

**Nota n.º 203/2012/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS**

Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2012.

### **TEMA: Junta Médica – Mecanismo de Arbitramento**

Esta Nota Técnica tem o objetivo de esclarecer o mecanismo de arbitramento utilizado hoje pelas operadoras de planos de saúde através de junta médica e já amplamente utilizado pela ANS em seus pareceres, normativos e FAQs. O parecer do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 15/95, aprovado em 6/4/95, em sua exposição e parte da conclusão atende parte do questionamento acima citado; portanto, o transcreveremos *in verbis*:

*Por junta médica, "lato sensu", entende-se dois ou mais médicos encarregados de avaliar condições de saúde, diagnóstico, prognóstico, terapêutica, etc, que pode ser solicitada pelo paciente ou familiares, ou mesmo proposta pelo médico assistente. Quando com finalidade específica, administrativa, tem a missão de avaliar condições laborativas ou não e, assim, fundamentar decisões de admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria. Nestes casos sua composição será definida em lei, decreto, regulamento, resolução ou orientação normativa. E este é o caso do Serviço Público Federal. A Orientação Normativa nº 41 do Departamento de Recursos Humanos/SAF (Secretaria de Administração Federal) estabelece:*

*"Compete aos dirigentes de pessoal dos órgãos da administração direta, das autarquias e das fundações federais a designação de juntas médicas oficiais, compostas de 3 ( três) membros".*

*O profissional componente da junta é, primeiramente, médico, e secundariamente especialista nessa ou naquela área, e avalia o homem em seu todo. Para isso tem competência técnica e legal. Assim estabelece a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu:*

*"Art 17 - Os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diploma, certificados ou cartas no Ministério da Educação, e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade".*

Evidente que seria impossível contemplar todas as especialidades médicas na composição da junta. Junta médica oficial pode solicitar pareceres de médicos especialistas para esclarecer diagnóstico e fundamentar o laudo conclusivo, conforme o Parecer CFM nº 15/95.

Nas atuais legislações da saúde suplementar o tema vem sendo discutido e temos a tecer os seguintes comentários:

- o Quando há divergências relacionadas à indicação clínica entre o médico solicitante e a operadora do plano de saúde, estas devem ser resolvidas pelo procedimento definido na Resolução CONSU n.º 8 de 4/11/98, que em seu Art. 4, Inciso V, estabelece que, em caso de discordância médica a respeito de procedimento a ser autorizado, um terceiro médico escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a operadora deve ser consultado para a decisão final, ficando a remuneração deste profissional a cargo da operadora;
- o Quanto à aplicação da Resolução Consu nº 8 e a instituição da junta, entende-se não ser necessário que se realize uma junta presencial, sendo importante, no entanto que todas as partes fundamentem sua posição, ou seja, que o médico assistente justifique clinicamente, caso solicitado, as razões do seu pedido, o auditor da operadora, em caso de discordância, também documente as suas razões, cabendo a um terceiro profissional, escolhido de comum acordo entre as partes, arbitrar a divergência clínica.

Portanto, conforme estabelecido e definido na Resolução CONSU n.º 8 de 4/11/98, em seu Art. 4º, as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências, disposto no inciso V – deverão garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

Sugerimos a seguinte redação:

**V - nos casos em que a operadora discorde do médico ou odontólogo assistente quanto à necessidade clínica da realização de procedimento que faça parte da cobertura obrigatória, seu auditor, devidamente identificado, deve encaminhar por escrito ao profissional assistente documento**

**contendo as razões da discordância e, caso este mantenha sua posição, o impasse deve ser arbitrado por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo entre as partes, com remuneração a cargo da operadora ou, não sendo possível, por representante do conselho profissional local ou da sociedade da especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento indicado, o qual também deverá manifestar sua posição por escrito.**

No entanto, constitui negativa indevida de cobertura, se houver recusa por parte da operadora da cobertura dos procedimentos indicados pelo médico assistente, sem a utilização deste mecanismo de regulação.

Para consideração superior.



KARLA SANTA CRUZ COELHO

Gerente

Gerência de Assistência à Saúde - GEAS

De acordo, em 16/08/12.



MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

Gerente-Geral

Gerência de Regulação Assistencial  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

