

São Paulo, 07 de julho de 2023.

Parecer Técnico

A Impossibilidade do Escalonamento de exames

I - Contextualização:

O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem e suas afiliadas têm recebido denúncias de práticas abusivas em relação a escalonamento de valores de exames.

O desconto escalonado, implantado unilateralmente por algumas operadoras, vem ocorrendo no atendimento quando os exames são do mesmo grupo de exames conforme CBHPM (códigos das regras que foram excluídas em 4.08.99.00-4 item 12, 4.09.99.00-9 item 5, 4.10.99.00-1 item 4 e 4.11.99.00-6 item 3), com a aplicação de deflatores, os quais reduzem os valores dos exames quando realizados em um mesmo paciente.

Desde 2014, na publicação da 8ª edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, devido entendimento que tal regra era abusiva, é possível observar que não há mais previsão para a realização dessa forma de cobrança.

No entanto, o CBR vem recebendo diversas denúncias no sentido de que essa prática vem sendo aplicada novamente, motivo pelo qual foi-nos questionada sobre a legalidade dessa conduta.

II - Fundamentação:

De início é importante frisar que mesmo os exames sendo realizados em um mesmo atendimento e para um mesmo paciente, não há diminuição dos custos efetivos para o prestador de serviço, uma vez que demandam praticamente o mesmo tempo e dispêndio para realizá-los.

Além disso, também não há redução dos honorários médicos, dos técnicos de radiologia e enfermagem e dos investimentos em equipamentos, além de toda infraestrutura para mantê-los.

A CBHPM é reconhecida e referenciada pela ANS, sendo utilizada inclusive para a atualização do rol dos procedimentos e eventos em saúde. A referida tabela de Classificação trouxe uma uniformização dos valores dos procedimentos, criando um sistema lógico, remunerando procedimentos mais complexos de forma mais alta e vice-versa.



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

O escalonamento de exames rompe com os avanços obtidos nessa área, uma vez que reduz irregularmente a remuneração dos prestadores de serviço sem que haja uma redução de seus custos. Não há lógica para a redução dos valores se os custos são os mesmos.

Ademais, a ordem econômica está insculpida no artigo 170 da Constituição Federal e está fundada na valorização do trabalho humano e na livre-iniciativa, tendo a finalidade de assegurar a todos uma existência digna, conforme os ditames da justiça social, de modo a ser observados alguns princípios.

Valorar o trabalho humano, por sua vez, é reconhecer o seu preço e pagar o justo valor pelos serviços prestados.

O desconto escalonado de valor dos exames, sem dúvidas, reduz de maneira unilateral a remuneração do trabalho médico de seus prestadores, o que certamente contraria o princípio acima anunciado.

Por outro lado, o Código de Ética Médica assim dispõe:

Capítulo 1

Princípios fundamentais

III - Para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

VIII - 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.

IX - A medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

Dessa forma, não pode o médico ser remunerado de forma insuficiente perante o trabalho que exerce. Ele não pode sofrer redução de honorários por imposição da operadora de planos de saúde, sob pena de afronta aos preceitos éticos acima apontados e à própria legislação que regulamenta a matéria.

Nesse sentido, a RN ANS nº 503/2022, que 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, assim preleciona, em seu artigo 5º:

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

I - ...;

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

III - ...;

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

V - ...;

VI - ...;

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.

O que se verifica no escalonamento, nada mais é que uma forma artilosa das operadoras de planos de saúde de redução dos honorários e dos valores dos serviços executados pelo prestador. O prestador de serviços deve receber por cada evento a que está obrigado a atender, de acordo com valores já previamente estipulados.

Em uma análise mais detida, pode-se concluir que o escalonamento de exames visa restringir e controlar de maneira atuarial os custos assistenciais, sem se preocupar com o fator de preço e a autonomia do trabalho médico.

Além disso, todas as vezes que essa prática ocorre, há nítido inadimplemento contratual, já que os valores pactuados entre prestador e tomador de serviços são retidos irregularmente pela operadora.

Em outro matiz, o escalonamento desconsidera, além da legislação da ANS, a existência de protocolos e pareceres emitidos pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, entidade filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e ao Conselho Federal de Medicina (CFM), limitando-se a compor em sua base de atuação e justificativa para a prática, apenas parâmetros estatísticos de produtividade e regras administrativas internas cuja competência para estabelecê-las não é da operadora.

A ANS já se posicionou no sentido de que o setor deve priorizar modelos remuneratórios baseados em valor e saúde, que assegurem a qualidade dos serviços prestados e não se baseiem exclusivamente na redução dos custos. Valor, em sua acepção simples, significa “o preço que se paga ou se recebe por alguma coisa”¹.

A remuneração dos procedimentos e exames deve se pautar na perspectiva da melhoria da qualidade assistencial e da atenção à saúde do paciente, centrados no monitoramento e na avaliação dos resultados e forte na coordenação do cuidado ao usuário do plano, destinatário final da prestação de serviços.

Além disto, prioriza-se que os modelos de remuneração inovadores devem colaborar para a maior sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e na qualidade da atenção à saúde,

sem que haja depreciação da atividade contratual estabelecida entre prestador e tomador de serviços.

A Autarquia da ANS, criada por meio da Lei 9.961/2000, já se posicionou, através da Súmula Normativa nº 16, de 12/04/2011, assim determinando:

“É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços (...)” (grifamos)

Portanto, é obrigação das operadoras de planos de saúde cobrir exames e consultas, de forma ilimitada, não podendo transferir os custos assistenciais dessa cobertura para os prestadores de serviços, sob pena de desequilíbrio no contrato celebrado e prejuízo para os serviços de assistência.

Vale lembrar, ainda, o disposto na Resolução CONSU nº 8, de 03/11/1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, senão vejamos.

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, 1 <https://www.dicio.com.br/valor/> em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).

...

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso; (grifamos) Tanto a Súmula Normativa nº 16 quanto a Resolução CONSU nº 8 estão em pleno vigor e vêm sendo sistematicamente desrespeitadas pelas operadoras que insistem em praticar irregularmente o escalonamento.

Portanto, a ANS, através do Conselho de Saúde Suplementar, já se manifestou a respeito da vedação da prática de atos contrários aos preceitos éticos da profissão médica por parte das operadoras atuantes na saúde suplementar.

Na mesma esteira, disciplina o artigo 1º da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, senão vejamos:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - ...

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

As operadoras de saúde, enquadradas na lei que regulamenta os planos privados de atenção à saúde, são obrigadas a respeitar a legislação em vigor que regulamenta a matéria, conforme se depreende dos dispositivos acima elencados.

Elas também não podem determinar que o médico realize um procedimento sem receber o justo valor por ele.

Não é outra a determinação do Código de Ética Médica:

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

...

X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

As Operadoras de Planos de Saúde, enquanto prestadoras de serviços essenciais, têm a obrigação de observar os princípios e deveres constitucionais, devendo prestar um serviço satisfatório e contínuo. A matéria disciplinada na Lei 9.656/98 e na Lei 8.078/90 são de ordem pública e de interesse social e obrigam as operadoras de planos de saúde a respeitarem suas disposições.

Por fim, cabe ressaltar que o sistema de saúde suplementar existente no Brasil é baseado nas tabelas que foram criadas pela Associação Médica Brasileira e adotadas como base do padrão TISS da ANS e servem como referência para o Rol de Cobertura obrigatório disciplinado na RN ANS nº 465.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), por sua vez, é utilizada como parâmetro para cálculo de consulta médica. O principal objetivo da tabela CBHPM é garantir uma remuneração adequada pelos atendimentos médicos².

Respeitar a codificação não é só uma obrigação contratual, é um dever legal e não pode ser desconsiderado por qualquer um que se proponha a atuar no setor da saúde suplementar de nosso país.

2 https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZN_pt-BRBR1022BR1022&q=O+que+%C3%A9+o+Cbhpm%3F&sa=X&ved=2ahUKEwjN9cuiLH_AhUWp5UCHYGvAI4Qzmd6BAqbEAY&biw=1920&bih=969&dpr=1

Assim, qualquer discussão sobre procedimentos e honorários médicos deve sempre ocorrer com a necessária participação da AMB e da sociedade médica em questão, na câmara Técnica da CBHPM, para que não ocorram distorções que prejudiquem o tratamento dos beneficiários, tais como a hipótese ora discutida.

As operadoras não possuem poder normativo para definir regras de escalonamento, conforme aqui debatido, sob pena de usurpação de funções e abuso de poder econômico, conforme se tem percebido no setor de assistência privada.

IV – Conclusão:

Diante de todo o exposto, submetendo o caso ora em análise a uma avaliação prévia, o objetivo do escalonamento nos parece ser a redução do valor nominal dos serviços contratados, em absoluta afronta ao melhor interesse dos pacientes, às possibilidades de atendimento e custeio dos métodos diagnósticos pelos prestadores de serviços (viabilidade econômica), bem como à valorização do trabalho humano e à livre concorrência.

De igual forma, requerer que o médico realize diversos exames por um preço menor do que seu custo efetivo, além da afronta à boa fé objetiva, é violar o direito à remuneração justa e digna, bem como à garantia constitucional de exercer livremente sua profissão.

Assim, concluímos que não é possível a realização do escalonamento de exames, uma vez que esse método de pagamento fere garantias constitucionais bem como pode colocar em risco a qualidade do trabalho assistencial realizado pelos prestadores de serviços.

Assim nos parece.

Departamento Jurídico do Colégio Brasileiro de Radiologia