

Apresentamos, a seguir, as contribuições do Sistema Unimed à proposta apresentada pela ANS na última reunião da Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação realizada no dia 09/08/2012:

SLIDE 06:

ATENDIMENTO BÁSICO REALIZADO POR MÉDICO OU ODONTÓLOGO NO QUAL SERÁ REALIZADO O ENCAMINHAMENTO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, QUANDO NECESSÁRIO

- é importante que haja uma adequada orientação e condução ao especialista apropriado, evitando que o beneficiário se autodiagnostique

SLIDE 08:

VEDAR A EXIGÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA:

Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial (RN 2569, art. 3º, inciso IX)

- existem exames laboratoriais, como os de genética, que possuem diretriz de utilização, portanto requerem autorização prévia
- sugere-se a identificação pela ANS desses procedimentos. A identificação pode ser incluída no Rol de Procedimentos e na tabela TUSS. Hoje, a identificação já existe na tabela TUSS, mas está desatualizada
- deixar claro que se tratam apenas dos exames cobertos pelo Rol de Procedimentos

Radiologia simples

- o termo radiologia simples deve ser definido. Sugestão: obtenção de imagens por meio da emissão simples de raio X, sem utilização de meios de contrastes, através do corpo para impressão em filme radiográfico ou em meio digital

VEDAR A EXIGÊNCIA DE TRANSCRIÇÃO DO PEDIDO DO MÉDICO ASSISTENTE NÃO CREDENCIADO PARA A GUIA DE AUTORIZAÇÃO DA OPERADORA

É conhecida a obrigação da operadora de autorizar os exames ou procedimentos que tenham sido solicitados por médicos não integrantes da rede credenciada ou cooperada. O objetivo é o de assegurar que o consumidor terá o atendimento que pagou independentemente de qual profissional médico tenha feito a solicitação. De outro lado, a realização de exames ou procedimentos também poderá implicar na ocorrência de dano ao consumidor. Neste sentido, há legítimo interesse da operadora de plano de saúde de monitorar as requisições de exames e procedimentos, uma vez que o STJ já formou entendimento no sentido da aplicação da responsabilidade objetiva à operadora de plano de saúde, fazendo com que esta indenize o prejuízo eventual do consumidor, independentemente de auferir sua culpabilidade. Assim, se a operadora é obrigada a autorizar exames ou procedimentos solicitados por médicos com os quais não guarda qualquer relação jurídica, deverá dispor de mecanismo que permita

monitorar e avaliar adequadamente os pedidos de exames ou procedimentos realizados por aqueles profissionais não vinculados diretamente a ela. A prática de transcrever a solicitação feita por médico, muitas vezes no seu próprio receituário, implica em mecanismo necessário à coleta de informações assistenciais e o acompanhamento dos serviços assistenciais prestados.

SLIDE 09:

NOS CASOS DE DIVERGÊNCIA CLÍNICA ENTRE O PROFISSIONAL REQUISITANTE E A OPERADORA:

O auditor deverá encaminhar, por escrito, ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância

Na verdade quem autoriza ou não a realização de determinado exame ou procedimento é a operadora de plano de saúde propriamente dita, e não o auditor médico que eventualmente lhe preste serviço. Este profissional apenas empresta seus conhecimentos técnicos para que a pessoa jurídica melhor esteja embasada ao decidir pela autorização de procedimentos. Aliás, há norma derivada do Conselho Federal de Medicina que veda ao auditor médico “[...] autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados [...]”. Assim, caso seja indispensável a manutenção da obrigação de remessa de documento para o médico assistente, o artigo deverá prever que será a operadora de saúde quem enviará a justificativa e não o médico auditor em razão do acima explicado.

A decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora

O mecanismo da junta médica foi concebido como tentativa para reduzir o nível de conflito quando da divergência entre a posição do médico assistente e aquela adotada pela operadora de plano de saúde. Ocorre que, nem sempre é, na prática, de fácil construção de funcionamento a referida junta. Primeiro, em razão do prazo exíguo para solução da controvérsia. Segundo, por que há extrema dificuldade de conciliação de agendas entre os médicos eventualmente envolvidos na junta e consenso em relação ao terceiro médico. Assim, sugere-se que quando não houver consenso entre operadora e médico assistência, após sugestão de no mínimo 3 profissionais diferentes das partes envolvidas, caberá a operadora a indicação e definição do terceiro médico para realização da junta médica, para assegurar o cumprimento dos prazos estabelecidos na RN 259. Ratificamos, ainda, as considerações já feitas sobre junta médica contempladas na Apresentação do dia 09/08/2012.

O procedimento ou serviço solicitado pelo médico assistente deverá ser autorizado pela operadora de forma a tender os prazos previstos na RN nº 259, de 2011

A realização de junta médica, conforme já mencionado acima, é um processo, muitas vezes, de difícil concretização. Assim, sugere-se que sejam estabelecidos prazos para a instauração, realização e conclusão da junta médica, de acordo com a complexidade do procedimento solicitado (no mínimo 15 dias), devendo os prazos da RN nº 259 serem contados a partir do parecer conclusivo da junta médica.

SLIDE 10

As operadoras deverão fornecer ao beneficiário laudo fundamentado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir, decorrentes da utilização de mecanismos de regulação

Para o fornecimento do laudo circunstanciado, deve ser assegurada a segurança das informações referente ao beneficiário, observado a Ética Médica.

SLIDE 15:

MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO: FATORES MODERADORES

Coparticipação

A proposta para o beneficiário pagar a coparticipação diretamente ao prestador de serviços, operacionalmente, é de difícil adoção, já que o prestador de serviço deverá ter conhecimento do valor da coparticipação e de seus limites máximos de cobrança de todos os produtos.

SLIDE 19:

LIMITES PARA O VALOR DO FATOR MODERADOR: PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

O limite máximo de coparticipação em 30% implicará em uma redução no leque de possibilidade de compra dos planos para os consumidores e para as vendas das Operadoras. Atualmente os planos na modalidade de preços preestabelecidos são vendidos no mercado de saúde com diferentes coparticipações, chegando ao máximo que conhecemos de 50% sobre os eventos ambulatoriais. Em geral, as Operadoras vendem planos desde 0% de coparticipação até o máximo de 50%, logo, incluindo o percentual que hoje está sendo proposto como máximo. O que observamos na prática, é que os beneficiários escolhem comprar os planos com coparticipação ambulatorial mais elevada (como 40% e 50%) mesmo tendo outros planos com participação menor à venda, em geral, para pagar uma mensalidade menor. Essa liberdade possibilita os beneficiários escolherem seus planos de acordo com o seu perfil pessoal de utilização, inclusive, que possam trocar para os demais livremente, caso mudem de ideia ou percebam que a sua escolha não foi a mais adequada. Entendemos que a limitação do percentual em 30% irá acarretar apenas prejuízo para beneficiários e operadoras, uma vez que apenas vai retirar do mercado uma parte importante do leque de opções de planos comercializados. Por outro lado, entendemos o intuito da proposta da ANS que busca claramente impedir práticas abusivas ou equivocadas no mercado de saúde suplementar, sendo assim, como alternativa, visando cumprir com o objetivo que entendemos na proposta da ANS, gostaríamos de fazer a seguinte proposição:

PROPOSTA: Que a ANS faça a exigência da comercialização de produtos com coparticipação menor ou igual a 30% e que seja obrigatório o oferecimento desses planos aos beneficiários, analogamente à exigência de ser ofertado o plano referência mesmo quando o beneficiário escolha outro plano. Esse documento seria um anexo da comercialização do plano, onde além do oferecimento com informações claras do produto com 30% de coparticipação ou menos, conste também o preço desse produto, para que não reste dúvida que o beneficiário realmente escolheu o outro com a devida comparação de preços e coparticipação. A exigência pode ser mais abrangente, para evitar possíveis más práticas e exigir que o produto

comercializado com coparticipação maior que 30% de participação tenha todas as demais características iguais ao plano com menos de 30%. Assim, ficará mais evidenciado que a escolha do beneficiário não foi prejudicada ou induzida pela operadora.

SLIDE 20:

Caso a operadora estabeleça o valor do fator moderador por grupo de procedimentos, deverá observar o valor do procedimento mais barato do grupo para verificação do procedimento

A definição de valores de coparticipação em moeda tem como vantagem principal a facilidade da informação aos beneficiários (citada pela própria ANS em sua pesquisa). Nesses planos, em geral, há alguns grupos de procedimentos com diferentes coparticipações definidas, algumas vezes são adotados os grupos definidos pela própria ANS, outras vezes pela operadora. Essa separação em “categorias” implica que em alguns casos o valor da participação é igual ou maior que o valor do procedimento, no entanto, em média dificilmente atingem o percentual que está sendo proposto como limite (30%). Caso esse tipo de comercialização seja proibida, as operadoras não poderão mais trabalhar com participações por grupos, mas sim terão que fazer para cada procedimento, em virtude da consequência citada pela própria Agência, onde o valor será limitado ao menor valor do grupo, logo, passará a ter um mínimo de retorno na participação, com isso o preço do plano ficará mais alto, provavelmente fora do intervalo aceitável pelo mercado. A consequência prática desse tipo de limitação, será ampliação do número de diferentes participações nos planos, com isso, será dificultado o conhecimento efetivo da participação dos beneficiários nos planos, o mesmo que ocorre nos planos com participação definida em percentual (problema citado pela própria ANS). Passaremos a ter os planos com fator moderador em moeda com o mesmo problema do fator em percentual, ou seja, os beneficiários não terão a vantagem da informação objetiva sobre o valor de sua participação, conseqüentemente, deixará de fazer sentido esse tipo de produto. Afinal, se tivermos que adotar inúmeras participações diferentes em moeda (e reajusta-la de acordo com o contrato anualmente), será mais adequado para beneficiários e operadoras os planos com fator moderador em percentual, ao menos essa informação é única e direta. Sendo assim, gostaríamos de fazer a seguinte proposição:

PROPOSTA: Que seja mantido como vedada a comercialização de planos onde haja financiamento integral dos custos de qualquer grupo de despesas, seja definido pela operadora ou ANS, mas que permita o financiamento integral de um ou outro procedimento desse grupo, desde que na sua totalidade seja inferior ao limite permitido pela ANS. Entendemos que o financiamento integral dos custos em um plano de saúde suplementar, desclassifica-o da sua própria definição, no entanto, o pagamento de um ou outro procedimento (em geral com valores bastante abaixo da mensalidade do plano), não configura o financiamento integral da saúde do beneficiário. Além disso, como já comentamos, traz a reboque a vantagem de possibilitar o entendimento efetivo dos beneficiários sobre o valor de sua participação no plano, logo, ajudando a promover a transparência na relação beneficiário - operadora.

SLIDE 22:

LIMITES PARA O VALOR DO FATOR MODERADOR: INTERNAÇÕES

Chamamos atenção para que sejam observados os novos conceitos estabelecidos pela RN 279, tabela de preços e tabela de custo para os planos coletivos. Portanto, deve ficar claro que o

limite de 40% deve ser calculado sobre o valor da tabela de custo do plano, não considerando desta forma, o critério de preço único ou subsídio do empregador. Alterar o limite de coparticipação nas internações em até 100% do valor da última faixa etária, valor da tabela de custo.

Limites para fator moderador em internação – contratos custo operacional

Observamos no material fornecido pela ANS, que estão sendo propostas diferentes formas de limites de fator moderador para os planos de preços pós-estabelecidos e preestabelecidos, sendo no primeiro caso um percentual do custo efetivo da internação e no outro caso, traçada uma relação com a contraprestação do plano. Acreditamos que para esses limites a definição por valor médio da internação é mais adequada, seja qual for o tipo de modalidade de plano. Entendemos que as regras e proteção ao beneficiário devem buscar a maior homogeneidade possível, e nesse caso há essa possibilidade.

PROPOSTA: Para os contratos Custo Operacional seja permitido aplicar o fator moderador em internação em valor monetário, para cada internação, com limite máximo de até 30% do valor médio das internações (podendo separar acomodação individual de coletiva). Desta forma, o beneficiário fica protegido em caso de internações prolongadas (pelo pagamento estar ligado ao valor médio, não do caso).

Urgência e Emergência: cobrança de fator moderador?

A não cobrança de fator moderador nos atendimentos realizados em regime de urgência/emergência tende a induzir o beneficiário ao uso excessivo dos prontos atendimentos para consultas e outros atendimentos que poderiam ser eletivos.

SLIDE 26:

VEDAR A UTILIZAÇÃO DE FATOR MODERADOR NOS SEGUINTE CASOS

Procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (tratamentos sequenciais ou contínuos)

Concordamos com a não cobrança de fator moderador nos procedimentos de hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva que sempre serão sequenciais ou contínuos. Porém o fator moderador para demais procedimentos sequenciais ou contínuos como: fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, fonoaudiologia, dentre outros, devem ser mantido.

Em planos que prevejam atendimento básico por médico ou odontólogo no qual será feito o encaminhamento a serviços especializados, quando necessário

Deve ficar claro que neste caso não será possível a cobrança do atendimento realizado no serviço básico. Sendo possível apenas a cobrança dos atendimentos realizados no serviço especializado.

Durante a gestação e puericultura (em procedimentos decorrentes da gestação)

A não aplicação de coparticipação em todo o período da gestação mais o período de puericultura (juntos podem se estender por mais de 12 meses) acarretará a necessidade de aumento nas mensalidades para a modalidade de planos participativos. Caso essa regra entre

em vigor, as operadoras terão de ajustar as mensalidades dos seus planos em comercialização, não apenas pela perda da coparticipação nesse período como também pelo aumento natural de utilização. A frequência de utilização das beneficiárias nesse período seguirá o mesmo comportamento dos planos sem coparticipação. Cabe destacar nesse item, apesar da taxa de natalidade nacional ser cada vez menor, a mudança desse mecanismo pode acarretar grande problema para o mercado de planos, uma vez que traz o risco de oportunismo para todos os seus participantes (beneficiários e operadoras), pois pode atrair beneficiários que não comprariam planos nas condições atuais, que irão ingressar nos planos apenas para usufruir desses benefícios e ao final do período puerpério podem sair do plano contratado, deixando apenas prejuízo a ser arcado pelos demais beneficiários e operadora. Também entendemos que essa regra traz vantagem para um grupo de beneficiários que adquiriram planos coparticipativos (consumidores) em detrimento ao grupo que comprou planos não participativos, uma vez que o segundo grupo paga mais caro por seus planos e não terão qualquer vantagem adicional, ao contrário, pagarão mais pelo mesmo direito que os outros consumidores. Por fim, entendemos que esse critério que está sendo estudado e proposto traz grande risco de oportunismo, logo, de anti-seleção, dificultando a previsibilidade e as boas práticas atuariais para manutenção dos produtos. Além disso, deve-se ressaltar que o controle e identificação destes atendimentos, considerando que a IN DIDES 40/10 da ANS veda a exigência do CID na guia de atendimento, é inviável.

Acompanhamento de doenças crônicas

Deve-se esclarecer o que é considerado como “acompanhamento”. São acompanhamentos realizados pela operadora tipo: monitoramento de crônicos, visita domiciliar dentre outros. Ou são todos os atendimentos para acompanhamento e controle da doença (consultas, exames e outros), neste caso também não existe forma de controle e identificação destes atendimentos, considerando que a IN DIDES 40/10 da ANS veda a exigência do CID na guia de atendimento, além de inviabilizar os contratos existentes, conforme considerações atuariais sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A alteração em questão supostamente irá determinar a adequação dos instrumentos jurídicos que estejam em desacordo com a norma. Portanto, solicitamos que a ANS permita a adequação destes instrumentos por meio de web e que disponibilize os DIJs com antecedência, para que na data de início de vigência da norma os instrumentos jurídicos para novas vendas estejam devidamente adequados. Também deve ser preservado o direito do contratante manter vigente e inalterado o seu contrato com o fator moderador, celebrado em data anterior a vigência da nova norma, preservando os valores e condições que impactem no custo do contrato como: fator moderador acima do estipulado pela nova norma, cobrança de participação nos atendimentos obstétricos, dentre outros. Podendo o consumidor, se for do seu interesse, mudar para outro plano que atenda as novas normas, pois neste novo contrato haverá um cálculo atuarial compatível com as novas regras.