

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE  
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**DÉBORA LUANA KOSSMANN  
MARIZETE DE FARIA**

**ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE UMA  
OPERADORA E UMA PRESTADORA DE SERVIÇO DE  
SAÚDE NO PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DÉBORA LUANA KOSSMANN**

**MARIZETE DE FARIA**

**ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE UMA  
OPERADORA E UMA PRESTADORA DE SERVIÇO DE  
SAÚDE NO PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO**

**JOINVILLE, 2013**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.**

**CAMPUS JOINVILLE  
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**DÉBORA LUANA KOSSMANN E MARIZETE DE FARIA**

**ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE UMA  
OPERADORA E UMA PRESTADORA DE SERVIÇO DE  
SAÚDE NO PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO**

**Submetido ao Instituto Federal  
de Educação, Ciência e  
Tecnologia de Santa Catarina  
como parte dos requisitos de  
obtenção do título de Tecnólogo  
em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Reginalda Maciel**

**JOINVILLE, 2013**

Faria, Marizete de.

Plano de Saúde e Prestador de Serviço: Uma Análise do Relacionamento de Duas Instituições do Nordeste de Santa Catarina / Faria, Marizete de e Kossmann, Débora Luana – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 60 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Reginalda Maciel. Espc.

1. Plano de Saúde 2. Prestador de Serviço 3. Relacionamento.

I. Análise do Relacionamento entre uma Operadora e uma Prestadora de Serviço de Saúde no Processo de Autorização de Procedimento Oncológico.

**ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE UMA  
OPERADORA E UMA PRESTADORA DE SERVIÇO  
DE SAÚDE NO PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO**

**DÉBORA LUANA KOSSMANN E MARIZETE DE FARIA**

**Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.**

**Joinville, 4 de Março de 2013.**

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Reginalda Maciel  
Orientador

---

Prof. Josiane Steil Siewert  
Avaliador

---

Prof. Amilton Fernando Cardoso  
Avaliador

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço ao meu Deus que me nutriu de capacidade intelectual e me deu graça e coragem para permanecer até o fim. Agradeço também a meu amado esposo e minhas filhas que tiveram paciência e me apoiaram para realização de meu grande sonho, agradeço aos meus colegas de classe que me ajudaram e me incentivaram a prosseguir, aos professores que pacientemente estiveram em sala para nos transmitir conhecimento e nos incentivaram a perseguir nossos ideais.

Marizete de Faria

Acima de tudo agradeço primeiramente a Deus, por seu amor tão grande e por ser eternamente fiel, mesmo que em alguns momentos eu falhe. Agradeço a minha família por seu apoio, em especial a minha mãe, pois se cheguei aqui foi porque ela me instruiu a começar. Ao meu noivo agradeço de todo coração pela compreensão, paciência e apoio durante este período. E por fim aos professores e colegas, que ao longo destes últimos anos agregaram um conhecimento de valor imensurável a minha vida.

Débora Luana Kossmann

## **RESUMO**

O objetivo do presente trabalho é analisar o relacionamento entre um plano de saúde e uma prestadora de serviço de saúde no processo de autorização de procedimento oncológico considerando a evolução histórica que alterou o relacionamento entre ambos até os dias atuais, por meio de revisão bibliográfica, estudo de campo e pesquisa documental. Sendo feita uma análise qualitativa com a observação das autoras referente ao processo. Em seguida, será apresentado o fluxo atual do processo de autorização e serão discutidos os principais pontos a serem aprimorados e algumas sugestões para ocorrer à melhoria desse processo.

Palavra chave: Relacionamento. Plano de Saúde. Prestador de Serviço.

## **ABSTRACT**

The aim of this paper is to analyze the relationship between a health plan and a provider of health services in the authorization process of oncologic procedure considering the historical evolution that changed the relationship between them until the present day, through literature review, study field and desk research. Being a qualitative analysis with the observation of the authors regarding the process. Then will be presented the flow of the current authorization process and discussed the main points to be improved and some suggestions for improving this process to occur.

Key word: Relationships. Health Plan. Service Provider.

## GLOSSÁRIO

Alguns termos não irão aparecer no decorrer deste trabalho, os mesmos foram acrescentados a esta lista para uma maior compreensão sobre serviço de saúde suplementar.

Os termos a baixo foram retirados do manual da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012).

**Adjuvante:** é uma terapia medicamentosa antineoplásica que subdivide-se em: adjuvante (após tratamento cirúrgico e/ou radioterápico), neo-adjuvante (antes do tratamento cirúrgico ou radioterápico definitivo), paliativa e curativa. Quimioterapia de indução é administrada em neoplasias avançadas, podendo ser paliativa, aumentar a sobrevida ou ser curativa.

**Agravo por contraprestação:** É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência a saúde oferecido ao usuário como alternativa a adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

**Beneficiário:** Pessoa física que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, observada a legislação vigente, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. O termo beneficiário refere-se assim ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de um vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

**Carência:** Prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do instrumento, durante o qual o beneficiário não tem direito as coberturas contratadas.

**Cobertura assistencial do plano:** A cobertura assistencial de um plano de saúde é o conjunto de direitos - tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológico, adquirido pelo beneficiário, a partir da contratação do plano.

**Cobertura Parcial Temporária:** É a suspensão, pelo prazo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, internação em unidades de tratamento intensivo e procedimentos de alta complexidade, relacionados a doença ou lesão preexistente.

**Consulta:** É o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.

**Contraprestação pecuniária:** Denominação atribuída na Lei nº 9.656/98 ao pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora.

**Contratada:** É a operadora de planos privados de assistência a saúde especificada na proposta de adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência a saúde aos beneficiários do plano convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

**Contratante:** Pessoa jurídica, qualificada na Proposta de Adesão, que contrata a prestação de serviços de assistência a saúde para seus empregados dirigentes ou associados.

**Doença:** É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

**Doença ou Lesão Preexistente:** É todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua opção direta ou indiretamente por suas consequências, do qual o usuário (ou seu responsável) tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano, ou ainda, quando constatado por exame pericial de admissão.

**Eletivo:** Termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

**Estadiamento:** Determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela acometidos, constituem um conjunto de informações fundamentais para determinar o tratamento.

**Exame:** É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

**Glosa:** Trata-se do cancelamento ou recusa total ou parcial, por parte das operadoras, de uma conta apresentada por um Prestador de Serviços.

**Leucemia** é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. A medula é o local de formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos, sendo popularmente conhecida por tutano.

Nela são encontradas as células que dão origem aos glóbulos brancos, aos glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos) e às plaquetas.

**Leucemia Mielóide Aguda (LMA)**, também conhecida como Leucemia Mielogênica aguda é um tipo de câncer que se caracteriza pela transformação de células sanguíneas saudáveis (mielócitos) em células cancerígenas. Este tipo de leucemia se prolifera muito rápido, e afeta indivíduos de todas as idades, mas principalmente os que estão na fase adulta. Manifesta-se através de tumores pequenos sob a pele, anemia ou meningite, podendo ser uma doença mortal.

**Linfoma:** é um termo genérico utilizado para designar um grupo de diversas doenças neoplasia neoplásicas do sistema linfático sistema linfóide que se originam da proliferação clonal de linfócitos B ou T em qualquer um de seus estágios de maturação. Os linfomas são classificados em dois grandes grupos: linfoma de Hodgkin e os linfomas não Hodgkin.

**Oncologia:** Especialidade médica que estuda as neoplasias, ou tumores, benignas ou malignas.

**Operadoras de planos privados de assistência à saúde:** Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, autorizada, a partir do registro na ANS, a comercializar planos privados de assistência à saúde.

**Paliativo:** é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas que afligem o homem quando a morte se aproxima.

**Plano:** É a opção de cobertura adquirida pela contratante.

**Prestadores de serviços de saúde:** Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação.

**Prognóstico:** na medicina, é conhecimento ou juízo antecipado, prévio, feito pelo médico, baseado necessariamente no diagnóstico médico e nas possibilidades terapêuticas, segundo o estado da arte, acerca da duração, da evolução e do eventual termo de uma doença ou quadro clínico sob seu cuidado ou orientação. É predição médica de como doença x paciente irá evoluir, e se há e quais são as chances de cura.

**Recidiva:** (recorrência) significa "está acontecendo novamente". Quando a doença retorna, fica ativa novamente. Quando o câncer recidiva, seu comportamento e risco é, no mínimo, igual ao da primeira vez e, infelizmente, ao retornar, as células cancerosas, muitas vezes, já crescem com defesas contra o tratamento empregado anteriormente.

**Rol de Procedimentos:** Lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para as segmentações especificadas (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológica e o plano referência).

**Taxa de sinistralidade:** Relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras.

**Tipos de convênio:** Referem-se à forma de remuneração de um determinado atendimento ou serviço prestado pelo estabelecimento de saúde. Os convênios podem ser:

- SUS;
- Particular;
- Plano de saúde público;
- Plano de saúde privado.

## **SIGLAS**

**ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar é a autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, criada e regulada pela Lei nº 9961/2000, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

**CFM:** Conselho Federal de Medicina.

**CID-10:** É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. Os procedimentos cobertos por esse instrumento são somente os relacionados no rol da segmentação ambulatorial e da segmentação hospitalar com obstetrícia divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**CONSU:** Conselho Nacional de Saúde Suplementar, é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com a competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**CRM:** Conselho Regional de Medicina.

**SADT:** Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia — modalidade de prestação de serviços na área da saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 PROBLEMA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>19</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 PODER PÚBLICO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 PLANO DE SAÚDE .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 PRESTADORES DE SERVIÇO DE SAÚDE .....</b>	<b>31</b>
<b>4 PESQUISA DE CAMPO.....</b>	<b>43</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
<b>7 SUGESTÕES DE MELHORIA .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Quando analisou-se o relacionamento entre planos de saúde e os prestadores de serviços, verificou-se que ambos dependem integralmente um do outro para o seu sustento.

Conforme pesquisa desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública (Machado,1995) indica que 75 % a 90 % dos médicos declararam depender diretamente dos convênios para manter suas atividades em consultório, porém com o início da regulamentação com a Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS este relacionamento mudou drasticamente, e aqueles que antes trabalhavam como aliados, atualmente possuem um relacionamento nada estratégico e sem comunicação adequada, o que implicada diretamente no tempo de espera do beneficiário para a autorização de seus procedimentos.

O prestador de serviço é entendido como todo profissional, clinica e hospital credenciado a um determinado plano de saúde, juntamente com os planos de saúde.

São conceituados pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) como: “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” ambos têm como objetivo principal oferecer o tratamento necessário aos beneficiários vinculado a eles, porém a falta de relacionamento e uma comunicação inadequada e muitas vezes inexistente tem afetado a qualidade do serviço, não garantindo assim os direitos dos beneficiários.

Neste trabalho serão abordados importantes aspectos sobre os agentes da saúde suplementar, por meio da análise de uma operadora de plano de saúde e um prestador de serviço especializado em oncologia.

Buscou-se uma aproximação da realidade da saúde suplementar para analisar qual a importância de um retorno de autorização o mais breve possível para um paciente oncológico.

Para isto utilizou-se de pesquisa de campo, revisão bibliográfica e entrevista.

A constituição de 1988 que incluiu em seu texto a saúde suplementar trouxe aos beneficiários desafios no convívio com as operadoras de plano de saúde.

Com a regulação da Agência Nacional da Saúde Suplementar as operadoras e os prestadores, buscavam distintamente seus interesses e não atendiam o beneficiário com qualidade, dificultando a comunicação e atravancando o processo para quem precisava de assistência.

O plano de saúde é o responsável por dar a assistência ao beneficiário, mas isso só é possível quando a operadora e sua rede credenciada mantém um relacionamento estratégico, onde ambos trabalham para suprir as necessidades do beneficiário.

A rede credenciada é altamente capilarizada e distribuída geograficamente por todo o país, e o beneficiário pode ser atendido por diferentes profissionais em diferentes locais, o que gera uma intensa troca de informações entre os envolvidos.

O relacionamento entre o plano de saúde e os prestadores de serviço é essencial para o processo de autorização.

Deve ser melhorado com um bom relacionamento e uma comunicação de simples entendimento, onde o plano de saúde e seu prestador possam se relacionar da maneira mais clara possível, garantindo melhor entendimento e atendimento ao beneficiário.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar o relacionamento entre uma prestadora de serviços e um plano de saúde sobre a dinâmica de autorização de exames e procedimentos, no nordeste do estado de Santa Catarina.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Pesquisar na teoria como deve ser o relacionamento entre a operadora de plano de saúde e seus prestadores de serviço;
- Descrever o processo de relacionamento entre a operadora e a prestadora de serviço no nordeste do estado de Santa Catarina no processo de autorização de procedimentos oncológicos;
- Identificar as falhas e os êxitos deste relacionamento dentro do processo de autorização que ocorrem entre a operadora e a prestadora de serviço.

### **2.2 PROBLEMA**

Como se constitui o relacionamento entre uma prestadora de serviço e um plano de saúde, na autorização de procedimentos e processos oncológicos adotados em duas instituições privadas do nordeste catarinense?

### **2.3 JUSTIFICATIVA**

A necessidade de avaliar e desmistificar o relacionamento entre uma prestadora de serviço e um plano de saúde tem assumido grande relevância no contexto atual. Pois a comunicação entre ambos possui um papel extremamente significativo, sendo ela o principal responsável pelas falhas e êxitos no relacionamento destas instituições. A má comunicação traz desgastes nas relações, agressões verbais, perda de tempo

com retrabalho, mal entendidos, suscetibilidades afetadas, perda de motivação e stresse. (MARTINIANO, 2007).

Desse modo reintera a necessidade do presente estudo, para compreender e futuramente oferecer informações que possivelmente venham beneficiar ao relacionamento e minimizar as falhas nos processos de autorização de procedimentos oncológicos.

Este estudo possibilita o conhecimento de experiências vivenciadas e que servirão de embasamento para a qualificação do processo de autorização de procedimentos dentro da saúde suplementar. Existe, hoje, um bem identificado esforço de redução de custos na saúde promovido pelas Operadoras de Planos de Saúde, por meio de mecanismos que comprometem, seriamente, a qualidade da assistência à saúde e a responsabilidade técnica do médico (SEFERIN, 2003).

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os agentes da saúde suplementar.

#### 3.1 Poder Público

Para entender o início dos planos de saúde é preciso analisar a Constituição Federal, que no Art. 199 diz que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Desse modo surge um questionamento, porque a assistência à saúde deve ser livre a iniciativa privada?

O artigo acima citado foi incluído na constituição, pois, o governo já estava prevendo que o sistema único não daria conta de suprir a demanda mesmo antes de sair do papel e que desse modo às pessoas teriam que recorrer à iniciativa de assistência privada para suprir as suas necessidades. Assim, os cidadãos não tem a “livre iniciativa”, pois essa “iniciativa” deixou de ser livre a partir do momento em que a assistência à saúde, que deveria ser um direito de todos e um dever do estado, não esta sendo cumprida integralmente.

Ainda no artigo 199, parágrafo primeiro, esta questão é novamente mencionada, de forma que as instituições privadas poderão participar de maneira complementar ao sistema único de saúde.

A constituição de 1988 foi formulada de modo que oferecer assistência privada a população seria uma necessidade. Sendo a mesma constituição que no art. 196 diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988).

O artigo em questão além de garantir pelo Estado a saúde de todos, explica de que modo essa assistência deverá ser suprida, mesmo assim, ainda foi criado um artigo dando a livre iniciativa pela assistência privada.

O Estado não conseguia suprir a demanda, havia muito mais pessoas que necessitavam dessa assistência quanto pessoas assistidas.

Não existia suporte para todos, então, as pessoas foram obrigadas a partir para a assistência privada, quanto mais elas necessitavam de um sistema que não conseguia suprir as suas carências, mais recorriam para os planos de saúde.

Conforme Schaefer, (2010, p.23) “a flexibilização do sistema universalista ocorreu em face do alto custo de manutenção da saúde pública e possibilitou a organização da iniciativa privada sob as formas básicas de seguros e medicina pré-paga e suas derivações”.

As operadoras de planos de saúde ditavam as suas próprias regras, faziam suas imposições aos beneficiários que eram obrigados a aceitar, pois, não havia por parte do governo nenhum tipo de fiscalização quanto ao serviço oferecido por estas operadoras.

Lopes e Neto (2008) relatam o período de incertezas e desequilíbrio contratual “nestes anos em que o Estado se esquivou de seus deveres, deu-se a formação de uma grande lacuna. O cidadão brasileiro ficou sem alternativas: submetia-se às imposições das empresas de convênios médicos ou ficava sem a prestação do serviço. A ausência do controle do Estado sobre as operadoras de convênios médicos, somada ao imenso volume de associados por contrato de adesão, resultou em hipertrofia da vontade do fornecedor de serviços. Diante da torpeza na edição dessas leis, o Poder Judiciário foi cada vez mais suscitado para decidir conflitos que poderiam ter sido evitados”.

Ainda referente à falta de fiscalização no sistema de saúde suplementar, é relevante compartilhar a fala articulada da vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Regina Parizi, do diretor jurídico do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, Josué Rios, e de um representante de usuários no Conselho Nacional de Saúde, Mauro Scheffer, quando se estava buscando um meio de controlar as operadoras e planos e seguros de saúde, foi levada ao Senado uma proposta que não protegia integralmente os beneficiários:

“A proposta de regulamentação dos planos e seguros privados de saúde que deve ser votada pelo Senado não garante aos 45 milhões de usuários do setor direitos essenciais de proteção à vida e à saúde. O texto, confuso e contraditório, permite manutenção e até aumento das infrações hoje praticadas. Representa um retrocesso jurídico, pois afronta flagrantemente o Código do Consumidor, além de contrariar inúmeras decisões judiciais favoráveis a pacientes que foram vítimas de exclusões e outros abusos. Impede o exercício autônomo e ético da medicina.

Após anos de apreciação parlamentar, a matéria retornou à casa de origem, o Senado, como substitutivo totalmente desfigurado em relação à proposta inicial, cujo ponto principal era a proibição de excluir o atendimento de quaisquer doenças. A cobertura universal e irrestrita também era prevista na resolução 1.401, editada em 1993 pelo Conselho Federal de Medicina. Uma lei equilibrada, não nociva para pacientes e médicos, é reivindicada por numerosos setores e entidades, desde associações de médicos e usuários até os procuradores-gerais do Ministério Público Estadual em todo o país.

Contrário à regulamentação, as empresas de planos e seguros não disfarçam o contentamento. Querem, com amparo legal, perpetuar a atual selvageria, o lucro fácil (superior, por ano, ao orçamento do Ministério da Saúde), à custa de exclusão, contratos leoninos, milionárias jogadas de marketing,

propaganda enganosa, mensalidades acima do mercado internacional e favorecimento a políticos que defendem seus escusos interesses.

A necessidade premente de uma lei moralizadora e os supostos “avanços” do texto não devem impor a aprovação. Caso o Senado, por limitações regimentais, não faça as mudanças necessárias em favor da população, não restará alternativa senão sua total rejeição.” (Folha de São Paulo, 14.04.1998: 3)

Quando a saúde suplementar iniciou, o estado não fazia papel de regulador, ele estava envolvido com a reestruturação do sistema público de saúde, enquanto isso, conforme Duarte (2001) o sistema de saúde suplementar obteve um avanço significativo no aumento na adesão dos usuários na década de oitenta, o que chamou a atenção do poder público, assim, o estado após observar que a relação entre os planos de saúde e seus prestadores de serviço tinha como foco o giro das vendas e fornecimento do serviço e não a qualidade da assistência, instituiu a lei para a regulação da saúde suplementar.

A instituição da regulação na saúde suplementar surgiu com a lei 9656/98 com a proposta de uma organização cujo objetivo é fiscalizar o processo entre operadora de saúde e prestador de serviço, garantindo um serviço de qualidade para o cliente.

Regulação consiste na imposição de regras e controles pelo Estado com o propósito de dirigir, restringir ou alterar o comportamento econômico das pessoas e das empresas, que são apoiadas por sanções em caso de desrespeito (STRICK, 1990;03).

Com a lei 9656/98 já estabelecida, faltava o órgão responsável por esta regulação, foi então que pela lei 9.961 de 28 de Janeiro de 2000 surge a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) com o objetivo de regular e fiscalizar o cumprimento adequado das normas.

A regulação alterou o relacionamento das operadoras e seus prestadores, uma vez que os mesmos antes trabalhavam em parceria para garantirem um maior retorno financeiro, agora não poderiam mais agir com foco no giro das vendas e fornecimento do serviço, a prioridade se tornou a qualidade da assistência. Ela causou uma série de impactos no sistema privado como por exemplo:

- Proibição do veto de entrada de beneficiários com idade avançada ou portadores de doença nos planos empresariais;
- Proibição de limites (prazo e valores máximos) para a internação hospitalar;
- Proibição de rescisão de contrato unilateral pelas empresas;
- Proibição de aumento de carências por atraso no pagamento;

A ANS surgiu para não permitir algumas atitudes errôneas por parte destes agentes, tais como rompimento unilateral do contrato, pessoas com doenças ou lesões pré-existentes serem barradas ao tentar aderir aos planos, mensalidades com reajustes abusivos, entre outros.

A Lei 9656/98 atendendo aos preceitos constitucionais e até mesmo de defesa do consumidor, modificou todo o sistema, concedendo-lhe maior organicidade, pois definiu a natureza das operadoras e criou órgãos de controle, regulamentação e fiscalização do setor, o que, no entanto não se mostrou suficiente para evitar os abusos.

É impossível analisar o relacionamento entre operadora de planos de saúde e seus prestadores sem antes discorrer sobre a organização do sistema de assistência privada a saúde.

O Brasil adotou um sistema jurídico de proteção ao usuário da assistência privada em muitos aspectos considerado rigoroso. No art. 1º da Lei 9.656/98 traz importantes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde (inc. 1): prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A principal obrigação das operadoras é o cumprimento integral de seus contratos, seja oferecendo serviços e profissionais qualificados, seja efetivando, sem grandes burocracias a cobertura prometida.

### **3.2 Plano de Saúde**

As operadoras de planos de saúde são conceituadas como:

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato, são compostas por planos privados de assistência a saúde pela prestação contínua de serviços médico-hospitalares com a cobertura dos custos assistenciais a preço pré (chamado pré-pagamento) ou pós (chamado custo operacional), a fim de assegurar a assistência à saúde por meio de profissionais habilitados que compõem a rede de serviços credenciados. As condições, benefícios e regras de prestação de serviço e pagamentos dos serviços médico e

odontológicos serão efetuados de acordo com o contrato firmado entre as partes. (MOTTA, 2009).

Os planos de saúde começaram a se desenvolver no Brasil na década de 60, no ABC Paulista, visando garantir a saúde dos trabalhadores por meio de convênios com as empresas, financiados pelos empregadores, que possuíam como objetivo tão somente o de garantir a produtividade de suas indústrias. (SCHAEFER, 2010. p. 40)

Os planos de saúde na sua essência não vieram para servir como um auxílio para os trabalhadores que necessitavam de atendimento a saúde por falta de acesso ao sistema público, seu maior objetivo era o de garantir o maior rendimento para si, e assim garantir que as empresas permanecessem com a sua produtividade em alta, pois teriam os seus trabalhadores cobertos por essas operadoras.

Trata-se de contrato de

Natureza especial, cujo entendimento só é possível deixando-se de lado a simples percepção do caráter bilateral e da existência das pessoas jurídicas como verdadeiros seres humanos. Se o contrato de seguro dá-se entre segurador e segurado, ou, no caso de planos de saúde, das empresas de saúde, ou prestadoras de serviço e seus respectivos clientes, a operação é sempre de caráter coletivo, mútuo ou solidário em algum aspecto fundamental. (Lopes, apud Ferraz 2002, p. 214)

Portanto são contratos de natureza especial, solidariedade e cooperação (aqueles que só subsistem se houver colaboração entre as partes contratantes), sua função social é facilmente percebida quando se analisa o objetivo: o tratamento e a segurança contra riscos que incidem sobre a saúde.

Os planos de saúde, mesmo que se considerem diferentes dos contratos de seguro, são muito próximos a eles e funcionam de forma

semelhante. Uma empresa que ofereça planos de saúde é uma organização que constitui um fundo comum, cuja distribuição se faz por meio de contratos individualizados ou por meio de grupos constituídos. Logo, o que está em jogo em primeiro lugar é a constituição desses fundos e sua distribuição. Ao contrário de uma empresa comercial comum, a empresa de saúde não oferece à venda mercadorias a um público que tem para com ela relações episódicas. São relações não *one-shot*<sup>1</sup>, como diz de modo feliz a expressão inglesa. (LOPES E NETO 2008)

### Ainda sobre os contratos dos planos de saúde

Os contratos de seguro, em particular os contratos de seguro de consumo, como, por exemplo, os planos de saúde, apresentam tanto um aspecto cooperativo (por exemplo, viabilizar economicamente a criação de uma proteção contra o risco não equacionável sem o envolvimento de vários agentes e interessados), como também um aspecto solidarístico: enquanto pautado pela ideia de que deve haver, há uma justiça social implícita, na socialização dos prejuízos que atingem os menos afortunados. (MACEDO 1998)

Os contratos feitos com operadoras de saúde são contratos cuja obrigação é de resultado e que exigem muito mais do que a simples diligência do fornecedor. Exigem que os serviços contratados sejam prestados com qualidade, segurança e principalmente agilidade, pois, são contratos que não formam um vínculo apenas de comércio, mas que a partir deles depende a continuação da qualidade da saúde do contratante. Sendo assim é importante destacar os art. 2º e 3º a RN nº 259, de 17 de Junho de 2011 que dispõe sobre a garantia de atendimento dos

---

<sup>1</sup> Expressão inglesa que significa “tiro único”, representa um projeto que começa e termina de uma só vez, sem uma relação duradoura de tempo.

beneficiários de plano privado de assistência à saúde, especificando os prazos máximos para atendimento ao beneficiário.

Art. 2º 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 previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

- I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
- II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
- III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
- V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
- VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
- VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
- VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
- IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

São deveres dos planos de saúde: dever de efetivamente prestar o atendimento prometido ou reembolsar as quantias acordadas; dever de repassar aos médicos conveniados os valores devidos pelos atendimentos; dever de cuidado (vigiar os profissionais que mantém em seus quadros); dever de não pressionar os médicos para a escolha de exames e tratamentos ou limitar tempo de internamento; dever de supervisionar materiais e equipamentos necessários ao desempenho adequado das especialidades médicas que oferece; dever de escolher com atenção os profissionais conveniados, cadastrados ou indicados em listas referenciais; dever

de renovar automaticamente os contratos, se preenchidos os requisitos de renovação; dever de respeito à dignidade e integridade física e psíquica da pessoa. (SCHAEFER, 2010, p.75)

### **3.3 Prestadores de Serviço de Saúde**

Prestador de serviço de saúde é todo o profissional, clinica e hospital que credenciado a um determinado plano de saúde visa oferecer o tratamento necessário aos beneficiários desta mesma operadora. Deve ser considerado como um conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, que oferecem o cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e habilitação.

Conforme (SCHAEFER, 2010), os prestadores de serviço possuem algumas informações específicas que estão discriminadas a baixo para o melhor entendimento:

- Clinica ou ambulatório especializado: clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência.
- Consultório isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
- Hospital especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Podem dispor de serviço de Urgência/Emergência, serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT) e procedimentos de alta complexidade. Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.
- Hospital geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/ Emergência. Deve dispor também de SADT de média

complexidade, podendo realizar ou não procedimentos de alta complexidade.

- Policlínica: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Pode oferecer ou não SADT e pronto atendimento 24 Horas.

- Pronto socorro especializado: unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.

- Pronto socorro geral: unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Pode ter ou não internação.

- Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (SADT): unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Os prestadores de serviço de saúde principalmente os médicos, dependem muito do sistema de saúde suplementar e do credenciamento a operadoras de planos de saúde, os médicos registram uma enorme dependência das operadoras tornando o vínculo com elas uma necessidade para manter as suas atividades, pois, sua maior renda é obtida por atendimentos aos beneficiários dos planos de saúde.

A história do sistema de saúde no Brasil como se observa tem evidenciado problemas que ainda precisam ser resolvidos. O setor privado no financiamento e produção dos serviços de saúde, bem como sua articulação com o setor público, constitui-se, ainda hoje, em debates fervorosos do sistema de brasileiro.

Esse grande mercado privado – profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios e serviços oncológicos – vendem serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados. (BAHIA E VIANA 2002)

Segundo Santos (2003), existem diferentes formatos para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde privados, sendo que um mesmo estabelecimento pode ser conveniado ao SUS, credenciado a uma ou mais operadoras de plano e/ou seguro de saúde e ainda pode ofertar seus serviços para indivíduos e famílias de forma privada direta.

Estes estabelecimentos que são os prestadores de serviço devem estar devidamente cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Esse cadastro contém todas as informações sobre as instalações, por especialidades que estão vinculadas ao estabelecimento, com essas informações é fácil identificar e se orientar no processo de contratação de serviços de saúde, vale resaltar que estes estabelecimentos de saúde se caracterizam por possuírem endereço próprio, cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ), estrutura física específica para a assistência à saúde, equipamentos e profissionais de saúde.

Os prestadores de serviço formam a linha de frente de uma operadora de planos de saúde, pois são eles que irão atender os beneficiários dentro de suas necessidades, por isso é necessário que a operadora verifique corretamente os profissionais que serão credenciados a sua rede.

Infelizmente não vem de longa data a busca de uma rede credenciada escolhida pela qualidade no atendimento, conforme podemos observar no depoimento do diretor do hospital Mãe de Deus em Porto Alegre Alceu Alves da Silva, baseado em quase 30 anos de atividade na área da saúde e em especial, na administração de hospitais, “até o ano de 2003, não havia

presenciado qualquer decisão de preços que estivesse baseada em uma avaliação de indicadores de qualidade assistencial e de custos finais, medidos na comparação com o desempenho da rede de serviços. Essa observação é válida tanto para cooperativas, medicinas de grupo, seguradoras e auto-gestão. Recentemente, no mês de maio de 2003, fechamos três negociações baseadas em qualidade médico-assistencial comprovada através de metodologia científica e de desempenho de custo final”.

Como se não bastasse essa abertura entre a operadora e os prestadores de serviço, alguns fatores que alteraram ainda mais este relacionamento foram o grande aumento de inadimplência, dilatação dos prazos de pagamento e crescimento dos índices de glosas, fatores esses que deixaram os prestadores descobertos para fazerem frente aos seus compromissos haja vista que seus contratos com as operadoras ofereciam estavam vinculados a um atendimento específico, e o beneficiário buscava este atendimento e o exigia com a melhor qualidade possível, porém com todos estes fatores muitos dos prestadores estão sendo obrigados a recorrer ao sistema bancário para suprir as suas necessidades, arcando assim com um significativo custo financeiro, que para muitos não será reembolsado pela operadora.

Sobre o relacionamento entre operadora e prestador de serviço

O nível de desconfiança e de desequilíbrio da relação é tão forte que, com um cenário desastroso sendo continuamente desenhado por ambas as partes, cada uma delas acredita que o outro negócio deva ser melhor que o seu. Acreditam tanto que os hospitais passaram a ter planos de saúde e as Operadoras de Planos de Saúde passaram a ter hospitais. Há muitas razões para se discutir a necessidade da qualificação da gestão, tanto de prestadores quanto de Operadoras de

Planos de Saúde. Mas cada um, com todas as ineficiências que possuem em seus negócios, acreditam conseguir gerenciar melhor o negócio do outro. (SILVA, 2003)

Negócios distintos, originalmente diferentes, que trabalhariam perfeitamente juntos e que foram criados justamente com a finalidade de trabalharem juntos, curiosamente tornaram-se concorrentes entre si, de um lado a operadora, de outro o prestador de serviço, e no meio dessa rivalidade fica o beneficiário, necessitando de atendimento com qualidade, e que só poderá ser efetuado corretamente se ambas as partes optarem por um relacionamento interdependente.

Todas as instituições prestadoras de serviços de saúde devem ter sua participação no setor de saúde complementar regulada pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos das Leis Federais que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde e que cria a Agencia. A fiscalização, regulação e regulamentação da relação entre operadoras privadas e prestadores de serviços são fundamentais para o equilíbrio do sistema, incluindo a satisfação dos beneficiários dos planos de assistência a saúde visando sempre sua satisfação.

A aceitação como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clinica, laboratório ou de assistência a saúde implica compromisso para com os consumidores quanto a sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. Para que ocorra a substituição do contrato ou credenciado por outro equivalente se da mediante a comunicação aos consumidores com certa antecedência, não podendo este ficar sem o profissional para tanto sempre que ocorre um descredenciamento este profissional deve ser substituído imediatamente.

Para que ocorra aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde na condição de

contrato ou credenciado de uma operadora de planos de assistência à saúde, o consumidor em hipótese alguma pode ser discriminado ou atendido de forma diferenciada daquela dispensada aos clientes vinculados à outra operadora privada ou plano de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quando as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. Sendo assim a ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de determinar e fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (SCHAEFER, 2010).

Os prestadores de serviço estão inseridos em um ambiente empresarial onde há uma constante mudança,

O ambiente empresarial não é um conjunto estável, uniforme e disciplinado, mas um conjunto bastante dinâmico em que atua constantemente grande quantidade de forças, de diferentes dimensões e naturezas em direções diferentes e que muda a cada momento, por isto a comunicação é peça fundamental. (OLIVEIRA 1988)

No ambiente empresarial de hoje, onde a concorrência é brutal e o consumidor se impõe de uma forma nunca vista, as linguagens de comunicação que interagem com a sociedade e com os públicos de interesse da empresa se tornam fundamentais no mix (composição) de comunicação empresarial. (NASSAR E FIGUEIREDO 2007, p. 13)

Desse modo é necessário que os prestadores de serviço possuam uma comunicação empresarial adequada, tanto com os

seus parceiros como com os clientes, pois somente assim obterão melhores resultados.

A comunicação é uma importante estratégia só depende de como ela será utilizada, Kunsch (1986, p. 32) afirma que no âmbito organizacional a comunicação “se trata das redes de sistemas de dados e dos fluxos que ligam entre si os membros da organização e desta com o meio ambiente”. Assim sendo, como a comunicação conecta os membros da organização ao meio ambiente, ou seja, ao convênio e também aos beneficiários, estes devem ser importantes aliados para que o sistema de saúde privado possa melhorar frente as adversidades do dia a dia.

As redes sociais são importante forma de ligação empresarial, não somente elas, mas a internet de modo geral, atua fortemente conectando a pessoa ao conhecimento, comunicando em primeira mão grandes avanços, sendo assim já tem sido uma das ferramentas de comunicação mais utilizadas no meio empresarial, entre o sistema de saúde suplementar, pode-se observar que algumas operadoras de plano de saúde, já possuem um sistema onde o prestador pode fazer todas as suas solicitações *online* bem como fazer todo o acompanhamento do pedido, eliminando assim, possíveis erros de comunicação e agilizando o processo para o beneficiário.

### **3.4 Auditoria Médica**

Para uma posterior análise sobre o processo de autorização de procedimentos precisa-se entender o processo e as atribuições dos médicos prestadores de serviço e das operadoras de planos de saúde.

Motta (2009) define a auditoria médica como uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais que analisam a qualidade dos serviços médico-hospitalares

prestados, com o objetivo de garantir a qualidade, por meio, dos instrumentos médicos e legais. Desse modo se obtivermos uma auditoria médica imparcial ela trabalhará a favor do beneficiário, pois estará analisando o serviço prestado garantindo a qualidade da assistência prestada pelos médicos e prestadores da rede credenciada.

Durante o processo de solicitação de autorização o médico auditor tem a liberdade de discordar da solicitação feita pelo médico solicitante (o médico do paciente), porém, em hipótese alguma o médico auditor pode fazer qualquer tipo de comentário sobre esta solicitação com o paciente. Caso o beneficiário tenha passado por uma perícia, e o médico auditor tenha discordado de algo, ele deve enviar um relatório confidencial ao médico assistente, uma vez que este médico esteja ciente da discordância e dos motivos do auditor, poderá então recorrer, caso seja possível.

Os médicos tanto auditores como assistentes possuem no Código de Ética Médica um manual de postura diante destas e de outras situações referentes à autorização de procedimentos, todos os profissionais devem ter plenos conhecimentos antes de conduzir seus atos.

Por meio da resolução do CFM nº 1.246 de 8 de Janeiro de 1988 podemos observar quais são os limites para a atuação dos médicos assistentes e auditores e baseados no código de ética, qual a postura que devem adotar.

Princípios Fundamentais:

“Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

“Art. 3º - A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”.

“Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”.

“Art. 11 - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade”.

É vedado ao médico:

“Art. 30 - Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

“Art. 33 - Assumir a responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou efetivamente”.

“Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos”.

“Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País”.

“Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

“Art. 59 - deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

“Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos”.

“Art. 69 - Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente”.

“Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico”.

“Art. 83 - Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal”.

“Art. 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios”.

“Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados”.

“Art. 88 - Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico, para efeito de cobrança de honorários”.

“Art. 95 - Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos; ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários”.

“Art. 102 - Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único - Permanece essa proibição:

a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento”.

“Art. 110 - Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda a verdade”.

“Art. 111 - Utilizar-se do ato de atestar como forma de angariar clientela”.

“Art. 112 - Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único - O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários”.

“Art. 116 - Expedir boletim médico falso ou tendencioso”.

“Art. 118 - Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites das suas atribuições e competência”.

“Art. 119 - Assinar laudos periciais ou de verificação médico-legal, quando não o tenha realizado, ou participado pessoalmente do exame”.

“Art. 120 - Ser perito de paciente seu, de pessoa de sua família ou de qualquer pessoa com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho”.

“Art. 121 - Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório”.

Conforme Motta (2009) o processo de auditoria onde é solicitada a autorização para a operadora de plano de saúde é denominado pré-auditoria que é a avaliação dos procedimentos solicitados pelo médico assistente antes da realização do mesmo, essa solicitação se dá por meio da emissão de um parecer pelo médico auditor da operadora sobre a recomendação ou não do determinado tratamento ou procedimento. Com a pré-auditoria é possível autorizar previamente as internações, os exames e procedimentos de forma eletiva, garantindo ao beneficiário que seja atendido em local adequado para a realização do procedimento, possibilitando assim a previsão do tempo e margem de gastos com determinado usuário.

Conforme (MOTTA,2009), na pré-auditoria são analisados os seguintes critérios para possível autorização:

- Carência e coberturas para o beneficiário em análise, evitando a realização de procedimentos onde os mesmos não possuam cobertura contratual;
- Compatibilidade entre o procedimento solicitado pelo médico assistente e o diagnóstico do beneficiário, inibindo assim a realização de procedimentos mal indicados;

- A situação atual do médico assistente em relação a operadora: se for credenciado/cooperado ou não, impedindo o empréstimo de guias;
- Verificação dos códigos dos procedimentos solicitados, evitando duplicidade das cobranças.

## 4 ESTUDO DE CAMPO

Neste tópico será evidenciado como é o relacionamento entre uma operadora de plano de saúde e um prestador de serviço do nordeste catarinense, com o enfoque na autorização de procedimentos oncológicos, essa análise se dá por meio de um estudo de campo realizada pelas autoras.

A prestadora de serviço de saúde onde foi realizada a pesquisa de campo realiza tratamentos oncológicos para pacientes com doença oncológica e a coleta de alguns exames específicos da área.

A mesma é credenciada com algumas operadoras de planos de saúde que são oferecidos na região, totalizando 17 convênios, sendo que a grande maioria das liberações dos procedimentos oncológicos, são realizados diretamente entre prestadora e operadora. Sendo assim a comunicação entre ambas é constante e deve ser cordial e esclarecedora para o sucesso e um bom andamento do tratamento do usuário.

A prestadora de serviço tem um setor de autorização de procedimentos, a partir deste setor serão encaminhadas todas as solicitações e pedidos de quimioterapia e exames para a operadora pertinente pela autorização.

Cada operadora de saúde tem suas particularidades para o processo de autorização e liberação de procedimento, por exemplo, algumas são via sistema integrado com a prestadora e tudo é realizado por este sistema, inclusive a comunicação e o acompanhamento do processo se dá por *chat*<sup>2</sup> onde o médico solicitante pode acompanhar a comunicação do próprio médico auditor com convênio, o que muitas vezes facilita e agiliza todo o processo. Já em outras operadoras este processo se faz em um

---

<sup>2</sup> Conversação através de uma rede de computadores, na qual os participantes trocam mensagens escritas em tempo real.

primeiro momento por um *call center*<sup>3</sup> e depois é encaminhado todo os documentos via *fax*, recebendo a resposta também por fax e pelo site da operadora e ainda há um terceiro modo de solicitar a autorização, em algumas operadoras de planos de saúde o próprio usuário precisa levar em mão os documentos para liberação do seu tratamento.

O processo para liberação do procedimento oncológico tem início quando, depois de uma consulta com um especialista, é preenchido uma guia de solicitação de quimioterapia e esta deve estar com o preenchimento completo e correto em todos os campos, junto com a mesma deve estar o protocolo de QT(QUIMIOTERAPIA) proposto, periodicidade do tratamento,duração,drogas a serem utilizadas e dose das mesmas (anexo 2), além de todos os exames que comprovem a necessidade do tratamento.

A partir deste momento descreveremos como ocorre o processo de autorização de procedimentos e como se dá o relacionamento entre o prestador de serviço e a operadora de planos de saúde em questão.

Primeiramente o usuário quando diagnosticado com a patologia procura um especialista (neste caso o oncologista) com os exames em mãos e o médico faz uma análise para verificar qual o melhor protocolo de tratamento para aquele tipo de doença.

O médico assistente preenche um protocolo com o esquema de quimioterapia, juntamente com a guia de SADT (anexo 1) preenchida e caso seja necessário solicita mais exames complementares.

---

<sup>3</sup> Um call center é basicamente uma central de atendimento, um conjunto de soluções e facilidades, que tem como objetivo receber ligações telefônicas e distribuí-las automaticamente a seus atendentes de acordo com o necessidade e solicitação do cliente, fazendo uma ponte direta entre ele e a empresa.

A documentação com o código do procedimento e quantidade, matérias especiais (se houver), nome e CRM do médico assistente, CID 10, indicação clínica, se o procedimento será realizado em regime eletivo ou de urgência e a data em que o procedimento será realizado é conferida.

Esses dados devem estar corretamente discriminados na guia SADT, acompanha esta guia o protocolo de prescrição de medicamentos oncológicos, onde irá conter a mesma informação da guia SADT além de justificativa de tratamento, diagnóstico e estadiamento, finalidade, tratamentos anteriores (caso houver), esquema terapêutico (fundamental para calcular a dose da medicação a ser utilizada) e prescrição da medicação.

Caso estas documentações não estiverem corretamente preenchidas o setor de autorização poderá preencher os dados técnicos.

Se houver dúvidas referentes aos dados complementares, ou seja, os dados específicos de cada tratamento, o profissional do mesmo setor retorna com a documentação para que o médico assistente possa então finalizar a solicitação.

Com todos os documentos devidamente preenchidos e já revisados, os profissionais da clínica, nesse caso a enfermagem ou o setor de autorização irão entregar a guia para o paciente.

O paciente tem a orientação de levar a guia de solicitação juntamente com o protocolo e os exames complementares até o seu convênio e de entrada do pedido de autorização do procedimento.

Uma vez que o usuário foi com estes documentos até o convênio o mesmo será recebido por uma pessoa responsável do setor de autorização, específica para as autorizações de quimioterapia, esse profissional irá questionar a data da quimioterapia e ficar com os documentos para que sejam auditados.

O processo para autorização de quimioterapia pode levar até 72 horas (3 dias) úteis.

O profissional irá fazer mais uma verificação na documentação, caso a mesma esteja com falhas de preenchimento ele irá entrar em contato com a clínica que fez a solicitação, por contato telefônico, para sanar suas dúvidas sobre a solicitação.

Logo após, esta solicitação de autorização será encaminhada para uma auditoria especializada em procedimentos oncológicos, localizada em São Paulo.

Todos os dados dos documentos e exames recebidos serão scaneados e enviados para esta auditoria, a qual novamente fará uma verificação da documentação, caso necessite de mais algum exame será feita a solicitação para o convênio que posteriormente irá transmitir o pedido para a clínica que então pede o exame ao paciente.

O paciente irá retornar pessoalmente ao convênio para entregar os exames solicitados e prosseguir com o processo de autorização (cada vez que é feita alguma solicitação de documentação a mais o prazo de 72 horas para de contar e recomeça a contagem quando recebida à documentação faltante).

Após a análise dessa auditoria específica quando é recebido o parecer do mesmo há duas possibilidades de pareceres, quando o parecer é favorável para o procedimento o profissional do convênio entra em contato com o beneficiário para que ele possa vir retirar a autorização e então leva lá para a clínica onde fará o tratamento.

Caso o parecer seja desfavorável, o profissional que esta responsável por esse pedido de autorização irá encaminhar a negativa para a própria auditoria do convênio, o médico auditor fará uma reanálise da solicitação, caso concorde com o parecer da auditoria específica em oncologia o parecer permanece negado e o beneficiário será informado da negativa pelo

profissional que iniciou o seu atendimento na operadora que também entrará em contato com a clínica para informar a mesma que o procedimento foi negado.

Quando o médico auditor da operadora discorda com o parecer da auditoria específica, ele após uma reanálise entrará em contato com o médico assistente (solicitante) por meio de relatório ou por telefone para questionar o tratamento proposto, se através desse contato o médico assistente comprovar a necessidade e a indicação do tratamento, o mesmo será liberado, assim a autorização volta ao profissional que iniciou o atendimento para que o mesmo entregue a documentação necessária ao beneficiário, que levará a mesma para a clínica para dar início ao tratamento, caso o médico assistente não consiga comprovar a indicação para o tratamento, o médico auditor permanece com a negativa.



Processo de pedido de autorização.

FONTE: Fluxograma desenvolvido pelas autoras.

A espera do paciente pela a autorização do seu tratamento acaba gerando uma grande ansiedade não só no paciente como em toda sua família também, eles ficam em um nível de ansiedade tão alto que muitas vezes chegam a solicitar um orçamento do valor de sua quimioterapia, pois eles querem começar o mais rápido possível e se for necessário eles chegam

a vender bens para arcar com esta despesa inicial, só para ter certeza que terá início do tratamento.

Muitos pacientes vão até a prestadora de serviço procurar por uma satisfação que nem sempre se pode dar, pois existe um processo para se ter a liberação do procedimento e um tempo que deve ser esperado.

O paciente em meio ao grande nervosismo quer começar o tratamento no momento em que foi orientado que irá precisar do mesmo e não tem tempo a perder, pois é a vida dele ou de seu ente que esta em jogo, cada minuto que passa pode não voltar.

## 5 METODOLOGIA

A presente metodologia tem como objetivo demonstrar os processos de pesquisa utilizados para a realização deste trabalho.

A metodologia refere-se “ao estudo de instrumentos de captação ou da manipulação de realidade. Está, portando, associada a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim”. (Vergara, 2003).

A técnica utilizada para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso foi à revisão bibliográfica, juntamente com estudo de campo e pesquisa documental.

Sendo feita uma análise qualitativa com a observação das autoras referente ao processo.

Ainda foi utilizado como instrumento de pesquisa, perguntas realizadas com um médico oncologista pela dificuldade em encontrar bibliografia sobre o assunto.

Na pesquisa bibliográfica foi feito um estudo exploratório sobre os conceitos de Prestador De Serviço, Plano De Saúde Suplementar e Autorizações De Procedimentos.

O estudo de campo e a pesquisa documental ocorreram através da captação de informações absorvidas pelas autoras dentro das instituições avaliadas e por meio das informações coletadas foi feita a análise dos dados.

A pesquisa foi realizada em duas instituições de saúde situadas no nordeste catarinense, uma clínica médica e uma operadora de plano de saúde.

É importante salientar que a operadora de planos de saúde e a clínica médica estão cientes e de acordo com a pesquisa realizada em suas instituições com o intuito de analisar o processo de autorização de procedimentos oncológicos bem como com a metodologia aplicada para os devidos fins.

O resultado desta pesquisa resultou no presente Trabalho de Conclusão de Curso.

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Por meio do estudo bibliográfico, juntamente com a pesquisa de campo realizada pelas autoras, foi possível obter os seguintes resultados.

O relacionamento entre os agentes (prestador de serviço e operadora de plano de saúde) não é claro, pois o beneficiário realiza muitas tarefas que deveriam ser tarefa internas e que agilizariam o processo de autorização, ele é tido como um intermediador do processo, quando há alguma solicitação é feita para a clínica que entra em contato com o beneficiário e o mesmo então tem que se deslocar até o convênio para entregar a documentação e retirar a mesma após o parecer da operadora.

Com o beneficiário fazendo parte do processo foi presenciado o extravio de documentos e informações, pois em muitos casos a operadora solicita um exame que “não foi recebido” e pede para a clínica, a mesma quando entra em contato com o beneficiário é informada pelo mesmo que este mesmo exame já foi entregue na operadora, assim, quando a clínica informa a operadora que os exames já estão lá, a operadora alega não ter recebido os exames e não prossegue com o processo e o beneficiário não leva os exames, pois alega já ter entregado, o que causa transtornos para ambos e conseqüentemente acarreta em atraso da autorização e muitas vezes pode afetar na qualidade do tratamento.

Não há um fluxo coerente para esse processo e o fato de envolver o beneficiário dentro do mesmo acaba prolongando a demora na resolutividade do pedido de autorização, o que compromete significativamente no tratamento do mesmo, pois a demora para início do tratamento pode agravar a situação que de fato já é bastante burocrática, por passar por três fases onde pode ser observado a demora para o início do tratamento.

A primeira fase ocorre a partir do primeiro sintoma até a consulta médica, a segunda ocorre da primeira consulta até o acesso ao serviço de referência especializado em seu tratamento, e a terceira fase, ocorre da primeira avaliação neste serviço até o início do tratamento específico.

Assim como em outras patologias, a demora do início do tratamento pode agravar muito a situação. Conforme uma entrevista realizada com o Dr. Edson Sydney de Campo, Doutor em Oncologia, CRM 2325 SC dia 30/01/2013 às 13h28min onde questionamos que dano ou prejuízo pode causar para um paciente oncológico o atraso no início do tratamento com quimioterapia, o mesmo nos deu a seguinte explicação:

“Para o tratamento, independente se é usuário ou não do SUS, tem duas ou três situações:

Uma é a quimioterapia adjuvante, quando eu estou usando um remédio para evitar a recidiva, o tratamento principal, por exemplo, do câncer de mama é cirurgia os outros tratamentos são adjuvantes, são auxiliares, nesse caso o tratamento adjuvante na maioria dos tumores, na mama esta provado, o atraso aumenta a chance de recaída.

Quando o tratamento é paliativo, ou seja, o paciente não tem cura é pouco provável que o atraso de dias ou uma ou duas semanas vá alterar o prognóstico.

Você ter uma doença incurável muda pouco em algumas doenças onde o tratamento é único, porém o de quimioterapia como, por exemplo, leucemia e linfomas, o atraso pode agravar ou mesmo levar a morte.

Se o paciente tem uma leucemia mieloide aguda, que é uma doença extremamente grave, certamente se esperar um mês, a chance de morrer pela doença é muito grande.

Algumas doenças como, por exemplo, o câncer de testículos e alguns tipos linfomas tem um crescimento muito rápido e se a atraso de algumas semanas da quimioterapia certamente isso pode piorar o seu prognóstico.

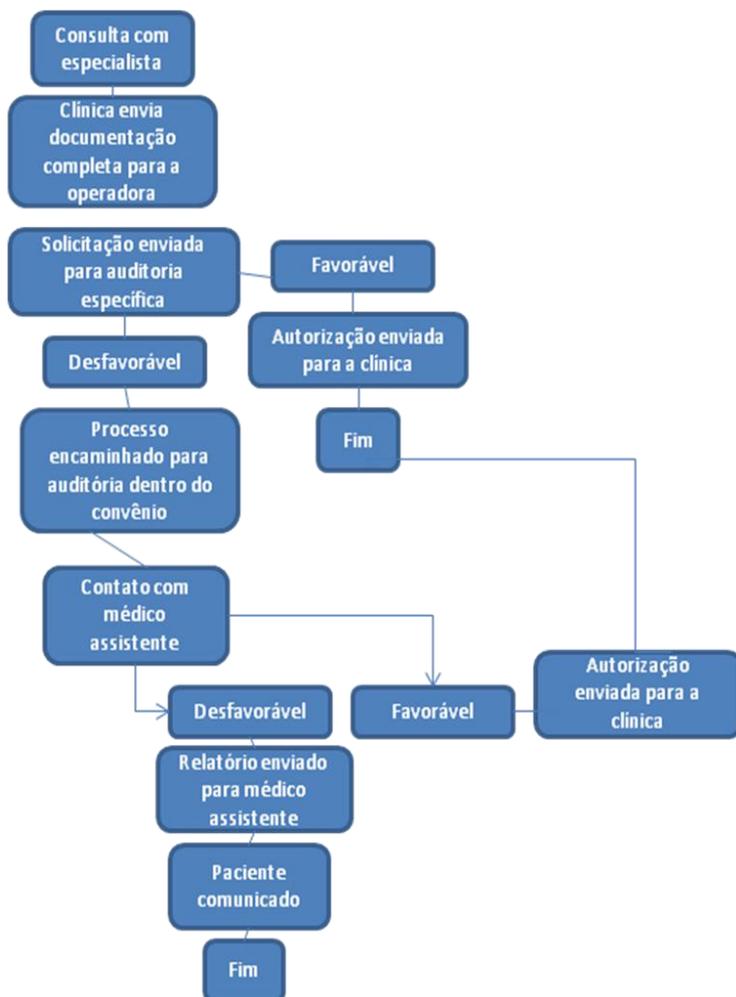
Os tratamentos adjuvantes ou onde o tratamento principal é a quimioterapia, certamente esse atraso prejudica, diminui a chance de cura ou mesmo pode levar a complicações maiores inclusive a morte se esperar muito.

Em doenças que realmente tem uma proliferação grande e nas quimioterapias paliativas onde o tratamento é feito com a intenção só de postergar a morte ou melhorar a qualidade de vida é pouco provável que tenha impacto.”

## 7 SUGESTÕES DE MELHORIA

Por meio dessa análise conseguimos observar que o maior problema no relacionamento entre esses agentes não é a ausência de comunicação ou uma comunicação falha, mas, sim o envolvimento excessivo do beneficiário em um processo onde os únicos responsáveis deveriam ser o prestador de serviço e o plano de saúde. Apesar de esta grande falha vir a comprometer o tratamento do beneficiário pela demora desgastante ele pode ser resolvido.

Propoem-se então que as solicitações de quimioterapias feitas pelo médico assistente sejam entregues diretamente da clínica para o convênio, sem passar pelo beneficiário, utilizando ferramentas de comunicação, como por exemplo, a internet, se toda a documentação incluindo os exames do beneficiário permanecer na clínica, a mesma poderá scanear todos os documentos e enviá-los para a operadora via email, esse processo evitará que se extraviem documentos, além de manter as informações em sigilo e agilizar a análise por parte da operadora.



Fonte: Fluxograma desenvolvido pelas autoras.

## 8 CONCLUSÕES

A instituição da regulação na saúde suplementar surgiu com a lei 9656/98 com a proposta de uma organização cujo objetivo é fiscalizar o processo entre operadora de saúde e prestador de serviço, garantindo um serviço de qualidade para o cliente.

A partir deste estudo, conclui-se que o relacionamento entre os atores prestador de serviço e operadora de plano de saúde, possui uma urgente necessidade de mudanças, pois o beneficiário acaba tomando para si muitas responsabilidades que não caberia a este realizar. Muitas destas tarefas que deveriam ser internas, o beneficiário assume como um intermediador do processo, isso acaba atrasando ainda mais o pedido de autorização.

Quando alguma solicitação é feita para a prestadora de serviço de saúde e esta entra em contato com o beneficiário o mesmo então tem que se locomover até a operadora para entregar a documentação e retirar a mesma. Isso é um retrocesso, pois com toda a tecnologia que esta a nosso alcance não teria o porquê envolver o beneficiário em um processo que pode ser realizado com um bom relacionamento e uma comunicação adequada, um relacionamento aberto e sem entrelinhas entre as partes envolvidas, que seria a prestadora de serviço de saúde e a operadora do plano de saúde.

Por meio deste trabalho de conclusão de curso, analisou-se que ainda existe a necessidade de muitos trabalhos e estudos para serem realizados entre ambas as partes, para conscientizar que no caso do beneficiário portador de câncer, este já tem outras preocupações mais urgentes, esta psicologicamente abalado para ainda ter que ficar indo de um lado para outro levando e buscando papeis para poder ter um tratamento digno.

A principal obrigação das operadoras é o cumprimento integral de seus contratos, seja oferecendo serviços e profissionais qualificados, sem grandes burocracias a cobertura prometida. Mas na realidade e na prática não é bem assim que funciona, acabamos constatando uma falta de sensibilidade maior por parte da operadora do plano de saúde do que pela prestadora de serviço de saúde que muito pouco se atualiza para aumentar a qualidade do serviço para seu beneficiário.

Um relacionamento estratégico entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde é o que tem sido necessário, juntos, seriam capazes de criar condições para que se tenham essas alternativas de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar atendida na prática e no menor tempo possível.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br). Acessado em: 07 de Janeiro. 2013, às 17:32.

\_\_\_\_\_. AGÊNCIA Nacional De Saúde Suplementar. Câmara de Saúde Suplementar – Atas de 31 reuniões. Rio de Janeiro: ANS, 2003. Disponível em: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br). Acesso em: 03 de Novembro. 2012 às 20:22.

\_\_\_\_\_. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acessado em: 14 de Dezembro. 2012 às 19:05.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 9.656, De 3 De Junho De 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm). Acessado em: 30 de Dezembro.2012 às 15:33.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.246/88. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246\\_1988.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm). Acessado em: 16 Janeiro. 2013 às 20:56.

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN Nº 259, de 17 de Junho de 2011. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1758](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1758). Acessado em 30 de Dezembro. 2012 às 19:51.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Ministério da Saúde/ ANS, Rio de Janeiro, 2002.

DUARTE, C. M.R., A Assistência Médica Suplementar no Brasil: História e Características da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, 2001.

KUNSCH, M. M. K. Planejamento de relações públicas na Comunicação Integrada. Summus 3. ed. São Paulo, 1986.

LOPES, J. R. L.; NETO, P. M.G. Consumidores de planos de saúde (ou, doente também tem direitos) – uma revisão. In: MARQUES, C. L.; SCHMITT, C. H.; LOPES, J. R. L.; PEREIRA, R. A. C. (Coord). Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde. Revista dos Tribunais. São Paulo. P. 170-228. 2008.

MACEDO J. R. P. Contratos Relacionados a Defesa do Consumidor. Max Limonad. Rio de Janeiro, 1998.

MACHADO, M. H. Perfil dos Médicos no Brasil. Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

MARTINIANO. A Importância da Comunicação. Disponível em: [http://www.fatesc.edu.br/wpcontent/blogs.dir/3/files/pdf/tccs/a\\_importancia\\_da\\_comunicacao\\_nas\\_organizacoes.pdf](http://www.fatesc.edu.br/wpcontent/blogs.dir/3/files/pdf/tccs/a_importancia_da_comunicacao_nas_organizacoes.pdf). Acessado em: 27 de Dezembro. 2012 às 15:17.

MOTTA, A. L. C. Auditoria Médica no Sistema Privado: abordagem prática para organizações de saúde. Iátria. São Paulo, 2009.

NASSAR, P; FIGUEIREDO, R. O que é comunicação empresarial. Brasiliense. São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, D. P.R. Planejamento estratégico. Atlas. 7. ed. São Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_. Estratégia Empresarial. Atlas. São Paulo, 1988.

SANTOS, I. S., 2003. O Setor de Planos e Seguros de Saúde e a Saúde do Trabalhador: Que Rumo Devemos Seguir? Disponível em:

[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3\\_IsoaresSantos\\_SetorPlanosSeguros.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3_IsoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf). Acessado em: 27 de Janeiro. 2013.

SCHAEFER, F. Responsabilidade Civil dos Planos e Seguros de Saúde. Juruá, Curitiba, 2010.

SEFERIN, C. A Gestão de Risco na Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Provedores de Serviços – A Relação do Corpo Clínico dos Hospitais com as Operadoras de Planos de Saúde, São Paulo, 2003, (Preparado para o 6º Simpósio de Planos de Saúde Health Business Fair).

SILVA, A. A. Relação Entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço. Um Novo Relacionamento Estratégico. Porto Alegre, 2003. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6\\_AAAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf). Acessado em: 08 de Janeiro. 2013 às 15:51.

STRICK, J. C. The Economics of Government Regulation: Theory and Canadian Practice, Toronto, 1990.

VERGARA, S. C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. Ed. Atlas. 4. Ed. São Paulo, 2003.

ANEXO 1 – GUIA SADT<sup>4</sup>

2.nº 7 023622

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT**

**Jamville**

1. Número CAD: **321273** 3. Nº Guia Principal

**Dados do Beneficiário**

4. Data de Autorização 5. Série 6. Data Vencimento 7. Data de Emissão do Guia

8. Número da Carteira 9. Plano 10. Validade da Carteira 11. Nome

**Dados do Contratante Solicitante**

12. Nome do Profissional Solicitante 13. Nome do Contratado 14. Nome do Convênio

15. Nome do Profissional Solicitante 16. Nome do Contratante 17. Nome do Profissional Solicitante 18. Nome do Convênio

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

19. Categoria Operadora (COP) / CPF 20. Códigos CID 10 21. Descrição da Solicitação 22. Códigos de Solicitação 23. CID 10 24. Indicação Clínica (relacionado ao problema clínico, lesão, consulta referenciada a outro caso)

25. Tabela 26. Código do Procedimento 27. Descrição

1. 2. 3. 4. 5.

**Dados do Contratante Especialista**

28. Nome do Contratado 29. Nome do Convênio 30. Código na Operadora (COP) / CPF

31. Nome do Contratado 32. Nome do Convênio 33. Nome do Profissional Solicitante / Complementar 34. Número no Convênio

**Dados do Atendimento**

35. Tempo de Doença 36. Tempo de Atendimento 37. UF 38. Cód. IBCSE 39. Cód. IBCSE

40. Tipo Atendimento 41. Nº de Atendimento 42. Cód. Diagnóstico 43. Número no Convênio 44. UF 45. Tipo de Atendimento 46. Número no Convênio 47. Indicação de Atendimento 48. Tipo de Atendimento 49. Número no Convênio 50. Número no Convênio

**Consultar Referência**

51. Data 52. Hora Início 53. Hora Fim 54. Título 55. Código do Procedimento 56. Descrição 57. Queda 58. Via 59. Tec. 60. % Real Acum. 61. Alter. Unidade RS 62. Valor Total RS

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

83. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 84. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85. Data e Assinatura do Responsável Especialista

**Importante:** Os campos destacados em branco são de preenchimento obrigatório.

<sup>4</sup> Fonte: Clínica onde foi realizado o estudo de caso. Data: 09/01/13.

## ANEXO 2 – PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA<sup>5</sup>

### Solicitação de Autorização para Prescrição de Medicamentos Oncológicos

Logo da

|   |   |                         |                                    |      |        |
|---|---|-------------------------|------------------------------------|------|--------|
| Serviço (Clínica)   |   | Unimed                  |                                    |      |        |
| Nome do Usuário   |   | Código do Usuário       |                                    |      |        |
| Telefone do Usuário   | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | Idade                   | Raça                               |      |        |
| <b>Honorários Médicos</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| Códigos AMB<br>dd   |   | Quantidade              |                                    |      |        |
| <b>Hospitalização (Preencher somente em caso de internação)</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| Justificativa   |   |                         |                                    |      |        |
|   |   |                         |                                    |      |        |
| <b>Diagnóstico e Estadiamento</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| Diagnóstico   |   |                         | Data do Diagnóstico                |      |        |
| T:  | N:  | M:<br>1                 | Estádio                            |      |        |
| Local das Metástases Avaliáveis   |   |                         | CID10                              |      |        |
|   |   |                         |                                    |      |        |
| <b>Finalidade</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Neoadjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> De Controle <input type="checkbox"/> Associado à Radioterapia |   |                         |                                    |      |        |
| <b>Tratamentos Anteriores</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| Adjuvantes  |   |                         |                                    |      |        |
| 1ª Linha  |   |                         |                                    |      |        |
| 2ª Linha  |   |                         |                                    |      |        |
| Outras Linhas   |   |                         |                                    |      |        |
| Performance Status Atual  |   |                         |                                    |      |        |
| <b>Esquema Terapêutico</b>  |   |                         |                                    |      |        |
| Sigla   | Número de Ciclos Previstos  | Número do Ciclo Atual   | Superfície Corporal                | Peso | Altura |
| <b>Prescrição</b>   |   |                         |                                    |      |        |
| Antibióticos  |   | Dose por m <sup>2</sup> | Dose Total                         | Dias |        |
|   |   |                         |                                    |      |        |
| Medicações Associadas   |   |                         |                                    |      |        |
|   |   |                         |                                    |      |        |
| <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Sem Cobertura <input type="checkbox"/> Vide Anexo  |   |                         |                                    |      |        |
| Assinatura e CRM do Médico Solicitante  |   |                         | Assinatura e CRM do Médico Auditor |      |        |

A-900.DOC (03/05)

<sup>5</sup> Fonte: Clínica onde foi realizado o estudo de caso. Data: 09/01/13.

## ANEXO 3 – PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA AS OPERADORAS<sup>6</sup>

### Solicitação

#### Todos os convênios

**1º passo:** quando a guia chega da enfermagem é anotada a data que estou recebendo a guia a lápis e arquivada pela data que será o procedimento em “pendências”.

**2º passo:** Vai ser quando eu iniciar as solicitações, separar as guias de pendências por convênio, anotar n° da carteirinha e observar a data que será o procedimento para ter um tempo hábil com prazo do convênio.

#### Unimed

Para solicitação de quimioterapia é necessário a guia SADT e Protocolo de Medicação (Solicitação de Autorização para Prescrição de Medicamentos Oncológicos) devidamente preenchido. Unimed Joinville e Amigo possui o prazo de 48hrs para resposta e Unimed Intercambio 5 dias uteis.

**1º Passo:** Numa planilha do Excel “Autorização Unimed” lança as seguintes informações: Nome do paciente, N° da guia SADT, Data que será o procedimento, data que recebi a guia e a data que estou enviando ao convênio. Anote atrás de cada guia a data da ultima consulta (informações que tenho no módulo secretária). É separado a Unimed Intercâmbio da Unimed Joinville e Amigo.

**2º Passo:** Entrar no site da Unimed <http://rda.unimedsc.com.br/capa/> clicar em área para cooperados Prestadores, Usuário: **ath** senha: **ath123**, clicar em consultas finalizadas, preencher em Atendimento a data da ultima consulta, nome do médico assistente e clicar em filtrar.

**Unimed Intercâmbio** - Na coluna opções clicar no quadrinho solicitar, clicar no quadrinho exames/procedimento. Nesta guia você deve preencher as seguintes informações: CID, Indicação clínica, Tipo de atendimento (quimioterapia ou exame), Tipo de saída (Retorno SADT), Código do procedimento informado na guia, materiais se houver e medicação\*.

Scanear toda documentação, identificar com os 7 primeiros números da carteirinha e nome do paciente. Na coluna anexos, clicar em itens anexos e enviar a documentação scaneada. No campo descrição informar o n° da guia e a data que será o procedimento e finalizar.

Clicar em finalizar e gerar guia a numeração que gerar (5000..) anotar a lápis. Ao terminar Intercambio encaminhar para a Marilene Marques: [marilene@joinville.unimedsc.com.br](mailto:marilene@joinville.unimedsc.com.br) toda numeração gerada da Unimed Intercambio.

\*Para preencher este campo no site da Unimed você ira buscar o código de cada medicação, para isso se tem a planilha do Excel “ lista medicações para autorizações” usa-se a apresentação do nome do medicamento **obrigatoriamente** pois é Intercâmbio, atenção na dose total e apresentação de cada medicamento. Pesquisar no módulo administração, cadastros, diversos, convênios o código do medicamento. E preencher no site da Unimed.

**Unimed Joinville / Amigo** - Na coluna opções clicar no quadrinho solicitar, clicar no quadrinho exames/procedimento. Nesta guia você deve preencher as seguintes informações: CID, Indicação clínica, Tipo de atendimento (quimioterapia ou exame), Tipo de saída (Retorno SADT), Código do procedimento informado na guia, materiais se houver e medicação\*.

Scanear toda documentação, identificar com os 7 primeiros números da carteirinha e nome do paciente. Na coluna anexos, clicar em itens anexos e enviar a documentação scaneada. No campo descrição informar o nº da guia e a data que será o procedimento e finalizar. Clicar em finalizar e gerar guia a numeração que gerar (5000..) anotar a lápis a numeração gerada.

\*Para preencher este campo no site da Unimed você ira buscar o código de cada medicação, para isso se tem a planilha do Excel “ lista medicações para autorizações” usa-se a apresentação do nome genérico todos que estiverem grifado em vermelho **obrigatoriamente**, atenção na dose total e apresentação de cada medicamento. Pesquisar no módulo administração, cadastros, diversos, convênios o código do medicamento. E preencher no site da Unimed.

#### Saúde Bradesco

Para solicitação de quimioterapia é necessário o protocolo de Solicitação de Quimioterapia. **O prazo para resposta são 3 dias uteis.**

**1º passo:** ligar 4004-4580 opção 4, opção 4 falar com o atendente, ele vai pedir as informações que estão no protocolo irá gerar um numero de solicitação anotar.

**2º passo:** encaminhar por fax nº (021) 2503-1723 discar as informações solicitadas (código do referenciado e carteirinha do paciente).

Para Resposta de senha discar 4004-4580 opção 4, opção 2 falar com o atendente informar o numero da solicitação gerado.

### Geap

Necessário preenchimento do protocolo Anexo II Solicitação de Tratamento Quimioterápico e Anexo III Solicitação de Fatores Estimulantes. O prazo para resposta o prazo para resposta é 48hrs.

**1º passo:** Entrar no site da geap [https://www.geap.com.br/prestador/pr\\_servi\\_onlin.asp?strUrl=pr\\_autor.asp](https://www.geap.com.br/prestador/pr_servi_onlin.asp?strUrl=pr_autor.asp)

Efetuar o login: Nº do Prestador a Senha , clicar em “Pré-Requisito antecipado a autorização” irá abrir uma janela, preencher os seguintes campos: Cartão, CID, Nº Insc Conselho (CRM), Médico, Tipo de laudo (nº 81 Q.T), e no campo “Escreva o texto” será as informações do documento Word, localizado em protocolos P na pasta AUTORIZAÇÕES GEAP clicar em executar, imprimir o protocolo gerado.

Voltar ao site clicar em Tratamento quimioterápico e preencher as informações: Cartão, Solicitante (CRM), CID, Modalidade (eletivo), Acomodação (ambulatorio), os códigos de procedimento e medicações. Clicar em executar, imprimir o protocolo gerado.

Central de atendimento 0800 728 8300  
Central de atendimento SC: 048 2106-6395

**2º passo:** enviar fax da documentação no fax (048) 2106-6304 opção 1.

### Cape Saúde

Necessário preenchimento da guia SADT e protocolo autorização especial de tratamento quimioterápico, prazo de resposta 48hrs.

**1º passo:** anotar o nº da carteirinha e passar o fax para (48) 3248-1867 (pedir o sinal).

### Cassi

Necessário preenchimento do protocolo de Autorização para Quimioterápicos e Adjuvantes, prazo para resposta são 5 dias uteis.

Central de Atendimento Cassi: 08007290080

**1º passo:** anotar o nº do fax e e-mail para retorno. Discar o nº (11) 2106-0081 código prestador , senha prévia opção 1, Quimioterapia opção 4, Código do participante (nº carteirinha).

Para BMO, MIELO e LAUDO DE MIELO, não necessita de autorização previa.

### **União Saúde**

Necessário preenchimento do protocolo solicitação de quimioterapia/radioterapia, prazo para autorização são 3 dias uteis.

**1º passo:** anotar o nº da carteirinha no protocolo, scanear e enviar por e-mail para: atendimento3@uniaosaude.com.br

### **SC Saúde**

Necessário preenchimento do protocolo solicitação de medicamentos Oncológicos, prazo para autorização são 3 dias uteis.

**1º passo:** anotar o nº da carteirinha no protocolo, scanear e enviar por e-mail para: rita@saudesuplementar.com.

Após a solicitação arquivar em cada respectivo convênio, por ordem da data que será o procedimento .

**Observação:** o prazo para resposta não significa autorização do procedimento mas sim o pronunciamento em relação a solicitação, pode ser a solicitação de um relatório ou exame. Em todos os convênios para 1ª solicitação é necessário envio de todos os exames que comprovem a doença.

### **Mediservice**

Ligar na central 4004-2710 opção 4 . Informar os dados solicitados pela atendente e anotar o protocolo. Enviar via fax **4004-2762**, quando solicitado o código 2010429-4, solicitação médica com tel. fixo e celular do médico solicitante, protocolo da medicação com dosagem, anátomo patológico e relatório médico, para continuidade de tratamento.

Após 1h do envio do fax, ligar confirmando o mesmo. Aguardar 2 dias úteis e retornar a ligação a Central de Atendimento para verificar a situação da guia solicitada.

Entrar no Portal Mediservice:

<http://www.mediservice.com.br/portal/index2.asp?portal=P>.

**Senha para mês** Login: Senha:

Pré-autorização; Pesquisar por: cartão de usuário.

Ícones utilizados no Portal Mediservice:

\* Cancelado – **Guia Cancelada**

☒ Recusado – **Guia Negada**

📄 Em Análise – **Guia em análise pela Auditoria**

⌚ Aguardando Confirmação – **Guia Autorizada**

✓ Aprovado – **Confirmar a data da realização do procedimento no Portal Mediservice.**

Para resposta de senha: **4004-2710** Opção 2

Para mais informações referente à solicitação ligar para 4004-2773. 4

---

<sup>7</sup> Fonte: Clínica onde foi realizado o estudo de caso. Data: 09/01/13.