

Termina em março o prazo de negociação dos reajustes que serão aplicados aos contratos entre médicos e operadoras de planos de saúde. Por isso, a Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) do Conselho Federal de Medicina (CFM) volta a alertar os médicos sobre os requisitos mínimos que devem ser considerados antes de fechar acordo de trabalho com as empresas.

As orientações constam na cartilha sobre Contratualização (disponível em <http://bit.ly/2l29jBm>), elaborada pelo CFM em conjunto com a Associação Médica Brasileira (AMB), e que reúne os destaques da Lei 13.003/2014, em vigor desde o final de 2015. A legislação estabelece, por exemplo, a obrigatoriedade de contratos por escrito e detalhados, com as obrigações e responsabilidades específicas. As recomendações expressam o entendimento das entidades médicas, em geral, segundo explica o coordenador da Comsu, Salomão Rodrigues.

“Do ponto de vista dos prestadores de serviço, a obrigatoriedade de contratos formais com as operadoras não apenas permite a revisão periódica dos preços pagos a eles como significa o fim da prática do descredenciamento imotivado. De qualquer modo, é preciso estar atento aos parâmetros recomendados às negociações para que todos os contratos estejam em consonância com o movimento médico nacional”, defendeu Salomão.

Segundo o coordenador, os médicos devem ficar atentos às propostas encaminhadas para garantirem que os textos contemplem ainda o recebimento integral dos valores e percentuais propostos pelas entidades médicas representativas de cada Estado.

Legislação – Desde a entrada em vigor da Lei da Contratualização ([13.003/2014](#)), os contratos com as operadoras devem incluir a revisão periódica dos preços dos honorários (com indicação de percentuais de reajuste, de indicadores e prazos de reajuste).

Ainda segundo a Lei, cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fixar um índice de reajuste em casos específicos, quando a Operadora e o Prestador não chegarem a um acordo até o dia 31 de março de cada ano. Nestes casos, a base de cálculo definida pela ANS para se chegar ao percentual de reajuste será o Índice Nacional ao Consumidor Amplo (IPCA) cheio, que corresponde ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA A HORA DE CONTRATUALIZAR

- Contratos devem contemplar cláusula de livre negociação entre as partes;
- A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa no contrato de modo claro e objetivo;
- Contratos não devem propor fracionamento de qualquer índice;
- O índice regulamentado pela ANS é o IPCA cheio que deverá ser adotado em sua integralidade; - Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos claramente no contrato;
- Sempre que o equilíbrio econômico e financeiro do contrato estiver ameaçado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, poderá ser formalizado termo aditivo de reajuste;
- Contratos que não atendam às diretrizes recomendadas pelas entidades representativas poderão ser comunicados diretamente à AMB através do e-mail cbhpm@amb.org.br;
- Indícios de infração ética por parte da operadora ou do prestador de serviços devem ser encaminhados ao Conselho Regional de Medicina do estado. Ver lista em portal.cfm.org.br.

FATOR DE QUALIDADE

Médicos que atendem a planos de saúde devem enviar informações sobre qualificação à ANS

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) convocam, a partir desta semana, todos os médicos que prestam serviços junto a operadoras de planos de saúde a preencher formulário específico com informações sobre suas qualificações profissionais. As informações, que devem ser enviadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até o dia 9 de março, servirão para compor o chamado Fator de Qualidade (FQ), indicador que deverá ser aplicado pela ANS para reajuste anual dos contratos entre operadoras e prestadores.

O FQ deve ser utilizado pela Agência apenas nos casos em que o contrato preveja livre negociação como única forma de reajuste e que as partes não cheguem a um acordo até os primeiros 90 dias do ano. O Fator de Qualidade é o elemento de cálculo que tem como objetivo refletir a qualificação do prestador no reajuste. Sua aplicação depende do cumprimento dos requisitos de qualidade previstos na Nota Técnica nº 87/2017.

Todos os prestadores privados poderão responder aos questionários, que serão diferenciados para cada tipo de prestador (pessoas físicas, consultórios isolados, clínicas ambulatoriais, hospitais, maternidades, etc). Ao final do período de apuração dos dados, a ANS divulgará a lista de prestadores que preenchem os critérios relativos aos níveis 105% e 100% do Fator de Qualidade.

De acordo com Salomão Rodrigues, coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), o CFM e a AMB reiteram seu compromisso com a defesa de interesses dos médicos brasileiros e da medicina brasileira, bem como dos pacientes e da sociedade em geral.

“Acreditamos que a formação dos profissionais configura etapa importante na base da boa assistência médica”, destacou.

Quais os níveis possíveis de reajuste?

No caso dos médicos e pessoas jurídicas que prestam serviços médicos a operadoras de planos de saúde, são os seguintes os níveis de percentuais definidos:

1. 100% do IPCA no reajuste, que será aplicado na data de aniversário do contrato em 2018, para os médicos que não têm Título de Especialista (TE) e não preencherem o formulário da ANS;
2. 105% do IPCA no reajuste, que será aplicado na data de aniversário do contrato em 2018, para os médicos que têm Título de Especialista e não preencherem o formulário da ANS;
3. Mais 5% do IPCA para os que preencherem o formulário da ANS, totalizando 105% do IPCA para os que não têm TE e 110% do IPCA para os que possuem TE.

Como acesso o formulário?

É possível fazer o acesso no portal da ANS, na área destinada aos prestadores, ou no portal das respectivas entidades representativas. Conforme abaixo:

[Para profissionais de saúde que atuam em consultórios isolados](#) – Quando se tratar de profissional médico, credenciado diretamente com a operadora. Os dados são referentes à sua formação/qualificação.

[Para SADT](#) – Quando for SADT no tipo de estabelecimento de saúde – CNES, como clínica de fisioterapia, endoscopia, hemoterapia, laboratório de patologia, laboratório de patologia clínica/análises clínicas, oncologia, radiologia e diagnóstico por imagem, radioterapia, terapia renal

substitutiva, outros.

[Para clínicas ambulatoriais](#) (não SADT) - quando se tratar de clínica, pessoa jurídica, com vários profissionais da mesma e/ou diversas especialidades médicas.

[Para Hospitais](#) - Quando o serviço tiver o CNES deste tipo de estabelecimento.

[Para Hospitais-Dia](#) - Quando o serviço tiver o CNES deste tipo de estabelecimento.

[Para Maternidades](#) - Quando o serviço tiver o CNES deste tipo de estabelecimento.

Aos serviços de Radiologia, Patologia e Patologia Clínica, recomendamos acessar o respectivo link disponibilizado no site de cada Sociedade:

[Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem](#)

[Sociedade Brasileira de Patologia](#)

[Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial](#)

Fonte: [CFM](#), em 02.02.2018.