NIP sem o devido pagamento quando do faturamento.

#### **4.2 Não pagamento da remuneração devida pelo procedimento**

69. Outrossim, a alegação de inadimplência das operadoras apresenta-se como tema corriqueiro das demandas apresentadas por prestadores de serviços. Dos 85 processos administrativos atualmente em andamento na Coordenadoria de Contratualização da DIDES, 42 referem-se a queixas referentes glosas ou inadimplência por parte da operadora de plano de saúde, representando cerca de 49,41%.

70. Quando determinada dívida deixa de ser paga ou quando o pagamento é realizado de maneira equivocada, a legislação assegura ao credor meios para fazer com que a obrigação seja efetivamente cumprida. O descumprimento da obrigação ocorre a partir do momento em que o pagamento se torna exigível. Contudo, não está no escopo normativo da ANS o poder legal para compelir a operadora ou o prestador a cumprir as obrigações estabelecidas no contrato.

71. A Lei nº 9.656/98, alterada pela Lei nº 13.003/2014, regulamentada pela RN nº 363/2014, estabeleceu os aspectos da relação contratual que, obrigatoriamente, devem fazer parte do conteúdo das cláusulas do contrato, bem como as práticas e condutas vedadas na contratualização entre operadoras e prestadores.

72. Logo, no tocante aos contratos firmados entre operadoras e prestadores, a atuação da ANS, na forma prevista na regulação setorial vigente, encontra-se adstrita à fiscalização do cumprimento das regras estabelecidas na norma e aplicação de penalidades em caso de desconformidades, na forma do artigo 43 da Resolução Normativa nº 124/06, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, *in verbis*:

“Contratualização

Art. 43. Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviço de saúde:

Sanção – advertência;

multa de R\$ 35.000,00.

Parágrafo único. Incorre na mesma sanção a entidade de autogestão e a operadora por ela contratada que descumprirem a regulamentação referente à contratação de rede de prestação de serviços, em especial o artigo 21 da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006. (Redação dada pela RN nº 272, de 20/10/2011)”

73. Além do potencial de gerar judicialização, haja vista a limitação legal de atuação da ANS, as situações de glosas recorrentes ou inadimplência também acarretam um grande prejuízo na assistência ao beneficiário. Devido à insegurança de que o pagamento do procedimento será realizado, há negativa de cobertura ou até mesmo suspensão de atendimento dos serviços contratados, culminando, até mesmo, no distrato contratual com a operadora, quando o profissional ou estabelecimento não se vê mais em condição de arcar com os custos dos serviços.

74. Quando controvérsias maiores surgem, é importante que existam mecanismos de resolução de conflitos eficientes e efetivos, evitando-se o recurso ao sistema judiciário, o que tende a prolongar o período de resolução do conflito, bem como não resolve a assistência ao beneficiário.

### **4.3. Aplicação irregular do reajuste previsto em contrato ou determinado pela ANS**

75. Forte ponto de dissenso, dada a insatisfação dos prestadores de serviço com relação às propostas apresentadas pelas operadoras (índice e/ou percentual aplicado), sob a alegação de não recomparam as perdas inflacionárias e não atenderem às expectativas do mercado. Ressalta-se que no período de 01/11/2016 à 28/02/2018 foram instaurados 44 processos relacionados a queixas de não aplicação do reajuste.

76. Mesmo quando concordes quanto ao reajuste previsto contratualmente, prestadores destacam a ocorrência do não pagamento pela operadora na forma ou condições previamente estipuladas ou, ainda, não aplicação de reajuste anual.

77. Somado a isso, existe incompreensão por parte dos prestadores de serviço no que se refere à excepcionalidade da RN nº 364/2014, cujo cabimento limita-se aos casos de a livre negociação ser a única forma de reajuste prevista no contrato e restar frustrada toda e qualquer tentativa nesse sentido, dentro do prazo legal estipulado.

78. Vale destacar que, conforme Pesquisa de contratualização realizada em 2017, a forma de reajuste mais frequente é a livre negociação com alternativa de outra forma de reajuste, quando não houver acordo entre as partes. De uma forma geral, a livre negociação exclusiva é a forma menos utilizada para negociação de reajuste entre as operadoras e os hospitais, consultórios e outros prestadores.

#### **4.3.1. Condutas verificadas pela DIDES em que há indícios de burla à aplicação do reajuste contratual**

79. Em que pese a Lei 9656/98 trazer previsão expressa sobre a anualidade da aplicação de reajuste em seu art. 17-A, §3º, algumas condutas foram observadas como indícios de que a norma pode estar sendo descumprida, ainda que revestida de aparente consensualidade.

80. Diversas denúncias recebidas apresentaram o relato da imposição, por parte das operadoras, de aditivos contratuais prevendo reajuste zero em lugar dos percentuais contratualmente previstos, sob ameaça de não renovação contratual em caso de não assinatura.

81. Ressalta-se que, quando oficiadas pela ANS, as operadoras afirmam que o reajuste zero teria sido livremente pactuado, contudo não comprovam o aceite por parte dos prestadores, aceite este que não pode ser presumido, uma vez que os mesmos encaminharam denúncias ao ente

regulador.

82. Uma das consequências observadas nessas situações é a não renovação do contrato, pela operadora, sob alegação de não haver interesse para tal, ou seja, na hipótese de o prestador não anuir ao oferecido pela operadora e, considerando que as cláusulas de vigência geralmente trazem prazo indeterminado ou anual, sem qualquer limite à rescisão unilateral do contrato, a discordância pelo prestador resulta no término da relação contratual.

83. Há, ainda, situações em que o contrato é negociado anualmente e, desta forma, ao não aplicar o reajuste previsto, a operadora alega se tratar de novo contrato e, por vezes, os valores oferecidos chegam a ser inferiores ao anteriormente em vigor.

## **5. Adoção da Tabela TUSS**

84. Também há divergência da operadora e prestador de serviços quanto ao conteúdo/definição de certos procedimentos de saúde descritos na TUSS - Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar. Os prestadores reivindicam a adoção de tabelas próprias das categorias, a exemplo da CBHPO, ou utilização da codificação específica da TUSS, a exemplo dos procedimentos próprios de fisioterapia. Alegam que as operadoras utilizam como padrão a CBHPM, a qual não contempla as atividades e precificação de determinados eventos e procedimentos realizados pelos profissionais não médicos.

85. Em caso recente, dentro da seara da Terapia Ocupacional, operadora defendia que “reavaliação” estaria incluída no conceito de “consulta/sessão”, a impossibilitar cobrança particular do prestador de serviços ao beneficiário, por se tratar de procedimento expressamente contratado. Já o prestador de serviços sustentava que “reavaliação” seria conceito diverso de “consulta/sessão”, a admitir cobrança particular ao beneficiário, pois ausente previsão contratual, o que não é admitido pela legislação setorial.

86. Cabe repisar que, em relação ao seu objeto, 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 TUSS, bem como a definição dos valores dos serviços, que devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.

87. Independentemente de como está descrito o objeto do contrato estipulado entre as partes, deve ser assegurado que os pacientes tenham acesso a tratamento adequado e oportuno em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional e na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas regulamentações.

88. A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas estabelecidas nos previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei e não é permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial. Assim, é asseverado ao consumidor de plano de saúde o benefício de acesso e cobertura e a rede de prestadores deve ser capaz de atender à demanda dos beneficiários, respeitando o que foi contratado, sendo imputada à Operadora a responsabilidade por eventuais falhas na formação desta rede que resultem no não atendimento ao beneficiário.

## **6. Rescisão contratual**

89. A motivação e o prazo de comunicação da rescisão, também são objeto de conflito entre operadoras e prestadores.

90. Como forma de pressão para o atendimento de suas proposições, alguns prestadores suspendem os serviços prestados aos beneficiários de determinada operadora, que apenas toma



ciência quando da queixa de negativa de atendimento. Nessa mesma linha, certas categorias de prestadores de serviço ameaçam descredenciamento em massa, em caso da não aceitação pela operadora dos termos propostos (preços, tabelas, reajuste), valendo-se de domínio de mercado relevante.

91. Em contrapartida, há também prestadores de serviço que são surpreendidos por rescisão unilateralmente imposta por operadora, que assim procede diante da desnecessidade de motivação para rescindir e ausência de previsão contratual de multa pela rescisão antecipada do contrato.

92. Uma situação usualmente reportada pelos prestadores é de notificação de descredenciamento por parte da operadora quando não há consenso nas disposições das cláusulas contratuais, o que pode ocorrer durante o período de negociação da aplicação do reajuste, que deve ser anual, segundo a norma.

93. De acordo com dados do SEI no período de 01/11/2016 até 30/08/2018 foram instaurados 78 processos relativos a substituição de prestador não hospitalar, correspondendo a cerca de 16% das demandas.

## **7. Subnotificação das irregularidades pelos prestadores de serviço**

94. Como mencionado alhures, a quantidade de denúncias recebidas pela DIDES é pouco representativa diante da quantidade de prestadores que atuam na saúde suplementar, ainda assim é recorrente a reclamação dos prestadores acerca da relação conflituosa entre as partes.

95. Em uma breve pesquisa na internet foram localizadas diversas matérias, em variados veículos de informação, em que resta evidenciado um conflito mais amplo no setor, suscitando, inclusive, ações do legislativo para intervir no problema:

- Prestadores de serviço dizem que são prejudicados pela má remuneração de planos de saúde<sup>[1]</sup>
- Distância entre operadoras de saúde e hospitais emperra mudanças no setor<sup>[2]</sup>
- O preço da desconfiança no relacionamento entre operadoras de Saúde e prestadores<sup>[3]</sup>
- Consultas médicas pagas por planos de saúde podem ser vinculadas às mensalidades<sup>[4]</sup>

96. A subnotificação é um obstáculo para que a ANS possa agir em busca da solução de conflitos, pois sua coleta de dados acaba prejudicada. Tal problema pode advir de diversas fontes.

97. Por receio de eventual descredenciamento ou represália diversa, conseqüente da apresentação de reclamação em face de operadora, alguns prestadores de serviço encaminham denúncia à ANS sem qualquer identificação do demandante, ou por meio de entidades representativas de prestadores de serviço.

98. Tal situação inviabiliza a análise de indícios de infração pela ANS, pois a ausência dos instrumentos contratuais impede a verificação da regularidade de suas cláusulas e impossibilita conferir a conformidade das substituições.

99. Há que se considerar, ainda, a assimetria de informações no setor de saúde suplementar a justificar tal problema. Uma vez que este, por vezes, desconhece o papel da ANS e por vezes sua própria existência. Em relação ao primeiro caso a subnotificação pode decorrer de uma desconfiança quanto a atuação da ANS que desincentiva sua procura.

100. Por fim há que se considerar a possibilidade de a ANS ainda não estar totalmente acessível ao recebimento de denúncias, sendo necessária uma revisão de eventuais barreiras

administrativas para que haja maior incentivo para a apresentação de denúncias.

---

[1] Visto em 17/10/2018 em <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/537373-PRESTADORES-DE-SERVICO-DIZEM-QUE-SAO-PREJUDICADOS-PELA-MA-REMUNERACAO-DE-PLANOS-DE-SAUDE.html>

[2] Visto em 17/10/2018 em <https://www.dci.com.br/servicos/distancia-entre-operadoras-de-saude-e-hospitais-emperra-mudancas-no-setor-1.503142>

[3] Visto em 17/10/2018 em <https://setorsaude.com.br/alceualvesdasilva/2018/08/15/o-preco-da-desconfianca-no-relacionamento-entre-operadoras-de-saude-e-prestadores/>

[4] Visto em 17/10/2018 em <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/08/06/consultas-medicas-pagas-por-planos-de-saude-podem-ser-vinculadas-as-mensalidades>

## **8. O tratamento das OPMEs**

101. O GTI citado no tópico anterior deu origem ao GTE integrado por ANS e ANVISA que teve como finalidade realizar o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTI-OPME no âmbito de competência das respectivas agências reguladoras.

102. Definiu-se dar enfoque aos controles existentes sobre os procedimentos que envolvem os chamados Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI), como stents coronarianos e próteses ortopédicas mais complexas, que são implantados mediante ato cirúrgico, necessitam de controle rigoroso tanto na sua aquisição quanto na sua utilização.

103. A discussão perpassa ao tema “Contratualização”, uma vez que impacta tanto na remuneração do prestador de serviço como, na forma como este será prestado.

104. Em que pese o GTE tenha estabelecido uma série de encaminhamentos e seu trabalho não tenha se debruçado sobre o tema do relacionamento contratual entre operadoras e prestadores, a possibilidade de se ampliar as informações existentes nesse mercado absolutamente permeado pela assimetria de informações tende a trazer maior segurança, sobretudo para o beneficiário de planos de saúde, conforme se denota da leitura das Considerações Finais de seu relatório[5]:

É preciso avançar no enfrentamento das desconformidades na cadeia de uso de OPME. Essa compreensão pode ser notada nos veículos de imprensa e expressa o sentimento de um amplo contingente de cidadãos, com destaque para pacientes, profissionais e gestores da saúde. A própria crise financeira do país e seu impacto no setor suplementar de saúde compelem a mudanças e a adoção de ações que convirjam para a eficiência, em especial no que se refere ao combate a gastos desnecessários e que decorram

de ações antiéticas e ilegais.

A perpetuação de determinadas inconformidades interessa àqueles que delas se beneficiam. Isso, ao custo do prejuízo do conjunto da sociedade e, em especial, daqueles que atuam de maneira ética. Contudo, não basta vontade, é preciso ter conhecimento técnico e disposição para enfrentar os desafios e as resistências. Nesse sentido, a conjugação de esforços e competências se faz necessária. 50 Relatório Final do Grupo de Trabalho Externo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTE OPME) ANS/ANVISA O GTI OPME, cujo Relatório Final foi consubstanciado em 701 páginas, constitui um marco do tema em nosso país.

Dentre as recomendações do GTI, consta a criação de grupos por parte da ANVISA e ANS, com o objetivo de coordenar a implementação das medidas propostas em seu Relatório relacionadas às suas respectivas competências (BRASIL, 2015).

Desse modo, o GTE OPME ANS/ANVISA, implantado em consequência de recomendação do referido GTI, cumpriu importante papel no âmbito da atuação das agências reguladoras federais da área da saúde. Além dos resultados concretos já alcançados, sintetizados no Quadro 2, há atividades que requerem uma sequência do trabalho, tais como os produtos que deram origem aos Anexos deste Relatório Final, cujas principais características são expressas a seguir:

- Informações essenciais ao paciente que recebeu um implante de órtese, prótese ou material especial;
- Orientações para uso de opme
- Documento orientador para a transposição de tabelas envolvendo dmi
- Pesquisa de preço de DMI

---

[5] Em [http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2016\\_gt\\_opme/gt-opme-relatoriointegral.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/gt-opme-relatoriointegral.pdf)

#### 4. CONCLUSÃO

105. Passados quase quatro anos da regulamentação da Lei 13.003/2014, percebe-se que a formalização contratual (ausência de contrato ou contratos com cláusulas irregulares) não é mais um problema regulatório na relação contratual entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de atenção à saúde.

106. Hodiernamente, destacam-se questões de cunho negocial e operacional que devem ser objeto de maior atenção da regulação.

107. Por fim, a correta delimitação do problema, contudo, dependerá da elaboração de estudos e amplo debate entre o setor, de forma a elucidar tais questões e alternativas de ações.

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Assessoramento Normativo e Contratualização com Prestadores**, em 18/10/2018, às 18:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 18/10/2018, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR, Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial**, em 18/10/2018, às 18:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **8911869** e o código CRC **E7B498A2**.