CDP 039-240325 -PARECER SOBRE DESCREDENCIAMENTO INJUSTIFICADO DE PLANO DE SAÚDE

ASSOCIADO: A.I.C

DATA: 07/04/2025

1. RELATÓRIO:

O associado A.I.C questiona sobre ter recebido uma comunicação de descredenciamento de um plano de saúde, que o plano teria alguns argumentos, mas que nunca teria sido comunicado sobre eventual correção ou justificativa para estes argumentos. Na realidade o plano estaria verticalizando o atendimento e resolveram descredenciar sua clínica (que tem mais 4 sócios otorrinolaringologistas) e a outra clínica grande da cidade. Caso não chegarem a um acordo o plano de saúde, questiona se haveria algum meio jurídico para garantir que não seja descredenciado.

É o Relatório.

2. DO PARECER OPINATIVO

Um descredenciamento pode vir da parte dos médicos credenciados e da parte dos planos de saúde. As repercussões do descredenciamento envolvem os médicos credenciados, os próprios planos de saúde e, especialmente os pacientes (consumidores).

Em relação aos consumidores:

A Lei 9.656/98 é a principal legislação que **dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil**. Os **contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999** devem atender às exigências desta lei.

Desde o mês de setembro de 2022, quando foi promulgada a Lei 14.454/2022, houve alteração no rol de cobertura dos planos de saúde pelas operadoras, em relação às indicações de médicos ou dentistas. Os tratamentos

médicos que não constarem da lista da ANS deverão ser concedidos pela operadora de planos de saúde, desde que se verifique algum dos requisitos abaixo:

> **a)** a comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em plano terapêutico; ou
>
> **b)** recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou
>
> **c)** recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Esta **Lei nº 9.656/1998** define se a operadora é obrigada ou não a manter a rede credenciada. Por conseguinte, essa a Lei dos Planos de Saúde, define as regras também para o descredenciamento de rede, as quais devem seguir dois fundamentos. Em primeiro lugar, está a notificação prévia, ao usuário (consumidor), com 30 dias de antecedência.

E, em segundo lugar, a operadora deve substituir o plano por outro equivalente. Ou seja, o consumidor tem o direito de continuar com o plano de saúde na mesma região, área de abrangência e serviços contratados.

De acordo com a Lei nº 9656/98, em seu artigo 17, qualquer mudança nos prestadores de serviço dos planos deve ser comunicada ao paciente.

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

Em relação ao médico credenciado:

As duas resoluções do CFM que tratavam deste tema: a resolução CFM 1616/2001 e a resolução CFM 1852/2008 foram revogadas.

É bom lembrar sempre que a relação médico e paciente exige identificação, afinidade, confiança e segurança entre as partes.

Pode haver descredenciamento de estabelecimentos e profissionais de saúde em algumas situações:

-Violação das condições contratuais

-Descumprimento dos padrões de qualidade por parte dos hospitais e seus serviços auxiliares

-Reestruturação da rede de prestadores de serviço

-Falta de pagamento por parte da operadora

-Baixa demanda de beneficiários do plano

Um descredenciamento pode ser feito sem a operadora substituir o prestador de serviços?

O médico pode deixar de atender pelo plano geralmente, alguns planos fazem o pagamento de baixos valores de honorários, além de diversas exigências, bem como proporcionam condições de trabalho precárias.

Por isso, alguns profissionais optam por deixar o plano ou fazer a redução do tempo de serviço destinado aos conveniados.

Conclusão

Não temos conhecimento dos argumentos que a operadora de saúde possui no caso em tela, pois não foram mencionados pelo associado.

O plano pode efetuar um descredenciamento caso houver descumprimento de regras contratuais e em algumas outras situações, para que sejam autorizadas pela ANS.

As hipóteses para o descredenciamento que são autorizadas pela ANS são:

-Quando a rescisão de um contrato coletivo resultar na redução de 50% ou mais dos beneficiários do plano no mesmo município;

-Quando não houver prestação de serviço pelo plano por até 12 meses consecutivos;

-Se a operadora comprovar que o prestador exigiu pagamento direto do beneficiário por um serviço especificado no contrato, mesmo que o plano cubra esse serviço; e

-Caso o prestador faça parte de um grupo de estabelecimentos ou profissionais que se recuse a atender os beneficiários em larga escala, priorizando atendimentos particulares ou usando métodos coercitivos de negociação com a operadora.

Caso a situação do associado não seja nenhuma das elencadas, pode haver reclamação à ANS do Plano de Saúde e no Conselho Regional de Medicina, pelo descumprimento da Resolução CFM 2147/2016, quanto aos diretores técnicos dos planos de saúde, pois são médicos e devem seguir as normativas éticas do CFM.

Este é o parecer.

Importante: O presente parecer tem caráter meramente opinativo, e foi elaborado com base nas informações fornecidas pelo associado. Ressalta-se que este documento não possui natureza vinculante, estando sujeito a interpretações divergentes.

São Paulo, 07 de abril de 2025.

COMITÊ DE DEFESA PROFISSIONAL DA ABORL-CCF