

ABUSO DOS PLANOS

A proposta desta secção é ser simples, apresentando uma fonte de consulta rápida para os médicos inibirem os abusos das operadoras de saúde. De um lado, temos uma lista das situações e exemplos mais comuns de abusos dos auditores médicos, operadoras de saúde e hospitais, e do outro lado, as resoluções que possam inibir este tipo de abusos.

Na prática médica, cada vez mais gastamos nosso tempo, em que deveríamos estar assistindo nossos pacientes, com preenchimento de burocracias e justificativas redundantes. Mas devido nosso escasso tempo, sempre nos falta o argumento certo para citá-lo nas justificativas aos planos de saúde. Ou ainda, desconhecemos totalmente nossos direitos e os limites dos auditores médicos, e justamente por isso estamos subjugados aos planos de saúde.

Esperamos que este manual possa auxiliar nossos associados no seu dia-dia junto às operadoras de saúde.

Legendas:

- MA = Médico assistente
- PEP = Processo ético profissional
- CFM = Conselho Federal de Medicina
- ANS = Agência Nacional de Saúde
- CEM = Código de Ética Médica
- AMB = Associação Médica Brasileira

1

Auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Desta forma, o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16º, 19º, 81º, 108º, 118º e 121º

- Resolução CFM no 1.614/2001
- Cap. VII, Código de Ética Médica
- Capítulo XI, Código de Ética Médica
- CONSU N° 8
- RN N° 363 da ANS 2014
- Lei 9.961 de 2000 da ANS
- Resolução CFM N° 1.956/2010

Comentário:

Ou seja, auditoria é um ato médico igual o seu quando faz uma consulta, um exame ou procedimento. Desta forma, o resultado final de um documento de auditoria (negativas, glosas, etc) pode ter um impacto negativo na saúde do paciente, tanto quanto um lado de um exame que possa vir errado, e o médico na função de auditor pode responder por isso perante ao CRM, se for acionado.

2

Os auditores ou suas empresas de auditoria devem possuir inscrição CRM na jurisdição onde foi prestada a auditoria

- Art.1º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

Essa é uma situação bem comum, onde um médico na função de auditor de outro estado pratica o seu ato médico (auditoria) no estado onde foi requisitado auditoria, porém sem inscrição local, o que pode configurar infração ética, conforme artigo supracitado

3

Pedidos de exames ou procedimentos negados pelo plano devem vir com nome e CRM do Auditor

- Art.4º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Alguns sistemas de saúde mal estruturados ou com má-fé produzem documentação de auditoria negando solicitações médicas (exames, procedimentos), e que são enviados propositalmente sem nenhuma identificação do médico responsável por aquela auditoria (negativa). Auditoria é um ato médico, deve sempre vir com nome do médico e seu CRM. E não só isso, essa negativa deverá conter o racional ou citação da doutrina que fundamentou a negativa. Desta forma, tanto o auditor quanto o diretor técnico do plano que cometeu uma dessas infrações podem ser denunciados no CRM local.

4

Auditor tem que ter sigilo profissional no ato de auditoria. Não pode fazer anotações no prontuário do paciente

- Art.6º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

Somente o médico assistente poderá fazer anotações no prontuário do paciente

5

Auditor pode solicitar esclarecimentos ao médico assistente sobre o procedimento solicitado

- Parágrafo 3º, Art.6º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

Certamente um direito do médico auditor solicitar esclarecimentos, dúvidas, e até um refinamento melhor da indicação do exame/procedimento. Isso é totalmente diferente da negativa pela negativa sem fundamentação, ou ainda interferir no exame/tratamento proposto pelo médico assistente

6

Auditor pode acessar in loco o prontuário, não pode retirar

- Art.7º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

O prontuário médico não pode sair das dependências do hospital onde o paciente foi ou está internado para qualquer tipo de auditoria, salvo quando paciente/responsável autorizar ou quando solicitado pelo CRM para apuração de infrações éticas

7

Auditor pode acompanhar procedimento, desde que autorizado pelo MA ou familiar

- Parágrafo 3º, Art.7º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Cada vez mais comum o plano enviar auditor para acompanhar a execução de exames/procedimentos solicitados. Entretanto, se o médico assistente se sentir cerceado ou desconfortável com esta situação, é direito do mesmo não autorizar este tipo de prática. Mesmo que o paciente autorize, a autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho

8

Auditor não pode autorizar, vetar, modificar procedimentos solicitados pelo MA

- Art.8º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art.52º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art.94º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art.97º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Essa talvez seja imposição mais comum que o MA enfrenta no seu dia-dia, pois quando o plano de saúde representado por seu auditor NEGA o seu pedido médico (exame/procedimento) ele faz exatamente isso, VETA um pedido médico. Ou ainda sugere outro exame, outro procedimento ou ainda modifica o pedido sugerindo outro material diferente do solicitado.

Entretanto, se o médico assistente se sentir cerceado ou desconfortável com esta situação, é direito do mesmo não autorizar este tipo de prática. Mesmo que o paciente autorize, a autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

9

As operadoras de saúde devem respeitar a autonomia do MA e paciente com relação ao tratamento ou exame pedido

- Item “a”, Art.1º, Resolução CFM N° 1.642/2002
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

É direito do MA indicar o procedimento (exame/procedimento) adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

10

Auditor não pode penalizar o MA

- Art.11º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art. 47º CEM

Comentário:

Não é incomum o auditor induzir uma penalidade ao MA como forma de cercear a autonomia do médico. As penalidades podem ser desde restrições de honorários, solicitar “corregedoria”, assédio moral, dentre outros, incorrendo totalmente em infração ética. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

No Art. 47 do CEM reporta explicitamente que é vedado ao médico se aproveitar de sua posição hierárquica por motivo econômico ou outros para impedir o melhor tratamento ao paciente.

11

Auditor poderá recomendar medidas corretivas em seu relatório

- Art.11º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

É direito do médico auditor solicitar as correções necessárias para a devida execução do exame/procedimento, no sentido de adequação do pedido, sem, contudo, modificar ou vetar o pedido original, salvo em situação de evidente benefício ao paciente. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

12

Auditor não pode intermediar acordos entre prestador/operadora que limitem o exercício profissional

- Art.12º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho. Eventualmente acontece do plano de saúde “oferecer” uma opção mais barata ao que foi pedido originalmente

13

Auditor não pode ter gratificação pelas negativas e glosas

- Art.13º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art.96º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

A remuneração do ato médico pela auditoria deverá ser única e exclusivamente pelos honorários deste, sendo uma infração ética o médico na função de auditoria receber bonificações por desempenho quando o resultado final deste seja a negativa e restrição do pedido médico feito pelo MA

14

Auditor não pode fazer quaisquer comentários sobre o MA na presença do paciente

- Art.94º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Eventualmente (raramente) quando auditoria médica é presencial ou por troca de mensagens, o paciente fica em contato com médico auditor. Neste momento, comentários da parte do auditor sobre a suficiência técnica ou qualquer outro pejorativo é totalmente recriminada e interfere diretamente na relação do paciente com seu MA, salvo em situações de absoluta certeza do relato e com denúncia e provas.

15

Auditor não pode extrapolar suas atribuições

- Art.98º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Ao indicar outro profissional ao paciente que não o MA do mesmo, indicar outro tratamento, indicar outro material ou exame, intermediar negociações, dentre outras situações, o auditor extrapola suas atribuições

16

Auditor deve ser remunerado de forma justa

- Parágrafo único, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Como um ato médico, a auditoria deverá ser remunerada de forma justa e condizente com o trabalho executado nas formas de 2ª ou 3ª opinião, e impedindo que empresas de auditoria exerçam a medicina como forma de comércio, retendo inclusive honorários destes.

17

Auditor não pode desviar pacientes do MA

- Art.53º, Cap. VII, Código de Ética Médica

Comentário:

Ocorre quando o auditor induz o paciente a procurar outro profissional do plano, normalmente relacionado à conflito de interesses, sendo uma prática totalmente condenável e antiética

18

MA tem direito de solicitar 3ª Opinião, que deverá ser de um especialista na área em até 5 dias

- Parágrafo V, Art.4º CONSU N° 8
- Art.6º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Em havendo negativa do plano em relação à sua solicitação, é direito garantido do MA solicitar junta médica (3ª opinião), e que este profissional desempatedor seja um nome de comum acordo, e principalmente que o mesmo seja especialista no assunto debatido (com RQE e pertencente à sociedade de especialidade relacionado ao pleito). O diretor técnico do plano é a figura a ser denunciada nesta questão

19

Se o plano impuser uma marca de material para procedimento, MA pode se negar a utilizar material ou OPME caso MA considere insuficiente ou que não possua conhecimento de manejo deste

- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Art. 52º do Cap VII - CEM

Comentário:

Por vezes a operadora impõe o material que melhor convém para o plano, mas pode não estar de acordo com as melhores práticas do MA sobre este determinado material, e nestes casos, o MA deverá comunicar ao diretor técnico do hospital e/ou do plano de saúde sobre o isso, e oferecer outras 03 marcas que o MA possua intimidade no manejo. Acatar por imposição o uso de material que o MA não esteja habituado pode ser prejudicial ao paciente.

20

Operadoras de Saúde não podem reter honorários médicos

- Art. 96º, 97º do CEM

Comentário:

É totalmente vedado sob qualquer pretexto a retenção de honorários médicos pela operadora de saúde, sendo o diretor técnico do plano responsável legal perante o CRM para ser acionado ao CRM.

21

Operadoras de Saúde não pode permitir depreciação ou redução dos honorários, nem atrelar à metas

- Art. 87º, 96º, 97º do CEM

Comentário:

Inúmeros pareceres do CFM têm sido exarados, embasando decisões no âmbito do Sistema Conselhal Brasileiro, tanto por conselhos regionais, como pelo próprio Conselho Federal de Medicina, no que respeita à remuneração profissional, todos concordantes no sentido de que o médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoas jurídicas. O diretor técnico do plano é a figura a ser denunciada nesta questão no CRM.

22

Nos contratos com Operadoras as formas de reajustes dos honorários devem estar explícitas nos contratos

- Lei 9656/1998 - Art. 17-A

Comentário:

Para solicitar o reajuste, o médico deve enviar ofício a cada uma das operadoras para as quais trabalha, propondo a correção de valores pelo IPCA cheio, conforme regulamentado pela ANS. Recomenda-se que, no ofício, seja referenciada à legislação pertinente (Lei nº Lei 13.003/2014) e que o profissional colha da operadora assinatura ou protocolo de recebimento. Além da correção inflacionária – que apenas repõe o poder de compra dos valores –, o médico deve propor à operadora um percentual de reajuste que ele entender como justo, para todos os procedimentos que realiza. O médico também pode propor, apresentando justificativa, um reajuste maior para um ou mais procedimentos, cujos valores de remuneração estejam notoriamente defasados. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa no contrato de modo claro e objetivo. Os contratos devem contemplar cláusula de livre negociação entre as partes e não devem propor fracionamento de qualquer índice. Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos claramente no contrato.

Os contratos que não atendam às diretrizes recomendadas pelas entidades representativas poderão ser comunicados diretamente à AMB através do e-mail cbhpm@amb.org.br

23

Operadoras que descumprirem as resoluções do CFM podem ter seus registros cancelados no CRM e denunciados na ANVISA e ANS

- Art.4º, Resolução CFM Nº 1.642/2002

Comentário:

24

É vedado o desligamento de médico por parte do plano de saúde sem o amplo direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora

- Resolução CFM Nº 1852 de 14/08/2008

Comentário:

Infelizmente algumas operadoras fazem o desligamento unilateral de médicos de sua lista de credenciados de forma superficial, sem bases legais e principalmente sem dar ao médico o direito à sua defesa. Muitas operadoras utilizam deste artifício para cercear a autonomia do médico, impondo suas práticas com viés econômico e fugindo de políticas de boas práticas baseadas no conhecimento técnico-científico

25

Toda relação comercial operadora/prestador deve estar formalizada em contrato

- RN Nº 363 da ANS 2014

Comentário:

Infelizmente 90% dos médicos do Brasil não possuem o seu relacionamento como prestador junto às operadoras de saúde formalizados em contrato. O que deveria ser a regra, infelizmente é a exceção e dá margem para o abuso das operadoras de saúde

26

ANS aplicará penalidades às operadoras que descumprirem cláusulas contratuais com os prestadores

- RN N° 363 da ANS 2014

Comentário:

O descumprimento de cláusulas contratuais pode ser denunciado na ANS e o plano de saúde inclusive pode perder seu registro, caso tenha esta queixa como frequente

27

Valores de honorários são negociados em comum acordo entre as partes signatárias do contrato. ANS não regula valores de honorários

- Competências da ANS pela Lei 9.961 de 2000

Comentário:

A relação entre prestadores e operadora é de livre negociação entre as partes, podendo inclusive os prestadores apresentar suas tabelas e precificação de seus serviços. A ANS não regula preços entre as partes.

28

MA é quem determina as características do OPME e instrumental adequado para o procedimento

- Art.1º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

O MA não pode exigir marca do seu material em seu pedido, mas poderá descrever as características físicas e demais propriedades para que o seu procedimento seja o mais adequado ao paciente. Pode inclusive, negar-se a utilizar o material imposto pelo plano, caso não tenha habituação no uso deste.

29

MA deve justificar clinicamente a sua indicação com embasamento científico

- Art.2º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Em toda indicação de seu procedimento, o MA deverá justificar a indicação clínica, principalmente naqueles casos onde envolve procedimentos/materiais de alto custo. Entretanto, existem solicitações que são triviais e normatizadas na prática médica, e a exigência de justificativas destes para embarcar o pedido médico, poderá configurar má-fé por parte do plano no sentido de atrasar a liberação do procedimento, causando danos à integridade física do paciente inclusive, passível inclusive de ação criminal e civil por parte do paciente contra o plano de saúde caso seja configurado este evento.

30

É vedado ao MA exigir fornecedor/marcas OPME

- Art.3º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Na ocasião da solicitação do pedido médico, o MA deverá fornecer 03 marcas do mesmo material que vai utilizar em seu procedimento.

31

MA pode recusar o material oferecido pela Operadora se julgar inadequado, e deve oferecer 3 outras marcas de fabricantes diferentes

- Art.5º, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Se o MA julgar que o material oferecido ou imposto pelo plano de saúde seja insuficiente, ou ainda que o MA não tenha habituação no uso deste material, o MA poderá negar-se a executar o procedimento com este, devendo nesta ocasião, comunicar o diretor técnico da instituição e do plano sobre esta questão

32

A recusa do OPME pelo auditor deve estar documentada, carimbada e assinada

- Art.5º, parágrafo único, Resolução CFM N° 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Uma negativa sem identificação do médico auditor e seu fundamentado racional para esta negativa configura infração ética nos termos da lei supracitados

33

O médico 3ª Opinião deve ser remunerado por isso

- Art.5º, parágrafo único, Resolução CFM N° 1.956/2010

Comentário:

A auditoria médica praticada em qualquer esfera, como ato médico, deverá ser remunerada sempre, e não deverá ser explorada por empresas de auditoria com retenção de valores à título de participação no fluxo da empresa.

34

Glosa pós-operatória de procedimento realizado

- Art. 67 do Cap VIII do CEM
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

A glosa de procedimentos realizados, apesar de justificativa do plano de ser uma solicitação de esclarecimentos burocráticos sobre procedimentos realizados no paciente, quando NÃO JUSTIFICADA devidamente, configura retenção indevida de valores. Neste caso, o diretor técnico do plano de saúde poderá ser acionado junto ao CRM local por infração dos artigos supracitados

35

Procedimento solicitado não autorizado sob alegação de que não consta no Rol da ANS

- Súmula 102 do TJSP (1ª Vara)

Comentário:

O Rol exemplificativo, como atualmente é, permite que o plano realize a cobertura inclusive de procedimentos que estão fora do Rol da ANS. Na verdade, o Rol da ANS define apenas o MÍNIMO de uma lista que um plano de saúde deverá atender para abrir sua operação como produto a ser vendido, mas não encerra em si e nesta lista mínima a sua cobertura. O Rol significa o mínimo, e não o máximo ou o limitante. E diante de tantas solicitações sobre esta matéria, os juízes da primeira vara construíram uma

Súmula, que é na verdade um resumo do tema com a opinião já pacificada de que é abusivo por parte do plano negar qualquer procedimento indicado pelo MA sob a justificativa de que este não se encontra no Rol da ANS. Trata-se na verdade de uma jurisprudência, onde a opinião vem em favor do paciente.

36

A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada

- Resolução CFM Nº 1.834/2008

Comentário:

Muitos hospitais utilizam a mão de obra médica na qualidade de responder ao chamado do hospital (sobreaviso) como forma de negociação e autorização deste médico trabalhar na instituição. Entretanto, apesar deste tipo de negociação, um valor mínimo pela disponibilidade do tempo e vinda à responder os chamados deve ser negociado entre as partes para relacionamento justo com os médicos

37

A CBHPM deve ser o referencial mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos na Saúde Suplementar

- Resolução CFM Nº 1.673/03

Comentário:

A CBHPM trata-se de um referencial e não de um tabelamento de preços na relação entre médicos e prestadores. Infelizmente em décadas passadas foi interpretado como tabelamento pelo CADE, e muitas entidades médicas foram multadas por usar as mesmas. Entretanto, em Reunião realizada em 28/06/18 na ANS da CAMSS (Câmara da Saúde Suplementar), com a presença de Ricardo Medeiros de Castro, Coordenador no Departamento de Estudos Econômicos do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE); e João Manoel da Cruz Simões, Diretor de Política de Pessoal e Previdência Complementar de Estatais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, os representantes do próprio CADE se posicionaram sobre o uso de tabelas médicas, desde que não seja algo impositivo.

38

Os planos de saúde, cooperativas de trabalho médico e clínicas de referência não poderão impor aos usuários e aos seus médicos assistentes o local onde esses pacientes deverão ser tratados, bem como não poderão enviá-los (ou desviá-los) para outros médicos.

Comentário:

É de livre escolha por parte do paciente e seu médico o local para realizar seus exames e tratamentos, e desta forma, as operadoras de saúde não poderão impor o local do exame/tratamento, salvo em questões de insuficiência técnica para atender a demanda e de credenciamento da rede.

- Parecer CFM N° 8/14
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

39

Se o plano de saúde não tiver na sua rede credenciada o serviço que o paciente precisa, ele é obrigado a custear o mesmo

Comentário:

*Além dos casos de urgência e emergência, quando o paciente não encontra prestador de serviço adequado para sua necessidade dentro da rede credenciada ao plano, o **atendimento fora da rede credenciada** também deve ser pago pelo plano de saúde nos casos em que o plano de saúde não tenha este serviço. Nestes casos é possível pedir, na Justiça, inclusive a cobertura direta desse **tratamento fora da rede credenciada** e pleitear que a Justiça pague, eventualmente, um prestador particular. Os planos de saúde devem reembolsar/custear atendimentos realizados fora da rede credenciada em casos de urgência/emergência ou ausência de profissional/estabelecimento adequado na rede credenciada, através do mecanismo jurídico de tutela antecipada.*

- Art. 12, **inciso VI**, da Lei 9.656/1998
- Resolução ANS N° 259/11