

Contratualização: orientações da AMB

As principais sugestões apresentadas pelas entidades médicas para a contratualização entre médicos e operadoras não foram inseridas na Resolução nº 71, publicada no dia 18 de março no Diário Oficial, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

“Não podemos negar que, embora tardio, houve um avanço para o setor, mas esperávamos mais ousadia por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar para dar solução aos graves problemas existentes na relação entre médicos e operadoras”, destaca o diretor de Saúde Pública da AMB, Samir Dahas Bittar.

Ele entende que a resolução peca pela inespecificidade e destaca como principal ponto não contemplado a falta de uma data base para negociação dos valores. “Sem isso será impossível para a categoria dar um caráter coletivo à negociação, por isso recomendamos que, independente da data de assinatura do contrato seja estabelecido como data de reajuste o dia 18 de outubro, dia do médico”, salienta. Outro ponto criticado é com relação às glosas e limitações da atuação do profissional.

“A redação é vaga para um tema tão complexo. Como está, será impossível estabelecer uma rotina do comportamento diante das glosas”, destaca o diretor da AMB.

Bittar criticou ainda a falta de um referencial para a definição dos valores dos serviços prestados. Ele defende como solução para a questão a adoção da CBHPM.

“Sem esse referencial, as operadoras continuarão com liberdade para, de acordo com seus interesses, impor negociações de determinados procedimentos”, completa Samir.

Para evitar problemas, o diretor de saúde pública da AMB sugere que a partir de agora os contratos sejam feitos por meio dos departamentos de convênios, de forma coletiva, o que poderá trazer mais garantias ao profissional. Além disso, observa que a AMB oferecerá orientação com embasamento jurídico para que, mesmo diante da inespecificidade da resolução, os contratos possam atender aos melhores interesses da categoria. Bittar recomenda ainda que os médicos não assinem contrato de

O QUE DIZ A RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 71 / POSIÇÃO DA AMB	
<p>Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.</p> <p>Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber.</p> <p>Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: I - qualificação específica:</p> <p>a) registro da operadora na ANS; e; b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, 29 de dezembro de 2000;</p> <p>A prestação de serviços poderá ser por meio de pessoa física ou jurídica. É importante cada profissional médico verificar com seu contador a forma de contratação menos onerosa em relação ao recolhimento de impostos.</p>	<p>b) regras para prorrogação ou renovação;</p> <p>A renovação de um contrato deve ter anuência de ambas as partes, neste caso, da operadora (contratante) e do médico ou sua empresa (contratado). Não podem deixar de ser observados na renovação de um contrato os critérios e observações apontadas nesta resolução. Nos contratos por tempo determinado, poderá haver cláusula de renovação automática por igual período na ausência de manifestação de qualquer das partes.</p>
<p>II - objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:</p> <p>a) definição detalhada do objeto;</p> <p>b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);</p> <p>c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e;</p> <p>d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;</p> <p>O médico deve: a) Definir a(s) modalidade(s) de atendimento(s); b) Estabelecer as condições em que se darão o(s) atendimento(s), indicando os horários em que poderão ocorrer e as circunstâncias especiais para casos específicos; c) Esclarecer se estará disponível para consultas fora do horário comercial e em finais de semana; d) Também se estará disponível para atendimento de urgências e emergências (resguardada a responsabilidade ética e profissional para com os pacientes em ato médico previamente assumido); e) Deixar claro o tempo de retorno quando se cobrar nova consulta - sugerimos 15 dias.</p>	<p>V - critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber: a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;</p> <p>A rescisão pode ocorrer a qualquer momento, respeitado o prazo de 60 dias. Mas deve ficar previsto no contrato penalidade em caso de rescisão sem justa causa.</p> <p>b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias; e</p> <p>Fazer constar que a não notificação com antecedência de 30 dias acarretará a renovação automática do contrato por igual período.</p>
<p>III - prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:</p> <p>a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;</p> <p>Sugerimos que a fatura deva ser finalizada até o último dia útil do mês da prestação de serviços. Sua entrega, contudo, pode ser estendida até o quinto dia útil do mês seguinte e o pagamento ao médico deverá ser realizado até o 20º dia do mês seguinte ao vencimento.</p> <p>b) definição dos valores dos serviços contratados;</p> <p>Diante da Resolução CFM 1673/03 e da campanha nacional por honorários dignos, a CBHPM é a única opção referencial de honorários.</p> <p>c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;</p> <p>Definir que não haverá glosa em procedimentos previamente autorizados nem retenção de honorários médicos nos casos em que a suposta irregularidade esteja no âmbito da instituição hospitalar (ex: materiais, medicamentos etc). Quando houver irregularidade (ou suspeita) referente ao ato médico, a retenção somente se efetuará mediante comunicação prévia obrigatória com justificativa do auditor endereçada ao médico responsável. Caberá resposta-justificativa do médico e, uma vez descaracterizada a irregularidade, o pagamento se fará imediatamente.</p> <p>d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica; e</p> <p>e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;</p> <p>IV - vigência dos instrumentos jurídicos:</p> <p>a) prazo de início e de duração do acordado; e</p> <p>O contrato poderá ser por tempo determinado ou indeterminado. A atenção na opção a ser feita deve ficar por conta da forma de rescisão e das condições de reajustes. Os contratos por tempo indeterminado somente deverão ser adotados caso haja uma penalidade, imputada à operadora, que compense investir em uma relação de trabalho com possibilidade de rescisão, a qualquer momento, no prazo de 60 dias.</p>	<p>c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço; 2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada; 3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontram em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial; 4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência; e 5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente; <p>VI - informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000; e VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando: a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998; b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade; c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;</p> <p>O reajuste se dará sempre em 18 de outubro (Dia do Médico), independente da data de assinatura do contrato, o que será considerado data-base do médico em sua relação com os planos de saúde. O índice poderá ser o IPCA (que reflete o custo de vida e a inflação). Ressaltar que este índice nunca poderá ser inferior ao índice de reajuste oferecido pela ANS aos planos de saúde. Quando isso ocorrer, aplicar-se-á o índice da ANS.</p>
	<p>d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada; e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e</p> <p>Estabelecer multa pecuniária para rescisão injustificada, atraso ou falta do pagamento, glosa imotivada ou não aplicação do índice de reajuste.</p> <p>f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.</p> <p>Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.</p> <p>Parágrafo único - Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea 'b', do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no site www.datasus.gov.br.</p> <p>Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.</p>

forma isolada, sem antes obter orientação de suas Federadas.

“Somente um contrato bem feito será capaz de alterar radicalmente essa relação, coibindo os abusos que vêm

sendo praticados pelas operadoras. Sugerimos que os médicos não assinem nenhum tipo de contrato sem ter como base a CBHPM”, finaliza Bittar.

No quadro acima, publicamos

na íntegra a resolução (em preto) que obriga as operadoras de planos de saúde a assinarem contratos com médicos e odontólogos de suas redes credenciadas no prazo

máximo de 180 dias, a contar da data de publicação, e as sugestões apresentadas pela diretoria com o aval do departamento jurídico da AMB (em vermelho).

nossas vidas, nossos valores



Para a Biolab, a vida tem valores que vão além da saúde.

BIOLAB
FARMACÉUTICA
www.biolabfarm.com.br