

PROCESSO PARECER CONSULTA 05/2019
PARECER CREMERJ Nº 5/2019

INTERESSADOS: Dr. Y. S. L. (Protocolo CREMERJ nº 10314084/2019)

ASSUNTO: Autonomia profissional dos médicos conveniados a Operadoras de Planos de Saúde quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos, bem como de seus auxiliares.

RELATOR: Consº André Luís dos Santos Medeiros

Ementa: As Operadoras de Planos de Saúde não podem punir ou realizar descontos na remuneração dos médicos conveniados pelas escolhas feitas por eles, dos meios a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento de seus pacientes, sob pena de restringirem a autonomia médica. Essas escolhas dizem respeito não somente aos exames e procedimentos, mas também aos outros profissionais, escolhidos por eles, para os auxiliarem.

DA CONSULTA

Trata-se de consulta formulada pelo Dr. Y. S. L. que questiona se as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) podem aplicar punições aos médicos conveniados que solicitam exames ou procedimentos não cobertos pelo Plano contratado pelo usuário e, também, que se utilizam dos serviços de outros profissionais que não façam parte da rede credenciada. Questiona, ainda, se as OPS podem realizar descontos na remuneração do médico conveniado com base no custo gerado por ele à Operadora, ou quando ele contrata auxiliares não pertencentes à rede conveniada, que cobram seus honorários com base em valor superior à tabela do Plano.

DO PARECER

As OPS são entidades de Direito Privado que desenvolvem a intermediação e/ou prestação de serviços de saúde. Podem adotar diferentes formas jurídicas (sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão), conforme dispõe o inciso II do Art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estão subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por força do § 1º desse mesmo artigo.

As regras para celebração dos contratos escritos, firmados entre as OPS e os prestadores de serviços de atenção à saúde, são àquelas dispostas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 363, de 11 de dezembro de 2014, e nº 364, de 11 de dezembro de 2014.

A Resolução Normativa nº 363/2014, da ANS, estabelece no seu Art. 5º:

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde; (grifo nosso)

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador; (grifo nosso)

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e

VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.

Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.

O Código de Ética Médica, em suas normas de natureza diceológica, diz que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. Diz, ainda, que nenhuma disposição estatutária ou regimental de instituição pública ou privada limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Quando uma OPS pune seus conveniados por atos que guardam relação com seu direito de escolha dos melhores meios para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento de seus pacientes, cria importante limitação à sua liberdade profissional, uma vez que esses médicos sentir-se-ão, de certa forma, coagidos a não praticarem tais atos. Caso isso ocorra, a OPS estará infringindo os incisos II e IV do artigo 5º da RN nº 363/2014, citada e em grifo.



Da mesma forma, quando uma OPS promove descontos na remuneração dos médicos conveniados com base em custos relacionados a procedimentos ou exames indicados por eles a seus pacientes, em última análise, ainda que indiretamente, viola sua autonomia profissional, pois eles poderão deixar de solicitar procedimentos mais onerosos por medo de terem sua remuneração diminuída.

A Resolução CFM nº 1.642, de 07 de agosto de 2002, diz, na sua ementa:

As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos **devem (...) respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições**". (*grifo nosso*)

A alínea "f" do Art. 1º dessa Resolução diz que é vedada "**a vinculação dos honorários médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares**". (*grifo nosso*)

Em todo caso, quaisquer punições ou normas relacionadas aos pagamentos da OPS aos seus conveniados devem constar nos contratos realizados entre a OPS e o conveniado, por força do artigo 4º da Resolução Normativa 363, que diz:

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas. (*grifo nosso*)

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

No tocante às Cooperativas de Trabalho Médico (CTM), cabe ressaltar que a relação jurídica entre a Operadora e o prestador de serviço (médico cooperado) é diferente dos demais casos. Ainda assim, as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas devem

constar no Estatuto Social da cooperativa, e não podem violar o disposto no Código de Ética Médica e Resoluções Normativas da ANS. Ademais, justamente por terem suas regras definidas por médicos, devem zelar pelo respeito às normas que regem o exercício de sua profissão.

Além dos aspectos éticos que envolvem a questão, esta merece também uma análise do ponto de visto do Direito Civil. A Constituição Federal, no Art. 1º, incisos III e IV, e no Art. 5º, inciso XIII, assevera o direito à dignidade da pessoa humana e livre iniciativa, estabelecendo, ainda, que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, desde que atendidas as qualificações previstas em Lei.

Nesse sentido, embora os contratos firmados entre os médicos conveniados e as OPS sejam regulados pela Lei Federal nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e pelas Resoluções Normativas nº 363 e nº 364 da ANS, trata-se o contrato de matéria regulada pelo Direito Civil. Esses contratos são de natureza bilateral, no qual uma das partes, denominada “prestador”, obriga-se a prestar serviços à outra, mediante remuneração e regras preestabelecidas entre os contratantes. Assim, as partes possuem direitos e deveres decorrentes do objeto contratado, na forma dos art. 593 e 594 do Código Civil, não sendo admitida estipulação diversa daquela estabelecida no instrumento.

A aplicação de penalidades não previstas em contrato, restrições de direitos, glosa injustificada na remuneração pactuada, e a interferência na autonomia profissional, poderão ser objeto de nulidade de contrato arguida perante o Poder Judiciário, e pedido indenizatório caso seja possível a demonstração do prejuízo causado à parte.

Dessa forma, salvo melhor juízo, quaisquer das práticas questionadas pelo consulente podem ser consideradas abusivas e passíveis de denúncia à ANS, por força da alínea “e” do § 1º do Art. 1 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que diz que está subordinada às normas e à fiscalização da ANS “**qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor**” (*grifo nosso*). Também os Diretores Técnicos Médicos dessas Operadoras de Planos de Saúde podem ser responsabilizados eticamente perante o Conselho Regional de Medicina, ao qual se encontram vinculados, por possível violação ao § 4º da Resolução CFM nº 2.147/2016 e ao art. 1º Resolução CFM nº 1.642/2002.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluímos serem negativas as respostas a todos os questionamentos feitos pelo consulente, não podendo as Operadoras de Planos de Saúde, independentemente de sua forma jurídica (sociedade civil, cooperativa, ou entidade de autogestão) em nenhuma das hipóteses apresentadas, punir seus médicos conveniados e/ou realizar descontos em sua



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



remuneração por conta da escolha dos meios diagnósticos/terapêuticos ou por se utilizarem do serviço de outros médicos não conveniados a essas operadoras.

Este é o Parecer, S.M.J.

Rio de Janeiro, 07 de junho de 2019.

ANDRÉ LUÍS DOS SANTOS MEDEIROS
Conselheiro Relator

Parecer Aprovado na 109ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros do CREMERJ, realizada em 17/06/2019.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Publicado no Diário Oficial da União, Brasileira, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Publicado no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jun. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113003.htm>. Acesso em 13 Jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217 de 01 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

_____. Resolução CFM nº 2.147. DF, 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Publicada no DOR em 27 out. 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

_____. Resolução CFM nº 1.642. DF, 2002. As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva da jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissional dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1642>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução Normativa- RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw==>>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

_____. Resolução Normativa- RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. Publicado no Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA364.pdf>. Acesso em: 13 Jun. 2019.