

**São Paulo, 22 de novembro de 2013.**

**OF/CBHPM/223/2013**

**A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**  
**Att: Sr. Leandro Fonseca**  
**Gerente Geral de Integração Setorial da ANS**

Ref.: Contribuições da Associação Médica Brasileira AMB à Câmara Técnica de Contratualização da ANS

Prezado Sr. Leandro Fonseca,

A Associação Médica Brasileira AMB vem respeitosamente encaminhar suas considerações e contribuições à recém criada Câmara Técnica de Monitoramento da Contratualização.

#### 1) Considerações Iniciais

O Profissional de Saúde, particularmente o médico, indiscutivelmente representa importante e fundamental papel no sistema de saúde, público e suplementar.

No sistema de saúde suplementar a prestação de serviço do profissional médico se dá através de diversos tipos de vínculos e contratos, sendo que a grande maioria dos profissionais recebe seus honorários por serviços prestados às Operadoras, conhecido como *fee for service*, à exceção do vínculo empregatício em hospitais e outros estabelecimentos de saúde próprios da Operadora.

Diferentemente do sistema de saúde público, onde a grande maioria dos profissionais médicos tem vínculo empregatício com os gestores públicos ou seus contratados e em todos os anos tem a garantia mínima de reajuste de seus proventos, minimizando assim as perdas inflacionárias, os profissionais que atuam na saúde suplementar não têm garantias de reajustes em seus serviços, acarretando em perdas nos seus proventos ao longo dos anos.

As relações entre profissionais médicos com as Operadoras de Planos de Saúde são fragilmente estabelecidas através de contratos ou cartas de intenções com poucas garantias ao médico, que nesta relação sabidamente encontra-se como a mais fragilizada parte.

Anualmente, apesar dos reajustes previstos nas mensalidades dos Planos de Saúde e autorizados por esta Agência, o reajuste ao prestador de serviço, principalmente do honorário

do profissional médico, não ocorre com a frequência e a previsibilidade que toda relação contratual deve ter, tendo havido inclusive nos últimos anos uma real desproporção entre os aumentos concedidos às operadoras e aqueles concedidos aos profissionais de saúde.

A ANS, ciente desta situação, publicou Resoluções Normativas desde 2003, particularmente a RN 71 relacionada aos profissionais médicos, objetivando garantir o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde.

Apesar da publicação da IN 49 em maio de 2012 pela ANS, estabelecendo regras específicas para o reajuste dos contratos, cujo prazo para entrar em vigor já foi, por várias ocasiões, inexplicavelmente prorrogado e como tal, já deveria estar plenamente vigente desde maio deste ano, mas que infelizmente, ainda não resultou em reajustes transparentes e justos.

## 2) Revisão da RN Nº 71, de 17 de março de 2004

A RN 71 estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

A AMB entende que a RN 71 não atende plenamente as condições e situações de contratação entre a Operadora e o prestador de serviços por profissional de saúde médico, seja através de Pessoa Física ou de através de empresa Pessoa Jurídica constituída e propõe:

2.1) Ampliar o escopo da prestação de serviço: tanto na ementa da RN como no seu Artigo 1º que se referem apenas à prestação de serviços **em consultórios**, para o seguinte texto :

Sugere-se a alteração da ementa e Artigo 1º para:

***“... e profissionais de saúde, pessoas físicas e/ou jurídicas, que prestam seus serviços profissionais em regime de atendimento hospitalar de internação, ambulatorial (hospitalar, clínicas e consultórios) e de urgência e emergência.”***

Justificativa:

Compatibilidade com a alínea d) inciso II Artigo 2º, desta RN.

Desta forma, uma equipe médica de Neonatologistas ou Anestesiologistas, por exemplo, que só atua no hospital com pacientes em regime de internação seria plenamente contemplada, assim como os Cirurgiões, Obstetras e tantas outras Especialidades Médicas que atendem em seus consultórios ou clínicas e realizam as cirurgias em regime de internação, também estarão contemplados.

2.2) Inclusão no Inciso III *“prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:”*

### 2.2.1) Critérios de reajuste claros e estabelecidos no próprio corpo da Resolução Normativa

#### Justificativa:

Apesar de a Instrução Normativa IN 49 da ANS normatizar os critérios de reajuste, o profissional de saúde na prestação de seu serviço profissional tem como principal característica a disposição do seu tempo e força de trabalho para uma contratante(s) específica(s).

Esta disposição pode ser até mesmo entendida como uma relação de trabalho entre Operadora e Profissional, tanto que em alguns casos incorre nos recolhimentos para a Previdência Social (INSS), tanto do prestador/profissional quanto da contratante/Operadora.

Portanto, faz-se necessária a previsão de reajuste com critérios absolutamente transparentes, pois a prestação do serviço profissional não permite aumento de receita “compensatória” com um aumento simples da produtividade, como na natureza de outros serviços ou produção industrial, sem que haja concomitante aumento desta “disponibilidade”, o que obviamente necessita de regulamentação bem clara, a ser disposta no corpo desta RN.

Deve ser lembrado ainda, que os itens que compõem as despesas do profissional médico para a otimização da prestação do seu serviço, sofrem constantes reajustes, tal como o aluguel do consultório, contas de água, luz, condomínio, salário de funcionários (secretária, recepcionista, pessoal de limpeza etc.), e que sob o ponto de vista meramente econômico, quando não compensados, interferem negativamente nesta prestação de serviços.

Reconhecidamente o não reajuste ou um reajuste irrisório dos honorários médicos resulta numa perda efetiva da valorização do ato médico profissional, que com certeza comprometerá a relação médico paciente. Aliás, o paciente na condição de beneficiário do plano de saúde, divide com o prestador os resultados desta deterioração, sendo, entretanto o último, a saber, das verdadeiras causas desta “default” na relação entre o prestador e a Operadora, e só passa a ser informado, quando percebe que o seu médico “não atende mais o seu convênio”.

### 2.2.2) Glosas: inserir o item sobre glosa com clareza de quando e como são aplicáveis aos critérios de não pagamento ou glosa.

#### Justificativa:

Apesar de a glosa ser citada no exemplo de escopo da auditoria do proposto Relatório de Conformidade Contratual RCC, no seu item VI. “*As hipóteses em que os prestadores poderão incorrer em glosa sobre seus faturamentos apresentados, com detalhamento formal do(s) motivo(s).*”, em nenhum item da RN 71 há previsão legal para a mesma.

A prática da glosa, sempre negativa, injustificável e predatória, já está mais do que instituída na relação operadora/prestador muito antes da própria Lei 9656/98, assim como também não faltam códigos que já a citam diretamente como no exemplo do quadro abaixo, contidos na tabela 38, do Padrão TISS maio 2013, sendo alguns vigentes desde 2006.

**Tabela 38 - Terminologia de mensagens (glosas, negativas e outras)**

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
2901	REVISÃO DE GLOSA INVÁLIDA	16/11/2006		16/11/2006
2902	GLOSA MANTIDA	16/11/2006		16/11/2006
2903	PEDIDO DE REVISÃO SEM JUSTIFICATIVA	16/11/2006		16/11/2006
2904	MAIS DE UM RECURSO DE GLOSA PARA A MESMA GUIA/PROTOCOLO	16/11/2006		16/11/2006
2907	PRAZO DE 180 DIAS ULTRAPASSADO PARA SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE	10/10/2012		30/11/2013
2908	SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE EFETUADA DE FORMA INCORRETA	10/10/2012		30/11/2013
2909	PRAZO PARA SOLICITAÇÃO DE RECURSO DE GLOSA PRESCRITO	01/04/2013		30/11/2013
3018	EVENO GLOSADO POR AUDITORIA (ESPECIFICAR)	11/05/2007		11/05/2007
3040	GLOSA TÉCNICA (ESPECIFICAR DETALHADAMENTE)	11/05/2007		11/05/2007

O entendimento da Associação Médica Brasileira é a de que procedimentos com exigência de autorização prévia e uma vez autorizados não podem sofrer glosas argumentados como sem justificativa ou inclusos no procedimento principal.

Há a necessidade de revisão da tabela 38 do Padrão TISS, visto que a grande e esmagadora maioria se refere a não cobertura, não autorização e/ou não pagamento de procedimentos.

Também existem códigos de glosa/não pagamento/não autorização absolutamente questionáveis como nos exemplos abaixo:

Código do Termo	Termo	Data de início de vigência	Data de fim de vigência	Data de fim de implantação
1424	QUANTIDADE AUTORIZADA ACIMA DA QUANTIDADE PERMITIDA	16/11/2006		16/11/2006
1425	NECESSITA PRÉ-AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA	16/11/2006		16/11/2006

2.2.3) Revisão da alínea *c) rotina para auditoria técnica e administrativa quando houver*: inserir o previsto na Resolução CONSU 8 sobre mecanismos de regulação, principalmente no tocante a situações de divergências médicas.

2.2.4) Revisão da alínea *e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora*:

- inserir o previsto na RN 259 de junho de 2011, principalmente no tocante às garantias dos prazos para efetivação do atendimento.

- ratificar a prerrogativa que cabe exclusivamente ao médico assistente a indicação do material necessário ao procedimento, conforme previsto no Artigo 21 da RN 338, recém publicada:

*§ 1º Para fins do disposto no inciso VI (VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução); deste artigo, deve ser observado o seguinte:*

*I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;*

#### Justificativa:

Existe um descumprimento, muitas vezes velado, dos prazos previstos na RN 259, principalmente quando se “autoriza prontamente” o procedimento, como por exemplo, uma colecistectomia por vídeo. Em alguns casos, esta autorização, entretanto, não contempla a “negociação” de totalidade dos materiais, que a Operadora considera como “especial”, postergando o efetivo atendimento do paciente, e obviamente prejudicando a manutenção de sua saúde.

Não há uniformidade ou padronização, assim como a devida divulgação e transparência nos critérios de classificação de “material especial” ou mesmo procedimentos médicos que exigem autorização e/ou análise técnica da Operadora.

Nos casos de divergências entre operadora e profissional na indicação quanto ao tipo do material a ser empregado pelo prestador, a operadora deverá disponibilizar uma relação dos possíveis materiais substitutos e sua avaliação sobre o processo de manutenção da integralidade da saúde do paciente.

A justificativa da glosa ou do não acolhimento de determinada solicitação, deverá por parte da operadora, ser enviada em prazo mínimo a ser estabelecido, diretamente ao profissional solicitante e ao paciente, e não ser dependente de possível questionamento do paciente sobre a não autorização.

### 3) Canal direto de comunicação entre prestador, profissional médico, e ANS

Faz-se iminente, a criação de um canal específico e exclusivo do prestador profissional médico, principalmente para denúncias de irregularidades em seu contrato, assim como nos impasses de pagamento e questionamentos sobre condutas adotadas unilateralmente pelas Operadoras.



### Justificativa:

A utilização de Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias, propostos pela Câmara Técnica deve ter uma instância/foro “superior” ou mesmo paralelo que permita acompanhar a solução de controvérsias.

A Associação Médica Brasileira propõe a criação de uma Câmara Técnica específica, que deverá ser objeto de uma nova regulamentação, composta por representantes, a saber, ANS, prestadores, operadoras, sistemas de proteção ao paciente e Ministério Público, de forma a ser evitada a judicialização com suas conseqüentes resultantes, nem sempre salutares a todo o sistema da saúde suplementar.

Não há como negar que existe diferença brutal de “tamanho e poder” entre Operadoras de mercado, digam-se de passagem, cada vez maiores, um profissional médico com o seu consultório contratado para a prestação de serviços, e a(s) necessidade(s) do paciente. E esta relação precisa, de forma clara e transparente, ser regulamentada por esta Agência em cumprimento de sua própria funcionalidade.

Esta relação particularmente da Operadora e o Profissional de Saúde é tão frágil quanto à relação Operadora e Beneficiário, onde a ANS atua, algumas vezes, não permitindo abusos por poder de ordem econômica.

#### 4) Contribuições específicas ao Monitoramento da Contratualização

##### 4.1) Procedimento ou metodologia para a determinação dos tamanhos das amostras de contratos:

A amostra de prestadores de profissionais de saúde, particularmente o médico, deve ser de natureza qualitativa e não quantitativa, uma vez que a falta de um único especialista pode inviabilizar o atendimento dos beneficiários de uma operadora.

A amostra deve contemplar não simplesmente a Especialidade Médica, mas os principais tipos de prestação de serviços como:

- Consultas Médicas
- Visitas hospitalares
- Honorários Cirúrgicos
- Honorários de outros procedimentos
- Assiduidade das consultas
- Resolutividade

##### 4.2) Cláusulas núcleo baseadas no exemplo de escopo da auditoria RCC:

- VIII critérios de reajuste

- II especificação do serviços/procedimentos para autorização prévia
- IV prazos e rotinas para faturamento e pagamento
- VI glosa
- IX critérios de rescisão ou não renovação
- X métodos extrajudiciais de solução de controvérsias - MESC

#### 4.3) Indicadores e sua ponderação:

IBPOP para OPS Médico Hospitalares proposto pela Câmara:

**7\*I-CC+2\*I-TISS+2\*I-QUALISS+1\*I-MESC que correspondem a:**

ICC 58,33% ITISS= 16,67% IQUALISS = 16,67% IMESC= 8,33%

Considerando a importância do contrato, é proposta a criação de um IBPOP exclusivo para avaliar as boas práticas na relação da Operadora com os profissionais de saúde com as seguintes ponderações:

**IBPOPp** (profissionais de saúde) para OPS Médico Hospitalares

**7\*I-CCp+1\*I-TISS+2\*I-MESC**

#### Justificativa

O índice de Conformidade Contratual I-CC já é um índice composto (I-CCh+I-CCs+I-CCp), fazendo com que a avaliação da relação entre as Operadoras e os profissionais médicos fique eventualmente atenuada. Um índice específico deixará mais transparente a relação entre Operadora e Profissional de saúde.

#### 4.4) prazos, premiações e/ou sanções em caso de não adequação

Considerando que as Resoluções Normativas 42 (julho 2003), 54 (novembro 2003) e 71 (março 2004) já têm quase de 10 anos de publicação, e que a IN 49, prorrogada por diversas vezes, já deveria estar em pleno vigor, a AMB entende como muito longo o prazo de 1 ano para implantação das medidas ora em estudo, assim como não é favorável que haja diferenciação de tratamento entre Operadoras de diferentes portes.

À luz da regulamentação vigente, seja das RN's 71, 54 e 42 e complementada pela IN 49, a avaliação e fiscalização das Operadoras pela ANS deveria ocorrer imediatamente e qualquer não conformidade deveria ser objeto de sanções previstas no Artigo 43 Contratualização da RN 124 de março de 2006 que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

### Justificativa

A situação precária atual, fruto do evidente desequilíbrio financeiro imposto aos médicos do país, junto ao histórico e aos grandes riscos relacionados a toda cadeia de atendimento em saúde, implica e exige ações imediatas da ANS assegurando, assim, a sustentabilidade do setor e o melhor atendimento possível a todos os usuários do sistema.

### 5) Considerações finais

A Associação Médica Brasileira se coloca à disposição para continuar dialogando com a Agência e reitera seu desejo de contribuir para a elaboração do novo marco regulatório sobre contratualização, já anunciado pela ANS, antes mesmo da fase de Consulta Pública.

A AMB tem a consciência e o dever de reafirmar, que entende como extremamente delicado o momento atual do mercado brasileiro de saúde suplementar e pública.

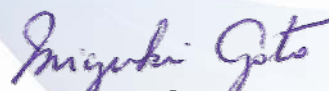
Também quer deixar bem claro, que as contribuições da Associação Médica Brasileira visam principalmente, o atendimento das partes mais frágeis e fundamentais deste sistema: o prestador e os pacientes usuários. E por este motivo, a AMB estará sempre pronta a negociar, até a exaustão, com todas as operadoras que atuam neste cenário, na busca de uma convivência harmônica e satisfatória para todos, principalmente para àqueles, que devem ser o alvo principal de suas ações: o paciente.

Queremos também acrescentar, que estas considerações, representam as opiniões da FENAM ( Federação Nacional dos Médicos ) e do CFM ( Conselho Federal de Medicina ) cujo trabalho em conjunto à AMB permitiu a confecção deste documento.

E para tal, a Associação Médica Brasileira confia plenamente que esta Agência Nacional de Saúde Suplementar, exerça o seu papel regulador, e cumpra a sua finalidade constitucional, com justiça e moderação, mas que, principalmente, efetivamente arbitre de forma equânime, o atendimento aos quase 50 milhões de usuários da Saúde Suplementar, e as suas centenas de milhares de profissionais médicos assistentes de todo o país.



**Dr. Emilio Cesar Zilli**  
*Diretor de Defesa Profissional da AMB*



**Dra. Miyuki Goto**  
*Coordenadora Técnica da CBHPM*