

TEXTO RESOLUÇÃO CONSU 8	SUGESTÕES
<p>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, 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).</p>	
<p>§ 1º - As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).</p>	
<p>§ 2º - As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).</p>	<p>Esclarecer a expressão “desvirtuamento da livre escolha do segurado”, se é em relação à rede ou ao produto? Ex. Obrigatória a oferta de um produto sem mecanismos de regulação financeira ao consumidor para livre escolha deste.</p>
<p>§ 3º - Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).</p>	<p>Esclarecer em quais casos se aplica este parágrafo. Quais são as novas sistemáticas que podem ser introduzidas pelas operadoras?</p>
<p>Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:</p> <p>I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;</p>	

<p>II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;</p> <p>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;</p> <p>IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;</p> <p>V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;</p>	
<p>VI - negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).</p>	<p>Estabelecer que os exames e internações solicitadas por profissional não pertencente a rede estarão cobertos pelo plano desde que o beneficiário tenha comunicado previamente a operadora, podendo esta aplicar o disposto nos artigos 4º e 5º da RN 259 alterada pela RN 268.</p>
<p>VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;</p>	<p>É importante que a ANS estabeleça regras claras para definir o que seria: <i>“fator restritor severo ao acesso aos serviços”</i>. Na Consulta Pública nº 24 a proposta da ANS era limitar a coparticipação em 30% nos procedimentos ambulatoriais. Conforme já argumentado naquela oportunidade, este percentual não representa ao beneficiário qualquer tipo de garantia que o fator moderador será financeiramente acessível, ao contrário, dependendo do procedimento e/ou atendimento realizado, o valor do fator moderador poderá ser significativo, mesmo estando limitado ao valor de uma contraprestação mensal, como era aquela proposta. Assim, pode-se estabelecer que a coparticipação fica limitada a um determinado valor por procedimento realizado e poderia não haver participação do beneficiário em caso de internação e demais procedimentos ambulatoriais como caso de quimioterapia e outros de alta complexidade.</p>

<p>Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:</p> <p>I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:</p> <p>a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de coparticipação e de todas as condições para sua utilização;</p> <p>b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;</p> <p>II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;</p> <p>III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;</p>	<p>Item a - Idem item anterior.</p>
<p>IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.</p>	<p>Esclarecer o que seria o "profissional avaliador" e se este item também se refere ao processo de autorização prévia, onde pode haver análise administrativa (realizada por um técnico) e análise médica (realizada por um médico auditor). Especificamente quando se tratar de atendimento eletivo.</p> <p>Definir prazo máximo para liberação da autorização em conformidade com a complexidade do procedimento solicitado, necessidade de órteses, próteses, avaliação de auditor especializado, etc. de forma a não comprometer os prazos de atendimento estabelecidos na RN 259/268.</p>

<p>V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;</p>	<p>Definir regras e prazos para realização do processo de junta médica, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se há participação do beneficiário no processo; • Prazo para conclusão do processo • Comunicação ao beneficiário da realização da junta e conclusão • Se a análise do terceiro médico pode ser feita a distância, com base no parecer emitido pelo médico assistente e médico da operadora. Critérios para documentação que provem a elegibilidade da junta quando realizada a distância. • Se o terceiro médico deve ser obrigatoriamente da mesma especialidade do médico assistente. Se sim, como proceder quando só existe um único médico daquela especialidade na cidade e este for o médico solicitante. • Quando o médico da operadora e médico assistente não chegam a um consenso em relação ao 3º médico. • O terceiro médico pode trabalhar na ou para operadora como auditor? • Como proceder quando o médico assistente não aceita o parecer desfavorável do 3º médico. • Legitimidade da Operadora negar procedimentos de cobertura obrigatória, em casos em que houver divergência de indicação, quando comprovadamente não for possível a realização da Junta Médica, por ausência do médico assistente.
<p>VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;</p> <p>VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.</p>	

<p>Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.</p> <p>Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.</p>	
---	--

Além das contribuições/destaques acima, encaminhamos as seguintes sugestões:

- Reconhecimento pela ANS de negativa de cobertura de procedimentos constantes no Rol quando fundamentada em protocolo clínico previamente aprovado pela Agência (medicina baseada em evidências), isso, nos casos de indicações de procedimentos e materiais sem comprovação científica da eficácia do tratamento pretendido.

- A introdução do gatekeeper – médico generalista a atuar como porta de entrada do sistema médico assistencial, prestando atenção primária.

- Definir limite máximo de participação do beneficiário no custo assistencial quando se tratar de plano com preço pós-estabelecido na modalidade custo operacional. A Súmula nº 9 não define o limite máximo.

- Estabelecer critérios para cobertura de OPME e semelhantes, tais como:

- indicação lastreada em bases científicas, como também a garantia de qualidade;
- obrigatória a apresentação de laudo médico do médico assistente com indicação comprovada e reconhecida cientificamente e lastreada em evidência médica reconhecida internacionalmente, não estando cobertos protocolos de cunho experimental;
- cobertura obrigatória somente para materiais e medicamentos com registro definitivo na ANVISA;
- Em havendo possibilidade de escolha entre vários tipos de materiais, de igual qualidade, caberá a Operadora a aplicação do critério de escolha, garantida pelas normas da RN 262 da ANS e Resolução 1956 do CFM.

- Caso o beneficiário, por escolha própria, utilize OPME ou semelhantes sem a observância dos critérios estabelecidos, arcará com as despesas acima daquelas havidas, caso cumprisse os dispositivos normativos de regulação.