

Gerência/Diretoria: **GEAS/GGRAS/DIPRO**

Protocolo n.º 33902. 032 419 /2013-44

Data Registro: 15/01/13

Hora Registro: 10:32

Assinatura: \_\_\_\_\_



**Nota n.º 011 /2013/GEAS/GGRAS/DIPRO/ANS**

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2013.

### **TEMA: Grupo técnico para debate do parecer CFM n.º 39/12**

#### **Introdução**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem por atribuição regular o mercado de planos privados de assistência à saúde. Para tanto, a Lei de criação da ANS (Lei n.º 9.961, de 28/01/2000) estipula como uma de suas funções a elaboração de uma lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde comercializados a partir da vigência da Lei 9656/98, ou a ela adaptados.

Essa lista, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, define a cobertura mínima a ser observada nos planos das segmentações ambulatorial, hospitalar, e naqueles que incluem também o atendimento obstétrico.

A Resolução Normativa n.º 211/2010 alterada pelas RN n.º 262/2011 e RN n.º 281/2011 estabelece que o Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida para o Plano Hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto e a opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. Dessa forma, ao comprar um plano com segmentação obstétrica a beneficiária passa a ter direito ao cuidado integral para o binômio (mãe e

recém-nascido), ou seja, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem oferecer toda a cobertura obrigatória descrita em contrato – referentes ao pré-natal, parto e assistência ao trabalho de parto - sem custo adicional.

Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina é autarquia que tem por finalidade institucional, conferidas pela Lei n.º 3.268/1957, alterada pela Lei n.º 11.000/2004, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045/1958, supervisionar a ética profissional, julgar e disciplinar a classe médica, cabendo zelar pelo perfeito desempenho ético da medicina. É, portanto, fiscalizador do exercício da profissão de médico, exercendo os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos.

Assim sendo, as atribuições dos dois órgãos são distintas. O CFM tem atribuição para emitir o referido parecer, tendo a ANS o papel de apreciar e deliberar sobre o funcionamento dos planos de saúde e da saúde suplementar. Assim, não se questiona a aplicabilidade do parecer para a assistência privada. O que está sendo discutido são as regras de funcionamento da saúde suplementar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Por se tratar de um tema complexo, com interface com diferentes atores da saúde suplementar, a Diretoria Colegiada da ANS decidiu por convocar um grupo técnico para debater o tema e avaliar os possíveis encaminhamentos.

A presente nota encontra-se subdividida, em três seções além desta breve introdução. A primeira seção reconstrói o histórico dos eventos anteriores a emissão do parecer do CFM. A segunda seção apresenta algumas considerações sobre o parecer e a terceira e última seção relata brevemente a reunião de debate e seus encaminhamentos.



## **Histórico**

Desde 2007 a ANS vem recebendo questionamentos a respeito da cobrança, por médicos obstetras que atendem a planos de saúde, de uma taxa, para a realização do parto. Em dezembro daquele ano, a ANS já havia se manifestado, para constar nos autos do processo judicial n.º 0024.04.531853, da 21ª Vara Cível da Comarca de Belo Horizonte/MG, ressaltando a necessidade de que fossem cumpridos os contratos firmados, tanto entre a operadora e a beneficiária, quanto entre a operadora e seus prestadores, nos casos em que tal cobrança não estivesse prevista em cláusula contratual.

Em 10 de outubro de 2011 a SOGIMIG - Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais, através do Ofício SOGIMIG 049/11, encaminhou consulta ao Núcleo da ANS em Minas Gerais, questionando se "existe alguma infração a normativos legais publicados pela ANS que impeçam os Médicos Obstetras em estabelecer honorários particulares pela sua Disponibilidade para realização do Parto, nas cidades em que haja organização do trabalho obstétrico, plantonistas em Maternidades Privadas, durante as 24 horas do dia".

Em 17 de novembro de 2011 a SOGIMIG encaminhou, através do Ofício SOGIMIG 055/16-11, nova consulta ao Núcleo-MG, desta vez questionando se uma operadora de plano de saúde poderia punir um médico credenciado, cadastrado ou cooperado que optasse por estabelecer um contrato com suas clientes para os honorários particulares de disponibilidade para o parto.

A indagação sobre a possibilidade desta cobrança foi então remetida à Diretoria Colegiada desta Agência, que apreciou preliminarmente a questão na reunião ordinária realizada em 4 de abril de 2012. Na reunião seguinte, em 10 de abril de 2012, a Diretoria Colegiada resolveu adotar o entendimento de que a exigência da referida taxa configurava uma dupla cobrança, podendo a operadora incluir, no contrato firmado com seus prestadores, cláusula prevendo o desligamento de seu cooperado, credenciado ou referenciado que



adote esta conduta, sendo a operadora penalizada caso a dupla cobrança aconteça.

Não obstante, em 12 de abril de 2012, foi enviado ao Conselho Federal de Medicina, por meio do Ofício n.º 856/GGRAS/DIPRO/ANS, questionamento sobre a cobrança, pelos médicos obstetras, de honorários particulares pela sua disponibilidade para realização do parto.

Por solicitação das entidades médicas, no dia 2 de maio de 2012 foi realizada reunião, na sede da ANS, à qual compareceram representantes da SOGIMIG - Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais, da SOGESP - Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, da SGORJ - Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro e da FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Nesta reunião, que contou com a presença dos diretores da ANS, as entidades médicas apresentaram seus argumentos a favor da licitude da cobrança da taxa de disponibilidade que, para estas entidades, não representava dupla cobrança, por tratar-se de procedimento distinto das consultas de pré-natal, do parto e a da assistência ao trabalho de parto.

Em reunião ordinária da Diretoria Colegiada, realizada em 13 de setembro de 2012, esta deliberou pelo sobrestamento dos processos referentes à cobrança de disponibilidade dos obstetras para acompanhamento do parto, até o recebimento da resposta do CFM, reiterada nesse momento, questionando se seria ético ou configuraria dupla cobrança esse procedimento.

#### **O parecer CFM n.º 39/12**

Segundo o parecer CFM 39/12, o procedimento em análise seria uma garantia do acompanhamento presencial no momento do parto pelo mesmo médico que acompanhou a gestante no pré-natal. Para essa garantia, seria permitido, não configurando dupla cobrança ou infração a ética médica, a cobrança direta do médico à gestante de uma taxa de honorários médicos.



Cabe destacar que no Rol de procedimentos e eventos em saúde constam todos os procedimentos considerados necessários para a realização da segmentação obstétrica, incluindo todos os procedimentos constantes na CBHPM/AMB - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos/ Associação Médica Brasileira. Assim, conforme a regulamentação da saúde suplementar, não cabe reembolso por parte das operadoras para o procedimento proposto, uma vez que segundo o próprio CFM este procedimento não consta do Rol de procedimentos e eventos em saúde em vigor.

É sempre importante destacar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a dar cobertura a todos os procedimentos constantes do Rol para os planos contratados a partir de 1999 ou adaptados. Dessa forma, as operadoras devem garantir a assistência ao pré-natal, trabalho de parto e parto, sem nenhum custo adicional.

Para a operacionalização da cobrança desse honorário, o CFM propõe a existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE a ser assinado entre o médico e a paciente na primeira consulta de pré-natal. Além, disso, diz que todas as maternidades devem obrigatoriamente ter uma equipe médica completa e permanente para atender a gestante.

### **Da reunião do Grupo Técnico para debate sobre o parecer CFM n.º 39/12 e seus encaminhamentos**

No dia 10 de janeiro de 2013, foi realizada na sede da ANS no Rio de Janeiro reunião com os diversos atores do setor suplementar de saúde para discutir o Parecer do CFM n.º. 39/2012 (a lista de presença do evento encontra-se anexa). O objetivo do evento consistia em apresentar o parecer 39/2012 do CFM, debater com os atores do setor regulado os impactos do mesmo e traçar um indicativo de como proceder o encaminhamento da questão para a Diretoria Colegiada da ANS. O PROCON de São Paulo, em função de sua



impossibilidade de comparecimento ao evento, enviou suas considerações através do ofício FPDC/DEX 26/2013. O CFM também não compareceu, tendo sua ausência justificada através do Ofício CFM n.º 154/2013 – PRESI – encaminhado à ANS (em Anexo).

A reunião do grupo técnico contou com a participação de representantes da ANS, AMB, SOGESP, SINDHOSP, IDEC, CNS, Ministério da Saúde, Ministério Público (MPCON), PROTESTE, ABRAMGE, FENASAÚDE, UNIDAS, FEBRASGO e CMB.

Durante essa reunião, muito se debateu sobre pontos ainda a serem esclarecidos no parecer e sobre a Lei atualmente em vigor na saúde suplementar.

Além da Ata da reunião em anexo, os pontos mais relevantes podem ser destacados nos encaminhamentos a seguir.

#### **Encaminhamentos:**

- A ANS reforçou que existe um paradigma primordial que não pode ser esquecido: as beneficiárias de planos de saúde têm que ter acesso a todos os procedimentos da segmentação obstétrica descritos no Rol de Procedimentos, sem haver nenhum dispêndio além do previsto no contrato de plano privado de assistência à saúde.
- O parecer deixa algumas questões a serem melhor esclarecidas como:
  - a) Inicialmente o parecer afirma se tratar de um outro procedimento, diferente dos três já citados existentes no Rol. Mas ao longo do parecer há uma confusão entre esse novo “procedimento” e o já existente, “assistência ao trabalho de parto”.
  - b) O parecer afirma que não deve ser cobrado o procedimento “parto” às operadoras de planos de saúde, caso o termo seja estabelecido com a gestante. Isso causa confusão, uma vez que em se tratando de



procedimentos distintos, por que não pode ser cobrado à operadora? Aqui há também uma confusão de atribuições, uma vez que quem tem atribuição de dizer o que deve ser coberto ou não pelos planos de saúde é a ANS.

- c) A necessidade de se estabelecer como será feita por parte do CFM a fiscalização do oferecimento do TCLE, conforme os termos do parecer. Além disso, não fica claro se o CFM irá disponibilizar um canal para que sejam realizadas possíveis denúncias de pacientes sobre o assunto.
- d) O Ministério Público e os órgãos de defesa do consumidor presentes afirmaram que também podem ser acionados nos casos de denúncias desse tipo, uma vez que a ANS não possui atribuição para tal.
- e) Necessidade de detalhamento de como seria o ressarcimento do valor a ser pago caso alguma das cláusulas não viesse a ser cumprida.
- f) Detalhamento de como seria feito a fiscalização por parte do CFM das maternidades quanto a manutenção de equipe mínima. Da mesma forma como deveriam ser encaminhadas as possíveis denúncias, quanto ao seu descumprimento.
- g) Dificuldade de aplicação do item sobre não pagamento do parto pelas operadoras de planos de saúde, uma vez que dificilmente se conheceria a relação privada do TCLE. Além de poder ocorrer uma sobreposição de atribuições entre a ANS e o CFM, no que concerne à regulação do que é coberto pelos planos de saúde.
- h) O reflexo dessa decisão para as outras especialidades médicas também foi motivo de preocupação do grupo técnico, uma vez que todas elas têm em algum momento a disponibilidade como algo inerente a sua atuação. Isso poderia causar um importante impacto na assistência prestada na saúde suplementar.



- i) Possivelmente ocorreria o aumento na judicialização do setor, inclusive contra os médicos obstetras.
- j) Ao longo do debate, as sociedades médicas representadas não esclareceram se esse pagamento de honorário se constitui ou não um novo procedimento.
- k) Necessidade de detalhamento do que estaria incluso dentro do procedimento "disponibilidade". Quais seriam os limites dessa disponibilidade? (Seria igual para um acompanhamento de um trabalho de parto de 20 horas ou de 2 horas? Há possibilidade da mulher acessar o médico 24 horas por dia durante toda a gravidez?).
- A garantia do cumprimento dos contratos hoje em vigor também se constitui em ponto importante para a ANS e para o grupo. Caso se afirme inequivocamente a existência desta modalidade de relacionamento que estende para um novo serviço/ato médico numa relação privada, **esta somente seria possível na saúde suplementar se revistos os contratos:**
  - Necessidade de alterações nos contratos entre operadora e prestador (recontratualização), deixando claro entre as partes para qual serviço o médico estará contratualizado. Nesse caso lembrar que as operadoras devem ter contratualizados prestadores de serviço para todos os procedimentos constantes do Rol de procedimentos e eventos em saúde;
  - Necessidade de atualização dos livros e site de rede referenciada e credenciada e identificação dos respectivos médicos e os serviços prestados: médico pré-natalista; médico obstetra (pré-natal e parto);
  - A ANS tem trabalhado visando estimular a mudança de modelo assistencial para um modelo cada vez mais integral e se preocupa que algumas ações possam não favorecer essa tão importante



mudança na forma como se estrutura o sistema de saúde complementar brasileiro. Todos sabem da necessidade de se rever, como cita o parecer, o contexto atual de remuneração para procedimentos realizados por profissionais da saúde. A ANS vem trabalhando nessa questão em grupos de trabalho específicos.

Anexos:

- 1) ATA da reunião;
- 2) Lista de presença;
- 3) Ofício encaminhado ao CFM para esclarecimento de dúvidas;
- 4) Material usado na reunião do GT de 10/01/2012 (apresentação, justificativas de ausência CFM - Ofício CFM n.º 154/2013 – PRESI e PROCON SP - Ofício FPDC/DEX n.º 26/2013).

Para consideração superior.



KARLA SANTA CRUZ COELHO  
Gerente

Gerência de Assistência à Saúde  
Gerência-Geral de Regulação Assistencial  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

De acordo, em 15/01/13.  
Encaminhe-se ao Diretor.



MARTHA REGINA DE OLIVEIRA  
Gerente-Geral

Gerência-Geral de Regulação Assistencial  
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

De acordo, em 15/01/13.



ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO  
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos 4

