

# Entendimento DIFIS nº 07 de 27 de Abril de 2016

Mecanismo de Arbitramento: Junta Médica ou odontológica. Requisitos e procedimentos para formação da junta. Análise das disposições contidas no art. 4º, inciso V, da Resolução CONSU nº 08/1998 e RN 387/2015. Entendimento DIPRO.

## I - Introdução:

1. A Gerência de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória - GAMAF elaborou a Nota Técnica nº 02/GAMAF/DIFIS com o objetivo de esclarecer o procedimento de análise das demandas NIP de natureza assistencial que versam sobre o seguinte tema: Junta Médica/Odontológica.
2. Desse modo, a referida área técnica sugere a formulação de entendimento, a ser divulgado para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, com o escopo de dirimir eventuais dúvidas existentes quanto a caracterização de infração, bem como reduzir a assimetria de informação no setor regulado.
3. Diante do cenário apresentado, esta Diretoria de Fiscalização foi instada a se manifestar acerca dos requisitos e procedimentos para instauração de junta em situações de divergência médica ou odontológica, de forma a pacificar o tema e nortear a atuação da fiscalização na caracterização de infração.

## II - Fundamentação:

4. Primeiramente, quanto ao conceito que envolve o termo “junta médica”, convém destacar trecho do Parecer do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 15/95, aprovado em 06 de abril de 1995 e expressamente citado na Nota nº 2013/2012/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS, a saber:  
  
“Por junta médica, “latu sensu”, entende-se dois ou mais médicos encarregados de avaliar questões 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”.
5. Seguindo esta linha, para melhor delineamento da questão em tela, cabe destacar a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU N° 08, de 3 de novembro de 1998, editada com o intuito de regulamentar os mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.
6. A referida Resolução buscou elencar uma série de requisitos para a utilização de mecanismos de regulação, que foram positivadas pelo art. 4º, in verbis:

“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:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

**V - 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;**

VI - informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII - estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias." (Grifou-se)

7. Cabe mencionar que a Resolução Normativa RN Nº 387, de 28 de outubro de 2015, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e fixou as diretrizes de atenção à saúde, estabelece em seu artigo 22:

“Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

(...) VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;

(...) § 1º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

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

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

**III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e**

**IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.**

§ 2º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência” (Grifou-se).

8. Vale destacar ainda, a necessidade de previsão contratual de junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, conforme Anexo I - Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, da Instrução Normativa - IN Nº 23/2009 que estabeleceu, em seu Tema X - Mecanismos de Regulação, o seguinte:

“Os contratos de planos de saúde devem:

A) Definir as medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei 9656/1998 e a Resolução CONSU 8/1998.

B) Especificar os mecanismos de Porta de Entrada e Direcionamento, se houver, indicando as regras para o acesso e atendimento.

C) Especificar, nos casos de co-participação e/ou franquia, na forma dos sub-itens 1 e 2, do item 10 do Anexo II da RN 100/2005, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.

D) Estabelecer os valores prefixados de co-participação e/ou franquia nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos a co-participação poderá ser especificada em percentual (artigo 2º, VIII, e artigo 4º, VII da Resolução CONSU 8/1998).

E) Especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.

F) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Resolução CONSU 8/1998).

G) Informar que os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados (artigo 12, I, "b" e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU 8/1998 - Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007).

H) Informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico). I) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

J) Indicar, quando houver, orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).

**K) Dispor sobre a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998" (Grifou-se).**

9. Em complemento à exposição dos normativos acima, destaca-se trecho de manifestação da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO, por meio da NOTA nº 203/2012/GEAS/DIPRO/ANS:

"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, 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"(Grifou-se).

10. Em vista disso, verifica-se a existência de ampla normatização regulamentado à questão da materialização

III - Conclusão:

11. Por todo o exposto e fundamentado, torna-se necessário que alguns pontos tratados na presente Nota sejam melhor delineados, de forma a explicitar mais claramente a abordagem prática referente ao assunto.

A) Comprovação:

12. A Operadora deverá comprovar que encaminhou ao médico assistente (através de carta registrada, telegrama, ou protocolo assinado pelo próprio médico assistente do usuário, por exemplo) a devida identificação do médico auditor responsável pela avaliação do caso, com os motivos da divergência clínica e proposta de realização do arbitramento pelo terceiro médico.

Esse documento deverá:

- Estabelecer um prazo para a manifestação do médico assistente com relação à concordância ou não a respeito do terceiro profissional designado para a junta;

- Estabelecer o prazo ou a data para a realização da Junta Médica, haja vista que a Operadora deverá realizar a Junta dentro dos prazos do art. 3º da RN nº259/11.

13. No âmbito da NIP, nos casos de junta médica, esse documento será imprescindível para a comprovação do rito.

B) Silêncio do médico assistente:

14. Caso o médico assistente permaneça silente, será presumida a concordância com relação ao terceiro médico indicado e a junta será considerada válida. Nos casos em que a operadora já der mais de uma opção de terceiro médico, qualquer uma poderá ser utilizada na hipótese de silêncio do médico assistente com relação à notificação. No âmbito da NIP, a Operadora deverá disponibilizar nome completo, endereço e telefone do médico assistente.

C) Discordância do médico assistente:

15. Quando não houver silêncio, mas sim discordância, deve-se observar o disposto na Nota nº 203/2012/GEAS/DIPRO/ANS. Assim, o impasse deve ser arbitrado por um terceiro profissional, 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.

D) Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME:

16. Para os casos específicos de divergência clínica com relação à OPME, aplica-se o disposto e na RN 387 de 2015, que determina que o profissional requisitante poderá recusar até três nomes indicados pela operadora para composição da junta médica.

17. Caso o médico assistente se manifeste contrariamente aos profissionais indicados para o arbitramento, poderá indicar um profissional de sua escolha para tal. Não havendo manifestação contrária por parte da operadora, a junta será considerada válida (cabe esclarecer que mesmo se antes da operadora indicar um terceiro médico, o médico assistente o fizer e a operadora concordar com o profissional, a junta também será válida).

18. Quando o médico assistente apresentar um nome, caso a Operadora recuse esse nome, o médico deverá apresentar mais dois nomes.

E) resultado da junta:

19. Caso o médico do usuário não concorde com o resultado da junta, a operadora deve disponibilizar outro profissional que realize o procedimento em conformidade com o decidido pela junta, com vistas a garantir que o usuário não vai ficar desassistido.

20. Quando a junta concluir pela não indicação de realização de procedimento, tal resultado não configurará negativa de cobertura desde que a utilização deste mecanismo de regulação tenha seguido os procedimentos descritos na presente nota.

21. Assim sendo, entende-se que quando constatada a necessidade de materialização de junta médica ou odontológica deverão ser seguidas as orientações expostas no presente documento.

SIMONE SANCHES FREIRE  
DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO