

Reunião de Defesa Profissional

27/01/2016

Dr. Emilio Cesar Zilli
Diretor de Defesa Profissional AMB

**ORIENTAÇÕES AOS MÉDICOS
CONTRATUALIZAÇÃO COM
OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE**

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

A - OBRIGATORIEDADE DA EXISTÊNCIA DE CONTRATO

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

B - CONDIÇÕES CONTRATUAIS OBRIGATÓRIAS

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

O OBJETO DO CONTRATO

O objeto do contrato deve ser:

A prestação de serviços médico-assistenciais, ou

A prestação de serviços médicos de diagnóstico, ou

A prestação de serviços hospitalares, ou

Duas dessas alternativas, ou

As três alternativas.

A NATUREZA DO CONTRATO

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

A VIGÊNCIA DO CONTRATO E CRITÉRIOS PARA RENOVAÇÃO, PRORROGAÇÃO E RESCISÃO

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

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

A DESCRIÇÃO DE TODOS OS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

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

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

A IDENTIFICAÇÃO DOS ATOS, EVENTOS E PROCEDIMENTOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS QUE NECESSITEM DE AUTORIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA OPERADORA

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

A DEFINIÇÃO DOS VALORES DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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

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

OS CRITÉRIOS DOS REAJUSTES

Orientam-se as seguintes diretrizes quando da assinatura de contratos de prestação de serviços médicos, junto às Operadoras de Planos de Saúde:

1. Não assinem contratos que não contemplem a cláusula de livre negociação entre as partes.
2. Não assinem contratos que proponham fracionamento de qualquer índice. O índice regulamentado pela ANS – IPCA Amplo deverá ser adotado em sua integralidade.
3. Contratos que não atendam a estas diretrizes deverão ser comunicados diretamente à Associação Médica Brasileira. (cbhpm@amb.org.br)

A FORMA DOS REAJUSTES

O Fator de Qualidade, conforme previsto na Resolução Normativa ANS 364, a ser aplicado ao índice de reajuste da ANS IPCA, deverá ser adotada nos contratos entre consultórios médicos e Operadoras e será:

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

A PERIODICIDADE DOS REAJUSTES

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

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

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

OS PRAZOS E OS PROCEDIMENTOS PARA FATURAMENTO E PAGAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Devem ser expressos claramente no contrato.

A ROTINA DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA E TÉCNICA:

O que é previsto na legislação atual (Lei 13.003/2014 Resolução Normativa ANS 363/2014)

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

- I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;
- II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;
- III - exigir exclusividade na relação contratual;
- IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

A ROTINA DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA E TÉCNICA:

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

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

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

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

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

A ROTINA DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA E TÉCNICA:

Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:

- I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;
- II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e
- III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.

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

A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina consideram a regulamentação sobre glosa insuficiente e propõe uma INSTRUÇÃO NORMATIVA – GLOSAS:

MINUTA

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta os artigos 5º e 14º da Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014 estabelecendo os padrões a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde quanto à aplicação de glosa nos processos de apresentação e pagamento dos faturamentos pelos prestadores de serviços de atenção à saúde.

Art. 2º Para fins de aplicação desta IN define-se:

I – Glosa: é a suspensão do pagamento total ou parcial, por parte das operadoras de planos de saúde, de valores referentes a consultas, atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pelas empresas prestadoras (hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros) e profissional liberal da área de saúde.

II – Glosa Técnica: são suspensões de pagamento relacionadas às justificativas técnicas e indicação clínica para:

- a. A realização do(s) procedimento(s), quantidade, regime de atendimento (ambulatorial ou internado);
- b. O uso de materiais médico-hospitalares (tipo e quantidade);
- c. Prescrição de medicações (dosagem, periodicidade, via entre outros);
- d. Prescrição de terapias específicas (hemoterapia, diálise e hemodiálise, fisioterapias, radio e quimioterapia entre outras)
- e. A permanência ou utilização de instalação hospitalar e/ou serviços de saúde (centro cirúrgico, terapia intensiva, hospital dia entre outros).

III – Glosa Administrativa: é a suspensão de pagamento por motivos relacionados aos itens acordados previamente como:

- a. Elegibilidade do beneficiário;
- b. Procedimento não acordado ou não autorizado;
- c. Prazos estabelecidos;
- d. Valores acordados.

IV – Acerto de glosa: é a revogação da glosa aplicada, por entender que a suspensão foi indevida, com o pagamento pela operadora dos respectivos valores envolvidos.

Art. 3º A forma de aplicação de glosas (técnica e/ou administrativa), deve estar expressa no contrato entre as partes, na rotina de auditoria administrativa e técnica, incluindo os prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada.

Parágrafo único: A glosa seja de natureza administrativa e/ou técnica não deverá ser caracterizada como retenção indevida de honorários profissionais e para tanto a operadora deverá notificar previamente os motivos que resultaram na respectiva glosa, sendo vedados:

- I – glosa total de um lote de guia, com ou sem devolução do mesmo, por eventual irregularidade de uma guia ou parte do lote;
- II – glosa total de uma guia, por eventual irregularidade de parte dos procedimentos constantes na mesma.

Art. 4º Nas glosas de procedimentos e eventos em saúde, envolvendo diretamente os honorários profissionais, o prazo de resposta da operadora deve ser de até 10 dias corridos do recebimento da contestação, independentemente do prazo estabelecido para contestação da glosa pelo prestador.

Art. 5º O demonstrativo de pagamento da fatura com glosa técnica e/ou administrativa deverá ser enviado e/ou disponibilizado pela operadora de plano de saúde aos profissionais médicos contratados, por meio de comunicação estabelecido entre as partes, com a antecedência de 5 dias para aqueles contratos com prazo de pagamento até 30 dias da apresentação da fatura e antecedência de 15 dias corridos para os contratos com prazo de pagamento maior do que 30 dias.

Parágrafo único: Na aplicação de glosa técnica pela operadora de plano de saúde, conforme código de mensagem do padrão TISS vigente, (3040 = GLOSA TÉCNICA), o motivo da glosa deve estar detalhadamente especificado, permitindo ao profissional executante compreender as argumentações técnicas que embasaram a suspensão do seu pagamento.

Art. 6º O pagamento do acerto de glosas técnicas e/ou administrativas, resultado de suspensões de pagamento indevidas, envolvendo honorários profissionais, deve ocorrer imediatamente à aceitação da contestação pela operadora, dentro da agenda e/ou rotina de pagamento estabelecida em contrato, com os valores corrigidos monetariamente, no período entre a data original e a data de pagamento do acerto da glosa, aplicando-se o índice IPCA pro-rata die.

Parágrafo único: Constatada indevida a glosa técnica e/ou administrativa, o acerto do pagamento realizado após 90 dias da data original de apresentação da fatura, incidirá em multa de 100% do valor glosado, isto é a restituição em dobro da retenção indevida pela operadora, além da correção pro-rata die pela aplicação do IPCA.

Art. 7º A glosa de natureza técnica médica só poderá ser aplicada por médicos devidamente registrados e regularizados no Conselho Regional de Medicina, sendo que o não cumprimento desta determinação, pela operadora de saúde, incorrerá em infração ética, conforme previsto em legislação específica.

§1º Os procedimentos autorizados previamente, mediante envio de relatórios e/ou justificativas médicas, submetidos à análise técnica prévia, não poderão sofrer glosas técnicas, salvo existência de auditoria médica in loco, no prontuário e/ou perícia pós procedimento no paciente que comprove a glosa ser devida.

§2º No caso de necessidade de alteração e/ou complementação de procedimentos previamente autorizados, decorrentes de situações clínicas intrínsecas do paciente pós autorização pela operadora de saúde, os mesmos deverão ser regularizados conforme previsto em contrato ou na ausência de instrução específica e/ou impossibilidade, o médico deverá priorizar o atendimento ao paciente, justificando a alteração/complementação no pós procedimento.

§3º Os casos devidamente justificados enquadrados no parágrafo anterior, não deverão sofrer glosa por desacordo entre procedimento autorizado e realizado.

§4º No caso de situações de divergência médica a respeito da contestação da glosa técnica aplicada, a definição do impasse deverá ser por meio de junta constituída pelo prestador/profissional que recebeu a glosa, por médico auditor da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

Art. 8º Nos casos de urgência ou emergência, onde não deverão ser adotados mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o seu atendimento, o prestador tem o dever de reger-se pela garantia de atenção e atuação no sentido de preservação da vida, órgãos e funções, devendo haver clareza nos instrumentos contratuais entre as partes, não isentando às partes o cumprimento das demais normas específicas vigentes sobre o tema.

Parágrafo único: Os procedimentos realizados, enquadrados neste Artigo, não deverão ser glosados pelo simples fato de não haver autorização prévia, devendo ser submetidos à análise técnica mediante justificativa médica constante em prontuário e/ou em relatório médico encaminhado à operadora junto ao faturamento das respectivas despesas.

Art. 9º Para os instrumentos jurídicos que não estiverem em conformidade com as regras estabelecidas nesta Instrução Normativa, as operadoras de planos privados de saúde terão que se adequar no prazo máximo de 60 dias, a partir da publicação desta IN.

Art. 10º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

AS PENALIDADES PELO NÃO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES ESTABELECIDAS PARA AMBAS AS PARTES DEVEM SER EXPRESSAS

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

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

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

C - VEDAÇÕES CONTRATUAIS

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

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

D - SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

MUITO OBRIGADO !

Dr. Emilio Cesar Zilli
Diretor de Defesa Profissional AMB