

A primeira glosa a gente nunca esquece...

Não raras as vezes em que é necessário realizar procedimento médico em paciente internado sob ordem de operadora de planos de saúde e esta nega a autorização de cobertura sob a alegação de que o paciente não a tem direito.

Nasce uma celeuma. O procedimento atrasa. Busca-se a autorização do responsável pelo paciente, e este, ou consegue uma autorização judicial de urgência que determine à operadora que arque com os custos, ou, autoriza de imediato o procedimento e ao final recusa o pagamento fazendo com que o prestador dos serviços de saúde seja obrigado a buscar o pagamento junto ao Judiciário.

Este artigo começa com um título descontraído, pois o tema já é pesado suficiente. Aturar o estresse administrativo que rodeia aquela palavra de gosto amargo (não vou repeti-la), além do já inerente ao exercício da medicina, não é fácil, nem desejável.

Tais situações poderiam ser evitadas com a elaboração de um bom contrato de credenciamento.

O primeiro passo é que o contrato seja instrumentalizado, ou seja, posto no papel, lido, relido e assinado.

O segundo passo é que, dependendo do ramo da empresa de saúde, o contrato obedeça às diretrizes fixadas nas Resoluções Normativas nº 54/2004 ou 71/2004, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Neste passo, o instrumento do contrato deve ser preciso, expondo de forma clara e detalhada os direitos e obrigações de cada parte contratante.

Deve-se colocar a qualificação completa com o número do registro no CNES para as prestadoras de serviços médicos e do registro na ANS, para as operadoras.

O perigo de ser vago

Clareza é a palavra-chave nesta relação de prestação de serviços e isso precisa estar refletido no contrato. Deixá-lo vago gera dúvida e isso, meus amigos, atrai aquela palavra que começa com G, que retarda o pagamento pela operadora de planos de saúde, podendo desestabilizar a mais organizada das prestadoras.

O ideal nem sempre é o que acontece na realidade: logo, se não puder detalhar todos os procedimentos contratados para serem prestados no objeto do contrato, ao menos no corpo deste há que ficar esclarecido quais os procedimentos que poderão ser realizados e em que condições, a fim de que a operadora não entrave o pagamento mediante a apresentação de recursos visando apurar divergências entre o contratado e aquilo que foi efetivamente prestado ao seu associado.

Devem ser detalhados, ainda, os prazos para faturamento e procedimentos para pagamento, evitando-se sejam estes prazos muito longos e que haja cláusula de prescrição do direito de cobrança – muito comuns – prevendo o tempo de cobrança inferior ao tempo legal de cinco anos previsto no artigo 206, § 5º do Código Civil.

É fundamental constar a definição dos valores contratados e a sua forma de reajuste. Cláusula genérica estipulando como condição de reajuste novo acordo entre as partes significa que enquanto estas não chegarem a uma solução amigável, o preço pactuado continua sendo o mesmo e isto pode tornar a atividade empresarial inviável. Até é considerável estabelecer cláusula

Mesquita & Dornelas

Advogados Associados - OAB/SP 9863

prevendo um novo estudo para os preços e procedimentos, mas, condicionada a um reajuste com base em índices oficiais até que o novo ajuste seja estabelecido.

Devem ser claras as regras acerca dos eventos e atos médicos autorizados sem a intervenção administrativa da operadora e aqueles cuja realização deve ser precedida de autorização. O contrato ideal prevê em que condições clínicas do paciente não será necessária referida autorização, evitando-se que o prestador seja responsabilizado por omissão de socorro, que a operadora negue autorização ou que a cobrança seja feita ao paciente.

O ideal é que fique estabelecido que, diante de uma situação clínica que

torne o procedimento inadiável, a operadora fique responsável pelo pagamento com o direito de regresso em face do seu beneficiário, caso este não tenha direito ao procedimento.

Por fim, vale dizer que os instrumentos de contrato, quando claros e precisos, impedem o retardamento no pagamento e que o prestador de serviços tenha que se socorrer do Judiciário para receber pelos serviços prestados, seja do paciente ou da operadora que o contratou.

Por isso, fundamental que as empresas de saúde que prestam serviços para beneficiários de operadoras de planos de saúde estejam garantidas por um bom contrato de credenciamento.

Gabriel Mesquita Rodrigues Filho – Maio/11