



São Paulo, 23 de agosto de 2012.

Ofício nº 2287.08/12

À Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
A/C Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP
Av. Augusto Severo nº 84, 12º andar - Glória
Rio de Janeiro/RJ CEP: 20021-040
ggeop.dipro@ans.gov.br

Assunto: Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação Utilizados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

Prezados Senhores,

Vem a **PROTESTE** – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, pelo seu Departamento de Relações Institucionais, que este subscreve, conforme acordado na última reunião da Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação Utilizados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, **ENCAMINHAR SUAS CONTRIBUIÇÕES**, para que se consiga atingir o objetivo de atender com mais integralidade as necessidades de atenção à saúde do consumidor brasileiro.

Inicialmente, é importante destacar que qualquer mecanismo de regulação utilizado pelas Operadoras de Plano de Saúde deve constar expressamente no contrato, de forma clara e precisa, em cumprimento às determinações do Código de Defesa do Consumidor.

Feita essa observação, passamos às nossas considerações acerca das contribuições apresentadas na reunião da Câmara Técnica realizada no dia 09/08/2012:

1. **Negativas de autorização fundamentadas em diretrizes que não estão previstas no Rol de Procedimentos:** não há que se permitir que a Operadora negue autorização para a realização de procedimento que conste no Rol, ainda que fundamentada em Diretriz do Ministério da Saúde. O Rol de Procedimentos da ANS já prevê algumas diretrizes de utilização que devem ser respeitadas e utilizadas como fundamento de negativa, porém, qualquer negativa fundamentada por outro instrumento se torna ilegal, pois a decisão do tratamento deve ser do



prestador e não da Operadora. Se o procedimento consta no Rol e não possui diretriz de utilização, ele deve, obrigatoriamente, ser autorizado pela Operadora ou, em caso de divergência, que seja então constituída junta médica. Não podemos aceitar o argumento da ANS de que as diretrizes do Ministério da Saúde são mais atualizadas, pois o próprio Rol da ANS prevê o período da sua atualização. Se abirmos essa brecha, podemos então incluir outros tratamentos mais atualizados no Rol sob a mesma fundamentação.

2. **Resposta ao pedido de autorização dentro do prazo da RN 259:** Atualmente a regra imposta pela ANS é de que a resposta ao pedido de autorização prévia deve ser concedida pela Operadora no prazo de um dia útil (CONSU 08). Na última reunião da Câmara Técnica, foi exposto pela ANS que operadora tem que se manifestar em tempo hábil para a realização do procedimento. Entretanto, atualmente, uma das maiores dificuldades dos consumidores que possuem planos de saúde é justamente a autorização “em tempo hábil”, ou seja, antes da data agendada para realização do procedimento ou cirurgia. Se a ANS permitir que as Operadoras concedam a autorização dentro do prazo da RN 259, os consumidores continuarão com a mesma dificuldade, pois as respostas aos pedidos de autorização, sejam elas positivas ou negativas, ocorrerão próximas ou mesmo na data agendada, o que acarreta grandes transtornos e prejuízos aos consumidores, que se veem impossibilitados de se organizarem. Assim, deve ser definido um prazo pela ANS inferior aos prazos estabelecidos na RN 259, de forma a garantir o acesso ao consumidor.
3. **Autorização Prévia:** a PROTESTE sugere que as Operadoras seja obrigadas a fornecer, por escrito e de forma fundamentada, a resposta ao pedido de autorização prévia do consumidor. Muitas vezes essas respostas acontecem de forma informal, até mesmo por telefone, sem qualquer justificativa plausível e sem dar ao consumidor um documento que possa ser analisado e discutido entre as partes.
4. **Direcionamento ainda que conste no contrato:** A própria CONSU 8 prevê que nenhum mecanismo de regulação pode implicar no desvirtuamento da livre escolha do consumidor, ou seja, ferir seu direito de escolha dentro da rede credenciada ofertada no momento da contratação. Assim, o direcionamento fere os direitos de livre escolha do consumidor, já que ele contratou o plano influenciado pela oferta da rede credenciada.

5. **Bonificação:** a concessão de descontos, bônus ou prêmios irá, indubitavelmente, desestimular a utilização dos procedimentos e serviços de saúde pelos consumidores, causando sérios danos aos tratamentos preventivos.
6. **A definição objetiva para o termo “fator restritor severo de utilização” deve levar em consideração que, a imposição de qualquer mecanismo de regulação que dificulte o acesso à rede assistencial e/ou não permita o atendimento integral desse consumidor, será considerada como um “fator restritor severo de utilização”, seja através de mecanismo financeiro ou assistencial.**
7. **Os mecanismos de regulação não podem ser impostos pelas Operadoras como restritores, mas tão somente como instrumentos de gerenciamento. Assim, nos posicionamos de forma CONTRÁRIA a todas as sugestões abaixo, que foram apresentadas na última reunião da Câmara Técnica, por todas elas colocarem o consumidor em situação de extrema desvantagem, o que é veementemente proibido pelo CDC:**
 - ♦ coparticipação por diária de internação (pedido pela Abramge);
 - ♦ cobrança de coparticipação antes da realização do procedimento (pedido pela Abramge);
 - ♦ cobrança de coparticipação diferenciada por credenciado, tendo em vista que, além de ferir a liberdade de escolha do consumidor, pode também gerar um direcionamento não previsto (pedido pela Abramge);
 - ♦ tornar obrigatório o uso de mecanismo de regulação financeiro, seja franquia ou coparticipação, ao menos em consultas, exames e tratamentos seriados (pedido pela Abramge);
 - ♦ vincular o conceito de fator restritor severo apenas a franquia e coparticipação e não a autorização prévia (pedido pela Abramge);
 - ♦ Permitir a cobrança de multa ou coparticipação quando da ausência às consultas (pedido pela Abramge);
 - ♦ a possibilidade de registro de produtos com previsão de que antes da consulta com o especialista, o beneficiário do plano tenha que necessariamente passar por um médico generalista da operadora. Essa prática irá afetar não só o direito de escolha do consumidor, mas certamente irá demandar um tempo ainda maior para que ele, efetivamente, possa se consultar com o especialista, o que pode agravar o seu quadro, já que ele dependerá da disponibilidade do clínico geral); (pedido da Unimed Brasil)



Esperando ter contribuído para a Reavaliação dos critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU nº 8, a PROTESTE se coloca à disposição para esclarecimentos e debate.

Sendo o que se apresenta para o momento,

Maria Inês Dolci
Coordenadora Institucional

Meios de Contato:

Fone: (11) 5085-3595 / Fax : (11) 5573-5652

E-mail: institucional@proteste.org.br / midolci@proteste.org.br