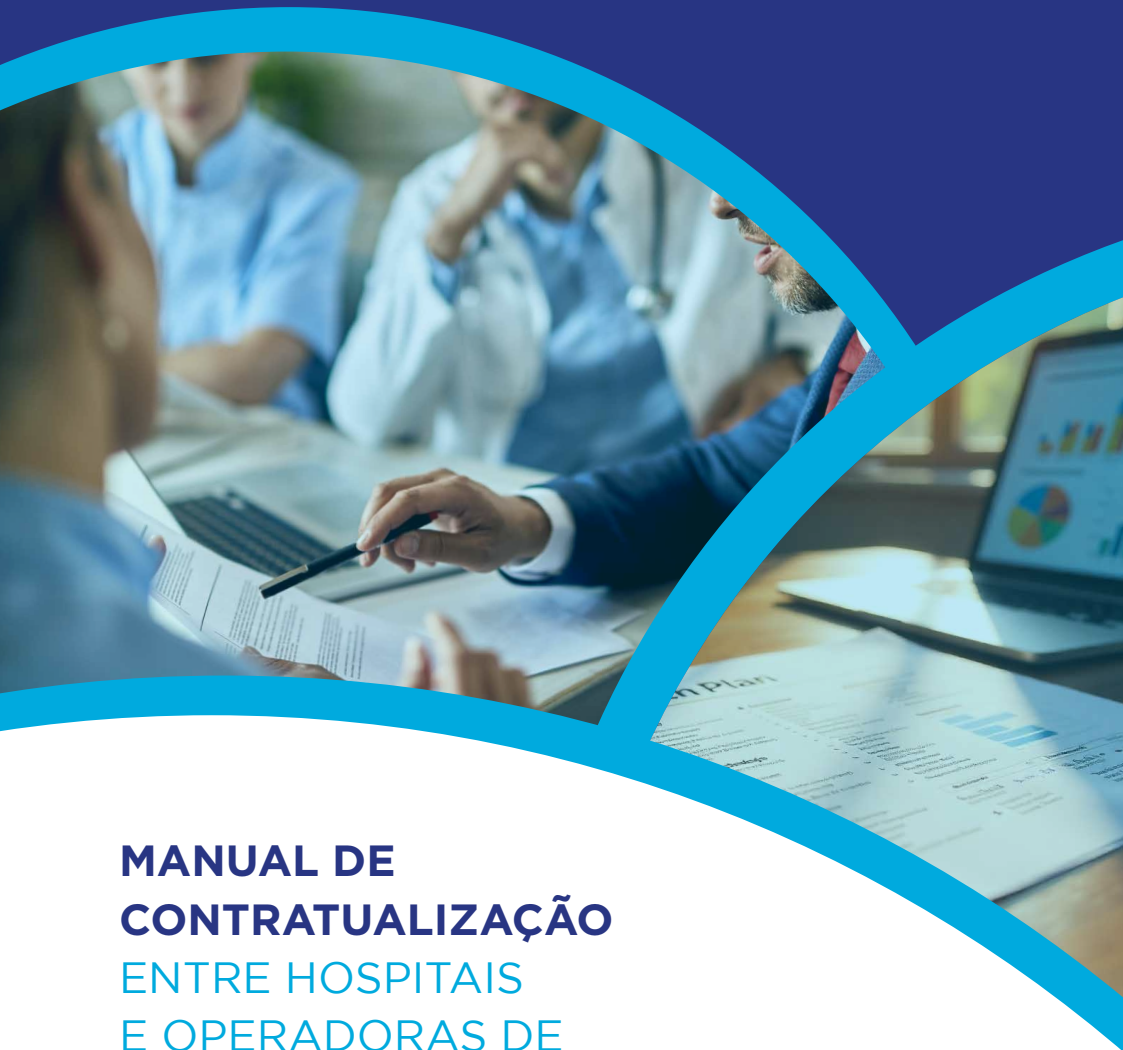




MANUAL DE CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE HOSPITAIS E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

2025



CONSELHOS ANAHP

Gestão 2024-2027

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente: Eduardo Amaro | Hospital e Maternidade Santa Joana (SP)

Vice-presidente: Henrique Neves | Einstein Hospital Israelita (SP)

Fernando Ganem | Hospital Sírio-Libanês (SP)

Gustavo Fiuza | Hospital Santa Lúcia (DF)

Henrique M. Salvador | Hospital Mater Dei (MG)

Júlio Vieira | Hcor (SP)

Lício Cintra | Hospital São Lucas (RJ)

Mohamed Parrini | Hospital Moinhos de Vento (RS)

Paulo Moll | Hospital Esperança (PE)

CONSELHO FISCAL

Carolina Dantas | Sabará Hospital Infantil (SP)

Dario A. Ferreira Neto | Hospital Edmundo Vasconcelos (SP)

Hilton Roesse Mancio | Hospital Tacchini (RS)

José Tadeu Chechi | Hospital Dona Helena (SC)

Lara S. Vieira | Pompéia Ecossistema de Saúde (RS)

Marcelo Coli Fernandes | Hospital Santa Catarina (SP)

CONSELHO DE ÉTICA

Adriano Londres

Aguinaldo Pereira Catanoe

José Antonio de Lima

José Antônio Rodrigues Alves

José Henrique Germann

Reynaldo Brandt

DIRETORIA ANAHP

Antônio Britto (diretor-executivo)

Evelyn Tiburzio (diretora técnica)

Marco Aurélio Ferreira (diretor de Relações Governamentais)

Thiago Camargo (diretor de Novos Negócios)

Imagens

Shutterstock

Freepik

AVISO LEGAL

Este conteúdo foi desenvolvido pela Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, por meio de seus Grupos de Trabalho Legal-Regulatório e Relacionamento com Operadoras de Planos de Saúde. Todos os direitos são reservados. É proibida a duplicação ou reprodução deste material, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web ou outros), sem permissão expressa da Associação.

SUMÁRIO

Introdução **6**

O que é rede credenciada? **8**

Cláusulas obrigatórias e vedações **11**

Reajuste **14**

Autorizações de procedimentos **18**

Auditoria e acesso ao prontuário **21**

Término do contrato e suspensão do atendimento pelo prestador **23**

Glosa **25**

Sanções às OPS por descumprimento de regra de contrato de rede credenciada **28**

Modelos de remuneração **30**

Encerramento do contrato **36**

Obrigações dos prestadores de serviços e descumprimento contratual	38
--	----

Descumprimento contratual e cobrança por valores devidos pela OPS	40
---	----

Reclamação do prestador na ANS	46
--------------------------------	----

Ajuizamento de medida judicial entre prestadores de serviços e Operadoras de Planos de Saúde	48
--	----

Alteração de rede hospitalar	54
------------------------------	----

Referências	60
-------------	----

Anexo I Cláusulas obrigatórias no contrato de rede credenciada	63
--	----

Anexo II Previsões vedadas nos contratos de rede credenciada e previsão considerada nula	67
--	----

Anexo III Cláusulas relevantes	70
--	----

Anexo IV Índice de reajuste da ANS e critérios de qualidade, nos termos da resolução normativa nº 512, de 31 de março de 2022	73
---	----

APRESENTAÇÃO

A Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados – tem como missão promover a excelência na saúde, fortalecendo a integração entre hospitais, operadoras, prestadores e órgãos reguladores em prol de um sistema mais sustentável e centrado no paciente.

A elaboração deste **“Manual de contratualização entre hospitais e operadoras de planos de saúde”** reflete esse compromisso. Nosso objetivo é oferecer aos gestores e profissionais do setor de saúde suplementar um guia atualizado sobre regras, boas práticas e pontos sensíveis nos contratos de rede credenciada, contribuindo para relações mais transparentes, previsíveis e equilibradas entre operadoras de planos de saúde (OPS) e prestadores de serviços, em um momento particularmente sensível para

a sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais. Para a Anahp, nenhuma solução serve a qualquer segmento da cadeia de saúde suplementar se não servir a todos, se não compreender a necessidade da viabilidade e pleno funcionamento de cada um - das empresas que contratam aos beneficiários, das operadoras aos hospitais e fornecedores de serviços e de produtos.

Por isso, mais do que um compêndio jurídico ou regulatório, este manual busca apoiar a construção de parcerias sólidas, que coloquem o paciente no centro do cuidado, conciliando eficiência, qualidade assistencial e sustentabilidade. Ao disponibilizar este material, a Anahp reafirma seu papel de fomentar boas práticas, diálogo e ética para o desenvolvimento do setor.

INTRODUÇÃO

O relacionamento entre Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e prestadores de serviços que integram sua rede credenciada tem sido cada vez mais marcado por debates em torno de fluxos de glosa, faturamento e coberturas.

Se, inicialmente, o setor da saúde suplementar tinha um cenário de crescimento, nos últimos 10 anos, o que se verifica é uma estagnação do número de beneficiários que ingressam na saúde suplementar. Segundo dados da ANS, desde 2014, a quantidade de beneficiários vinculados a planos médico-hospitalares gira em torno de 50 milhões de pessoas.

No período em que o país ainda vivenciava uma inflação significativa, antes do plano real, uma OPS que contava com um excelente Diretor Financeiro conseguia atuar de forma consistente administrando os recebimentos de mensalidades em um mês e o pagamento no mês subsequente.

Com a alteração desse cenário e a regulamentação da saúde suplementar no

final dos anos 90, instituindo coberturas e fluxos mínimos, ampliando o direito de beneficiários, as OPS tiveram que se adequar à nova realidade.

Some-se a esse cenário de alteração a judicialização no setor da saúde que, querendo ou não, pressiona todos os agentes da cadeia, e também as OPS.

A elaboração deste Manual de Rede Credenciada tem como objetivo principal apresentar ao setor da saúde suplementar as regras gerais sobre o tema e, também,





os pontos que têm sido apresentados como mais sensíveis nesse relacionamento entre OPS e Prestador.

Independentemente disso, deve-se considerar que, em algum momento e, em alguma medida, o setor de saúde do país – público e privado – deve abrir caminhos para a construção de convergência e uma assistência voltada ao paciente, em busca do melhor tratamento possível, considerando evidências científicas e o custo-efetividade.

O conhecimento das regras que regem os contratos de rede credenciada do país não vai, por si só – e salvo melhor juízo –, alterar o relacionamento entre prestadores de serviços e OPS. Se assim fosse, uma excelente assessoria jurídica seria suficiente para resolver esse impasse.

Os agentes envolvidos devem abrir diálogos diretos entre si para construção de um relacionamento que, de fato, coloque o paciente no centro do cuidado, construindo uma relação transparente e segura entre as partes.

Essa é uma das medidas principais para melhorar os fluxos de atendimento e de faturamento entre as OPS e prestadores.

Esse caminho, por óbvio, não é fácil, mas não é impossível e, acima de tudo, é necessário.

A Anahp disponibiliza esse material para apoiar prestadores de serviços hospitalares e OPS a criarem um ambiente transparente e seguro na oferta e cobertura de serviços assistenciais de saúde.

1

O QUE É REDE CREDENCIADA?

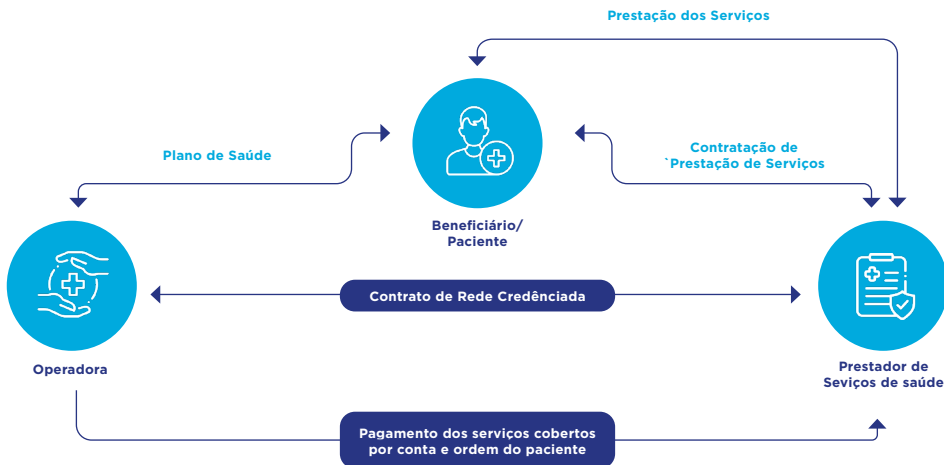


Rede credenciada (ou rede referenciada, utilizada para seguradoras de saúde) é a rede de prestadores de serviços de saúde disponibilizada pela OPS a seus beneficiários para ofertar atendimento assistencial.

O atendimento aos beneficiários é ofertado por essa rede de prestadores ao paciente de forma própria, nos casos em que a própria OPS é proprietária da unidade de saúde, ou contratualizada, nos casos em que conta com terceiros para a execução dos serviços assistenciais de saúde.

Ao ser atendido na rede credenciada contratada pela OPS, forma-se uma relação triangular entre os envolvidos nesse atendimento:

- **Paciente (beneficiário):** quem utiliza o serviço;
- **OPS:** administra o plano de saúde e paga os prestadores;
- **Prestador de serviço de saúde:** hospital, clínica, laboratório ou profissional de saúde que realiza o atendimento.



Nesse modelo, o paciente é o contratante do serviço, mas o pagamento é feito ao prestador de serviço pela OPS por conta e ordem do beneficiário.

Vale esclarecer que ao registrar um plano na ANS, a operadora pode escolher entre duas formas principais de organização da rede assistencial de saúde que disponibiliza a seus beneficiários:

(a) Rede credenciada “pura” – o beneficiário só pode ser atendido nos prestadores previamente indicados pela operadora;

(b) Livre escolha com reembolso – o paciente escolhe onde quer ser atendido e solicita o reembolso depois. Mesmo nesses casos, muitas operadoras mantêm uma rede referenciada, onde o paciente é atendido diretamente, sem precisar pedir reembolso.

Para a ANS, tanto a rede credenciada quanto a referenciada seguem as mesmas regras de contratação. Isso significa que os contratos entre operadoras e prestadores devem seguir normas obrigatórias, como cláusulas específi-

cas e critérios de reajuste — tema que será detalhado no próximo tópico.

Especificamente para atendimentos ofertados por prestadores no mecanismo de reembolso, registra-se que, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça (REsp nº 1.959.929) fixou a tese do “reembolso sem desembolso” no seguinte sentido: (a) a OPS só é obrigada a reembolsar o beneficiário que, de fato, tenha desembolsado valores para efetuar o pagamento do Prestador de Serviços; e (b) o beneficiário não pode ceder ao Prestador de Serviços o direito de reembolso.

Assim, não se admite que o Prestador de Serviço condicione sua data de recebimento ao prazo de reembolso pela OPS. O beneficiário deve comprovar o pagamento efetivo ao Prestador antes de solicitar o reembolso à operadora

2

CLÁUSULAS OBRIGATÓRIAS E VEDAÇÕES



Por exigência legal, todo contrato firmado entre uma OPS e um prestador de serviços de saúde deve ser formalizado por **escrito**. A ausência desse documento configura infração, pela OPS, à legislação da saúde suplementar.

Segundo o artigo 17-A da Lei nº 9.656/1998, o contrato de rede credenciada deve conter:

- Clareza para sua correta execução;
- Descrição de todos os serviços contratados;
- Definição dos valores dos serviços contratados em moeda corrente ou tabela de referência;
- Definição dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste anual;
- Definição dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- Identificação dos procedimentos que necessitem de autorização administrativa da OPS;
- Vigência do contrato;

- Critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
- Penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas;
- Vedação à exclusividade ou restrição à atividade profissional.

No tocante ao faturamento, destaca-se que seu fluxo deve estar previsto no contrato de forma clara e expressa. Sem prejuízo da utilização de tabelas próprias, todo o faturamento deve ser realizado no Padrão TISS vigente. A ANS não define prazos específicos para pagamento, de maneira que devem ser negociados pelas partes e como inseridos no contrato.

Para facilitar a verificação da regularidade desses contratos, este Manual inclui quatro anexos de apoio:

- **Anexo I:** lista das cláusulas mínimas obrigatórias que todo contrato de rede credenciada deve conter. Pode ser usado como um checklist para avaliar a conformidade dos contratos.
- **Anexo II:** cláusulas que são proibidas pela ANS (ou por outras normas) e, portanto, não podem constar nos contra-

tos. Também há indicação de cláusula que é considerada nula pelo Judiciário.

- **Anexo III:** traz cláusulas que são relevantes e que devem ser negociadas com a OPS.
- **Anexo IV:** critérios de reajuste e índice de qualidade.

Nos tópicos a seguir, detalha-se os principais pontos desses contratos — especialmente aqueles que geram dúvidas frequentes entre os prestadores de serviços.



3

REAJUSTES



Um dos temas mais importantes nos contratos de rede credenciada é o **reajuste de valores**, especialmente após a entrada em vigor da **Lei nº 13.003/2014**, que trouxe mudanças significativas na relação entre prestadores de serviços e as OPS.

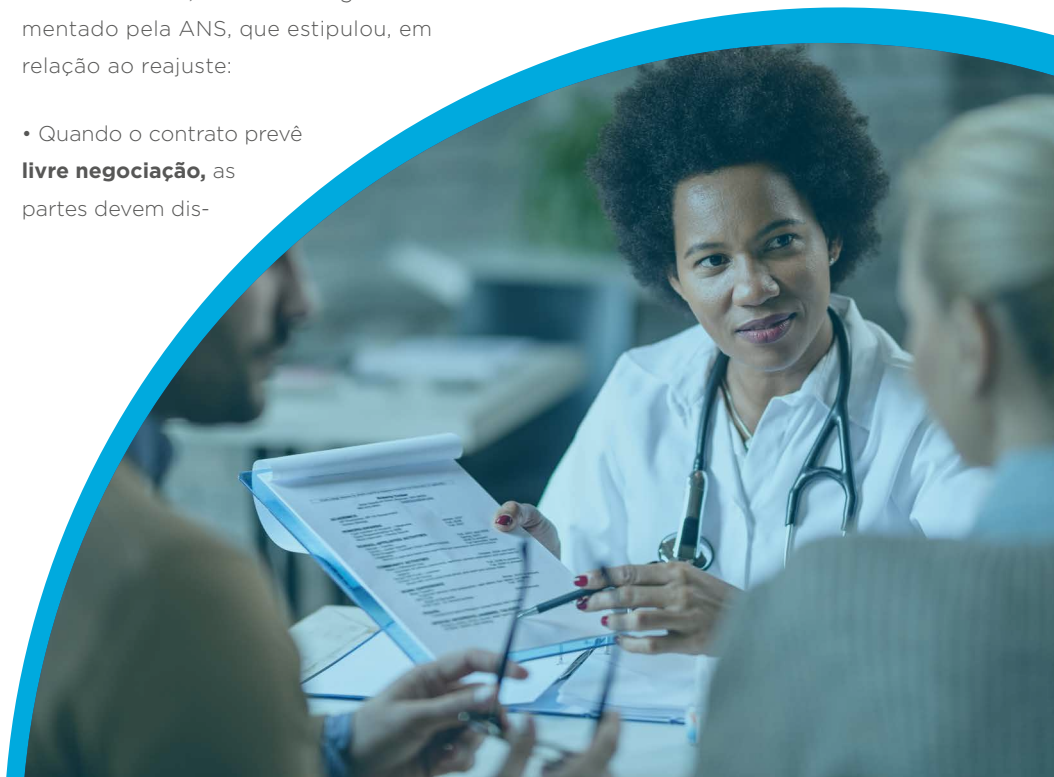
Além de exigir que os contratos sejam escritos, essa lei estabeleceu **regras claras para o reajuste dos valores pagos pelos serviços prestados**.

Posteriormente, o tema foi regulamentado pela ANS, que estipulou, em relação ao reajuste:

- Quando o contrato prevê **livre negociação**, as partes devem dis-

cutir os reajustes **nos primeiros 90 dias de cada ano** (§3º do artigo 12 da RN nº 503/2022). A despeito dessa previsão, na prática, prestadores de serviços e OPS, a fim de não acumular as negociações no início de cada ano, acabam acordando que o reajuste será negociado nos 90 dias antes do aniversário do contrato.

- O reajuste, seja qual for a forma, deve ser aplicado **anualmente**, na **data de aniversário do contrato**.



Formas mais comuns de cláusulas de reajuste:

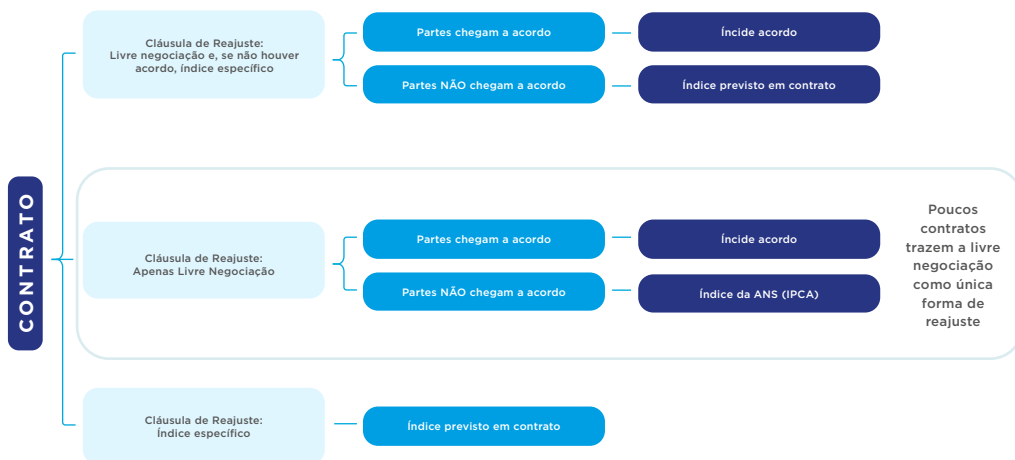
- **Livre negociação entre as partes** – sem índice pré-definido;
- **Livre negociação com previsão de índice se não houver acordo** – se não houver acordo, aplica-se o índice previsto no contrato;
- **Índice fixado em contrato** – sem necessidade de nova negociação anual.

A ANS também permite que, além de

índices inflacionários (como IPCA), sejam adotados **critérios de qualidade ou desempenho** como base para o reajuste, desde que acordados pelas partes.

Se o contrato prevê **somente a livre negociação** e as partes **não chegarem a um acordo**, a ANS autoriza a aplicação do **IPCA** como índice de reajuste (Resolução Normativa nº 512/2022).

O gráfico abaixo ilustra as hipóteses em que o índice da ANS é ou não aplicado para reajuste de rede credenciada:



O Anexo IV apresenta tabela com a indicação dos critérios de qualidade que podem ser aplicados para os casos em que é utilizado o índice da ANS como índice de reajuste.

Pontos de atenção:

- O reajuste **deve ocorrer todo ano**, sempre na data de aniversário do contrato.
- Nos contratos com cláusula de reajuste exclusiva de **livre negociação**, as partes devem definir o índice até **30 de março de cada ano**, mas sua aplicação ocorre apenas no aniversário contratual. Como indicado acima, a despeito dessa

previsão, o setor tem negociado os reajustes com 90 dias de antecedência do aniversário do contrato, e não do início do ano.

- É **proibido** vincular o reajuste à **sinistralidade** (índice de uso do plano) ou aplicar reajustes que **reduzam** o valor nominal pago por procedimentos.

Exemplo de cláusula irregular: Se uma operadora quiser reduzir o valor de um procedimento de **R\$ 10,00 para R\$ 9,00** sob o argumento de reajuste, violará a norma da ANS e poderá ser fiscalizada e punida.

Embora a legislação preveja livre negociação, é comum que haja barreiras comerciais e negociais às tratativas de reajuste, imposição de deflatores ou outras medidas que podem fragilizar a relação entre as partes. Manter um contrato com cláusulas de reajustes mais objetivas, com prazos e índices transparente é essencial para reduzir possíveis fricções comerciais.

4

AUTORIZAÇÕES DE PROCEDIMENTOS



Nos termos da regulamentação da ANS, o contrato de rede credenciada deve trazer os eventos e procedimentos que necessitem de autorização, além de indicar o prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa, conforme padrão TISS (art. 15 da RN ANS nº 503/2022).

Na prática, o que ocorre é que os procedimentos são autorizados pelas OPS para cumprimento dos prazos determinados pela ANS para garantia de atendimento aos beneficiários (RN ANS nº 566/2022), quais sejam:

Serviço	Prazo de máximo de atendimento
Consulta em outras especialidades médicas	Consulta em outras especialidades médicas
Consulta básica em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetria; consulta e procedimento em cirurgião dentista	07 dias úteis
Consulta em outras especialidades médicas	14 dias úteis
Consulta/sessão nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeira obstétrica, obstetriz	10 dias úteis
SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) em regime ambulatorial	03 dias úteis
Outros serviços em regime ambulatorial	10 dias úteis
PAC (Procedimentos de Alta Complexidade)	21 dias úteis
Atendimento em hospital-dia	10 dias úteis
Tratamento antineoplásico oral	10 dias úteis

Para os casos de urgência e emergência, é comum que os contratos de rede credenciada prevejam a solicitação de aprovação a posteriori, considerando obrigação legal de o prestador assegurar atendimento imediato ao paciente.

Pela relevância do tema, registra-se que a ANS, recentemente, reviu as regras para solicitações de cobertura por beneficiários de OPS, estipulando prazos específicos às OPS responderem os beneficiários nas solicitações de serviços ou coberturas.

Nos termos da RN ANS nº 623/2024, as OPS devem responder às solicitações dos beneficiários nos seguintes prazos:

- Solicitações Não Assistenciais (não se refere à requisição de procedimento ou cobertura): 7 dias úteis.

- Solicitações Assistenciais:

- 05 dias úteis: Demais procedimentos;
- 10 dias úteis: Atendimento em regime de internação eletiva;
- 10 dias úteis: Procedimentos de alta complexidade;
- Imediato: Urgência e emergência.

Se o prazo para realização for inferior ao prazo de resposta, a OPS deve responder dentro do prazo para realização do procedimento. Reitera-se que o prazo de resposta (RN ANS nº 623/2024) não se confunde com o prazo para realização do procedimento (RN ANS nº 566/2022).

5

AUDITORIA E ACESSO AO PRONTUÁRIO



A **auditoria médica** é parte da rotina entre OPS e prestadores de serviços. No entanto, esse processo deve respeitar **limites legais**, especialmente no que diz respeito ao **sigilo do prontuário do paciente**.

Embora seja comum que as OPS solicitem cópias de prontuários, **o prestador só pode fornecer a cópia do prontuário com autorização expressa do paciente**.

Por sua vez, é possível o prestador disponibilizar acesso a seu sistema para profissional auditor previamente cadastrado, desde que o seu uso seja exclusivo à realização de auditoria, com vedação, em sistema, de quaisquer cópias de parte ou integridade do prontuário.

Importante reforçar, no entanto, que se a auditoria for técnico-assistencial (avaliação da pertinência clínica, revisão de internação, autorização de procedimentos), a exigência é que o auditor seja profissional de saúde habilitado para tal verificação. Mas se a auditoria for administrativa/contábil/processual (faturamento, conferência de guias, controles internos), não há obrigatoriedade de que seja médico; outros profissionais podem desempenhar.

Para um fluxo de auditoria de prontuário físico, o procedimento mais adequado é o seguinte:

- O auditor procede com seu cadastramento prévio perante o prestador de serviços, com apresentação de seus documentos profissionais e formalização de Termo específico que preveja os limites do seu acesso a prontuários e sua responsabilidade;
- O auditor da OPS deve ir **presencialmente** ao estabelecimento de saúde;
- Acessar o prontuário diretamente, **sem retirar cópias**;
- E apresentar as **razões técnicas** que justificam a auditoria ou eventual contestação de um procedimento.

É direito das OPS a realização de auditoria in loco, que não podem ser vedadas pelos prestadores. Assim, o contrato não pode limitar acesso de prestador de serviços às rotinas de auditoria técnica ou administrativa. Ressalta-se, no entanto, que as normas dos conselhos profissionais devem ser observadas.

Nesse sentido, cláusulas contratuais que obriguem o prestador a entregar cópias dos prontuários são ilegais.

6

TÉRMINO DO CONTRATO E SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO PELO PRESTADOR



Entre os temas mais delicados na relação entre OPS e prestadores de serviços está a **suspensão de atendimentos** por atraso de pagamento e a **rescisão do contrato**.

A ANS não define em detalhes todas as regras para a rescisão contratual, mas autoriza o encerramento do contrato ao menos nos seguintes casos:

- Fraude por parte do prestador;
- Infrações sanitárias;
- Infrações fiscais.

O ideal é que o contrato detalhe essas hipóteses, especialmente esclarecendo o que caracteriza fraude ou infração sanitária/fiscal — isso reduz conflitos futuros.

Além disso, como a legislação exige que a OPS comunique aos beneficiários a substituição de um prestador com **antecedência mínima de 30 dias**, o prazo contratual de rescisão geralmente é de **60 dias**. Isso permite tempo suficiente para a comunicação e transição.

Suspensão por atraso de pagamento:
Quando a OPS atrasa os pagamentos,

alguns prestadores optam por **suspender temporariamente os atendimentos**.

O ideal é que essa suspensão esteja prevista em contrato.

Sem essa previsão contratual, a OPS pode alegar que o prestador rompeu o contrato **de forma unilateral e indevida**. Antes das novas regras de alteração de rede hospitalar (RN nº 585/2023), havia um benefício ao término contratual promovido pelo Prestador: a OPS podia excluir o Hospital, sem obrigatoriedade de substituição, por termos contratuais promovidos pelo Prestador. Com a edição da RN nº 585/2023, independentemente da causa da rescisão, a depender do impacto sobre a gama de beneficiários, a OPS é obrigada a proceder com a substituição.

Como Prestador, sempre é recomendável debater cláusula específica que autorize a suspensão do atendimento **em caso de inadimplência da OPS**.

Registra-se que, com fundamento na exceção do contrato não cumprido, muitos prestadores têm notificado as OPS acerca da suspensão de atendimento até a regularização do valor devido.

7

GLOSA



A **glosa** ocorre quando a OPS **suspende total ou parcialmente o pagamento** de um atendimento realizado, geralmente por discordar do valor cobrado ou das informações apresentadas para fins de autorização do procedimento.

As glosas podem ser classificadas em dois tipos:

- **Glosa técnica:** quando a OPS **contesta tecnicamente o procedimento realizado**, por considerar que não era necessário ou adequado.
- **Glosa administrativa:** geralmente por **erros de preenchimento**, como falta de assinatura na guia, inconsistência nos dados do beneficiário ou problemas na documentação enviada.

Para evitar conflitos e garantir maior previsibilidade no faturamento, é fundamental que o contrato **detalhe claramente em quais situações a OPS poderá aplicar glosas**.

Uma prática que traz clareza ao rela-

cionamento é a retirada do fluxo de glosas de procedimentos previamente autorizados. Se a operadora autorizou, ela não poderá glosar o pagamento posteriormente, salvo em casos excepcionais e bem fundamentados.

Quanto mais específicas forem as regras contratuais sobre glosa, menor o risco de prejuízos e de atrasos nos repasses.

Ademais, o contrato de rede credenciada deve estabelecer prazos para o prestador contestar a glosa, para resposta da operadora e para o pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada. Além disso, por determinação da ANS, o prazo para contestação da glosa deve ser **igual** ao prazo acordado para resposta da operadora¹.

Destaca-se que o contrato não pode limitar o acesso do prestador às justificativas de glosa, tampouco limitar o prestador de contestá-las.

Existem algumas práticas no tocante ao faturamento, que devem ser observadas com cuidado:

¹ Referência <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=N-DE2Mw==> (Art 5o, incisos v e vi e artigo 14)

- Prática de glosas por discordância de valores previamente pactuados.
- Mudanças unilaterais de procedimentos internos e fluxos da OPS sem comunicação prévia ou alinhamento com o prestador, impedindo o envio do faturamento. Em grande parte das vezes essa alteração se dá por modificações no “Manual do Prestador”.
- Mudança unilaterais de valores, baseada em tabela fixada pela outra parte, sem anuência ou concordância prévia da outra parte;
- Ausência de retorno quanto aos recursos de glosa.
- Não utilização ou utilização inadequada do padrão TISS aplicável.
- Aplicação de descontos em relação aos preços já alinhados de forma unilateral, sem justificativas ou negociações prévias.

Alterações operacionais referente ao faturamento que não tenham sido previamente acordadas devem ser imediatamente comunicadas pelo Prestador de Serviço por e-mail, mensagem e em reuniões com atas. Inconsistências no sistema também devem ser comunica-

das e acompanhadas pelas Partes, inclusive com print de tela e e-mails.

Não é incomum os contratos de rede credenciada preverem um prazo para entrega do faturamento e, em caso de atraso, a postergação para o mês subsequente ou próxima data de faturamento ou, até mesmo, a previsão de prescrição do direito de cobrança, o que tem sido considerado ilegal pelo Poder Judiciário, conforme indicado no Anexo II.

Especificamente no que se refere a instabilidades dos sistemas para remessa do faturamento, deve-se manter acompanhamento reiterado e, identificada instabilidade, proceder com todos os meios de prova possíveis (prints de tela, gravações etc.) e comunicar imediatamente a OPS, por sistema ou e-mail. Todos esses documentos devem ser armazenados de forma organizada para garantir um diálogo transparente e adequado entre as partes.

Vale também avaliar a possibilidade de incluir em contrato a prorrogação automática dos prazos de faturamento no caso de inconsistências apresentadas nos sistemas de faturamento

8

SANÇÕES ÀS OPS POR DESCUMPRIMENTO DE REGRA DE CONTRATO DE REDE CREDENCIADA



A Resolução Normativa nº 489/2022

da ANS estabelece obrigações e penalidades para as OPS em caso de descumprimento das normas regulatórias.

Principais Obrigações das OPS:

- Formalização de contratos escritos com prestadores de serviços;
- Inclusão de cláusula de reajuste com aplicação anual;
- Negociação dos reajustes nos primeiros 90 dias do ano (para contratos com cláusula de livre negociação);
- Comunicação aos beneficiários sobre descredenciamento com antecedência mínima de 30 dias.

Sanções Aplicáveis:

- **Advertência;**
- **Multa pecuniária,** tendo por multa base o valor de R\$ 35.000,00;

- **Suspensão da comercialização de produtos;**

- **Cancelamento de registro de produto;**

- **Inabilitação temporária ou permanente** para o exercício de cargos de direção em operadoras de planos de saúde.

Destaca-se que existe a possibilidade de os estabelecimentos de saúde prestadores apresentarem reclamação em face das OPS no âmbito da ANS. A Agência disponibiliza tutorial indicando passo-a-passo para essa reclamação².

Especificamente no que se refere a Prestador Hospitalar, o grande impacto para as OPS é a possível negativa de cobertura a pacientes em caso de urgência e emergência, cuja multa base é de R\$ 250.000.00.

² ANS disponibiliza tutorial em seu site: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores/registro-de-demandas>.

9

MODELOS DE REMUNERAÇÃO³



³ A principal fonte para elaboração deste capítulo foi o Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

No Brasil, o modelo mais comum de remuneração na saúde suplementar é o chamado **“fee for service”**, em que o prestador recebe por cada procedimento realizado. Embora amplamente adotado, esse modelo é criticado por **concentrar o risco assistencial nas operadoras** e, em tese, incentivar a realização de procedimentos desnecessários.

Diante da **crise financeira da saúde suplementar** nos últimos anos, surgiram modelos de remuneração alternativos, voltados à busca por **mais previsibilidade, eficiência e qualidade assistencial**.

Considerações importantes:

- **Todos os modelos apresentam distorções:** não existe um modelo ideal, mas sim aquele que melhor se adapta ao tipo de serviço prestado.

- **Não há regulamentação específica** sobre modelos de remuneração, o que dá liberdade para que OPS e prestadores negociem e adotem formatos personalizados.

- Um bom modelo **não deve focar apenas na redução de custos**, mas tam-

bém **na qualidade da assistência e nos resultados obtidos para os pacientes**.

- É bem provável que um mesmo contrato abranja mais de um modelo de remuneração como, fee for service e pacote, fee for service e capitation etc.

Antes de implementar um novo modelo de remuneração, é extremamente relevante que o prestador de serviços padronize os procedimentos clínicos, medicamentos e OPMEs utilizados na prestação de seus serviços assistenciais, promovendo a adesão de seu Corpo Clínico de forma consistente. Recomenda-se, inclusive, a avaliação mais detida, com instituição de comissões ou grupos de trabalhos internos para análise técnica antes da adoção de novos modelos.

A modificação do modelo de remuneração sem a conscientização e adesão de seu Corpo Clínico pode aumentar substancialmente o risco do prestador de serviços por prescrições fora do padrão. É cada vez mais recorrente a constituição de pacotes com a inclusão, no procedimento, de todos os medicamentos e OPMEs utilizados, independentemente de sua qualidade e/ou especificidade e,



inclusive, os autorizados pela OPS em virtude de NIPs ou determinações judiciais.

A falta de padronização de procedimentos e produtos utilizados pode impactar de forma significativa o prestador de serviços. Assim, recomenda-se a avaliação cautelosa desse aspecto antes de seguir com a implementação de novos modelos.

Registra-se que a padronização de procedimentos e produtos não é vedada.

Idealmente, deve-se implementar a padronização e constituir uma Comissão Técnica que avalie os pedidos formulados por médicos para procedimentos ou produtos que fujam da padronização implementada pelo estabelecimento de saúde, com garantia da autonomia profissional.

Feito esse comentário sobre a padronização, segue-se a análise dos modelos de remuneração.

• Modelos de Remuneração Tradicionais

Na tabela abaixo, são apresentados os modelos de remuneração mais tradi-

cionais, já utilizados de forma ampla atualmente.

Modelos Tradicionais	Descrição	Vantagem	Desvantagem
Fee for Service (Conta aberta)	• Modelo mais praticado • Tabela define valor para cada procedimento ou item utilizado	• Baixo custo para implementação • Pagamento conforme o uso • Garantia de acesso a procedimentos	• Não considera qualidade ou resultado • Modelo pode contribuir para gastos mais altos • Não há previsibilidade
Pacote ou Procedimento gerenciado	• Remuneração é feita por procedimento • Preço único com todos os itens que compõem a execução de um procedimento médico-hospitalar	• Previsibilidade dos gastos	• Costuma ser utilizado apenas para procedimentos de alta frequência e baixa variabilidade assistencial (ex.: cirurgia de apêndice)
Diárias Globais	• Valor estabelecido por dia de permanência do paciente	• Previsibilidade de gastos e receitas com diárias • Pode ser utilizada para diferentes tipos de internação	• Pode ser um incentivo à admissão e duração de internação

• “Novos” modelos de remuneração

Modelos de Transição: Pagamento por Desempenho (P4P)

O modelo **Pay for Performance (P4P)** é uma forma intermediária entre os modelos tradicionais e os baseados em valor. Nele, o pagamento é **ajustado com base no desempenho do prestador**, conforme indicadores de qualidade previamente definidos.

Esse modelo ainda **não é um sistema de remuneração completo**, mas serve como estratégia de transição para modelos mais avançados.

O uso do P4P exige:

- Definição clara de **indicadores de desempenho assistencial e de eficiência**;
- Estrutura para **mensurar resultados clínicos e financeiros**;
- Compromisso com a **evolução para modelos mais sustentáveis e orientados por valor**.

Na tabela abaixo, apresenta-se outros modelos de remuneração que tendem a ser utilizados com mais frequência nos próximos anos.



Modelos Tradicionais	Descrição	Vantagem	Desvantagem
Capitation	• Prestador recebe valor fixo por mês, por pessoa coberta, para remunerar serviços prestados àquela população por determinado período • É possível que contrato tenha abrangência geográfica ou lista de pacientes	• Previsibilidade no valor pago mensalmente ao prestador; • Facilidade na implementação para setores especializados (ex.: oftalmologia) • É possível que contrato tenha abrangência geográfica ou lista de pacientes	• Pode reduzir acesso aos serviços ou serviços de baixa qualidade, se valor per capta for baixo • Subprodução de serviços • Implementação é mais complexa para prestadores que atuam com diversidade de especialidades
Bundle Payment	• Prestador recebe valor acordado por serviços prestados ao longo de todo o tratamento ou condição clínica • Ex.: prótese de joelho + fisioterapia + consultas	• Eliminação da redundância e aumento da eficiência (uniformização e padronização de protocolos ao longo da cadeia) • Incentiva a coordenação de cuidado	• Não aplicável a todos os casos clínicos • Grande esforço operacional • Risco ao prestador
Orçamentação Global ou Parcial	Definição de valor destinado ao prestador com base em série histórica Ex.: Média dos últimos 12 meses: R\$ 1 milhão	Previsão para financiador e prestador Contenção de custos	Pode não haver incentivo à melhora de desempenho Pode induzir subutilização Se muito rígida, orçamentação pode levar todo risco ao prestador Implementação mais complexa

10

ENCERRAMENTO DO CONTRATO



A ANS não regulamenta de forma detalhada os aspectos relacionados à rescisão contratual, exigindo que o contrato contenha o detalhamento das hipóteses de rescisão, com indicação do prazo de notificação.

Sugere-se que as hipóteses de rescisão motivada sejam detalhadamente elencadas no contrato, inclusive no que se refere à caracterização de fraude e de infração sanitária e tributária.

A ANS obriga as OPS a garantirem a substituição do prestador de serviço com comunicação de 30 dias aos beneficiários (tem mais detalhado no item 15), o mais comum é que o prazo de rescisão seja de 45-60 dias, justamente para possibilitar que a OPS faça essas comunicações.

Na hipótese de término do relacionamento contratual, é obrigatória a comunicação, pelo Prestador, ao Responsável Técnico da OPS com a indicação dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional.

Além disso, recomenda-se a indicação dos pacientes que estejam internados no estabelecimento hospitalar e que, por razões médicas, não podem ter alta. Nesse caso, por força do disposto no §2º do artigo 17 da Lei nº 9.656/1998, o atendimento deve ser garantido e, o pagamento, deve ser feito pela OPS.

11

OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS E DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL



Os prestadores de serviços também têm inúmeras obrigações no atendimento disponibilizado a beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde.

A primeira – e talvez a mais relevante de todas – é a de ofertar aos pacientes atendimento humanizado, garantindo a oferta do melhor atendimento, considerando a condição clínica do paciente naquele caso específico e os recursos disponíveis.

O prestador deve avaliar a condição clínica do paciente e evitar realizar procedimentos desnecessários, inábeis a reverter a situação diagnosticada ou incondizente com a literatura ou as melhores práticas assistenciais.

Especificamente no que se refere às obrigações dos prestadores de serviços no cumprimento de contratos de rede credenciada e/ou referenciada, destacam-se:

- Verificação da legitimidade do paciente no ato do atendimento, inclusive no que se refere a prazos de carência;
- Comunicação dos atendimentos realizados no padrão TISS vigente;
- Manutenção das licenças e habilitações necessárias a sua regular operação, nos termos da legislação vigente;
- Não discriminação de pacientes em virtude de sua qualidade de beneficiário de Plano Privado de Assistência à Saúde;
- Não cobrança do beneficiário por procedimentos que estão incluídos no contrato de rede credenciada e que, portanto, estão sujeitos à cobertura da OPS;
- Viabilização do acesso de profissionais para realização de auditorias e de juntas médicas; e
- Cumprimento das disposições contratuais.

12

DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL E COBRANÇA POR VALORES DEVIDOS PELA OPS



No dia a dia do relacionamento entre partes com longa duração de relação contratual, não é incomum uma das partes descumprir determinado item ou regra de forma pontual. Nesses casos, entende-se que comunicações escritas possam ser encaminhadas para registrar o descumprimento e reiterar o que determina o contrato.

Por sua vez, casos em que haja descumprimento reiterado de contrato devem ser acompanhados com cautela e comunicados de forma consistente entre as partes. A aceitação de práticas divergentes das disposições contratuais pode ser considerada como uma nova situação contratual, uma espécie de contrato verbal firmado entre as partes e pode ser de difícil modificação posterior, inclusive no Judiciário.

Ao analisar descumprimentos contratuais entre as partes, o Poder Judiciário não limitará a sua avaliação ao contrato escrito firmado, mas considerará o relacionamento que, de fato, foi estabelecido.

Assim, recomenda-se que sejam criados critérios para acompanhamento e gerenciamento dos contratos vigentes

para, sempre que possível, retomar as disposições contratuais e garantir que a relação entre as partes siga o que está escrito em contrato.

Todas essas comunicações (e-mails, mensagens em sistema etc.) devem ser arquivadas para fins de comprovação posterior, se necessário. Idealmente, reuniões mantidas entre as partes devem ser registradas em atas com um resumo do que foi deliberado e acordado.

Outra medida muito relevante é garantir resposta da outra parte às comunicações feitas. Assim, se um prestador, por exemplo, remete um comunicado indicando alto índice de glosa injustificada, recomenda-se que seja feito o acompanhamento consistente da resposta, a fim de demonstrar a sua boa-fé em dirimir pontos de entendimentos divergentes no relacionamento contratual.

Além disso, é possível proceder com medidas que viabilizem a conciliação e mediação entre as partes para convergência do diálogo e construção de acordos.

Feitas essas considerações iniciais, retoma-se as medidas que podem ser toma-



das de forma extrajudicial por descumprimento de contrato firmado entre partes. No caso de contrato de rede credenciada, as hipóteses mais recorrentes de descumprimento contratual são (a) glosas; (b) reajuste; e (c) atraso nos pagamentos.

Reitera-se que, antes de seguir com a adoção de quaisquer medidas mais drásticas, cabe a avaliação, caso a caso, dos impactos que um possível término de contrato poderá causar, tanto ao Prestador quanto à OPS, com especial atenção à possível desassistência dos beneficiários atualmente atendidos por aquele prestador.

Como indicado no item 14, nenhum relacionamento fundamentado em decisão judicial será fácil ou transparente. Assim, o ideal é que as partes sempre tenham o diálogo aberto e uma relação transparente para garantir o relacionamento a longo prazo.

Como medidas prévias extrajudiciais, identifica-se, de forma gradativa:

- a)** Realização de reunião com apresentação detalhada e fundamentada do pedido;

- b)** Troca de comunicações escritas e consistentes entre as partes;
- c)** Envio de Notificação Extrajudicial;
- d)** Adoção de medidas de conciliação e mediação;
- e)** Protesto;
- f)** Apresentação de reclamação à ANS.

A Reclamação na ANS será tratada de forma específica no item 13 deste Manual. Os demais, serão tratados a seguir.

(a) Glosas

As glosas aplicadas no fluxo de faturamento entre o OPS e Prestadores devem ser fundamentadas e a sua justificativa deve corresponder aos fatos. Ou seja, não basta a OPS indicar como justificativa – e de forma recorrente – que a glosa foi feita por divergência de valor e o contrato e, por sua vez, na fatura remetida pelo Prestador, constar, justamente, o valor previsto em contrato.

Identificada recorrência de glosas infundadas, recomenda-se que o Prestador

organize uma documentação consistente e leve, em reunião, os dados à OPS de forma presencial ou on-line (com o correspondente registro em ata, se possível). Após a apresentação dos dados, pode-se proceder com uma comunicação escrita demonstrando os equívocos identificados no fluxo de aplicação de glosa.

Persistindo glosas injustificadas, o Prestador tem fundamento para proceder com uma Notificação Extrajudicial, sob pena de ajuizamento de medidas judiciais, concedendo prazo para a resposta da OPS.

Mantida a prática, mesmo após a notificação, pode-se proceder com o protesto dos títulos de crédito derivados do contrato em cartório (boletos, duplicatas etc.), se a base documental for embasada e, também, proceder com a tentativa de aplicação de mecanismos de conciliação ou negociação.

De todo modo, se em algum momento houver oportunidade, recomenda-se a formalização de instrumento de confissão de dívida em que também esteja previsto o vencimento antecipado dos demais valores em aberto, em caso de atraso do previsto na confissão.

(b) Reajuste

Para o reajuste, recomenda-se que, antes dos 90 dias do aniversário do Contrato, o Prestador já inicie as tratativas com a OPS.

Novamente: o mais adequado é que o fluxo de comunicação seja escrito e arquivado. Na hipótese de o contrato prever a livre negociação entre as partes e, em caso de não haver acordo, a aplicação de índice específico. Recomenda-se que, ao chegar a data de aniversário do contrato, já passe a ser aplicado o índice do reajuste contratual.

Situação similar deve ser utilizada para os casos em que a única previsão de reajuste seja a livre negociação. A única questão, nesse caso em específico, é que as tratativas devem ser iniciadas nos primeiros 90 dias do ano. Chegada a data de aniversário do contrato, o Prestador já deve aplicar o índice da ANS (IPCA – conforme indicado no Item 3 deste Manual).

Caso haja glosa da OPS por suposta divergência de valor, recomenda-se seguir fluxo semelhante ao descrito no item de glosa acima:

I. Reunião com apresentação detalhada dos dados (explicação de previsão e regulamentação da ANS, se for o caso);

II. Comunicação escrita sobre posicionamento;

III. Infrutífera a comunicação: Notificação Extrajudicial;

IV. Negativo resultado de notificação extrajudicial: protesto dos títulos que contenham os valores divergentes;

V. Também é recomendada a utilização de ferramentas de conciliação e mediação.

Reitera-se, que caso haja um acordo entre as partes, é recomendada a formalização do acordado e, se for o caso, a formalização de instrumento de confissão de dívida.

(c) Atraso nos pagamentos

Para valores reconhecidos pelas OPS e não pagos, recomenda-se o acompanhamento da situação econômico-financeira da fonte pagadora no site da ANS⁴.

O atraso no pagamento de valores reconhecidos pode ser seguir fluxo parecido aos indicados acima.

A depender da situação da OPS e do valor da dívida em aberto, vale seguir com ajuizamento da cobrança no Poder Judiciário, pois a expectativa de recebimento dos valores pode ser baixa.



⁴ Na página da ANS “sala de situação” é possível clicar em “Operadoras” e acompanhar os dados econômico-financeiros das Operadoras de Planos de Saúde: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html.

13

RECLAMAÇÃO DO PRESTADOR NA ANS



A ANS dispõe de canal específico para apresentação de demandas de Prestadores de Serviços por descumprimento de regras relacionadas à rede credenciada, em especial as RN nºs 503/2022, que trata das regras gerais de contrato de rede credenciada; 512/2022, que trata das situações em que é aplicável o índice da ANS; 567/2022, que trata das regras de substituição de prestador não hospitalar; e a 585/2023, que trata da alteração da rede hospitalar.

Assim como no ajuizamento de medida judicial, a apresentação de reclamação na ANS pelo Prestador pode resultar na exclusão do Prestador da rede credenciada da OPS.

Na página da ANS⁵ é possível acessar o tutorial com o passo a passo a ser seguido para apresentar a demanda formalmente.

Se descumpridas regras relacionadas a contrato de rede credenciada ou alteração de rede, pode o prestador apresentar no site da ANS reclamação específica.

Nesses casos, exige-se: (a) a identificação clara do Prestador; e (b) a juntada de documentos que comprovem o descumprimento contratual.

Grande parte dos Prestadores de Serviços opta por não apresentar essas reclamações perante a ANS para não ter o seu contrato de rede credenciada encerrado.

Por oportuno, registra-se que é bastante comum a ANS optar por não seguir com o andamento da reclamação por o tema envolver “questões comerciais”. A efetividade desse tipo de medida não é pública no site da ANS, mas como grande parte dos problemas no relacionamento entre Prestador e OPS envolve valor, glosa e reajuste – questões comerciais – identifica-se poucos casos em que há andamento da demanda.

Reclamações apresentadas por entidades representativas do setor, como sindicatos e associações, sem a identificação dos Prestadores, também têm sido arquivadas.

⁵ <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/central-de-atendimento-a-prestadores/registro-de-demandas>

14

AJUIZAMENTO DE MEDIDA JUDICIAL ENTRE PRESTADORES DE SERVIÇOS E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE



É bastante comum Prestadores de Serviços considerarem a hipótese de judicialização por (a) término do contrato injustificado por parte da OPS; (b) glosas; (c) reajuste; e (d) cobrança por valores devidos pela OPS.

Primeiramente, há de se destacar que nenhum relacionamento será mantido de forma transparente e com abertura a negociações por força de uma ordem ou decisão judicial. Pais separados que mantêm as tratativas sobre os filhos em esfera judicial têm um relacionamento extremamente estressado e desgastante.

Ora, entre Prestadores de Serviços de Saúde e OPS não é diferente. Afinal, ainda que as tratativas sejam entre pessoas jurídicas, são as pessoas físicas que mantêm relacionamento e tocam o dia a dia da operação, assim, o desgaste decorrente de uma intervenção judicial impactará esse relacionamento.

O ideal é que não se deixe chegar ao ponto em que uma medida judicial seja necessária. Para o Prestador, vale a avaliação detida do impacto que a retirada de um OPS pode ter em seu faturamento e sua sustentabilidade futura; para a OPS, a ponderação do impacto que a falta de um Prestador terá nos atendimentos e na comercialização de seus produtos..

Ainda, para o Prestador vale ponderar que o ajuizamento de uma ação judicial, durante a vigência contratual, pode inviabilizar a manutenção do contrato pela OPS, que poderá tomar medidas para excluir o Prestador de sua rede credenciada.

Feito esse comentário sobre o ajuizamento de medida judicial, passa-se a tratar cada um dos casos específicos.



(a) Descredenciamento de prestador/ término unilateral do contrato

Para o caso específico de descredenciamento do Prestador, identifica-se jurisprudência favorável à manutenção do Prestador na Rede Credenciada da OPS se os requisitos impostos pela ANS forem descumpridos.

O Superior Tribunal de Justiça⁶ tem reconhecido a possibilidade de as OPS procederem com o descredenciamento da rede credenciada, desde que atendidos os requisitos para modificação

de rede previsto pela ANS. A falta de comunicação ao consumidor⁷, por exemplo, pode ser utilizada como critério para invalidar a desvinculação do Prestador da Rede Credenciada da OPS.

Julgados no Tribunal de Justiça do Mato Grosso⁸, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo⁹, do Tribunal de Justiça do Distrito Federal¹⁰ têm sido nesse mesmo sentido.

Conclui-se que antes de ingressar com medidas judiciais para essa finalidade de descredenciamento, deve-se verificar se

⁶ STJ - REsp: 1349385 PR 2012/0216926-0, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 16/12/2014, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 02/02/2015 RSTJ vol. 240 p. 709.

STJ - REsp: 1561445 SP 2015/0210605-9, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 13/08/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 16/08/2019.

STJ - REsp: 1677743 SP 2017/0137917-3, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 08/10/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/10/2019.

⁷ STJ - REsp: 119044 SP 2009/0110292-5, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 22/02/2011, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 04/03/2011.

⁸ TJ-MT - APL: 00315442220088110041 MT, Relator: SEBASTIÃO DE MORAES FILHO, Data de Julgamento: 24/08/2016, SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Data de Publicação: 30/08/2016.

TJ-MT - APELAÇÃO CÍVEL: 1005293-90.2021.8.11.0041, Relator: NÃO INFORMADO, Data de Julgamento: 06/03/2024, Segunda Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/03/2024.

TJ-MT - APELAÇÃO CÍVEL: 1015288-93.2022.8.11.0041, Relator: ANTONIA SIQUEIRA GONCALVES, Data de Julgamento: 29/11/2023, Terceira Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/11/2023.

TJ-MT 10015059420218110000 MT, Relator: CLARICE CLAUDINO DA SILVA, Data de Julgamento: 26/05/2021, Segunda Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/05/2021.

⁹ TJ-SP - AC: 10823696920168260100 SP 1082369-69.2016.8.26.0100, Relator: J.B. Paula Lima, Data de Julgamento: 28/05/2019, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/05/2019.

¹⁰ TJ-DF 07101092820218070001 1613655, Relator: MARIA IVATÔNIA, Data de Julgamento: 14/09/2022, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: 16/09/2022.

os requisitos impostos pela legislação da saúde suplementar estão sendo cumpridos pela OPS.

(b) Glosas

O ajuizamento de medida judicial para questionar glosas promovidas pela OPS deve ser bem avaliado pelo Prestador, especialmente se o Contrato de Rede Credenciada ainda estiver vigente. O ajuizamento de medida judicial pode fundamentar uma tomada de decisão da OPS para retirar o Prestador de sua rede credenciada.

Por sua vez, nos casos em que o contrato de rede credenciada já estiver encerrado, há fundamentos suficientes para ajuizamento de ação judicial pelo Prestador, especialmente se os motivos apontados para glosar os procedimentos não forem justificados de forma adequada.

De modo geral, o Poder Judiciário, em diversos Tribunais do país¹¹, ao analisar casos de glosa de pagamentos por OPS, têm afastado glosas injustificadas ou mal embasadas e determinado o pagamento pelas OPS.

¹¹ TJ-DF 07124280920218070020 1439440, Relator: FABRÍCIO FONTOURA BEZERRA, Data de Julgamento: 20/07/2022, 7ª Turma Cível, Data de Publicação: 18/08/2022.

TJ-SP 10038145520148260602 SP 1003814-55.2014.8.26.0602, Relator: Gilberto Leme, Data de Julgamento: 17/01/2018, 35ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 17/01/2018.

TJ-PR - APL: 00611914220118160001 Curitiba 0061191-42.2011.8.16.0001 (Acórdão), Relator: Luis Sergio Swiech, Data de Julgamento: 17/07/2022, 9ª Câmara Cível, Data de Publicação: 18/07/2022.

TJ-RS - AC: 70082096843 RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Data de Julgamento: 29/08/2019, Décima Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 02/09/2019.

TJ-SP - AC: 10597582520168260100 SP 1059758-25.2016.8.26.0100, Relator: Mario de Oliveira, Data de Julgamento: 19/08/2020, 38ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 24/08/2020.

TJ-SP - AC: 10230788620188260224 SP 1023078-86.2018.8.26.0224, Relator: Fernando Sastre Redondo, Data de Julgamento: 03/12/2019, 38ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/12/2019.

TJ-DF 07116528220208070007 1626608, Relator: HECTOR VALVERDE SANTANNA, Data de Julgamento: 05/10/2022, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: 17/10/2022.

TJ-SP - AC: 10241054920228260100 SP 1024105-49.2022.8.26.0100, Relator: Mário Daccache, Data de Julgamento: 27/02/2023, 29ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/02/2023.

TJ-SP - AC: 10177770620228260100 São Paulo, Relator: Ana Maria Baldy, Data de Julgamento: 11/05/2023, 6ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/05/2023.

TJ-PR - APL: 00125004820218160194 Curitiba 0012500-48.2021.8.16.0194 (Acórdão), Relator: Guilherme Freire de Barros Teixeira, Data de Julgamento: 02/05/2023, 10ª Câmara Cível, Data de Publicação: 02/05/2023.

Nesses casos, reitera-se que um suporte documental forte empodera a discussão judicial.

(c) Reajuste

Reitera-se que o ajuizamento de medida judicial durante a vigência contratual pelo Prestador de Serviços pode levar a OPS a rever a manutenção do contrato e proceder com a substituição ou exclusão do Prestador da sua rede credenciada. Assim, vale análise detida sobre o impacto de um possível descredenciamento antes do ajuizamento de ação judicial.

Casos de judicialização envolvendo reajuste contratual são menos recorrentes. Identifica-se julgado no Tribunal de Justiça do Ceará¹², ajuizado pelo Sindicato local, no qual foi indicada a ausência de reajuste por anos e tentativas frustradas de negociação, inclusive perante a ANS.

Pelo que se pode apurar, grande parte dos contratos de rede credenciada eram silentes quanto à periodicidade do rea-

juste e quanto ao índice, prevendo, em sua grande maioria, a livre negociação.

A ação baseou-se na necessidade de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos, a partir da atualização periódica dos valores estabelecidos para remunerar os serviços.

Em sua defesa, a OPS alegou, dentre outros pontos, a ausência de previsão contratual sobre a periodicidade dos reajustes; e a correta interpretação do artigo 17-A, II, §3º da Lei nº 9.658/1998.

Tanto o Juiz de 1ª instância, quanto a decisão do Tribunal, acolheram o pedido do Sindicato, obrigando a aplicação do reajuste pelo índice da ANS

(d) Cobrança de valores devidos

Ações de cobrança contra as OPS são mais usuais nos casos em que o contrato de rede credenciada já foi terminado.

Nesses casos, a depender da documentação disponível, pode-se ajuizar:

¹² TJ-CE - AI: 06223552020178060000 CE 0622355-20.2017.8.06.0000, Relator: MARIA DE FÁTIMA DE MELO LOUREIRO, 2ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 30/08/2017.

- uma execução, cuja tramitação é mais rápida, pois não há necessidade de comprovação da dívida. Esse tipo de ação já é ajuizada com base em um “título executivo extrajudicial” como, por exemplo, uma confissão de dívida, duplicata ou boleto protestado;
- uma ação monitória, tramitação mais demorada que a execução, mas mais rápida que a ação de cobrança. Nesse caso, a ação é embasada em prova documental escrita que não se enquadra como um título executivo extrajudicial indicado na lei;
- uma ação de cobrança, cuja tramitação é mais demorada, pois pode demandar a realização de audiência e a produção de todas as provas admitidas, inclusive perícia contábil na documentação em poder do Prestador.

Como indicado no item 14, a depender da situação econômico-financeira da OPS, pode ser que a medida judicial seja a medida mais acertada a ser implementada pelo Prestador.



15

ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR



As OPS devem registrar os produtos a serem ofertados aos beneficiários na ANS e informar a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde disponíveis para atendimento integral das coberturas mínimas obrigatórias

A rede hospitalar integra a característica do produto (Anexo II da RN ANS nº 543/2022), podendo ser alterada se atendidas as regras aplicáveis, em especial a RN ANS nº 585/2023. Ao modificar a rede hospitalar, a OPS deve alterar o registro do plano na ANS.

Embora a rede não hospitalar não integre a característica dos Planos, por proteção legal, todo prestador incluído implica em compromisso de permanência com os consumidores, logo sua mudança deve ocorrer mediante comunicação prévia da OPS em seu portal corporativo e central de atendimento, nos termos da RN ANS nº 567/2002.

Nos termos da Lei nº 9.656/1998, a rede hospitalar pode sofrer dois tipos de alteração:

- **Substituição:** ocorre quando há troca de uma unidade hospitalar por outra equiva-

lente, sendo que o pedido costuma ser processado de forma automática pela ANS;

- **Redimensionamento:** ocorre quando há a retirada do estabelecimento hospitalar daquele produto, nesse caso, pressupõe-se a autorização prévia da ANS.

Ao editar a RN ANS nº 585/2023, a ANS previu mais uma categoria de modificação que é a “exclusão parcial de serviços de internações hospitalares e de urgência e emergência”.

No que se refere à substituição de rede hospitalar, a norma em vigor impõe os seguintes requisitos:

- Deve ser feita comunicação prévia aos consumidores e à ANS com, ao menos, 30 dias de antecedência;

- Deve-se garantir que o hospital substituto seja equivalente;

- Deve-se seguir critérios de qualidade e de localização;

- Pode-se fazer a substituição de um serviço por hospital complementar e também por um hospital que já integre o Plano registrado na ANS.

Para a substituição, a ANS analisa, com base nas informações de atendimentos remetidos pelas OPS (Produção TISS), os seguintes tipos de atendimento:

- Internações psiquiátricas
- Internações obstétricas
- Internações cirúrgicas
- Internações pediátricas
- Internações em UTI Neonatal
- Internações em UTI Pediátrica
- Internações em UTI Adulta
- Atendimento de Urgência e Emergência Adulto
- Atendimento de Urgência e Emergência Pediátrico

A título exemplificativo, toma-se o caso de um Hospital A que é credenciado para atender beneficiário de Plano para Internação Clínica, Internação Psiquiátrica e Internação Obstétrica; mas, por qualquer motivo, não apresentou atendimento, nos últimos 12 meses, em

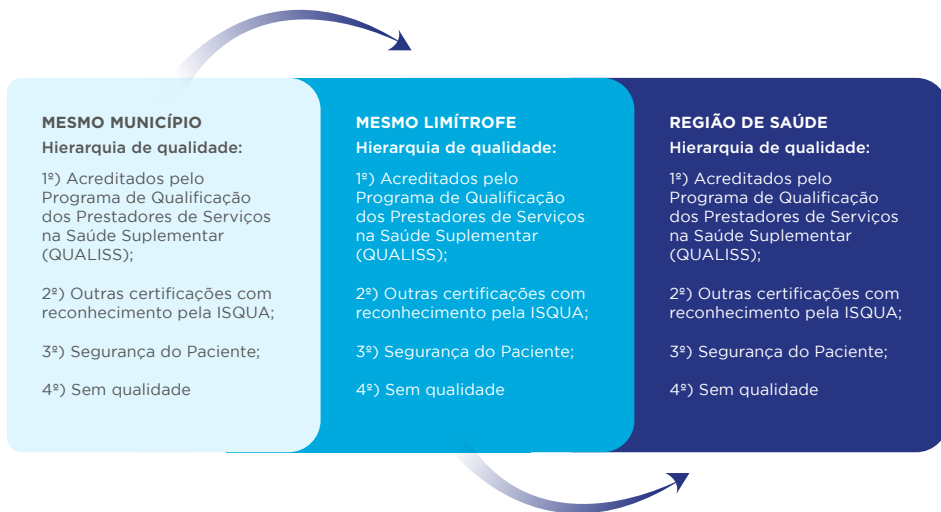


Internação Obstétrica. Nessa hipótese, a OPS poderá prosseguir com a substituição pelo Hospital B que tem Internação Clínica e Psiquiátrica, mas não tem Internação Obstétrica.

Não há garantia de manutenção de especialidade. Assim, se um Hospital A ofertar internação clínica ortopédica e

cardíaca, poderá haver substituição por um Hospital B que ofereça internação clínica cardíaca, mas não ortopédica.

Como indicado, a substituição também deve seguir critérios de localização e de qualidade. O gráfico abaixo apresenta o fluxo a ser seguido pelas OPS nas substituições de hospitais:





Também é autorizado à OPS substituir um prestador hospitalar com concentração de vários serviços de internação por outros, não havendo garantia, portanto, de atendimento em um único estabelecimento.

Ainda no que se refere à substituição, é autorizada a prática para prestador já pertencente à rede, desde que haja aumento da capacidade de atendimento nos últimos 90 dias ou, ainda, que ele tenha sido incluído na rede, no máximo, até 90 dias da substituição.

Para apuração de dados e verificações, a ANS utilizará os dados do Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (“CNES”) e os dados da produção TISS que mantém em sua base de dados. Assim, destaca-se a relevância de manutenção do CNES atualizado e de remeter corretamente os atendimentos efetuados.

Como adiantado, no redimensionamento, que é a retirada de um prestador hospitalar de determinado plano, sem substituição por outro, pressupõe-se a autorização da ANS, a verificação do impacto sobre a massa assistida e a comunicação aos beneficiários.

O redimensionamento pode se dar por (a) rescisão entre o hospital e a OPS

intermediária, nos contratos de rede indireta; (b) pelo encerramento das atividades do hospital ou (c) por interesse da OPS ou do prestador.

No redimensionamento, o impacto sobre a massa assistida é feito em duas etapas: na primeira, a ANS analisa os atendimentos de todos os hospitais que integram o plano naquela região de saúde, selecionando apenas os que compõem os 80% dos atendimentos hospitalares nos últimos 12 meses; na segunda, após a seleção dos hospitais que integram os 80% dos atendimentos, avalia-se o percentual de atendimento de cada hospital. No caso de o hospital, individualmente, responder por menos 5% dos atendimentos, a sua exclusão será autorizada pela ANS.

Essa regra não é aplicável para os casos em que há encerramento da atividade do prestador ou, ainda, rescisão entre o hospital e a OPS intermediária nos casos de rede indireta.

Uma terceira hipótese é a exclusão parcial de serviços hospitalares, aplicável apenas às categorias de serviços indicadas pela ANS¹³. Nesse caso, avalia-se novamente o impacto sobre a massa assistida. Se o estabelecimento hospitalar estiver entre as unidades com impacto, a OPS não poderá proceder com a exclusão parcial de serviços e deverá garantir a substituição.

Para os serviços de urgência e emergência há, na exclusão parcial, uma análise desse tipo de atendimento para cada prestador. Assim como na substituição, não há garantia de manutenção de especialidade (ortopedia, cardiologia etc.).

¹³ Internações psiquiátricas; Internações obstétricas; Internações cirúrgicas; Internações pediátricas; Internações em UTI Neonatal; Internações em UTI Pediátrica; Internações em UTI Adulta; Atendimento de Urgência e Emergência Adulto; Atendimento de Urgência e Emergência Pediátrico

16

REFERÊNCIAS



Guia para a Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf.

Instrução Normativa ANS nº 12, de 31 de março de 2022, regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas às Resoluções Normativas nº 503, de 30 de março de 2022, nº 512, de 31 de março de 2022, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014, bem como revoga Instrução Normativa DIDES nº 62 de 12 de fevereiro de 2016. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=N-DE4NA==>.

Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, institui o Código Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm.

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm.

Resolução CFM nº 1.638/2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>.

Resolução CFM nº 2.217/2018, aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.

Resolução Normativa ANS nº 489, de 29 de março de 2022, dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=N-DE00Q==>.

Resolução Normativa ANS nº 503, de 30 de março de 2022, 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, dá outras providências e revoga as Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014 e nº 436, de 28 de novembro de 2018. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Mw==>.

Resolução Normativa ANS nº 512, de 31 de março de 2022, 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 e revoga as Resoluções Normativas nº 364, de 11 de dezembro de 2014 e nº 391, de 04 de dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE3MQ==>.

Resolução Normativa ANS nº 566, de 17 de dezembro de 2024, dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDU5Ng==>

Resolução Normativa ANS nº 567, de 16 de dezembro de 2022, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzOA==>.

Resolução Normativa ANS nº 585, de 18 de agosto de 2023, dispõe sobre os critérios para as alterações na rede assistencial hospitalar no que se refere à substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução; Altera a RN nº 489, de 29 de março de 2022, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do art. 113-A; Altera a RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que passa a vigorar acrescida do Art. 8º A. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDQyNQ==>.

Resolução Normativa ANS nº 623, de 17 de dezembro de 2024, dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDU5Ng==>.

ANEXO I

CLÁUSULAS OBRIGATÓRIAS NO CONTRATO DE REDE CREDENCIADA

Cláusulas Obrigatórias		
Item	Tema	Detalhamento
1	Objeto	Descrição de todos os serviços contratados por <u>procedimento</u> , de acordo com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.
2	Objeto	Indicar se há possibilidade de inclusão e exclusão de procedimento ao longo da vigência do contrato e a forma pela qual isso deve se dar (aditivo, comunicado etc.).
3	Regime de atendimento	Descrever o regime de atendimento contratado (ambulatório/ hospitalar).
4	Valores	Descrição dos valores dos serviços contratados.
5	Valores	Valores devem ser descritos em moeda corrente ou tabela de referência.
6	Reajuste	Critérios, forma e periodicidade de reajuste. Vedado reajuste vinculado à sinistralidade, vedados reajustes que mantenham ou reduzam valor nominal do serviço contratado. Reajuste deve ser anual, na data do aniversário do contrato. É aceita a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos pelas partes.
7	Autorização	Contrato deve trazer os atos, eventos e procedimentos que necessitam de autorização da OPS. Deve haver descrição: (a) da rotina operacional para autorização; (b) do prazo para resposta para OPS aprovar ou negar; (c) da obrigação de a negativa da OPS ser fundamentada, seguindo padrão TISS; (d) da responsabilidade das partes na rotina operacional.

8	Faturamento	Prazo e procedimento para faturamento dos serviços.
9	Pagamento	Prazo e procedimento para pagamento.
10	Vigência	Prazo de vigência e critérios para prorrogação e renovação.
11	Vigência	Quanto à renovação, deve haver prazo para notificação nos casos em que não houver renovação contratual automática.
12	Rescisão	Detalhamento das hipóteses de rescisão, com indicação do prazo para notificação de rescisão.
13	Rescisão	No caso de rescisão de contrato, deve haver previsão que obrigue o prestador a notificar o Responsável Técnico da OPS dos pacientes que estão em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, devidamente acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro prestador, respeitado o sigilo profissional. Previsão no contrato de que o prestador, em caso de rescisão contratual, comunicará os beneficiários que se enquadram na condição acima (tratamento continuado, pré-natal etc.).
14	Penalidades	Descrição das penalidades aplicáveis pelo não cumprimento das obrigações contratuais.
15	Troca de Informações	A troca de informações deve ser feita no padrão TISS vigente.

16	Auditoria	Trazer claramente hipóteses em que OPS poderá glosar o faturamento apresentado (fora dessas hipóteses não poderá haver glosa). Previsão de que auditoria seguirá regras dos Conselhos Profissionais sobre exercício da profissão.
17	Glosa	Prazo para contestação de glosa, prazo para resposta da OPS e pagamento dos serviços no caso de revogação da glosa aplicada. Prazo para contestação de glosa deve ser igual ao prazo de resposta da OPS.
18	Marcação, Urgência e Emergência	Prestador deve agendar procedimentos atendendo as necessidades dos pacientes, privilegiando atendimentos de urgência ou emergência, assegurando-se as prioridades previstas em lei (prioridade especial aos idosos com mais de oitenta anos, idosos, pessoas com deficiência e gestantes).
19	Foro	Foro eleito deve ser o do prestador de serviços.

ANEXO II

**PREVISÕES VEDADAS
NOS CONTRATOS DE
REDE CREDENCIADA
E PREVISÃO
CONSIDERADA NULA**

Vedações		
Item	Tema	Detalhamento
1	Comprovante de Pagamento pelo Beneficiário	É vedado trazer previsão que obrigue beneficiário a apresentar comprovante de pagamento da mensalidade do plano.
2	Contraprestação pecuniária	Vedação à cobrança, pelo Prestador, de qualquer prestação pecuniária pelo beneficiário dos procedimentos cobertos e contratados no contrato de rede credenciada.
3	Código de Ética Profissional	Contrato não pode trazer previsões que infrinjam Códigos de Ética Profissionais.
4	Exclusividade	Contrato não pode trazer exclusividade contratual para prestador de serviços.
5	Liberdade profissional	Contrato não pode trazer previsão que limite a liberdade profissional.
6	Auditoria Técnica e Administrativa*	Auditoria técnica com acesso a dados do prontuário deve ser feita por profissional de saúde. Serviços de Saúde não podem enviar cópia de prontuário às OPS.
7	Glosas*	Contrato não pode limitar acesso do prestador às justificativas de glosa. Contrato não pode limitar direito do Prestador de contestar glosas.
8	Tratamento a paciente	Paciente de OPS não pode sofrer discriminação ou ter atendimento distinto do que é dispensado a beneficiários de outras OPS ou a pacientes privados.
9	Reajuste	Contrato não pode trazer previsão que reduza o valor nominal previsto em contrato. Vedado reajuste que mantenha ou reduza o valor nominal do serviço contratado.
10	Entrega de cópia de Prontuário pelo Prestador	É vedada entrega de cópia de prontuário pelo Prestador à OPS, exceto se houver autorização expressa do paciente.

(*) essas vedações só se aplicam aos prestadores que faturam no Padrão TISS.

CLÁUSULA NULA (POSICIONAMENTO DO JUDICIÁRIO): cláusula que prevê a prescrição de cobrança por remessa de fatura fora do prazo. O Judiciário entende que a prescrição é direito indisponível, não podendo ser alterado por acordo entre as Partes (artigo 192 do Código Civil), sendo nula, portanto, previsão contratual nesse sentido. O prazo para cobrança de procedimentos é de 05 anos (§5º do artigo 206 do Código Civil).

ANEXO III

CLÁUSULAS RELEVANTES

Recomendações sobre disposições contratuais que contribuem para melhorar a gestão dos contratos e reduzir incertezas em casos de demandas jurídicas.

Vedações		
Item	Tema	Detalhamento
1	Suspensão de Atendimento	Disciplinar possibilidade de o Prestador de Serviços suspender ou não o atendimento de beneficiários se houver atraso no pagamento por parte da OPS, com base na exceção do contrato não cumprido.
2	Glosa	Cláusula de Glosa que garanta o Recurso do Prestador de Serviços e acesso às justificativas de glosa. Disciplinar possibilidade de glosa linear.
3	Autorização	Disciplinar possibilidade de a OPS glosar procedimentos previamente autorizados por ela.
4	Cobrança Direta do Paciente	Disciplinar possibilidade de cobrança direta do Paciente para procedimentos não previstos no contrato de rede credenciada.
5	Rescisão	Prever hipóteses que podem ser enquadradas como fraude, infração sanitária ou tributária. Prever expressamente que a ausência de licença sanitária não é caracterizada como infração, especialmente se o estabelecimento já tiver apresentado o protocolo com pedido de concessão ou renovação. Elencar detalhadamente hipóteses de rescisão motivada. Disciplinar eventos que sucedem o término contratual e cuidado com os pacientes que estão internados.
6	EPI	Disciplinar custeio de EPIs fornecidos aos colaboradores do Prestador de Serviços
7	CNES	Descrever o tipo de estabelecimento conforme CNES. Descrever serviços especializados.

8	OPME e Medicamentos	Disciplinar Pacotes firmados entre OPS e Prestador, incluindo previsões detalhadas sobre o que está incluído.
9	Judicialização e NIP	Os contratos de Rede Credenciada têm trazido previsões que imputam ao Prestador a responsabilidade por multas ou decisões judiciais por prescrições feitas por seu corpo clínico. Nesse caso, deve-se ter cautela para garantir o direito à ampla defesa do Prestador para apresentar suas considerações sobre o assunto. Além disso, é recomendável que o Prestador tome medidas para padronizar produtos e procedimentos, garantindo a adesão de seu Corpo Clínico.
10	Instabilidade do Sistema para remessa do faturamento ou Recurso de Glosa	Disciplinar hipóteses de instabilidade do sistema, incluindo eventual prorrogação de prazo para faturamento ou glosa.
11	Responsabilidade por falha na prestação de serviços	Sugere-se que qualquer cláusula contratual que imponha responsabilidade ao prestador por falhas em sua prestação de serviços somente possa ser aplicada em caso de comprovada falha na prestação de serviços pelo prestador.

ANEXO IV

**ÍNDICE DE REAJUSTE
DA ANS E CRITÉRIOS
DE QUALIDADE,
NOS TERMOS
DA RESOLUÇÃO
NORMATIVA ANS Nº
512, DE 31 DE MARÇO
DE 2022.**

Nível de Fator de Qualidade	Reajuste (% IPCA)	Critérios
A	115%	Nível Máximo de Certificado de Acreditação Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA + uma notificação a cada trimestre no último ano Ao menos 75% das guias enviadas em formato eletrônico e na TISS vigente
B	110%	Certificado de Acreditação Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA + uma notificação a cada trimestre no último ano Ao menos 75% das guias enviadas em formato eletrônico e na TISS vigente
C	105%	Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA + uma notificação a cada trimestre no último ano Ao menos 75% das guias enviadas em formato eletrônico e na TISS vigente OU Participação em projetos de indução de qualidade da DIDES
Outros	100%	Demais casos

Para aplicar o índice previsto pela ANS, o contrato deve ter como único critério de reajuste a livre negociação. A aplicação de um percentual ou de outro dependerá de certificações e acreditações mantidas pelo prestador, conforme detalhado acima.



www.anahp.com.br