



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

RESOLUÇÃO CRM-PR N.º 191/2013.

Dispõe sobre a obrigatoriedade dos Contratos firmados entre as Operadoras de Planos de Saúde e os Médicos seguirem as Normativas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 9.656/1998, em seu artigo 8.º, inciso I, determina que para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem proceder registro nos conselhos de medicina, tal obrigatoriedade permite aos Conselhos exercer a sua função de fiscalizar as relações mantidas por essas instituições com os médicos seus credenciados;

CONSIDERANDO que a Lei n.º 6.839/1980, em seu artigo 1.º, institui a obrigatoriedade das empresas operadoras de planos e seguros de saúde de prestação de serviços médico-hospitalares, em razão de sua atividade básica ou em relação àquela pela qual presta serviços a terceiros, registrar os seus profissionais, responsáveis técnicos, legalmente habilitados nos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO que a Resolução n.º CFM 1.590/1999 torna obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que as operadoras de planos privados de assistência à saúde que atuam no Paraná, independentemente do estado onde esteja situada sua sede ou matriz, utilizam os serviços prestados pelos médicos jurisdicionados no Conselho Regional de Medicina do Paraná;

CONSIDERANDO que a Resolução Normativa n.º 71/2004 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) 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;

CONSIDERANDO que a Resolução Normativa n.º 49/2012 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamenta o critério de reajuste, conforme disposto na alínea "c", do inciso VII, do parágrafo único, do artigo 2.º, das Resoluções Normativas - RNS n.º 42, de 04 de julho de 2003, n.º 54, de 28 de novembro de 2003, e n.º 71, de 17 de março de 2004;

CONSIDERANDO que o Conselho Regional de Medicina Paraná tem como função institucional fiscalizar o exercício da Medicina no Estado e intervir para o cumprimento das normas emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente no que concerne aos contratos firmados com os médicos e operadoras de saúde;

CONSIDERANDO que o médico, quando investido em cargo ou função de direção, também deve acatar as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, assegurando os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.722/2004 que estabelece ser obrigatória a assinatura dos diretores técnicos de planos de saúde, hospitais, clínicas ou outros estabelecimentos de saúde, nos contratos de prestação de serviços médicos, mesmo que a responsabilidade daqueles seja solidária àquela concernente à Direção Comercial na consecução dos referidos contratos;

CONSIDERANDO a necessidade de contratos formais e claros a fim de evitar prejuízo ao atendimento dos usuários de planos de saúde e a interferência na relação médico-paciente, bem como garantir boas condições de trabalho e remuneração aos médicos;

CONSIDERANDO que a relação entre os usuários/beneficiários de planos de saúde com as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde é definida como de consumo;

CONSIDERANDO que a Lei 8.078/1990 que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, reconhece como direito básico a informação do consumidor;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária n.º 3288.ª, de 17 de junho de 2013;

RESOLVE:

Art. 1.º Nos contratos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde com os médicos, pessoa física ou jurídica, deverá constar a assinatura do diretor técnico responsável pela operadora e de forma clara e precisa as cláusulas previstas pela ANS, especialmente as que garantam os direitos dos médicos, conforme o anexo desta Resolução e sem prejuízo de novas determinações da ANS.

Art. 2.º Compete às operadoras de planos privados de assistência à saúde divulgar aos seus usuários/beneficiários, o endereço, os dias e horários de atendimento de sua rede própria ou credenciada, conforme o contido no contrato.

Art. 3.º Compete ao diretor técnico da operadora de plano privado de assistência à Saúde garantir a celebração desses contratos.

Art. 4.º Que todos os contratos que estão em vigência deverão se adequar a esta Resolução no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 5.º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que descumprirem a presente Resolução terão seus registros suspensos no Conselho Regional de Medicina do Paraná e o fato comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar para as providências cabíveis.

Art. 6.º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Secretário-Geral

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente.

Aprovada em Sessão Plenária n.º 3288.^a, de 17/06/2013.

Publicado no DIOE – Comércio, Indústria e Serviços n.º 9036, de 04/09/2013, p.39.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O mercado da saúde suplementar está em constante ebulição, visto a dificuldade no relacionamento entre as operadoras de saúde e a classe médica. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor, tem emitido Resoluções Normativas para que exista uma maior transparência nesse relacionamento, visando o interesse público de garantir uma oferta de serviços de qualidade. Dentro de seu ordenamento, a ANS emitiu a RN n.º 71, publicada no diário oficial da união em 18/03/2004, estabelecendo 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. Essa Resolução, acrescentada da Resolução n.º 49/2012 definem a base contratual mínima da classe médica com as operadoras. O não cumprimento dessas normativas fragiliza a relação entre as partes e expõe a população ao risco de desassistência. O Conselho Regional de Medicina, como órgão que tem como funções precípua fiscalizar e disciplinar a classe médica, não pode se furtar de exigir que seus jurisdicionados tenham o direito a um instrumento ético de trabalho para resguardar a saúde da população.

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Conselheiro Relator.

RECOMENDAÇÃO CRM-PR Nº 001/2013.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e;

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Regional de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente, conforme preceitua a lei 3.268/1957;

CONSIDERANDO o terceiro princípio fundamental do Código de Ética Médica que estabelece que para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;

CONSIDERANDO o interesse público da Resolução CFM n.º 1.673/2003 que adota como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores, na garantia de condições dignas de trabalho e assistência médica;

CONSIDERANDO que os valores de reajustes nos contratos firmados entre os médicos e as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde visam respeitar o princípio da equação econômico-financeira, evitando assim um desequilíbrio que possa comprometer a assistência da população;

CONSIDERANDO que os índices oficiais são fatores mínimos nos quais os critérios de reajuste devem basear-se para realizar o ajuste dos valores dos serviços prestados;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária n.º 3288.ª, de 17 de junho de 2013;

RECOMENDA:

Art. 1.º Que os médicos ao celebrarem contratos com as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde utilizem como referencial a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos vigente.

Art. 2.º Que a cláusula de reajuste prevista nos contratos utilize no mínimo os índices oficiais em sua integralidade, sem nenhum tipo de fracionamento.

Art. 3.º Esta Recomendação entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 17 de junho de 2013.

Dr. Hélcio Bertolozzi Soares
Secretário-Geral

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Presidente.

Aprovada em Sessão Plenária n.º 3288.ª, de 17/06/2013.

Publicado no DIOE – Comércio, Indústria e Serviços n.º 9036, de 04/09/2013, p.40

ANEXO

CLÁUSULAS OBRIGATÓRIAS NOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS QUE VISAM GARANTIR UMA MAIOR TRANSPARÊNCIA CONTRATUAL, OS DIREITOS DOS MÉDICOS E A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE.

A seguir, são relacionadas as cláusulas obrigatórias mínimas que devem constar dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.

1. Qualificação das partes contratantes:

É o item em que se identificam adequadamente as partes contratantes. Dele devem constar os seguintes dados: nome, razão social, CPF, CNPJ, endereço, representante legal e, principalmente, a qualificação específica. A qualificação específica deve prever obrigatoriamente o registro da operadora na ANS e o registro do prestador de serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

2. Definição detalhada do objeto:

Esta cláusula deve definir claramente quais os serviços/procedimentos que estão sendo contratados, para atendimento aos beneficiários da operadora. Nela também devem constar todos os dados que caracterizem o prestador, ou seja: hospital geral, maternidade, hospital psiquiátrico, hospital-dia, clínicas ou hospitais especializados, bem como as especialidades e as áreas de atuação, o local e o horário de atendimento. Caso o serviço não seja integral, os instrumentos jurídicos deverão identificar, com clareza, os procedimentos contratados.

3. Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado:

Este é um item de fundamental importância nos instrumentos. Nele devem ficar claros os direitos e as obrigações de ambas as partes. Devem ser elencados os prazos para a entrega e a análise das faturas, a apresentação de recursos pelo prestador e o pagamento pela operadora. Observe-se que os procedimentos para faturamento, apresentação de análises de contas e recursos de glosas devem seguir o padrão TISS, conforme normas específicas da ANS.

3.1 Valores dos serviços contratados e dos insumos utilizados:

Os instrumentos devem estabelecer claramente os valores para cada um dos serviços/procedimentos contratados. No caso dos insumos (ex.: materiais, medicamentos), podem ser adotadas as listagens de conhecimento público, desde que os seguintes itens estejam devidamente detalhados: preço de referência, edição e vigência, acrescido da remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando aplicável. Pode-se adotar ainda uma lista acordada entre as partes, com os preços acertados.

3.2 Rotina de auditoria técnica e administrativa, quando houver:

Na auditoria técnica, serão identificados os profissionais e os interlocutores habilitados, os prazos, os meios utilizados, os locais, as referências técnicas, os esclarecimentos de procedimentos, entre outros aspectos. Por sua vez, a auditoria administrativa deverá considerar: os valores acordados, os prazos, os locais, as autorizações de eventos, a identificação dos beneficiários e o preenchimento dos formulários, e os documentos exigidos.

3.3 Atos e eventos que necessitam de autorização administrativa da operadora:

A cláusula deve elencar todos os serviços, procedimentos e insumos que impliquem autorização prévia por parte da operadora.

4. Vigência dos instrumentos jurídicos:

4.1 Prazo de início e de duração do acordado:

É a cláusula na qual se estabelece a data de início de prestação de serviços e a vigência do contrato.

4.2 Regras para prorrogação ou renovação do instrumento firmado com o prestador:

Nos casos de instrumentos jurídicos com prazo determinado, deve ser prevista uma cláusula que defina as regras para a prorrogação ou a renovação do instrumento firmado, assim como deve ser definido o novo prazo de vigência, seja ele determinado ou indeterminado. Nos casos excepcionais em que uma renegociação se estenda para além da vigência do contrato, devem ser

previstas regras específicas sobre prazos, comunicação e continuidade do atendimento durante o período da renegociação.

4.3 Rescisão ou não renovação:

4.3.1 Prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico:

Na hipótese de rescisão ou de encerramento do contrato, deve estar indicado o prazo mínimo para a notificação entre as partes. Para os prestadores de serviços (pessoa física ou jurídica) cujas relações sejam regidas pela Resolução Normativa nº 71, e que possuam instrumentos jurídicos com prazo determinado, o prazo mínimo para a notificação deve ser de 30 dias. Caso o prazo seja indeterminado, o prazo mínimo de notificação para a rescisão deve ser de 60 dias.

4.3.2 Garantias no momento de rescisão:

Manutenção da assistência aos pacientes já cadastrados pelo prestador até a data estabelecida para o encerramento do vínculo jurídico (data da rescisão).

Manutenção do pagamento, na forma acordada pela operadora, da assistência aos pacientes já cadastrados pelo prestador, até a data estabelecida para o encerramento da prestação do serviço.

Comunicação pela operadora, aos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, sobre a rescisão ou a não renovação do contrato.

Disponibilidade do prestador em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente.

5. Critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade:

Nos instrumentos jurídicos, deve estar claro o reajuste a ser aplicado aos serviços prestados. Ou seja, devem ser estabelecidas a periodicidade (intervalo de tempo) e a forma (maneira de correção) de aplicação do reajuste, para que ambas as partes possam calcular o novo valor dos serviços, decorrido o período para sua aplicação.

6. Autorização expressa para a divulgação do nome do prestador:

O prestador deve fornecer uma autorização expressa no instrumento jurídico, para que a operadora possa divulgar o nome do prestador aos seus beneficiários, em seus materiais de publicidade, tais como em livretos, sites, entre outros.

7. Penalidades cabíveis pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas:

Devem ser previstas todas as penalidades contratuais cabíveis para o não cumprimento das obrigações estabelecidas e as suas consequências (quaisquer que sejam, como: previsão de advertência, de multa, de suspensão ou até de rescisão do contrato).

8. Vedação de exclusividade na relação contratual:

Neste item, deve ficar estabelecido que a contratação não impedirá o prestador de participar ou de contratar com outra operadora de planos de saúde.