

CÂMARA TÉCNICA - 4ª REUNIÃO: QUALIFICAÇÃO DA ENTRADA DE BENEFICIÁRIOS EM PLANOS DE SAÚDE: DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES

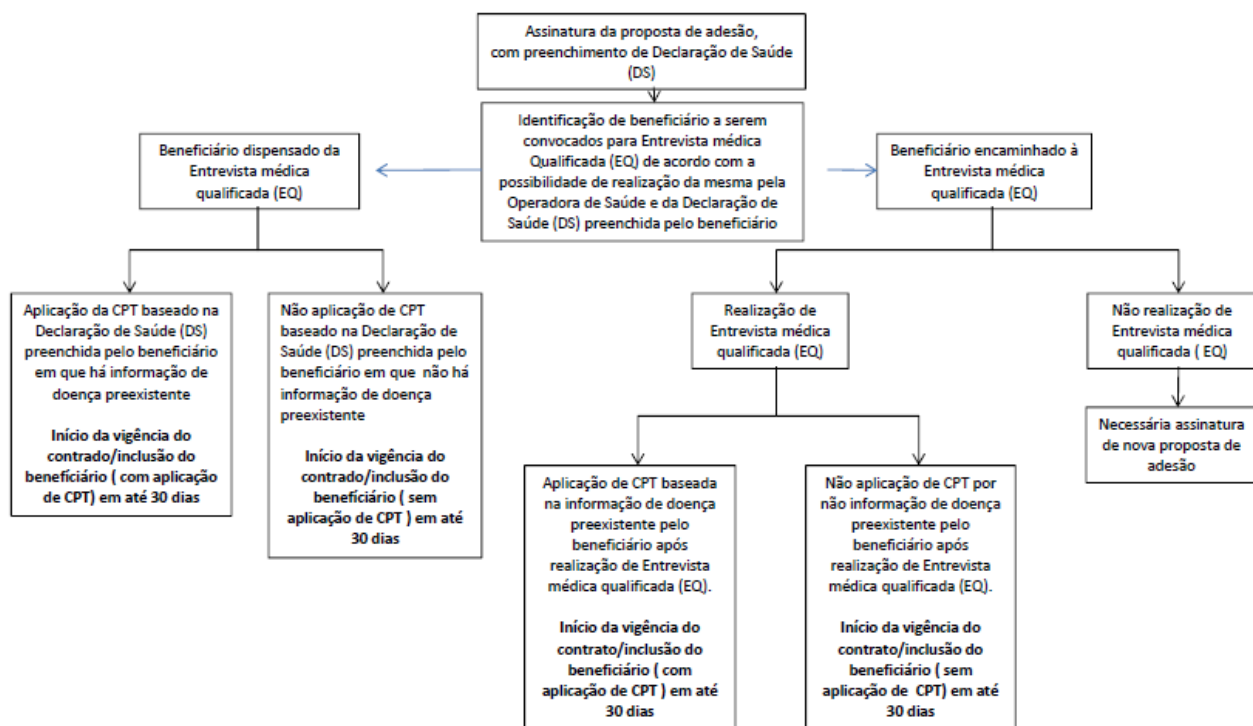
“A fraude prevista em lei é saber que está doente e não declarar, e não ter a doença e não saber que tem”.

Algumas propostas feitas pela ANS na última reunião da Câmara Técnica realizada em 24/07/2014 necessitam de discussão mais ampla entre os atores do Sistema de Saúde Suplementar e a ANS para que a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde possa ser realizada da melhor forma possível, motivo maior de nossa presença nesta Câmara Técnica.

A Unimed Rio considera que entre os Cenários propostos pela ANS, o que mais se aproxima da finalidade desta Câmara Técnica é Cenário nº 2 - Entrevista Qualificada (EQ) posterior à assinatura da proposta de adesão, desde que realizados alguns ajustes sobre os quais versaremos abaixo. Apresentaremos Cenário nº 2, entendido como o melhor pela Unimed Rio com sugestões de aperfeiçoamento.

Cenário Proposto pela Unimed-Rio – Cenário nº 2 (proposto pela ANS) modificado - Planos Individuais ou Familiares ou Coletivos

Entrevista Qualificada posterior à assinatura da proposta de adesão



Sugestões de aperfeiçoamento:

1 - Quanto ao cenário





Deverá haver um único cenário para todos os Planos sejam Individuais, Familiares ou Coletivos.

2 - Quanto ao lapso temporal

O lapso temporal (tempo decorrido entre a assinatura da proposta de adesão e o início da vigência do contrato/inclusão do beneficiário) deverá ser de até 30 dias para todos os Planos. Não deve haver diferença de lapso temporal entre Planos Individuais e Coletivos.

3 - Dos documentos a serem entregues no momento da assinatura da proposta de adesão

No momento da assinatura da proposta de adesão deverão ser obrigatoriamente entregues a tudo beneficiário (Planos individuais e coletivos):

-  Manual de Planos de Saúde (MPS)
-  Termo de Ciência do Plano de Saúde
-  Carta de Orientação ao Beneficiário
-  Declaração de Saúde a ser obrigatoriamente preenchida pelo beneficiário no momento da assinatura da proposta de adesão.

4 - Da obrigatoriedade do preenchimento da Declaração de Saúde (DS) para identificação dos beneficiários convocados ou isentados da entrevista médica qualificada (EQ)

No momento da assinatura da proposta de adesão todos os beneficiários deverão obrigatoriamente preencher a Declaração de Saúde (DS) que servirá de base para a convocação para Entrevista médica qualificada (EQ). Serão convocados para Entrevista médica qualificada os beneficiários que a Operadora de Saúde considere relevantes maiores esclarecimentos acerca da Declaração de Saúde preenchida no momento da assinatura da proposta de adesão.

É obrigatório o comparecimento à Entrevista médica (EQ) qualificada exclusivamente dos beneficiários convocados através da análise da Declaração de Saúde preenchida no momento da assinatura da proposta de adesão e encaminhada para a Operadora de Saúde para análise dos que serão convocados e dos que serão isentados da Entrevista médica qualificada (EQ).

A finalização do processo de inclusão do beneficiário só ocorrerá após seu comparecimento à Entrevista médica qualificada (EQ) para a qual foi convocado.

5 - Da obrigatoriedade de saber as doenças preexistentes que sabe ser portador assim como de seus dependentes

No momento da assinatura da proposta de adesão, o beneficiário deverá ser obrigatoriamente orientado pelo corretor da necessidade de informar em sua Declaração de Saúde (DS) as doenças que sabe ser portador assim como de seus beneficiários.

Obs. A porcentagem de Declaração de Saúde rerratificada (Declaração de Saúde com informação de doenças preexistentes não declaradas na Declaração de Saúde original) após a Entrevista médica Qualificada (EQ) realizada sob orientação de médico da Operadora habilitado a orientá-lo é superior a 90%.

Vide Anexo 1.

Declaração de Saúde (DS) original sem qualquer doença declarada e Declaração de Saúde (DS) preenchida após comparecimento a Entrevista médica qualificada (EQ) com informação de várias doenças não informadas originalmente.

6 - Da obrigatoriedade de saber seu peso e altura assim como de seus dependentes

No momento da assinatura da proposta de adesão, o beneficiário deverá ser obrigatoriamente orientado pelo corretor da necessidade de informar de forma correta, em sua Declaração de Saúde (DS) o seu peso e altura assim como de seus beneficiários.

Vide Anexo 2.

Declaração de Saúde (DS) original do titular: Peso: 60 Kg Altura: 1,55 m (IMC: 24,97) Declaração de Saúde(DS) preenchida após comparecimento a Entrevista médica qualificada(EQ): Peso: 113 Kg Altura: 1,60 m (IMC: 44,14)

7 - Quanto à aplicação de CPT para o beneficiário isentado da Entrevista médica qualificada (EQ)

Os beneficiários que não forem convocados para Entrevista médica qualificada terão seu contrato implantado com ou sem CPT de acordo com as informações contidas na Declaração de Saúde preenchida no momento da assinatura da proposta de adesão.

Caso o beneficiário isentado do comparecimento a Entrevista médica qualificada (EQ) informe claramente ser portador de alguma doença, por exemplo, miopia, terá CPT aplicada exclusivamente para a doença declarada (no caso em questão, miopia exclusivamente). Caso o beneficiário isentado do comparecimento a Entrevista médica qualificada (EQ) não informe qualquer doença em sua Declaração de Saúde terá seu contrato implantado sem CPT para qualquer doença já que negou em sua Declaração de Saúde ser conhecedor de qualquer patologia preexistente.

Vide anexo 3.

Declarou na DS original ser portador de miopia. Isentado da Entrevista médica qualificada (EQ). Aplicado CPT exclusivamente para miopia baseado na DS preenchida no momento da adesão.

8 - Da impossibilidade de realizar entrevista médica qualificada em todos os beneficiários passíveis de CPT

A média de beneficiários implantados passíveis de CPT por mês (tomando-se como base os meses de março, abril e maio de 2014) foi de 9500 beneficiários. Torna-se impossível convocar todos estes para a realização de Entrevista médica qualificada (EQ) já que atualmente o tempo mínimo para realização de cada uma das Entrevistas médicas qualificadas (EQ) é de 30 minutos.

É fundamental que o beneficiário preencha obrigatoriamente sua Declaração de Saúde (DS) no momento da assinatura da proposta de adesão para que possamos identificar os beneficiários que necessitam realizar Entrevista médica qualificada (EQ).

9 - Da possibilidade do beneficiário querer participar da Entrevista médica qualificada (EQ) mesmo tendo sido dispensado da mesma

O beneficiário dispensado da Entrevista médica Qualificada (EQ), mas que deseja realizá-la deverá manifestar sua vontade solicitando agendamento da Entrevista médica qualificada (EQ). A finalização do processo de inclusão no Plano de Saúde só será concluída após a realização da Entrevista médica qualificada (EQ).

10 - Quanto à realização da Entrevista médica qualificada por via telefônica

Regulamentação da realização da Entrevista médica qualificada por telefone com seu conteúdo obrigatoriamente gravado para os beneficiários impossibilitados de realizar entrevista médica presencial. Deverá ser enviada para o beneficiário titular, a nova Declaração de Saúde preenchida de acordo com as informações passadas pelo próprio, por via telefônica gravada acerca das doenças preexistentes que sabe ser conhecedor, em duas vias, para que date e assine, sendo 01 via devolvida para a operadora e a outra permaneça em seu poder. Ambas as vias deverão ser assinadas e carimbadas pelo médico que realizou a Entrevista médica qualificada (EQ). Somente após o recebimento pela Operadora de Saúde da nova Declaração de Saúde ocorrerá a finalização do processo de inclusão do beneficiário. *OBS: Caso a proposta acima seja aceita, deverá ser viabilizado um canal para envio da gravação, caso necessário, para provar a declaração do beneficiário.*

11 - Da manutenção de oferecimento de CPT pelos meses restantes até completar o período máximo de 24 meses quando identificado indício de fraude

Tem que continuar a existir a possibilidade de convocarmos o beneficiário através do Termo de Comunicação caso observemos indícios de fraude para que possamos oferecer CPT pelos meses restantes até completar 24 meses. Torna-se necessário a obrigatoriedade do comparecimento presencial ou por via telefônica à Entrevista médica de rerratificação. Caso o beneficiário não compareça a Entrevista de rerratificação poderá ser solicitada pela Operadora a abertura de processo administrativo.

Obs. A porcentagem de Declaração de Saúde com informação de doença preexistente declarada exclusivamente após a Entrevista médica Qualificada (EQ) é superior a 90%. Torna-se inviável para o modelo de saúde suplementar a não convocação para oferecimento de CPT pelos meses restantes até completar 24 meses do beneficiário que não declarou doença preexistente da qual tinha conhecimento por ter sido isentado da Entrevista médica qualificada (EQ) ou por ter omitido a informação mesmo tendo comparecido a Entrevista médica qualificada (EQ).

Vide anexo 4

Declarou na DS original Peso: 53 Kg e Altura: 1,66 m. Nega qualquer patologia preexistente na DS original. Seis meses após sua entrada no Plano há solicitação pelo médico assistente de cirurgia bariátrica. Informado pelo médico que a 1ª consulta para avaliação da possibilidade de cirurgia bariátrica foi cinco meses após sua entrada no Plano. Informa também no pedido: Peso: 100 Kg e Altura: 1,61 m Convocada através do Termo de Comunicação a realizar entrevista médica de re-ratificação. Compareceu a entrevista e re-ratificou sua DS, informando ser portadora de Obesidade, hipertensão e varizes. Aplicada CPT para as doenças informadas na DS re-ratificada (Obesidade, HAS e varizes) durante o tempo que resta para completar 24 meses.

12 - Da manutenção do Processo administrativo

Acreditamos ser o momento desta Câmara Técnica, considerar a possibilidade de aguardar o resultado favorável ao beneficiário do processo administrativo para obrigatoriedade de autorização pela Operadora de Saúde do procedimento “eletivo” de alta complexidade para o qual há indícios de fraude. A alegação da possibilidade de fraude através de processo administrativo só é possível quando se trata de procedimento “eletivo” de alta complexidade. Logo não existe motivo para que o procedimento eletivo ligado à doença preexistente para a qual há indício de fraude seja obrigatoriamente liberado imediatamente sem que seja divulgado o resultado do processo administrativo.

Vide anexo 5. Declarou na DS original Peso: 85 Kg e Altura: 1,70 m IMC: 29,41. Nega qualquer patologia preexistente na DS original. Sete meses após sua entrada no Plano há solicitação pelo médico assistente de cirurgia bariátrica. Informado no pedido pelo médico assistente: Peso: 124 Kg e Altura: 1,65 m IMC: 43 e tempo de evolução da patologia superior a 02 anos. Convocada através do Termo de Comunicação a realizar entrevista médica de re-ratificação. Compareceu a entrevista médica e não re-ratificou sua DS, apesar de todas as informações contidas nos relatórios da equipe multidisciplinar, informando ser portadora de Obesidade desde a infância além de hipertensão. O pedido é eletivo, porém foi liberado já que o Processo administrativo, atual, exige a liberação do procedimento “eletivo”.

13 - Da retirada do oferecimento de agravo

Deverá ser retirada a cláusula de agravo pela dificuldade de calcular um valor justo para o pagamento a ser efetuado.

14 - Da atualização da redação referente à Cobertura Parcial Temporária (CPT) em todos os itens em que a mesma se faça presente

Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes eletivas declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, não configurada como situação de urgência e/ou emergência para o qual há cláusula de carência específica de 24 horas sem limitação de prazo de atendimento.