

São Paulo, 27 de agosto de 2012.
ABR.036/2012

À
Ilma.

Dra. Denise Domingos Amorim

Presidente da Câmara Técnica sobre mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória
20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições à Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação

Prezada Senhora,

As Entidades de classe, signatárias deste ofício, integrantes do Sistema ABRAMGE/ SINAMGE/ SINOOG, representantes, em nível nacional, das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, componentes das categorias econômicas das “Empresas de Medicina de Grupo” e “Empresas de Odontologia de Grupo”, vêm respeitosamente à presença de V. Sa., **apresentar considerações a respeito dos “Temas para Discussão” constantes da apresentação da DIPRO realizada na 2ª reunião da Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação.**

Mecanismos Assistenciais de Regulação

1. Foi mencionado como Mecanismo Assistencial de Regulação a “não autorização baseada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização reconhecidas pela ANS”.

Comentário: considerando a existência de contratos prevendo coberturas adicionais, bem como a existência de planos anteriores à Lei nº 9.656/98, em que não é verificado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, recomenda-se a inclusão de “não autorização baseada em disposições contratuais”.

2. Foi mencionado como Mecanismo Assistencial de Regulação o “atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será realizado o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário”.

Comentário: considerando os prazos de atendimento previstos na RN nº 259/11, é importante mencionar que referidos prazos serão contados da data do encaminhamento pelo profissional que realizou o atendimento básico, bem como o prazo para esse

primeiro atendimento que será de 7 (sete) dias úteis, conforme art. 3º, I da referida norma.

3. Foi mencionado como Mecanismo Assistencial de Regulação “procedimentos cuja realização depende de procedimento anterior que indique sua necessidade, desde que esteja previsto nas Diretrizes reconhecidas pelo MS, ANS ou Sociedades Médicas (reconhecidas pelo CFM e AMB)”.

Comentário: considerando os prazos de atendimento previstos na RN nº 259/11, é importante mencionar que somente após a comprovação da realização do procedimento anterior é que iniciará a contagem dos prazos contemplados na referida norma.

4. Foi apresentado para discussão que estaria vedada autorização prévia nas seguintes situações: urgência e emergência; consultas; serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial (RN 259, art. 3º, inciso IX); e radiologia simples.

Comentário:

A norma a ser criada deve separar o que são requisitos de elegibilidade para acesso às coberturas assistenciais (verificação pela operadora de cumprimento de carência, regularidade da inscrição do beneficiário e demais avaliações administrativas) do que vem a ser autorização prévia, por ser fundamental a identificação se o beneficiário tem direito ao serviço pretendido antes da sua realização.

Portanto, o que deve ser vedado é a exigência de comparecimento pessoal à operadora, perícia ou qualquer outro mecanismo que dificulte o acesso do beneficiário aos serviços. No entanto, a verificação da elegibilidade aos serviços pretendidos não deve ser proibida.

Destaca-se, ainda, que nos produtos que preveem como mecanismos de regulação a porta de entrada ou o direcionamento, a vedação de autorização prévia para consultas e exames pode ser conflitante, uma vez que nesses casos necessariamente o beneficiário deve se dirigir à operadora (ainda que pela central de atendimento e não presencialmente) para ter acesso aos serviços.

5. Foi apresentada para discussão a vedação de exigir transcrição do pedido do médico assistente não credenciado para a guia de autorização da operadora.

Comentário: a legislação de saúde exige uma série de informações do atendimento realizado no beneficiário para que possam ser preenchidas adequadamente no SIP e no DIOPS. Dessa forma, a exigência de transcrição do pedido na guia da própria operadora tem a finalidade exclusiva de contemplar todas as informações exigidas pelo padrão TISS para que possam ser fornecidas nos aplicativos mencionados. Portanto, ao invés de vedar a transcrição, caberia mencionar que a operadora deve oferecer a guia no portal

corporativo na Internet em sua área destinada aos beneficiários (conforme art. 5º da RN nº 190/09) para que seja um caminho alternativo à presença do beneficiário na sede da operadora.

6. Foi apresentado para discussão o tema divergência clínica propondo que o auditor tenha de encaminhar, por escrito, ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância e que a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

Comentário:

A instauração de junta médica, embora seja um instrumento importante, não é realizada em curto espaço de tempo e não atende às divergências cotidianas da operadora, sendo aplicada apenas nos casos de maior complexidade.

Para que esse instrumento tenha uma maior efetividade e cumpra com a função de dar ao beneficiário o atendimento necessário, com a qualidade esperada, sem a interferência de interesses financeiros, propõe-se uma revisão das disposições da RN nº 211/10 (art. 18, §2º, III), para que contemple:

- Caso haja divergência de entendimento quanto ao procedimento solicitado, a operadora deverá manifestar ao profissional solicitante as razões de sua discordância ou informar o tratamento/procedimento alternativo, caso existente.
- Caso o profissional solicitante manifeste expressamente pela manutenção do pedido original, caberá a decisão a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, sendo a operadora responsável pelo pagamento dos seus honorários.
- Esclarecimento de que a junta médica somente ocorrerá caso o profissional solicitante não concorde com as alegações da operadora, quando o procedimento for autorizado de forma diversa do solicitado.
- A manifestação da operadora ao profissional solicitante deverá ocorrer em até 2/3 do prazo máximo de atendimento previsto na RN nº 259/11 para o procedimento solicitado e, enquanto não houver retorno desse profissional, os prazos previstos na referida Resolução Normativa ficarão suspensos.
- Na hipótese de ser necessária a instauração de junta médica, deverá haver um prazo máximo para sua ocorrência e, durante essa fase, os prazos previstos na RN nº 259/11 ficarão suspensos.
- Previsão das formas de sua ocorrência (por prontuário, por laudo técnico, por quesitos vinculados a evidência científica).

7. Foi apresentado para discussão que o procedimento ou serviço solicitado pelo médico assistente deverá ser autorizado pela operadora de forma a atender os prazos previstos pela RN nº 259, de 2011.

Comentário:

Embora a proposta apresentada esteja de acordo com o disposto no art. 10 da RN nº 259/11, o fato da IN DIPRO nº 23/09 (Anexo I, Tema X - Mecanismos de Regulação, F) estabelecer que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada no prazo máximo de um dia útil, pode gerar dúvidas quanto à obrigação da operadora ter de, em um dia útil, autorizar ou negar o procedimento.

É importante destacar que a própria IN DIPRO nº 23/09 confunde esses conceitos, pois vincula essa exigência ao previsto no art. 4º, IV, da Resolução CONSU nº 8/98, que trata de atendimento pelo profissional avaliador e não de autorização prévia, conforme normas a seguir transcritas:

Resolução CONSU nº 8/98:

Art. 4º, 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.

IN DIPRO nº 23, Anexo I, Tema X - Mecanismos de Regulação, F:

Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que **a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada no prazo máximo de um dia útil**, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Res. CONSU 8/1998).

RN nº 259/11:

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

8. Foi apresentado o tema Direcionamento para discussão, informando da necessidade de previsão expressa no contrato para que seja possível essa prática, sendo vedado o direcionamento de rede para atendimentos de urgência e emergência.

Comentário:

Embora seja relevante a previsão contratual de direcionamento, o fato é que vários mecanismos de regulação foram incorporados às práticas das operadoras em virtude das mudanças mercadológicas, tanto no relacionamento com prestadores como para cumprimento de prazos com os beneficiários.

Quanto à vedação de direcionamento para atendimentos de urgência e emergência, discordamos dessa proposta uma vez que há prestadores que não possuem negociação com a operadora para atendimento de urgência e emergência para determinados produtos, o que poderá ser interpretado como uma prática irregular em virtude dessa proposta de vedação.

Além disso, os conceitos de urgência e emergência são frequentemente utilizados indevidamente pelos prestadores, que caracterizam atendimentos como emergenciais quando há algum risco de vida e não risco imediato de perder a vida, como previsto no art. 35-C da Lei nº 9.656/98.

Dessa forma, embora para uma mãe verificar que o seu recém-nascido está em estado febril possa parecer a necessidade de ter um pronto-atendimento, não é fato que traga risco imediato como definido na Lei, o que pode confundir quando é que poderá ou não ocorrer o direcionamento.

9. Foram levados para discussão temas relacionados aos Mecanismos Financeiros de Regulação, dentre eles não pode haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário.

Comentário:

A vedação de não poder haver financiamento integral do procedimento pelo beneficiário deveria ser restrita aos atendimentos vinculados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de forma que pudesse haver o pagamento integral em procedimentos adicionais.

Referida proposta tem por objeto permitir que o beneficiário continuasse usufruindo da assistência, por um valor inferior ao que teria de arcar em caráter particular, nos casos em que não há cobertura pelo plano contratado, a exemplo de quando necessitar de um número de sessões superior ao que o contrato garante em nutrição, psicologia e terapia ocupacional.

Destaca-se que a proposta apresentada possui analogia ao sistema misto de pagamento permitido nos planos odontológicos, bem como possui respaldo pelas disposições contidas na RN nº 40/03 (art. 1º, parágrafo único), que permite o sistema de desconto no

oferecimento de serviços complementares àqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

10. Outro tema relacionado aos Mecanismos Financeiros de Regulação foi o valor do fator moderador não pode acarretar impedimento do acesso ao plano.

Comentário: a utilização de conceitos subjetivos trouxe diversas interpretações às disposições da Resolução CONSU nº 8/98, pelo que recomendamos seja a norma transparente nos casos definidos como impedimento de acesso ao plano.

11. Foi apresentada uma tabela contendo limites para o valor do fator moderador em procedimentos ambulatoriais, sendo até 20% para os procedimentos de alta complexidade e até 30% para os demais procedimentos ambulatoriais, tendo como referência o valor do procedimento pago pela operadora ao prestador.

Comentário:

A adoção dos percentuais propostos prejudica a liberdade contratual, principalmente nos casos de contratos coletivos. Esse fato se torna mais grave em virtude das disposições da RN nº 279/11, que passou a exigir que a operadora tenha o conhecimento dos valores que são cobrados dos beneficiários pelos próprios empregadores.

Dessa forma, nos casos de contratos coletivos em preço pós-estabelecido, o empregador ficaria limitado ao ter de observar referidos limites nos descontos de seus empregados.

Além disso, o fator moderador financeiro é um mecanismo para reduzir o valor da contraprestação pecuniária do plano, uma vez que o custo do plano sem esse instituto é superior ao plano com fator moderador financeiro, mesmo quando somada a recuperação das despesas assistências advindas da coparticipação.

Em virtude do exposto, propõe-se a inexistência de percentual limitador da coparticipação, sendo permitido qualquer percentual que não represente o custo total do procedimento, somente sendo permitido o pagamento integral dos serviços não vinculados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

12. Foi apresentado um exemplo de grupos de procedimentos no qual o limite deve observar o valor do procedimento mais barato do grupo.

Comentário:

Além da proposta contemplada no item anterior para que a ANS não estabeleça um limite de fator moderador, sugerimos que seja possível o agrupamento de procedimentos não somente para definir o fator moderador aplicado naquele grupo,

como também para que se possa analisar se houve financiamento integral do procedimento baseado na totalidade dos serviços prestados.

Exemplo:

Previsão contratual: coparticipação de R\$3,00 nos exames laboratoriais, limitado a 30% do valor total dos exames.

Valor dos exames ⇒ Exame A: R\$2,00; exame B:20,00.

Coparticipação a ser cobrada do beneficiário quando da realização dos exames A e B conjuntamente: R\$6,00.

13. Foi proposto um limite de 40% do valor da contraprestação pecuniária do plano, relativa à última faixa etária, para as internações, tendo sido feitas duas observações:
- a) Planos em pós-pagamento: o limite do valor fixo estabelecido em moeda corrente no contrato irá considerar 10% do valor médio de internação na época da contratação do plano;
 - b) Urgência e Emergência: possibilidade de cobrança de fator moderador; e
 - c) Internação psiquiátrica: manutenção do previsto no art. 18 da RN nº 211/10.

Comentário:

O limite de 40% do valor da contraprestação pecuniária do plano, relativa à última faixa etária, para as internações pode não atingir ao fim a que se almeja, principalmente levando-se em consideração que os planos com fator moderador financeiro possuem uma contraprestação pecuniária menor.

O fator moderador financeiro deve desestimular a internação desnecessária pelo que não deveria ter um valor inferior ao que o beneficiário terá de arcar em determinados procedimentos ambulatoriais.

Quanto à discussão sobre a cobrança de fator moderador financeiro nos atendimentos de urgência e emergência, entende-se que, pelas mesmas razões já apresentadas quanto ao uso equivocado desses conceitos, não deve ocorrer essa proibição.

A respeito da internação psiquiátrica, recomenda-se que a norma sobre mecanismos de regulação reitere o previsto na RN nº 211/10 para que todas as regras sobre mecanismos de regulação estejam contempladas em um único normativo.

14. Com relação ao Fator moderador internações foram apresentadas para discussão três propostas, a saber:

- a) valor do fator moderador deverá ser estabelecido por evento, caracterizado da entrada até a efetiva alta do beneficiário.
- b) valor do fator moderador determinado para internação não poderá ser parametrizado por número de diárias (exceto para internação psiquiátrica), procedimentos, patologias e utilização de OPME.
- c) Vedar o estabelecimento de fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Comentário:

Ao contrário do proposto, sugerimos que seja permitida a utilização de fator moderador por diária, de forma que fique menos onerosa para as pequenas internações. Por esse mesmo motivo, sugerimos que o fator moderador financeiro possa ser variável conforme o custo da internação, desde que respeite um limite máximo, como por exemplo, o valor da contraprestação pecuniária do plano (seja a última faixa etária ou, nos planos na modalidade de preço pós-estabelecido, a média do valor apurado com a carteira desse produto pela operadora).

O fator moderador financeiro na internação não pode ser em um percentual sobre o custo do procedimento para garantir que o beneficiário não seja surpreendido por valor de contribuição exorbitante e desconhecido. No entanto, deve ser permitida, dentro de um critério razoável, a adoção de mecanismo que não se vincule unicamente a um valor, podendo ser variável em razão do tempo ou do custo da internação.

Exemplos:

- coparticipação de R\$100,00 nas internações de até R\$1.000,00; coparticipação de R\$200,00 nas internações acima de R\$1.000,00 e até R\$2.000,00; coparticipação de R\$300,00 nas internações acima de R\$2.000,00.
- coparticipação de R\$150,00 por dia de internação, limitado a R\$1.500,00.

15. Foi proposta a vedação de utilização de fator moderador nos seguintes casos:

- a) procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (tratamentos sequenciais ou contínuos);
- b) em planos que prevejam atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual será feito o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário;
- c) participação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças;

- d) durante a gestação e puericultura (em procedimentos decorrentes da gestação); e
- e) acompanhamento de doenças crônicas.

Comentário:

Considerando que as vedações propostas, assim como os limites, interferem diretamente em valores atuarialmente calculados e que já estão sendo praticados pelas operadoras, seja prevista que a adoção dessas regras, caso venham a ser normatizadas, vinculem a revisão atuarial dos preços dos produtos e seja permitido um reajuste técnico nos contratos advindos do impacto desse normativo.

Com relação à vedação de fator moderador nas participações de programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, sugerimos seja previsto que o beneficiário não terá nenhum desembolso adicional pela participação nesses programas, o que não exige a operadora de continuar exigindo os fatores moderadores financeiros nos procedimentos definidos no contrato, embora lhe seja permitido reduzir ou isentar determinados fatores, como premiação pela participação nesses programas.

A vedação de utilização de fator moderador financeiro durante a gestação e puericultura, além de majorar o custo desses planos, é de difícil acompanhamento pela operadora, pois é frequente a beneficiária estar grávida e sequer ter conhecimento desse fato; assim, poderá ter tido diversos atendimentos durante a gestação e a operadora ou o prestador ter lhe cobrado o fator moderador financeiro por desconhecimento da situação.

Da mesma forma, a isenção de fator moderador no acompanhamento de doenças crônicas somente deve existir como premiação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como um incentivo à participação nos programas, e não de forma aleatória e desconhecida da operadora.

16. Foi apresentada proposta de discussão do reajuste do fator moderador.

Comentário: sugerimos as propostas apresentadas pelo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog encaminhadas após a 1ª reunião da Câmara Técnica, a saber:

- Possibilidade de criar uma tabela de referência, revista anualmente, para propiciar o reajuste dos mecanismos de regulação financeira em percentual e a franquia.

Quando a coparticipação é definida por um percentual em razão do custo do procedimento, há dificuldade de compreensão do beneficiário em ter de arcar com coparticipações diferenciadas em virtude das negociações individuais da operadora com o prestador.

Por exemplo, se o plano prevê uma coparticipação de 30% nas consultas e a operadora negocia com o médico A um valor de consulta de R\$50,00 e com o médico B um valor de consulta de R\$55,00, o beneficiário questiona os motivos pelos quais a coparticipação não tem o mesmo valor independente do prestador que o assistirá.

Portanto, é razoável que exista uma tabela de referência da operadora, independente do custo real cobrado por cada prestador, assim como já ocorre para a tabela para fins de reembolso.

No caso da franquia, essa situação é mais complexa, pois o prestador não tem acesso ao contrato do beneficiário para saber quando e por qual índice foi reajustado o contrato.

No entanto, como há operadoras que utilizam a coparticipação vinculada exatamente ao custo do procedimento, a proposta é que o contrato com o beneficiário seja expresso sobre a forma de se apurar a coparticipação.

- Alteração das disposições do art. 8º, parágrafo único, da RN nº 171/08.

Possibilidade da coparticipação passar a ser considerada fator restritor severo quando o seu índice de reajuste está atrelado ao reajuste do contrato com o beneficiário. Isso porque o contrato com o beneficiário é reajustado levando-se em consideração diversos fatores além do pagamento ao prestador, como incorporações de novas tecnologias e o aumento da sinistralidade.

Exemplo: coparticipação de R\$15,00 nas consultas. Contrato individual celebrado em 2005, quando o valor que a operadora remunerava seu prestador era de R\$35,00. Em virtude dos reajustes aplicados no contrato de 2005 a 2012, o valor da coparticipação passou a ser de R\$ 24,13, sendo que a operadora remunera o prestador em 2012 em R\$45,00.

- Possibilidade de inserir novos mecanismos de regulação financeira no reajuste quando o plano já contempla essa característica e não apenas majorar as coparticipações existentes.

Embora seja possível registrar um produto com fator moderador financeiro em diversos procedimentos e variar as regras conforme negociação com o prestador, o aplicativo RPC não permite introduzir coparticipação em um contrato cujo procedimento anterior não previa essa coparticipação, mas apenas majorar as já existentes, conforme tela do Manual do RPC a seguir:

Tela de Fator Moderador

Campo	Causa	Mensagem	Observações
Percentual Antes	Percentual Antes da Alteração de Franquia/Co-participação igual a zero quando o Percentual Após a Alteração está preenchido.	Percentual Antes da Alteração de Franquia/Co-participação não pode ser igual a zero quando o Percentual Após a Alteração está preenchido.	A introdução de Fator moderador caracteriza novo produto. Dúvidas, consultar a ANS.
Percentual Após	Percentual Após a Alteração de Franquia/Co-participação igual a zero quando o Percentual Antes da Alteração está preenchido.	Percentual Após a Alteração de Franquia/Co-participação não pode ser igual a zero quando o Percentual Antes da Alteração está preenchido.	A exclusão de Fator moderador caracteriza novo produto. Dúvidas, consultar a ANS.

17. Foi levada para discussão a vedação de aplicação de percentuais de fator moderador diferenciados entre os prestadores de serviço para não interferir na liberdade de escolha do beneficiário pelo prestador de serviço e não desestimular a utilização dos serviços nos prestadores onde o percentual de fator moderador a ser cobrado seja maior.

Comentário:

A proposta apresentada pela ANS é contrária ao encaminhamento realizado pelo Sistema Abramge/Sinamge/Sinog após a 1ª reunião da Câmara Técnica, que sugeriu ser permitida a adoção de mecanismos de regulação diferenciados por prestadores, como uma forma de direcionamento.

Uma vez que é permitida a adoção de mecanismo de regulação que envolve o encaminhamento a determinados prestadores da rede credenciada, previamente definidos pela operadora quando indicado um tratamento ou acompanhamento específico, é salutar que seja permitido ao beneficiário também dirigir-se a outros prestadores, no entanto, arcando com o valor do fator moderador financeiro diverso.

Destaca-se que há uma elevada utilização de serviços hospitalares de forma desnecessária, sobrecarregando esses prestadores e prejudicando o atendimento regular a que se prestam. Portanto, o estabelecimento de mecanismos de regulação financeiros diferenciados, por exemplo, entre consultas realizadas em consultórios e consultas realizadas em hospitais tem a finalidade de evitar o uso indevido do hospital.

Por outro lado, a possibilidade de adoção de mecanismos de regulação financeira diferenciados por prestador permite à operadora criar uma rede de direcionamento sem proibir a utilização de toda a rede credenciada da operadora, bem como estimula a utilização de determinados prestadores, como a rede própria, sem que tenha de isentar a coparticipação, mas apenas reduzi-la.

Exemplos:

- Consulta realizada em consultório: coparticipação de R\$10,00
Consulta realizada em clínicas e hospitais: coparticipação de R\$15,00

- Consulta realizada no município de São Paulo: coparticipação de R\$12,00
Consulta realizada nos demais municípios pertencentes à abrangência geográfica do plano: coparticipação de R\$10,00.

Por fim, apresentamos as considerações que já foram abordadas após a 1ª reunião da Câmara Técnica e que não foram contempladas nos temas para discussão constantes na apresentação da ANS na 2ª reunião:

- I. Permitir a cobrança da coparticipação a partir da liberação do procedimento.

Justificativa: há situações em que é difícil a cobrança da coparticipação, principalmente nos casos de planos coletivos quando o aviso do evento, para a cobrança da coparticipação, ocorre após o encerramento do contrato.

- II. Definir um prazo razoável para a realização da perícia.

Justificativa: o prazo de um dia útil atualmente contemplado para a realização de perícia não é razoável.

- III. Permitir que os temas dos instrumentos jurídicos sejam revistos, sem a utilização da DIJ, quando há alteração nos normativos, bem como sem o pagamento de taxa (TAP).

Justificativa: a utilização de DIJ nem sempre é eficaz, pois não contempla as regras da operadora quanto a mecanismos de regulação, que devem ser muito claras para facilitar a compreensão do beneficiário. Se for utilizar o DIJ, provavelmente a redação será genérica e não disciplinará corretamente os casos de direcionamento, porta de entrada e autorização prévia, dentre outros.

- IV. Permitir a cobrança de multa ou coparticipação quando da ausência às consultas.

Justificativa: a ausência dos beneficiários às consultas e procedimentos agendados tem prejudicado as operadoras a cumprirem os prazos da RN nº 259/11, devendo ser aplicado multa ou algum critério de coparticipação que iniba essa prática do beneficiário.

- V. Suspender os prazos da RN nº 259/11 enquanto o beneficiário não comparecer à perícia ou enquanto não entregar a documentação completa para a autorização do procedimento.

Justificativa: há NIP instaurada pelo beneficiário sobre prazo de atendimento cujo problema está no próprio beneficiário não cumprir com as disposições contratuais.

- VI. Nos casos de porta de entrada, o prazo para o atendimento inicial ser de 7 dias úteis e para as demais consultas e procedimentos consideram-se os prazos da RN nº 259/11 contados do encaminhamento pelo profissional que realizou o primeiro atendimento.

Justificativa: não há uma regra bem definida sobre os prazos quando é necessário um encaminhamento prévio.

- VII. Quando o beneficiário não comparecer ao atendimento, o prazo para o segundo atendimento será contado em dobro.

Justificativa: as operadoras estão com dificuldade de cumprir os prazos contemplados na RN nº 259/11, muitas vezes, pela agenda do prestar estar ocupada, mas o beneficiário não comparece, prejudicando outro beneficiário que precisa do atendimento.

- VIII. Permitir que no caso de rede indireta (contratos de repasse e atendimento eventual) sejam respeitados os critérios estabelecidos pela operadora que possui contrato direto com a rede quanto a autorização prévia e perícia.

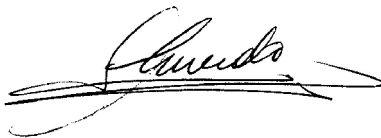
Justificativa: nos casos de utilização da rede indireta, o controle sobre a autorização do procedimento pode ficar a cargo da operadora detentora do contrato com o prestador.

Sendo essas as contribuições a essa Câmara Técnica, desejamos que sejam revistas as atuais regras a respeito dos Mecanismos de Regulação.

Requeremos seja dada a oportunidade de apresentarmos essas considerações na próxima reunião da Câmara Técnica, principalmente dos pontos que não puderam ser tratados na última reunião, por ausência de tempo.

Agradecemos a compreensão e aguardamos retorno, renovando nossos protestos de estiva e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,



Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE
Arlindo de Almeida
Presidente