

1 **ATA DE REUNIÃO**
2 **CÂMARA TÉCNICA DE MECANISMOS DE REGULAÇÃO**
3 **4ª REUNIÃO - 17/10/2012**
4
5

6 Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de dois mil e onze, reuniram-se
7 na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Rio de
8 Janeiro, das 13h30 às 18h, representantes da ANS e de instituições do setor
9 de saúde suplementar e da sociedade civil para a realização da 4ª Reunião
10 da Câmara Técnica de Mecanismos de Regulação. A assinatura desta ata
11 está disposta na lista de presença.

12
13 A Diretora Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da
14 ANS, Carla Soares, dá boas vindas e agradece a presença de todos. Passou
15 a palavra para a Gerente-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos
16 Denise Domingos, iniciou a apresentação abordando o requerimento de
17 permitir a não autorização baseada em disposições contratuais, e permitir a
18 verificação da elegibilidade aos serviços pretendidos não deve ser proibida.
19 Quanto à proposta de vedar a exigência de autorização prévia para os casos
20 de urgência e emergência, é necessário atualizar o conceito de emergência,
21 portanto não acatada. Cabe ao médico assistente caracterizar os casos de
22 urgência e emergência.

23
24 A Sra. Carla Soares informou está mantendo o conceito de que pode haver
25 autorização prévia, mas, nos casos de urgência e emergência ela estará
26 restrita às questões administrativas de elegibilidade. Ou seja, ela não deve
27 ser um motivador de cerceamento de acesso ou dificuldade de acesso, e ela
28 tem que ser oportuna, imediata, e se restringir a questão de elegibilidade.
29 O que pode ser feito é, esse beneficiário é ou não beneficiário elegível para
30 o procedimento. Sim ou não, ok? Mas não questões a não ser a questão
31 administrativa. É isso, deixou claro desde já que a questão da autorização
32 prévia para urgência e emergência se restringe à elegibilidade.

33
34 A Sra. Denise Domingos tratou do pleito de permitir autorização em
35 qualquer procedimento, inclusive para viabilizar os mecanismos de
36 regulação como porta de entrada e direcionamento. Os produtos que
37 prevêm esses mecanismos e regulação, necessariamente os beneficiários
38 devem se dirigir a operadora para ter acesso aos serviços. Portanto, foi
39 acatado parcialmente. Nos casos de urgência e emergência e consultas
40 básicas somente podem ser checados os critérios de elegibilidade, vedada a
41 exigência de comparecimento pessoal do beneficiário a operadora. Quando
42 a não exigência de autorização prévia para serviços de diagnósticos por
43 laboratórios de análises clínicas em regime ambulatorial, existem exames

44 laboratoriais como os de genética, que possuem diretrizes a utilização,
45 portanto, requerem autorização prévia. Também foi acatado parcialmente.

46

47 A Sra. Carla Soares esclareceu que qualquer necessidade de autorização
48 prévia para exames laboratoriais, deverá estar expressa em contrato, e ser
49 de ciência inequívoca do beneficiário. O beneficiário tem que saber
50 exatamente quais que precisam de autorização prévia, quando da
51 complexidade. Caso contrário, não.

52

53 A Sra. Denise Domingos deu seguimento à apresentação, informando que o
54 pleito de deixar claro que a exigência de autorização prévia se aplique
55 apenas aos exames cobertos pelo rol de procedimentos, não foi acatado. A
56 exigência será aplicada para todos os procedimentos previstos no contrato.

57

58 Um membro da Câmara Técnica não identificado destacou que de repente
59 não tem cobertura posterior, uma cirurgia plástica após mastectomia,
60 enfim. Em alguns casos você não tem cobertura, ele tem know how, mas
61 ele não tem cobertura do procedimento seguinte. É esses casos que estava
62 dizendo. Acrescentou que tem casos em que você tem a cobertura pelo rol,
63 mas o desdobramento dele não está coberto, na autorização prévia.

64

65 A Sra. Carla Soares respondeu que o entendimento é que qualquer
66 cobertura, se você der uma cobertura adicional no contrato, ela segue a
67 mesma regra. Não é porque você deu uma cobertura adicional no contrato
68 que ela está isenta das regras de aceitação.

69

70 A Sra. Denise seguiu relatando a contribuição de que caso a ANS opte por
71 manter a determinação dos procedimentos para os quais deverá haver
72 vedação para autorização prévia, recomenda-se que seja incluída a
73 marcação no rol, no mesmo formato atualmente adotado para os
74 procedimentos de alta complexidade. Essa contribuição não foi acatada.
75 Tratou também da contribuição de que o termo radiologia simples deva ser
76 definido. Foi sugerido: obtenção de imagens por meio da emissão simples
77 de Raio X sem a utilização de contrastes, através do corpo para impressão
78 em filme radiológico ou email digital. Essa análise ficou prejudicada por
79 conta do entendimento anterior.

80

81 O Sr. Flávio, da Fenasaúde questionou a razão da negativa desse primeiro
82 item.

83

84 A Sra. Denise Domingos informou que como determinou lá no entendimento
85 anterior que pode haver autorização prévia lato sensu para tudo, mesmo
86 que seja só os casos de elegibilidade, o não acatado ali na verdade é análise
87 prejudicada em função do que foi colocado anteriormente.

88

89 A Sra. Carla Soares acrescentou a necessidade de lembrar que tudo o que
90 você solicitar autorização prévia, e isso para sempre, tem que estar escrito
91 no contrato, tem que ser de ciência absoluta do consumidor, inequívoca do
92 consumidor.

93

94 A Sra. Denise Domingos tratou da proposta de permitir que no caso de rede
95 indireta, contratos de repasse e atendimento eventual sejam respeitados os
96 critérios estabelecidos pela operadora que possui contrato direto com a rede
97 com autorização prévia e perícia. A proposta não foi acatada. Deve se
98 respeitar a regra constante do contrato com o beneficiário, sendo possível a
99 diferenciação na utilização da rede indireta, desde que expressamente
100 previsto no contrato do beneficiário.

101

102 A Sra. Carla Soares ressaltou que deve ser de ciência inequívoca dele,
103 frisando que o que interessa é o contrato entre o beneficiário e a operadora,
104 e não da operadora com possíveis terceiros.

105

106 A Sra. Denise Domingos abordou a proposta de não permitir que a
107 operadora negue autorização para realização de procedimento que conste
108 no rol, ainda que fundamentada em diretriz do Ministério da Saúde. O rol de
109 procedimentos da ANS já prevê algumas diretrizes de utilização que devem
110 ser respeitadas e utilizadas como fundamento de negativa. Se o
111 procedimento consta no rol e não possui diretriz de utilização, ele deve ser
112 autorizado pela operadora, ou, em caso de divergência, que seja então
113 constituída junta médica. Portanto, foi acatada parcialmente.

114

115 A Sra. Carla Soares complementou que a questão da autorização prévia não
116 é um mecanismo de negativa, é um mecanismo de regulação assistencial.

117

118 A Sra. Poliana da Proteste destacou que uma das propostas da penúltima
119 reunião era que poderia haver negativa com fundamento em diretrizes do
120 Ministério da Saúde, outras diretrizes. Nesse ponto relatou ter se assustado
121 porque hoje o rol já trabalha com diretriz de utilização, que é uma forma de
122 limitar até a autorização daquele procedimento.

123

124 A Sra. Carla confirmou que o entendimento é esse, sendo acrescentado pela
125 Sra. Benice, da FO a junta médica e odontológica.

126

127 A Sra. Denise tratou do pleito de reconhecimento pela ANS de negativa de
128 cobertura, procedimentos constantes no rol, quando fundamentada em
129 protocolo clínico previamente aprovado pela Agência ou pelo Ministério da
130 Saúde e Medicina baseada em evidências, a qual foi acatada parcialmente.

131 A autorização deverá observar os critérios definidos na Lei nº. 9656 de

132 1998, e demais normativos. Em casos de divergência clínica poderá ser
133 utilizado mecanismo de arbitramento.

134

135 A Sra. Carla esclarece que é o Ministério da Saúde e, em caso de dúvida por
136 diretriz do Ministério vai para arbitramento, que é a Junta.

137

138 Nesse momento, um membro da Câmara Técnica – CT não identificado
139 informa que se trata de um termo novo e não recomenda a sua utilização.

140

141 A Sra. Marta destaca que a Nota da GGRAS que está disponível ela fala
142 muito em arbitramento, aquela que disponibilizou da terceira opinião,
143 porque essa ideia de junta, ter que reunir os três juntos, no mesmo local,
144 presencialmente. A Sra. Carla adicionou que Junta é arbitramento.

145

146 A Sra. Denise deu seguimento abordando a contribuição de que as
147 operadoras sejam obrigadas a fornecer por escrito de forma fundamentada,
148 a resposta ao pedido de autorização prévia do consumidor, a qual foi
149 acatada. Essa questão já está em Consulta Pública.

150

151 A Sra. Poliana/Proteste citou dois pontos, destacando que a contribuição é
152 que não seja só mediante solicitação, que todo o pedido tem que ser por
153 escrito porque muitos consumidores muitas vezes não vão pedir, muitas
154 vezes eles nem recebem essa resposta. Então acha que não tem que ser só
155 por solicitação. E como a CT está tratando de mecanismo de regulação,
156 mesmo que esteja lá acha que tem que ser abordado aqui também, porque
157 está tratando de autorização aqui.

158

159 A Sra. Carla ressaltou que o fato de estar aqui, mostra que será
160 considerado. Por solicitação, foi o próprio acordo que fizeram no CNJ a
161 respeito disso, porque a finalidade não é burocratizar demais. O contrário, é
162 quando houver o questionamento, que ele seja por escrito até para
163 embasar se for o caso uma ação judicial. Mas isso foi acordado e foi
164 bastante discutido para também não burocratizar o processo que encarece
165 do ponto de vista administrativo, e não tem essa finalidade. Então, por
166 enquanto, por hora, vão continuar nessa, podendo até repensar um pouco,
167 mas está continuando na linha por solicitação. Porque senão, inclusive o
168 tempo de espera e todo o processo administrativo ficou oneroso demais na
169 sua visão. Mas, pode analisar.

170

171 Membro da CT não identificado ressaltou que acha que hoje já tem a Lei do
172 SAC, que rege todos os atendimentos onde a pessoa tem que abrir uma
173 reclamação, enfim. Acha que seria prudente estabelecer também para não
174 ter um outro critério.

175

176 Nesse ponto, a Sra. Carla lembrou que isso está em Consulta Pública.
177 Então, todo mundo vai poder dar a sugestão e chegar a uma conclusão.

178

179 Nesse ponto, o Membro da CT não identificado esclareceu que só estava
180 dizendo que realmente hoje a Lei do SAC já defende por solicitação, porque
181 ela falou Ouvidoria.

182

183 A Sra. Denise tratou do pedido de que seja definido um prazo para
184 autorização prévia inferior aos prazos estabelecidos na RN 259, de forma a
185 garantir o acesso ao consumidor, o que não acatado. De acordo com o
186 Artigo 10 da RN 259 de 2011, a autorização para a realização do serviço ou
187 procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o
188 cumprimento dos prazos máximos de atendimento dispostos no Artigo 3º
189 do referido normativo.

190

191 A Sra. Carla complementou que sempre é um prazo, aquele prazo inclui a
192 autorização e a realização. O prazo para autorização prévia já está
193 embutido naquele prazo.

194

195 O Sr. Alberto Velásquez da FBH questionou qual o procedimento quando for
196 adotado ou quando aparecer no mercado um exame novo, que não conste
197 ainda do rol? Se esse exame pode ser solicitado? Se ele vai ser aprovado,
198 ele precisa de uma justificativa prévia? Se ele precisa de alguma
199 complementação?

200

201 Membro da CT não identificado esclarece ao Sr. Velásquez que é assim, é
202 como se faz com qualquer outro procedimento, vai para o grupo técnico
203 para ser avaliado se ele vai ter cobertura obrigatória ou não. A partir da sua
204 cobertura obrigatória ele tem uma classificação. E essa classificação ela já
205 está prevista nos mecanismos de autorização prévia. Enquanto ele não for
206 para o rol ele não é de cobertura obrigatória.

207

208 A Sra. Maria Júlia da Unimed Brasil questiona por que todas essas questões
209 de autorização prévia, e ressalta que colocou algumas contribuições,
210 levando em consideração que quando há divergência médica, que isso fica
211 muito prejudicado, tendo em vista as dificuldades hoje encontradas para a
212 constituição, a formação, ou enfim, o arbitramento. Então, é em razão
213 disso, porque, em algumas situações, especiais aquelas que envolvem
214 OPME você não consegue resolver a situação no prazo da 259.

215

216 A Sra. Carla salientou que acredita na evolução administrativa das
217 operadoras no seu desenvolvimento, apontou que a Junta Médica será

218 tratada no prosseguimento da apresentação e que talvez isso fique um
219 pouco mais claro, mais hegemônico.

220

221 A Sra. Denise continuou abordando o pedido de que caso haja divergência
222 de entendimento quanto ao procedimento solicitado, a operadora deva
223 manifestar ao profissional solicitante as razões de sua discordância, ou
224 informar o tratamento/procedimento alternativo caso existente. Em outros
225 termos, deve-se atribuir a responsabilidade em encaminhar o documento
226 contendo as razões das discordâncias a operadora, e não ao auditor o que
227 foi acatado. Quanto a isenção de arbitramento por terceiro profissional, no
228 caso de enquadramento das diretrizes de utilização, foi sugerido estender a
229 isenção a outras situações, tais como tratamento experimental dentre
230 outras situações de exclusão de cobertura previstas na Lei 9656 de 98, e na
231 RN 211, a serem detalhadas na Câmara Técnica, o que acatado
232 parcialmente. Os casos de discordância, por exemplo, do que é tratamento
233 estético devem ser arbitrados. Cabe a utilização do mecanismos de
234 arbitramento. Foi sugerido também que durante o trâmite dos
235 procedimentos para dirimir a divergência entre operadora e médico
236 solicitante, os prazos de atendimento da RN 259 de 2011 sejam
237 interrompidos, o que não foi acatado. Os prazos de atendimento
238 preconizados pela RN 259 serão mantidos sem qualquer tipo de interrupção
239 ou suspensão.

240

241 A Sra. Denise prosseguiu abordando o pedido de Revisão da previsão de
242 Junta Médica contida no Artigo 18, parágrafo 2º da RN 211 da 2010, para
243 explicar com detalhes a forma como ocorrerá. Previsão das formas de sua
244 ocorrência por prontuário ou por laudo técnico. Sugestão acatada
245 parcialmente, pois será analisada a forma.

246

247 A Sra. Carla esclareceu que a Agência não teve ainda tempo de definir, mas
248 vai analisar, e o processo é de simplificação do processo atual de Junta
249 Médica. Por exemplo, não há necessidade de participação física do médico
250 assistente, do médico perito e do terceiro juntos, no mesmo instante. Isso
251 pode se dar virtualmente, os pareceres podem ser individuais e isso ser
252 juntado. A Junta Médica, se o médico assistente, ele pode negar a indicação
253 da operadora uma vez, duas vezes, três vezes não. Essa são as discussões
254 que estão no sentido de facilitar. E há operadoras em determinadas regiões
255 do país que não têm um número de pessoas ou profissionais naquela
256 especialidade específica capaz de se fazer uma Junta com tantas
257 alternativas assim. Então, o objetivo é agilizar, dar mais celeridade ao
258 processo, até para que a gente mantenha os prazos de atendimentos
259 inalterados. Por isso que a Agência ainda está estudando, mas vai oferecer
260 uma forma de se fazer isso com mais celeridade.

261

262 A Sra. Denise abordou a proposta de definir um prazo razoável para a
263 realização da perícia. Foi sugerido que sejam estabelecidos prazos para
264 restauração, realização e conclusão da Junta Médica, de acordo com a
265 complexidade do procedimento solicitado, o que não acatado. De acordo
266 com o Artigo 10 da RN 259 de 2011, a autorização para a realização só
267 serviço ou procedimento quando necessária, deverá ocorrer de forma a
268 viabilizar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento dispostos no
269 Artigo 3º do referido normativo. Relatou a proposta de definir regras, se há
270 participação do beneficiário no processo, comunicação ao beneficiário da
271 realização da Junta e conclusão, se a análise do terceiro médico pode ser
272 feita a distância com base permitido pelo médico assistente e médico da
273 operadora, e o questionamento se o terceiro médico deve ser
274 obrigatoriamente da mesma especialidade do médico assistente. A proposta
275 foi acatada parcialmente. O terceiro médico deve ser da mesma
276 especialidade, mas não necessariamente da mesma área de atuação.
277 Quanto à contribuição de definir regras quando o médico da operadora e o
278 médico assistente não chegam a um consenso em relação ao terceiro
279 médico, tal indicação deverá ser efetuada pelos Conselhos Regionais de
280 Medicina. Para tanto foi sugerido que a ANS celebre um Acordo de
281 Cooperação Técnica com esses Conselhos, o que foi acatado parcialmente.
282 Citou a Nota nº 203/2012/GGRAS/DIPRO/ANS, segundo a qual a Junta pode
283 ser formada pelos Conselhos Profissionais ou sociedade representativa,
284 desde que reconhecida pela AMB.

285

286 A Sra. Maria Júlia, da Unimed Brasil informou que com relação a atuação
287 dos Conselhos ou das Sociedades que em alguns casos concretos eles não
288 aceitam, porque dizem que não faz parte da atribuição. Daí a solicitação de
289 que a Agência possa promover esse acordo, para que eles participem desse
290 processo.

291

292 Por sua vez, a Sra. Carla destacou que a ANS também não deve obrigá-los
293 a fazer isso. A Agência pretende, que as próprias operadoras possam indicar
294 isso, como eu disse para vocês, uma vez, duas vezes, e na terceira vai ser a
295 pessoa disponível indicada. Então vai facultar ao assistente, ao beneficiário
296 ter a sua opinião, mas se não tiver alternativa será necessário ir nesta
297 progressão. Mas obrigar os Conselhos ou fazer acordo com os Conselhos, a
298 mesma resistência que possa haver em determinadas sociedades, as
299 operadoras a agência não tem condições de sobrepujar isso. Então será
300 necessário buscar uma alternativa.

301

302 O Sr. Vinícius, do CFO pediu para acrescentar após a AMB CFO.

303

304 Em prosseguimento, a Sra. Denise destacou que a proposta de definir
305 regras, legitimidade da operadora negar procedimentos de cobertura
306 obrigatória em casos em que houver divergência de indicação, quando,
307 comprovadamente não for possível a realização da Junta Médica, por
308 ausência do médico assistente, não foi acatada. Cabe a operadora
309 providenciar a utilização do mecanismo de arbitramento.

310

311 Nesse momento, uma participante da CT não identificada esclareceu que
312 nesse caso não há ausência do médico assistente porque, pela nota da
313 GGRAS, já se está falando que são pareceres, então, na divergência dos
314 pareceres vai valer o arbitramento.

315

316 A Sra. Denise destacou o requerimento de que a realização da Junta Médica
317 seja um direito da operadora, e, portanto, não pode ser recusada pelo
318 beneficiário ou pelo médico solicitante. A decisão da Junta Médica é
319 soberana e deverá ser acatada por todos. A indicação do médico
320 representante da operadora deve ser de única e exclusiva responsabilidade
321 desta, não cabendo ao médico solicitante aceitá-la ou não. Essa proposta foi
322 acatada. Uma vez prevista a realização da Junta Médica, se recusada pelo
323 beneficiário, a operadora não estará obrigada a garantir a cobertura.
324 Apontou também que foi sugerido que quando não houver consenso entre
325 operadora e médico assistente, após sugestão de no mínimo três
326 profissionais diferentes das partes envolvidas, caberá a operadora a
327 indicação e definição do terceiro médico para realização da Junta médica, o
328 que foi acatado parcialmente. O mecanismo de arbitramento será adotado
329 nos termos da Nota nº 203 de 2012.

330

331 A Sra. Denise narrou o pedido de se estabelecer critérios para a cobertura
332 do OPME e semelhantes tais como: indicação com bases científicas,
333 obrigatória e a apresentação de laudo do médico assistente com indicação
334 comprovada e reconhecida cientificamente, não estando cobertos os
335 protocolos de cunho experimental. E cobertura obrigatória somente para
336 materiais e medicamentos com registros definitivos na ANVISA. Em
337 havendo possibilidade de escolha entre vários tipos de materiais de igual
338 qualidade, caberá a operadora a aplicação do critério de escolha garantida
339 pelas Normas da RN 262 e da ANS Resolução 1956 do CFM. Caso o
340 beneficiário por escolha própria utilize OPME ou semelhantes sem a
341 observância dos critérios estabelecidos, arcará com as despesas acima
342 daquelas havidas. Tal solicitação não foi acatada. A previsão de necessidade
343 de registro e a questão da sugestão de três marcas estão contempladas na
344 RN 211. Abordou também a sugestão de introdução de gatekeeper, médico
345 generalista a atuar como porta de entrada do sistema médico assistencial
346 prestando atenção primária. Possibilidade de registro de produto com

347 previsão de que antes da consulta com especialista o cliente deverá
348 necessariamente passar por uma triagem com profissionais da saúde e
349 médico generalista. A previsão deve estar no contrato e ser de ciência
350 inequívoca do beneficiário, contra a possibilidade de registro de produtos
351 com previsão de que antes da consulta com o especialista o beneficiário do
352 plano tenha que passar por um médico generalista da operadora. A escolha
353 do produto cabe ao beneficiário devendo constar expressamente no
354 contrato. O atendimento básico realizado por médico ou odontólogo no qual
355 será realizado o encaminhamento a serviços especializados, pode estar
356 integrado a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e
357 doenças.

358

359 Uma participante da CT não identificada questiona se quiser ter isso no
360 contrato, se isso seria possível.

361

362 A Sra. Carla esclareceu que pode. A questão aqui sempre é a seguinte,
363 pode ter algum tipo de direcionamento ou hierarquização, a lei prevê, é
364 previsto. Legalmente isso é previsto. O que hoje acontece, infelizmente, é
365 que se utilizam mecanismos de direcionamento ou hierarquização sem a
366 prévia ciência do beneficiário. Sem ele saber qual é, sem que isso conste
367 em contrato. Sabe que isso consta no livreto de orientação ou em qualquer
368 documento. O que a Agência pretende é que qualquer tipo de
369 direcionamento ou hierarquização, mesmo que legalmente previsto, ele só
370 será aceito se ele estiver tacitamente previsto no contrato e de ciência
371 inequívoca do beneficiário.

372

373 A Sra. Poliana da Proteste ressaltou ser contrária a isso, não pela forma
374 contratual, mas pela oferta. Sabe que o que é ofertado hoje ao consumidor
375 não é o que está no contrato. É hoje oferecido uma rede de livre escolha, e
376 aí depois ele vai receber esse contrato, posteriormente, provavelmente ele
377 não vai ler esse contrato porque isso vai ser enviado muito tempo depois
378 para ele. Então, assim, ele contrata acreditando que está contratando uma
379 rede credenciada de livre escolha, o que não vai ser.

380

381 A Sra. Carla ressaltou que a Agência está prevendo, inclusive, para isso, na
382 hora de escrever o normativo, que haja um documento anexo na proposta
383 de adesão ao beneficiário que explicita claramente quais são os mecanismos
384 de regulação, de direcionamento, ou de hierarquização previstos naquele
385 contrato, e que tem que ser parte integrante daquela proposta que o
386 beneficiário assina ao aderir aquele plano. Então, o que se pretende, igual a
387 você, é que ele tenha ciência, na hora que ele assina a contratação do
388 plano, ele tenha ciência.

389

390 A Sra. Poliana, do Proteste acrescenta que porque o que oferecem para ele,
391 Sr. Maurício, se sabe que é uma rede ampla.

392

393 O Sr. Maurício esclareceu que, junto com a rede, junto com a proposta de
394 adesão, e depois a Agência vi obviamente aprofundar a forma, que esteja
395 claro para ele que quando ele assina o contrato, quais são os mecanismos
396 de regulação e quais são a hierarquização e o direcionamento que possa
397 haver no contrato. Isso de forma clara e inequívoca, para que ele saiba
398 exatamente o que ele está adquirindo e comprando. Citou que tem a
399 mesma percepção, que tem certos tipos de hierarquização e
400 direcionamentos que são benéficos aos beneficiários. Então, você
401 simplesmente combater isso proibindo que ela exista não é a forma
402 adequada. O que precisa é dar ciência para que ele faça a escolha correta. E
403 ele defina de acordo com o seu perfil e de acordo com o seu interesse. Mas,
404 do ponto de vista de prática médica, falando também como médico, que
405 têm determinados direcionamentos ou hierarquizações adotadas que são
406 em prol do beneficiário, são benéficas para o beneficiário. E um segundo
407 aspecto, acha importante deixar claro nessa discussão, que a ANS teve uma
408 discussão interna prévia, e a Sra. Marta lembrou bem, que precisa mudar
409 progressivamente, sabe que isso não vai ser da noite para o dia o conceito
410 de venda de produto ou de plano em função de rede, para uma venda em
411 função da gestão de saúde. E isso muito está atrelado a mecanismo de
412 regulação e mecanismo de direcionamento e hierarquização. Então, tem
413 que olhar o lado bom do que pode ser desenvolvido ou até nas questões de
414 prevenção e promoção, que estão sendo direcionadas, linha de cuidado
415 médico. Nesse sentido, alguns tipos de hierarquização e direcionamento são
416 úteis no seu entendimento, e aí como médicos mesmo, é olhando para o
417 benefício do paciente. O que tem que caminhar cada vez mais no setor, é
418 para que isso seja o diferencial competitivo. Não apenas uma rede que no
419 fim ele sabe, sabe não, ele acaba sabendo que ele não teria o acesso
420 completo.

421

422 Uma participante da CT não identificada cita que a ANS não queria
423 burocratizar, mas com a questão da negativa por escrito a gente acaba
424 burocratizando. E aí tem que ser uma opção acho que do próprio
425 consumidor, o que recebeu a concordância do Sr. Mauricio.

426

427 Uma participante da CT não identificada informa que se ele tem uma rede,
428 que ele contratou aquela rede, e acreditando que era de livre escolha,
429 vamos ver se realmente ele vai ser consciente, se ele vai ser tão bem
430 informado de contratar o produto sabendo que não é. Mas, acha que tem
431 que ser uma opção dele, até para não dificultar cada vez mais o acesso,

432 porque o que vê hoje nos mecanismos são realmente para dificultar o
433 acesso à rede.

434

435 O Sr. Maurício esclarece que é isso que a ANS pretende, só divergindo no
436 fato de que a Agência não acham que tem que ter uma visão paternalista
437 de proibir o mecanismo que pode ser benéfico no futuro e no
438 direcionamento da gestão de saúde. Por conta de, não sabe fazer a escolha
439 adequada. Acho que bem informado todo beneficiário sabe fazer as escolhas
440 que mais lhe interessam, em última análise, mas ele precisa ser melhor
441 informado.

442

443 A Sra. Luciana do PROCON São Paulo ressaltou também ter essa mesma
444 preocupação, a questão do médico generalista. Pensa que pode sim ser
445 uma forma de burocratizar também. E levando em conta a premissa que se
446 colocou aqui na primeira reunião, que era garantir maior acesso ao serviço
447 de saúde e a sua qualidade assistencial, então o que também gera uma
448 preocupação é como garantir essa qualidade, que esse mecanismo de
449 utilização de médico generalista vai trazer efetivamente uma qualidade para
450 o consumidor, como que vai ser esse monitoramento. Destacou ficar
451 bastante preocupada com isso.

452

453 Por sua vez, o Sr. Maurício lamentou que o PROCON/SP tenha a visão de
454 que qualidade está atrelado a acesso de especialista direto. Mas, entende
455 porque hoje é a cultura vigente justamente porque a oferta é feita nesse
456 sentido. Então, hoje, a percepção de qualidade é o acesso livre a
457 especialidade a hora que quer. Claramente, na área assistencial da Agência
458 não se pensa assim. E o que a ANS pretende é não burocratizar de jeito
459 nenhum, também acha equivocada essa visão, do ponto de vista médico.
460 Mas, sem querer defender modelo, relatou só estar dizendo: pode haver
461 escolhas e alternativas de modelo, em seu entender.

462

463 A Sra. Marta acrescentou que se vive em um modelo muito complicado. Só
464 para se ter ideia de um dado, hoje a terceira causa de óbitos no idoso é
465 isso, é ele circular livremente na rede. Ele vai em um, vai em outro, vai no
466 outro, cata um monte de medicamento, toma tudo e morre. É a terceira
467 causa de óbito no idoso. Então sempre se tem dúvida e se questiona o
468 porquê. Assevera que é porque esse modelo de ter um cuidador, a porta de
469 entrada ser um cuidador que gerencie tudo, remete a um modelo de pobre.
470 Passa na na cabeça, que esse é modelo de pobre. Esclarece que não é, é
471 um modelo que salva vida. Vai precisar junto com isso mudar cultura,
472 mudar organização, mudar gerenciamento do sistema e tal. Mas, enquanto
473 organizador de um sistema de saúde, não se pode apontar para um outro
474 lugar que não seja um lugar que se sabe que está ruim.

475

476 A Sra. Luciana, do PROCON – SP, para finalizar, abordou a questão da
477 qualidade, destacando que não está se referindo ao atendimento desse
478 médico generalista, pois entende esse ponto de vista. Abordou, então, a
479 reflexão se esse médico não será também utilizado como um mecanismo de
480 não dar uma sequência nesse atendimento, o que é uma preocupação.

481

482 O Sr. Maurício complementou se ele vai ser um contendor de custo e não de
483 qualidade, é essa a sua preocupação, o que foi recebido a concordância da
484 Sra. Luciana, do PROCON – SP. Esta ilustra com o exemplo de que, hoje,
485 muitos encaminhamentos são na rede própria, então muitos consumidores
486 levantam esses questionamentos.

487

488 A Sra. Luciana do PROCON-SP questiona, por fim, como monitorar isso,
489 como ter indicadores que efetivamente esse tipo de mecanismos trará
490 qualidade para o consumidor.

491

492 O Sr. Maurício explica que acha que o primeiro é a transparência, o segundo
493 é a informação, e terceiro é uma mudança de modelo cultural que nós
494 temos que avançar. De novo, aponta não estar fazendo apologia do modelo,
495 mas só está permitindo que ele exista dentro de determinadas regras.
496 Complementa que é para tratar do modelo que hoje é utilizado talvez de
497 uma maneira não adequada, se simplesmente ignora ele, sem entender que
498 ele, se usar de uma maneira adequada, pode trazer benefícios.

499

500 A Sra. Denise citou o pedido de que ao invés de vedar a transcrição, caberia
501 mencionar que a operadora deve oferecer a guia no portal corporativo na
502 internet, em sua área destinada aos beneficiários, para que seja um
503 caminho alternativo a presença do beneficiário na sede da operadora. E
504 permitir a exigência de transcrição do pedido do médico assistente para a
505 guia de autorização da operadora. Essas propostas não foram acatadas.
506 Essa exigência dificulta o acesso do beneficiário, além disso, acarreta
507 discriminação do profissional. O fato de não exigir a transcrição do pedido
508 do médico assistente não impede o preenchimento da guia TISS pelo
509 prestador. Relatou também que não se aplica o direcionamento para os
510 casos de urgência e emergência. O direcionamento fere o direito de livre
511 escolha do consumidor, já que ele contratou o plano influenciado pela oferta
512 da rede credenciada. Os casos de direcionamento devem estar previstos no
513 contrato e ser de ciência inequívoca do beneficiário, devendo ser oportunos
514 e serem riscos para a continuidade do tratamento. Em relação aos
515 questionamentos de como harmonizar a questão da urgência/emergência
516 com um Decreto Lei que qualifica como crime qualquer ato que possa
517 alterar, atrasar, ou impedir o atendimento de urgência/emergência ao
518 paciente e como harmonizar as colocações propostas nessa Câmara Técnica

519 com a tipificação de crime, que pode ser qualificado na hora do
520 atendimento, até mesmo na transferência, esclarece que a Lei Federal nº
521 12.653/2012 tipifica o crime de condicionar o atendimento
522 médico/hospitalar emergencial a qualquer garantia. Complementa que a
523 Resolução Normativa 44 dispõe sobre a proibição da exigência de caução
524 por parte dos prestadores de serviços credenciados nas operadoras.

525

526 O Sr. João Lucena, do CNS questiona que qualquer tipo de regulação por
527 exigência que possa existir, ela então, ou esse atendimento não teria
528 qualquer garantia de que pudesse vir a ser coberto. Ou seja, o paciente é
529 atendido, e não pode solicitar nenhum tipo de garantia, não pode licitar,
530 preencher nenhum formulário administrativo, solicitar nenhum cheque
531 caução, ou seja, não pode fazer nenhuma exigência prévia a este paciente.
532 No entanto, ele poderá receber alguma negativa por elegibilidade, seja ela
533 qual for, posterior, porque, por isso solicitou a conciliação uma vez que o
534 que existe da Lei Federal, ela não permite isso. E no entanto, se tiver que
535 cumprir uma legislação, uma legislação não, uma resposta a um mecanismo
536 de regulação pós-atendimento, não tem saída como prestador, já perdeu do
537 começo.

538

539 O Sr. Maurício disse entender o problema dos hospitais, principalmente no
540 serviço de urgência e emergência. O fato é que a lei é clara no sentido de
541 você não cercear através de mecanismos de exigência do cheque caução é
542 condicional a nenhum atendimento médico, isso é a lei. E da mesma forma,
543 ANS, enquanto normativos, não quer criar essa situação. É óbvio que fica a
544 questão de quem é esse custo e essa é uma discussão que ainda está em
545 aberto, ou seja, já tentaram discutir isso tanto no Ministério da Saúde
546 quanto aqui. Por ser um serviço de utilidade pública, ele tem esse ônus e
547 bônus. Nós não achamos ainda uma solução precípua onde vai exigir do
548 cidadão beneficiário uma garantia prévia para ele ter um atendimento de
549 urgência/emergência. Não é assim que a lei entende, não é assim que a
550 Agência entende, acha que tem que continuar discutindo mecanismos
551 posteriores ao atendimento de urgência/emergência, mas cercear o acesso
552 por conta de qualquer necessidade prévia de comprovação de cobertura,
553 nós não acha que esse é um bom caminho. Então, está sendo bem direto e
554 será necessário buscar uma alternativa, mas não através do cerceamento
555 de acesso quer do cidadão do sistema público, quer do sistema privado, a
556 um atendimento de urgência e emergência, porque entende que essa
557 atividade é uma atividade que é uma concessão de utilidade pública nesse
558 país, e que todo cidadão, por lei, tem acesso de direito. Então, entende o
559 problema, não ignora ele, mas eu não acho que a solução, e até agora não
560 há uma a contento.

561

562 Dando continuidade à apresentação, a Sra. Denise abordou proposta de que
563 a vedação de não poder haver financiamento integral do procedimento pelo
564 beneficiário deveria ser restrita aos atendimentos vinculados ao rol de
565 procedimentos, de forma que pudesse haver o pagamento integral em
566 procedimentos adicionais. As regras de fator moderador em serviços e
567 coberturas adicionais não observarão as regras estipuladas no normativo,
568 devendo estar claras no material de divulgação. A proposta foi acatada
569 parcialmente. Os limites estabelecidos no novo normativo não serão
570 obrigatórios para procedimentos não cobertos pelo rol de procedimentos,
571 bem como para coberturas adicionais, desde que não ocorra o
572 financiamento integral do procedimento.

573

574 O Sr. José da Fenasaúde questiona se tem algum motivo especial para a
575 vedação de que não ocorra o financiamento integral do procedimento.

576

577 O Sr. Maurício explicou que não é permitido que haja financiamento
578 integral, pela definição o próprio plano de saúde, pela lei. No entanto
579 pergunta se ele teria um questionamento, se ele acha que isso não é
580 previsto.

581

582 O Sr. José da Fenasaúde destacou ter analisado novamente e, repetindo o
583 que os advogados dizem, que a Lei não está permitindo, não veda o
584 pagamento integral por parte do beneficiário, de algum procedimento.
585 Porque a própria Lei fala em franquia. Conceito de franquia é que a pessoa
586 é responsável pelo próprio seguro até um determinado nível de risco. Acima
587 do qual a seguradora entra. O que significa que até aquele nível de risco
588 todo o procedimento é bancado pelo beneficiário. A partir daquele momento
589 em diante é bancado pela seguradora.

590

591 O Sr. Maurício destacou que, para que não haja dúvida em relação a isso,
592 se propõe a renovar uma consulta para a Procuradoria da ANS, que já se
593 manifestou a respeito disso claramente, mas faz outra, e deixa pública para
594 todos. Na visão da Procuradoria da ANS isso é inequívoco, mas pode-se
595 refazer isso.

596

597 A Sra. Poliana da Proteste questionou, então, por que não tratar os
598 procedimentos contratados, contratualmente, previsto no contrato, pelo
599 mesmo fator moderador, pelos mesmos valores, de forma igual, tanto do
600 rol de procedimentos quanto contratado.

601

602 Em resposta, o Sr. Maurício destaca que a Agência entende que essa oferta
603 àquilo que é adicional não precisa necessariamente estar regrada por aquilo
604 que é previsto no rol. Hoje já há prática disso.

605

606 Por sua vez, a Sra. Poliana, da Proteste questiona o porquê de não se tratar
607 da mesma forma.

608

609 O Sr. Maurício respondeu que por isso que estava dizendo, porque ele é
610 adicional, ele é um benefício adicional, ele não compõe a cobertura
611 obrigatória do rol. Então, a concorrência nesse caso, se faz no sentido de,
612 por exemplo, dar um atendimento domiciliar. Não necessariamente tem que
613 ser no mesmo percentual daquilo que é praticado nos benefícios constantes
614 do rol. O transporte aeromédico, por exemplo, não necessariamente deve
615 seguir a mesma linha de franquia e coparticipação. Então, todos os
616 produtos adicionais, ou benefícios adicionais da nossa visão, e a prática já é
617 assim, e não vê grandes problemas, eles são benefícios adicionais que
618 podem ter o formato muito mais livre do que propriamente a cobertura
619 mínima do rol.

620

621 A Sra. Denise destaca que se engessar muito a oferta desses serviços
622 adicionais, pode-se desestimular a oferta. E aí todos os consumidores vão
623 ficar só com o que está obrigado na lei mesmo, só com a cobertura mínima
624 do rol e da lei, quando poderiam ter acesso a serviços adicionais, ainda que
625 com regras. Mas eles querem, existe interesse por esse tipo de serviço.
626 Então o inverso poderia impedir a oferta desse tipo de serviço, e aí ninguém
627 tem acesso a nenhum tipo de serviço, a não ser particular.

628

629 Nesse sentido, o Sr. Maurício destaca que não quer estimular nem coibir, só
630 achando que não precisa regular aquilo que é oferta adicional, um plus que
631 pode ser dado com um formato que seja, obviamente, de regras claras e
632 legíveis e de ciência do beneficiário.

633

634 O Sr. Flávio da Fenasaúde destacou ter sido mencionado que será
635 estabelecido um limite em relação a coparticipação e franquia. E foi tema
636 das reuniões passadas uma série de propostas, algumas que, em sua visão,
637 trazem complicação para explicação do beneficiário em razão de uma série
638 de pré-requisitos e pré-cálculos, e queria saber então se já foi decidido
639 quais serão esses limites ou se será tema aí de outra.

640

641 O Sr. Maurício informou que não, será tema. Até em função do que foi
642 discutido é que retrocedeu no sentido de, a base disso foi feita em cima de
643 um estudo, se não me engano, realizado entre 2005 e 2006, que entende
644 que, se quiser estabelecer um limite, será necessário refazer, mas a ideia é
645 talvez dar até maior flexibilidade na composição de fator moderador e
646 franquia. Franquia, evidentemente dentro da não integralidade na nossa
647 ótica, os limites são mais elásticos. A coparticipação, a ideia é estabelecer

648 um limite percentual por cada procedimento e um teto limite, mas que seja
649 mais elástico, e depois discutir e, óbvio, trazer essa discussão aqui. O que
650 não entende que seja razoável nem do ponto de vista do consumidor e nem
651 do ponto de vista do setor, é deixar isso frouxo de tal forma que o indivíduo
652 que, hoje um plano médio no setor custa cento e vinte reais, o valor médio
653 de um plano de saúde cento e trinta reais. Mas há planos de mil reais. O
654 que não entende razoável é que um determinado consumidor de repente
655 pague três vezes ou quatro vezes a mensalidade em fator moderador ou em
656 franquia por uma utilização extemporânea ou com determinada
657 sazonalidade, e ele pague três, quatro vezes a sua mensalidade por razões
658 de fator moderador e franquia. Então, discutir algum limite que não seja
659 nem em relação talvez a mensalidade que ele paga, mas a mensalidade
660 maior do que aquilo que tinha sido estudado, era a mensalidade da faixa
661 etária maior do produto que ele está inserido. Para que haja um limite, um
662 teto final da coparticipação e da franquia. Como isso foi um objeto de
663 discussão nas últimas reuniões, será necessário retomar aí essa discussão
664 internamente e propor para a CT alguma coisa. Mas acha razoável, pelo
665 menos desejável, que se estabeleça algum limite, não deixe isso
666 absolutamente livre, porque pode ter situações esdrúxulas, que é onde a
667 coparticipação ou franquia vão exceder e muito a mensalidade que aquele
668 beneficiário paga pelo plano de saúde. É isso que não deseja. Agora, acha
669 que é preciso aprofundar e atualizar esse estudo para que não haja uma
670 discrepância entre a realidade e custos, e aquilo que é possível fazer.

671

672 O Sr. Antunes, da Fenasaúde destaca já entregado algum material para a
673 Agência, com uma interpretação bastante positiva com relação à franquia,
674 olhando sempre esse mecanismo como um fator de redução de prêmio, e aí
675 bastante alinhado com a sustentabilidade, enfim, de fazer um incremento
676 de crescimento. Acha, talvez, que o grande problema dessa integralidade
677 desse procedimento é que em alguns momentos, por exemplo, na CONSU
678 fala integralidade do procedimento e na lei fala da assistência. E aí quando
679 fala em procedimento se está falando em hemograma. E aí quando vai falar
680 em assistência está falando de uma coisa muito maior. E aí quando se
681 chega no hemograma, a integralidade é quatro reais, e aí julga necessário
682 destravar esse assunto procedimento e assistência e criar um limitador que
683 não seja ofensor, mas sair da história do procedimento. Porque a lei não
684 fala em procedimento. Se for pegar lá na lei, no Artigo 1, ela fala
685 assistência médica. O procedimento, a norma fala na CONSU 8, aí ela fala,
686 aí sim, que acha que foi o problema, porque quando se fala procedimento,
687 aí cai no hemograma, na ressonância, enfim. Se estabelecer, tirando
688 aquelas exclusões da oncologia, enfim, na verdade está buscando aquele
689 que usa de uma forma desorganizada o sistema, como a Marta levantou
690 muito bem ontem na Câmara o seu comentário, a quantidade de consultas
691 feitas é uma forma desnecessária. Entende ser necessário combater esse

692 tipo de coisa. O errado então é o seguinte, só que está visando o
693 mecanismo como uma forma de ser um grande redutor de preço e trazer o
694 consumidor de uma forma responsável para esse consciente desse
695 consumo, que ele saiba efetivamente, sem que isso seja efetivamente uma
696 desassistência.

697

698 O Sr. Maurício informou não precisar combater isso. O exemplo dado é
699 muito bom, e entende, quando se fala do hemograma, mas o inverso
700 também é verdadeiro. Então, quando o inverso é verdadeiro e o
701 procedimento tem um custo muito elevado, e a coparticipação dele se torna
702 muito elevada proporcionalmente ao que ele paga, entende que ele tem que
703 ser um mecanismo redutor do prêmio, mas ele não pode ser um mecanismo
704 de antioscilação que penaliza o sujeito quando ele mais precisa. Então,
705 veja, é só isso, é preciso encontrar esse limite. E esse limite, lógico, tem o
706 limite da integralidade ou não do procedimento, isso vai se chegar a um
707 bom termo, sem dúvida. Mas tem que ser um limite que não ofenda ele, na
708 hora que ele mais precisa, ao ponto de inibir a utilização do recurso que ele
709 tem direito. Então, é só isso, não havendo nada contra a franquia e
710 coparticipação. O que é contra é o uso exacerbado que torna proibitivo a
711 utilização quando ele mais necessita, só isso. Assim, será necessário
712 aprofundar um pouquinho mais essa discussão.

713

714 O Sr. Antunes, da Fenasaúde informou ser esse o motivo que na última
715 reunião pediu para ter, de repente uma reunião exclusiva, por material para
716 falar de exemplos do Brasil.

717

718 O Sr. Maurício informou também achar que tem que analisar com mais
719 carinho. Agora, o conceito é esse, que fique claro qual é a posição da
720 Agência. A Agência não quer que mecanismos de franquia e coparticipação
721 seja um mecanismo de inibição de utilização quando o beneficiário precisa,
722 só isso.

723

724 A Sra. Denise detalhou o pleito de que às operadoras exclusivamente
725 odontológicas é permitido o sistema misto de pagamento, no qual diversos
726 procedimentos podem ser cobrados integralmente dos beneficiários, de
727 forma que o limite pretendido não seria razoável com as práticas em vigor,
728 que permitem, inclusive, o pagamento integral, de forma que não justifique
729 vedar um percentual superior a trinta por cento. A proposta não foi acatada.
730 A regulação em discussão refere-se a capacitação e franquia, não irá
731 participação e franquia, não irá haver alteração nos conceitos relativos aos
732 planos em pós-pagamento ou misto.

733

734 A Sra. Denise deu prosseguimento à apresentação, mostrando a proposta
735 de que a regulação a ser elaborada não vincule se o pagamento ao
736 prestador de serviços no valor da franquia ou a coparticipação será feito
737 pela operadora ou pelo beneficiário. A proposta não foi acatada. Não será
738 permitido o pagamento ao prestador, pois o contrato do beneficiário é com
739 a operadora. A proposta para o beneficiário pagar a coparticipação
740 diretamente ao prestador de serviços é de difícil adoção, já que o prestador
741 de serviço deverá ter conhecimento do valor da coparticipação e de seus
742 limites máximos de cobrança, de todos os produtos. Essa proposta foi
743 acatada. A contribuição de que a coparticipação seja parte efetivamente
744 paga pelo beneficiário a operadora de plano ou seguro privado de
745 assistência saúde ou prestador de serviços após a realização de
746 procedimento não foi acatada. Não será permitido o pagamento ao
747 prestador, pois o contrato do beneficiário é com a operadora. Tratou
748 também da sugestão de que a Franquia seja modalidade e mecanismos de
749 regulação financeira na qual o beneficiário custeia a assistência contratada
750 até o valor estabelecido em contrato. Nessa modalidade, a exclusão da
751 responsabilidade da operadora até o limite desse valor. A partir desse
752 montante, a responsabilidade pelo pagamento passa ser da operadora. Essa
753 proposta não foi acatada. Nos termos da Lei n.º 9656 de 98, não pode
754 haver isenção da responsabilidade da operadora, principalmente em
755 decorrência do conceito de integralidade dessa assistência, rol, dentro da
756 segmentação. Por este motivo deve-se manter a vedação ou financiamento
757 integral do procedimento.

758

759 O Sr. Antunes, da Fenasaúde informou que entende existir uma diferença
760 muito grande entre franquia e coparticipação. Assim, enquanto se estiver
761 falando de franquia com coparticipação, vai ficar muito difícil discutir. Ou
762 realmente se olha a franquia como uma forma em que ele escolha
763 opcionalmente de ter uma franquia e ter um preço por essa franquia menor
764 do que ele possa pagar, de acordo com o bolso dele, e a partir daí essa
765 franquia seja até um agente de uma poupança para ele usar, e lá na frente
766 pode usar um VGBL saúde, ou uma poupança, para que ele use essa
767 franquia, e que possa ser até um rendimento futuro para a sua
768 aposentadoria, só consegue ver assim. Então, acha que a Câmara tem que
769 fazer um movimento para o futuro e que seja consistente. Acha que essa
770 mudança da franquia, do ponto de vista, da forma como enxerga, a
771 experiência ocorrida em automóvel, dez anos, vinte anos atrás, onde não
772 tinha franquia, e que foi um conceito no mundo inteiro, a diferença é que no
773 automóvel ele é obrigatório, e na saúde ele não deveria ser opcional, você
774 traz, você insere o consumidor dentro do contexto responsável desse
775 consumo.

776

777 O Sr. Maurício destacou ter entendido o ponto de vista relatado, mas a
778 visão pela regra atual dentro da Agência não é este. Então, e isso está
779 atrelado ao que foi dito, se a integralidade da assistência é diferente da
780 integralidade do procedimento, e na visão da Procuradoria da Agência na
781 hora de olhar para a lei que rege a nossa atividade permite que haja
782 integralidade do pagamento por parte do beneficiário sem a
783 responsabilidade ou com a isenção até aquele limite da operadora, pode ser
784 possível voltar a discutir esse assunto sob uma nova ótica. Caso contrário,
785 não é possível a discussão desse assunto dentro dessa ótica. É tão simples
786 quanto isso. Na visão de hoje, isso não é possível. Agora, para que não
787 fique uma coisa de turrão, pode-se vamos voltar esse assunto junto com a
788 Procuradoria da Agência.

789

790 O Sr. Antunes da Fenasaúde sugeriu entregar um material para a Agência,
791 fazendo referência à recepção de um material de franquias pela Sr. Carla.
792 Inclusive relatou ter levado uma apresentação, não daria tempo para fazer.

793

794 O Sr. Antunes da Fenasaúde informou achar que isso é importante para o
795 setor. Então pediu essa oportunidade de apresentar o seu ponto de vista,
796 até na parte regulatória como a Fenasaúde enxerga a franquias separada da
797 coparticipação.

798

799 O Sr. Maurício, para deixar claro para todos, esclareceu que no
800 entendimento hoje da Agência a franquias é limitada até o limite que no
801 procedimento que na assistência conforme entendimento, mas ela não
802 isenta a operadora da sua responsabilidade financeira, e ela não pode ser
803 posta além do limite financeiro do procedimento da assistência. Informou
804 que irá voltar isso à Procuradoria, e se comprometeu a trazer na reunião
805 seguinte qual é a definição. Porque também não adianta a gente ficar
806 discutindo duas horas conceitos, que de repente na visão e na ótica da
807 Agência ele não é possível de ser adotado, por questões legais. E aí, pode-
808 se discutir quantas vezes quiser, mas seria preciso mudar a lei e mudar o
809 entendimento. Então, acha que pode avançar, e fica claro que a posição é
810 essa face hoje o entendimento vigente na Agência.

811

812 O Sr. Maurício informou já ter entendido, já ter o material, e o material está
813 no site já disponível. E se volta esse assunto na reunião seguinte, em
814 função daquilo que for definido.

815

816 Uma participante da CT não identificada – Mas com relação a apresentação,
817 já houve um pedido da Fenasaúde para fazer uma reunião com a equipe
818 técnica para explicar. Então esse pedido foi acatado e será agendada essa

819 reunião, para que vocês se possa fazer essa apresentação, explicar e para
820 que isso possa até subsidiar a consulta para a Procuradoria.

821

822 A Sra. Virgínia, da ABRAMGE sugere que nessa consulta à Procuradoria seja
823 manifestado que se esse entendimento que está sendo trazido sobre a Lei
824 9656 aqui vedar financiamento integral, já fere normativos em vigor da
825 ANS, pois o sistema misto de pagamento ele prevê o financiamento integral
826 na odontologia, e a RN 40 ao vedar o sistema de desconto, tem lá o Artigo
827 1, parágrafo único que excepciona dizendo que é possível o financiamento
828 integral naqueles casos em que não estiver contido no rol.

829

830 A Sra. Denise abordou propostas de definição da franquia equivalente ao
831 ramo de seguro e proposta de adotar mecanismo relacionado ao produto
832 americano HSA.

833

834 O Sr. Maurício destacou achar que tudo o que se referir a isso não é preciso
835 insistir, porque senão vai acabar voltando ao velho assunto.

836

837 A Sra. Denise detalhou a proposta de que o Fator moderador possa ser em
838 moeda corrente, franquia, e fator moderador em percentual coparticipação,
839 a qual foi acatada. Quanto aos prós e contras apresentados pela ANS para
840 adoção de moeda corrente ou do percentual, citou a proposta de que devam
841 ser possibilitadas as duas formas de cobrança, devendo restar claro para o
842 beneficiário seja em contrato, no manual do beneficiário ou em outro
843 material entregue ao contratante. Essa proposta foi acatada parcialmente.
844 Uma vez que ambas deverão ser pagas a operadora, poderá ser adotado o
845 conceito de que a franquia será em valor e a coparticipação em percentual.
846 A sugestão de inexistência de percentual limitador da coparticipação, sendo
847 permitido qualquer percentual que não represente o custo total do
848 procedimento, somente sendo permitido o pagamento integral dos serviços
849 não vinculados ao rol, não foi acatada. Nenhum pagamento integral deverá
850 ser permitido, o percentual limitador da coparticipação é necessário para
851 delinear o limite entre a regulação do mau uso e a inibição do uso, sendo
852 obrigação da ANS cuidar para que tais casos não ocorram. Tratou também
853 da contribuição de estabelecer que a coparticipação fique limitada a um
854 determinado valor por procedimento realizado. O valor do fator moderador
855 poderá estar limitado a um valor correspondente a percentual da
856 mensalidade da última faixa etária, para todos os procedimentos, assim
857 como já proposto nos casos de internação. Os percentuais propostos de
858 vinte a trinta por cento não representam ao beneficiário qualquer tipo de
859 garantia de que o fator moderador será financeiramente acessível.
860 Necessidade de estudos quantitativos demonstrando que esses percentuais
861 são aqueles que delimitam o corte entre o acesso e a barreira ao uso.

862 Acatada parcialmente. Será analisada a possibilidade de estabelecer um
863 limite de cinquenta por cento.

864

865 O Sr. Maurício citou que a mesma questão falada anteriormente ao limite,
866 foi o porquê dos cinquenta. Não está falando será cinquenta, mas que será
867 estudado. A questão dos cinquenta é o mesmo princípio do que se ele paga
868 sessenta por cento quem está beneficiando é o beneficiário e não a
869 operadora, na coparticipação. Então, a ideia é, não se pode estudar um
870 limite para mais, para menos, para cá, para lá, mas, mais do que cinquenta
871 por cento, teoricamente quem está pagando o atendimento é o beneficiário
872 e não a operadora. É o mesmo princípio. Então, acha que a Agência pode
873 analisar, pode estudar, mas a ideia, de novo, perante aquilo que se tem
874 entendimento, é que no máximo isso deve ser até cinquenta por cento.

875

876 A Sra. Denise deu continuidade à apresentação tratando da manifestação
877 contra a imposição de limites de coparticipação, que não foi acatada. O
878 percentual limitador da coparticipação é necessário para delinear o limite
879 entre regulação do mau uso e inibição do uso, sendo obrigação da ANS
880 cuidar para que tais casos não ocorra. Tratou também da proposta de
881 permitir o financiamento integral de um ou outro dentro do grupo, desde
882 que na sua totalidade e de estabelecer que não haja participação do
883 beneficiário em caso de internação, o operador é livre para adotá-lo ou não.
884 Narrou também o comentário de que o fator moderador financeiro deve
885 desestimular a internação desnecessária e não deveria ter um valor inferior
886 ao que o beneficiário terá de arcar em determinados procedimentos
887 ambulatoriais. A intenção manifestada na proposta seria de estabelecer um
888 limite em valor correspondente a um percentual da mensalidade da última
889 faixa etária. Para todos os procedimentos assim como já proposto nos casos
890 de internação. Para os contratos em custo operacional seja permitido aplicar
891 o fator moderador internação em valor monetário para cada internação com
892 limite máximo de até trinta por cento do valor médio das internações. Tal
893 proposta será melhor avaliada.

894

895 O Sr. Maurício informou não ter a resposta definida para isso e que, após
896 estudos, será trazida uma resposta.

897

898 A Sra. Denise abordou a sugestão que o mecanismo de coparticipação
899 possa, inclusive, ser estendido para o pagamento de órteses, próteses e
900 materiais especiais. Tal proposta não foi acatada, pois as coparticipações
901 devem ser vinculadas aos procedimentos. Em caso de uma utilização de
902 uma OPME a coparticipação deve estar vinculada ao procedimento e não ao
903 material, assim sendo, deve ser observado o limite definido em contrato para
904 esse evento, seja decorrente de internação ou procedimentos ambulatoriais.

905

906 Membro da CT não identificado reforçou que a lei não fala em
907 procedimento, a lei fala em assistência médica, e quem fala do
908 procedimento é o CONSU 8. Então, a coparticipação para OPME no seu
909 ponto de vista, olhando essa assistência médica como está na lei, ela é
910 permitida sim, pela lei.

911

912 O Sr. Maurício esclareceu que essa não é uma questão de lei não, é de
913 filosofia mesmo. Não há concordância com isso, o que foi compreendido
914 pelo Membro da CT.

915

916 De forma complementar, o Sr. Maurício esclareceu que estabelecer limites
917 em função de vai utilizar e qual prótese vai utilizar não é possível. Essa, não
918 concorda do ponto de vista médico, inclusive. Está embutido.

919

920 A Sra. Denise relatou a proposta quanto ao fator moderador para
921 internações, sobre o que foi sugerido que seja permitida a utilização de
922 fator moderador por diária, de forma que fique menos onerosa para as
923 pequenas internações. Por esse mesmo motivo foi sugerido que o fator
924 moderador financeiro possa ser variável conforme o tempo ou custo da
925 internação, desde que respeite o limite máximo, como por exemplo, o valor
926 da contraprestação pecuniária do plano. Em estudo, o escalonamento será
927 analisado, desde que o valor máximo cobrado esteja de acordo com os
928 limites impostos no normativo, e que não haja financiamento integral do
929 procedimento. No entanto, é contra a cobrança de coparticipação por
930 número de diárias na internação. Quanto à internação psiquiátrica, foi
931 recomendado que a norma sobre mecanismos de regulação reitere o
932 previsto na RN 211 de 2010, para que todas as regras sobre mecanismos
933 de regulação estejam contempladas com um único normativo. Nesse ponto,
934 esclareceu que regras para internação psiquiátrica serão mantidas. Acerca
935 do pedido de se possibilitar a cobrança de fator moderador para psiquiatria,
936 ainda que para as demais coberturas e não esteja prevista, informou que
937 não foi acatada. Apenas em planos com fator moderador poderá haver a
938 cobrança de fator moderador em internações psiquiátricas. No entanto, nos
939 planos que não prevejam fator moderador, só poderá haver a previsão a
940 partir do trigésimo dia. Quanto à discussão sobre a cobrança de fator
941 moderador financeiro nos atendimentos de urgência/emergência não deve
942 ocorrer essa proibição, sendo, portanto, acatada. Tal isenção poderia ser
943 certa forma estimular o uso em demasia de pronto atendimento.

944

945 O Sr. Maurício observou que teoricamente não teria essa intenção, mas
946 infelizmente hoje não se pode ignorar o fato que os prontos socorros desse
947 país viraram grandes ambulatórios. Oitenta por cento dos atendimentos que
948 ali se fazem não são de urgência/emergência. O fato de se isentar a
949 coparticipação nos prontos socorros, induz um comportamento ainda mais

950 excessivo em relação a este recurso. Então, embora com dor no coração, a
951 gente entende que no momento não é possível fazer essa distinção que
952 seria bastante aceitável e desejável.

953

954 A Sra. Denise relatou a proposta de que a isenção de um fator moderador
955 no acompanhamento de doenças crônicas somente deva existir como
956 premiação em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças
957 como um incentivo a participação nos programas. Deve-se esclarecer os
958 procedimentos relacionados ao acompanhamento de doenças crônicas, o
959 que foi acatado. O pleito da vedação de utilização de fator moderador
960 financeiro durante a gestão e puericultura, além de majorar o custo desses
961 planos, é de difícil acompanhamento pela operadora foi acatado
962 parcialmente. A vedação proposta nos casos de gestação e puericultura
963 também se restringirão ao âmbito dos programas de promoção da saúde e
964 prevenção de doenças. Tratou da proposta de que a regra deva deixar claro
965 que apenas a própria operadora efetuar o direcionamento ou o
966 encaminhamento é que não será cobrado o fator moderador financeiro na
967 consulta, sendo permitida a cobrança tanto nos procedimentos quanto nos
968 encaminhamentos efetuados diretamente pelos cirurgiões dentistas, o que
969 foi acatado. Abordou, ainda, o comentário de concordância com a não
970 cobrança de fator moderador nos procedimentos de hemoterapia,
971 quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva, porém, o fator
972 moderador para procedimentos como fisioterapia, terapia ocupacional,
973 acupuntura, fonoaudiologia, dentre outros, devem ser mantidos, o que foi
974 acatado. O mesmo foi informado em relação à possibilidade de criar uma
975 tabela de referência revista anualmente para propiciar o reajuste dos
976 mecanismos de regulação financeira em percentual e a franquia, também
977 acatado. A tabela irá trazer maior transparência para as cobranças e servirá
978 para manter atualizados os valores de coparticipação estipulados em
979 percentuais aplicáveis aos valores de procedimentos dispostos na tabela.
980 Abordou também a proposta de ser permitida a adoção de mecanismos de
981 regulação diferenciados por prestadores como uma forma de
982 direcionamento. Exemplo: rede própria X, rede credenciada, rede própria
983 versus rede credenciada, consultas em consultórios versus consultas em
984 hospitais, diferenciação por município acatada parcialmente. A ideia é que a
985 tabela de referência possua os valores pagos pela operadora aos
986 prestadores por procedimento e não por prestador. Todos os beneficiários
987 pertencentes ao mesmo plano e contrato, quando utilizarem o mesmo
988 procedimento devem pagar o mesmo fator moderador independente do
989 prestador escolhido. Fica facultada a operadora a isenção da cobrança de
990 fator moderador em determinados prestadores desde que previsto em
991 contrato. A proposta de possibilitar direcionamento por meio de isenção da
992 cobrança do fator moderador em determinados prestadores foi acatada.

993

994 Membro da CT não identificado perguntou por que a isenção e não a
995 redução ou outra forma no sentido de incentivo a usar um prestador em
996 relação a outro. Por que só a isenção.

997

998 O Sr. Maurício esclareceu que é porque entende que essa é a forma, ou
999 seja, que a questão do direcionamento não deve ser estimulado por
1000 mecanismos de regulação, como princípio, em sua visão. Em termos de
1001 regulação é evitar o uso abusivo, não é instrumento de direcionamento. Se
1002 quer fazer um direcionamento estabelece regras em contrato, como a gente
1003 estabeleceu, mas não utilizando como regra de direcionamento. Agora, para
1004 casos que a operadora tenha algum interesse ela pode isentar o
1005 beneficiário, e isso a gente deixa claro, mas não criar tabelas progressivas
1006 ou regressivas de prestadores, porque aí em função da questão econômica,
1007 você vai criar um direcionamento em função de mecanismos de regulação.
1008 Não é isso que se pretende, o que a gente pretende é inibir o uso abusivo, e
1009 não o direcionamento em função do mecanismo financeiro. É só isso, ok?

1010

1011 A Sra. Denise continuou a apresentação narrando ser contra a cobrança de
1012 coparticipação diferenciada por credenciado, tendo em vista que além de
1013 ferir a liberdade de escolha do consumidor, pode também gerar um
1014 direcionamento não previsto. Portanto, foi catada parcialmente.

1015

1016 Acerca do pedido de tornar obrigatório o uso de mecanismos de regulação
1017 financeira, seja franquia ou coparticipação, ao menos em consultas, e
1018 exames, e tratamentos seriados, a Sra. Denise informou não ter sido
1019 acatada. Já a proposta de que a oferta de plano com ou sem fatores
1020 moderadores é decisão de cada operadora, sendo contra tornar obrigatório
1021 o uso foi acatada. O pleito de permitir a cobrança da coparticipação a partir
1022 da liberação do procedimento não foi acatado. Já a contribuição de que o
1023 pagamento da coparticipação não deva ficar vinculado à simples autorização
1024 de realização do procedimento, tendo em vista que a autorização não é
1025 garantia da efetiva realização do procedimento foi acatada.

1026

1027 A Sra. Denise abordou a contribuição acerca da possibilidade de inserir
1028 novos mecanismos de regulação financeira no reajuste quando o plano já
1029 contempla essa característica, e não apenas majorar as coparticipações
1030 existentes. Essa contribuição não foi acatada. Conforme o Artigo 22 da
1031 Resolução Normativa n.º 85 de 2004, para fins de alteração do registro de
1032 produto, não existindo beneficiários vinculados ao plano, poderá ser
1033 alterada qualquer das características constantes no registro. Existindo
1034 beneficiários vinculados ao plano poderão ser alteradas a rede hospitalar, o
1035 nome do plano e itens que configurem a ampliação de cobertura
1036 assistencial, ou do acesso a rede e que não implique em ônus financeiro
1037 para os beneficiários, nos termos dos Inciso I a III do parágrafo 2º do

1038 Artigo em questão. Relatou também o comentário que para que as
1039 operadoras possam operacionalizar as mudanças decorrentes da nova
1040 regulação, sem necessidade de registro de novo produto é imprescindível
1041 que a RN 85 de 2004 seja alterada, permitindo-se expressamente a
1042 alteração do produto quanto ao fator moderador, seja para inclusão ou
1043 exclusão. Essa proposta não foi acatada. Considerando que a presença do
1044 fator moderador é uma característica do produto, a sua alteração
1045 desconfiguraria o produto originalmente registrado. A proposta de permitir a
1046 cobrança de multa ou coparticipação quando da ausência às consultas foi
1047 acatada parcialmente. Caso fosse acatada, em caso de ausência ou atraso
1048 do prestador, às consultas agendadas caberia multa a operadora.

1049

1050 O Sr. Maurício esclareceu que é evidente que não quer acatar, mas se fosse
1051 para acatar teria que ser bilateral, ou seja, cobra-se a coparticipação dos
1052 usuários, mas também cobra-se o atraso quando ela não ocorrer.

1053

1054 A Sra. Denise comentou que o pedido de que quando o beneficiário não
1055 comparecer ao atendimento, o prazo para o segundo atendimento seja
1056 contato em dobro, não acatado. Os prazos de atendimento preconizados
1057 pela Resolução Normativa n.º 259 de 2011 serão mantidos, sem qualquer
1058 tipo de interrupção ou suspensão.

1059

1060 O Sr. Maurício destacou que hoje a questão de ausência, absenteísmo em
1061 consulta é um problema e acha que tem que ser atacado. E quer incentivar
1062 campanhas no sentido de esclarecimento, que esse é um problema que tem
1063 que ser atacado, principalmente quando se estabelece prazo. Agora, não se
1064 deve fazer isso através de multa nem penalização do beneficiário. É Preciso
1065 ser criativo e criar mecanismos de que ele tome providência no sentido de
1066 desmarcar e não faltar, etc. Mas não desta forma.

1067

1068 A Sra. Denise destacou ter sido acatada a proposta de que as alterações
1069 sejam impostas apenas aos contratos celebrados após a vigência de
1070 regulação, não sendo obrigatórias aos contratos existentes anteriormente a
1071 lei.

1072

1073 O Sr. Maurício informou que é o normativo, não a lei e que tem um erro
1074 aqui.

1075

1076 Uma participante da CT não identificada falou que com relação a limites, por
1077 exemplo, isso claro vai atingir todos os contratos. Então, se estabelece um
1078 limite de cinquenta por cento e tem contrato com setenta/oitenta por cento
1079 vai ter que retroagir. Esse acatado é acatado parcialmente. Quer dizer,
1080 novas regras ou inclusão de coparticipação, os beneficiários que tem

1081 produtos que não tem coparticipação, eles vão continuar com produtos sem
1082 coparticipação. Então a regulação, ela é daqui para frente, mas as regras
1083 operacionais de limites, elas atingem a todos os contratos.

1084

1085 O Sr. Maurício informou que como ainda não foi estabelecido e definido,
1086 ainda será discutir isso com a CT. Está entendendo que vai precisar fazer
1087 mais uma reunião para discutir esses pontos que ficaram em aberto.
1088 Aqueles que persistem nessa discussão e a complementação do que nós
1089 precisamos estudar, acha que há necessidade de mais uma reunião pelo
1090 menos, e vai agendar isso até em função do que a Agência conseguir
1091 produzir de respostas daquilo que está pendente.

1092

1093 Uma participante da CT não identificada relatou que já teve outras Câmaras
1094 Técnicas, que já fosse apresentada uma Proposta de Minuta.

1095

1096 O Sr. Maurício destacou que como tinha muito ponto em aberto, sem
1097 apresentação, não fazia sentido ainda ter a redação. Mas acha que a gente
1098 pode ir progredindo nela e deixar essas questões de franquia e
1099 coparticipação em termos de definição e limites, para essa próxima
1100 discussão.

1101

1102 A Sra. Ana Paula pediu para que a Agência analise isso. É justamente nessa
1103 questão dos percentuais que interfere em toda a questão administrativa da
1104 operadora e financeira, e se isso retroagir foi feito todo um cálculo atuarial
1105 para comercialização daqueles produtos anteriormente, e vai causar um
1106 desequilíbrio econômico/financeiro na operadora, que vai ser irrecuperável.

1107

1108 O Sr. Maurício disse que entende.

1109

1110 Assim, a Sra. Ana Paula pediu que a ANS analise, que pondere essa
1111 situação, e veja uma maneira da gente conseguir equilibrar isso também.

1112

1113 O Sr. Maurício destacou que acatou isso por hora, até definir exatamente
1114 isso, essas questões de limites, e qual o impacto que ele trás. Se há
1115 impacto, é evidente que a Agência vai analisar isso. O interesse não é
1116 quebrar o mercado de jeito nenhum.

1117

1118 A Sra. Denise, da Unidas comentou que em reuniões anteriores houve uma
1119 proposta, feita pela Unimed, e a Unidas não constou na sua proposta, mas
1120 que ficou curiosa de qual seria a posição, que foi relacionada a OPME. É que
1121 viu que as alterações foram muito focadas na CONSU 8 e RN 85. Aí, até
1122 resgatou no site, é uma que a Unimed propõe, e foi acatado, e lembra na
1123 época quando foi discutido aqui, e corrigiu, não foi acatado, mas houve a

1124 concordância por parte dos outros segmentos, sobre discutir critérios de
1125 coberturas de OPME com medicina baseada em evidências, protocolos, e
1126 não estando cobertos protocolos de cunho experimental. Houve uma
1127 proposta nesse sentido, e também coberturas obrigatórias somente de que
1128 fossem autorizadas pela ANVISA.

1129

1130 O Sr. Maurício informou que acha que o conteúdo foi passado.

1131

1132 A Sra. Denise, da Unidas se desculpou, mas não viu. Questionou se saiu
1133 não acatado. Se desculpou mais uma vez, estava acompanhando, mas não
1134 viu.

1135

1136 O Sr. Maurício destacou que poderia ser explicado e pede que seja
1137 esclarecido pela Sr. Marta.

1138

1139 Antes, a Sra. Denise, da Unidas queria fazer a proposta da gente manter
1140 esse Fórum, inclusive para aprofundar as discussões com relação a essa
1141 matéria, que é um assunto que inclusive foi abordado pela Fenasaúde no
1142 dia anterior na Câmara, que é um assunto de preocupação de todo
1143 segmento. O tema de incorporação tecnológica e enfim...

1144

1145 A Sra. Marta lembrou que na verdade ali tinham vários assuntos juntos. E a
1146 demanda que estava na planilha era um fator de coparticipação diferenciado
1147 para OPME do procedimento principal. Isso não foi acatado. Essa outra
1148 discussão, como não é dentro da regulamentação de MAT/MED, está
1149 estudando sim um grupo, tem até uma proposta paralela ao grupo do rol
1150 para estudar exclusivamente OPME e MAT/MED.

1151

1152 A Sra. Marta informou que pretende fazer separado, duas coisas separadas.

1153

1154 A Sra. Denise destacou que colocou como não acatado para esse Fórum de
1155 Mecanismos de Regulação, porque isso diz respeito mais a cobertura do que
1156 a própria gestão de uso, gestão da demanda. Então, quer dizer, as regras
1157 de cobertura ou de incorporação no rol ou não, de indicação, de utilização,
1158 vão ser feitos em um outro Fórum.

1159

1160 O Sr. Maurício esclareceu que da mesma forma a questão de corporação
1161 tecnológica, entende que tem que abordar, e isso foi colocado na questão
1162 da agenda regulatória. Pretende sim abordar, mas também não quer trazer
1163 para essa discussão de mecanismos de regulação, porque senão a CT não
1164 fecha o assunto, e tem o compromisso de fechar o assunto. E esse assunto
1165 é importante. E isso faz parte do tripé de acesso de garantias de
1166 atendimento, isso é muito importante para a Agência, atualizar os

1167 processos de mecanismos de regulação. Isso tem um impacto no dia a dia
1168 do consumidor muito grande. Então, a intenção é avançar nisso, e óbvio,
1169 outras discussões não a ANS não vai se furtar a ter, mas não quer confundir
1170 as coisas.

1171

1172 A Sra. Marta informou que o que é macro vai ter que ter marco
1173 experimental, estético, não é só a OPME, tem vários procedimentos. Agora,
1174 para tratar de OPME exclusivamente, aí vai fazer a coisa da similaridade,
1175 enfim, aquela discussão mais especial separada.

1176

1177 Uma participante da CT não identificada apontou ter pedido a palavra para
1178 falar disso, porque no slide, uma das razões das fundamentações pelo não
1179 acatamento era exatamente a previsão que já tem na 211 de que a
1180 operadora pode solicitar três marcos. E aí deu a impressão de que não foi
1181 acatado nenhum daqueles itens em relação a OPME. E aí só queria reforçar
1182 que embora exista essa previsão, na prática não consegue ainda realizar.
1183 Isso em muitas situações. Entendeu? E aí a proposta era poder rediscutir,
1184 ou seja, se há abertura para uma rediscussão a respeito disso, o que foi
1185 confirmado pelo Sr. Maurício.

1186

1187 Uma participante da CT não identificada citou que sua proposta é que no
1188 normativo conste que, por exemplo, autorização para OPME, seja de acordo
1189 com o normativo específico, ou com o rol.

1190

1191 O Sr. Maurício informou que concorda com rever regras de OPME, que
1192 concorda com avançar na questão da incorporação tecnológica. O que não
1193 concorda é com a cobrança de fator moderador e de franquias em utilização
1194 de OPME, isso tem que ficar claro.

1195

1196 O Sr. João Lucena, da CNS destacou que, salvo engano, foi na primeira
1197 reunião, que tinha feito também uma solicitação de avaliação da
1198 possibilidade de qualquer transação que envolvesse regulação e que
1199 envolvesse o prestador e também o usuário, ela fosse feita totalmente
1200 através do sistema de mensagem do padrão TISS, com a sua tabela própria
1201 de domínio, e com as suas extensões no sentido de tabela do domínio, de
1202 codificação, de apontar até mesmo a glosa dentro do seu padrão quando for
1203 análise da conta com lote guia, ou tal evento aconteceu. Isso só
1204 necessitaria, no caso, de um ajuste de uma tabela ou duas de domínio, e
1205 apenas, talvez, utilizar o próprio campo que já existe para alguma
1206 autorização prévia. Então, apenas isso permitiria transparência e
1207 posteriormente, ao futuro, saber exatamente o que está se usando em
1208 sentido de regulação e quais são os pontos a serem debatidos no futuro, em

1209 relação aquilo que é pedido direto ao prestador. E se possível estender essa
1210 mensagem para o usuário, uma vez que muitas vezes o prestador é
1211 utilizado como ferramenta de informação ao usuário sobre aquilo que é
1212 regulação da sua relação com a operadora.

1213

1214 O Sr. Maurício informou que entendeu. Destacou que quanto à
1215 normatização da linguagem, não tem nem o que discutir, pois concorda.
1216 Quanto à mensagem que vai para quem, é isso que precisa ser definido.
1217 Antes, o padrão TISS era exclusivo, tinha uma relação entre prestadores e
1218 operadores. Não é conceito que, inclusive foi apresentado no dia anterior,
1219 ou seja, ele pode ampliar esse conceito, vindo a informação para ANS e
1220 indo informações para o beneficiário. Acha que a ideia é boa, ela tem que
1221 ser aprofundada, só precisa tomar cuidado com que informação manda para
1222 quem, para não ferir questões de sigilo, questões éticas, questões morais, e
1223 por aí vai. Acho que a ideia é boa como princípio, mas, vai ter que
1224 aprofundar mais. Não saberia dar essa resposta naquele momento, mas
1225 acho que vai ter que envolver, inclusive, outras áreas dessa discussão, mas
1226 como princípio o que foi falado faz todo o sentido.

1227

1228 O Sr. Jose Antonio Lumers, do Instituto Brasileiro de Atuaria informou ter
1229 trazido algumas contribuições com relação à coparticipação. E dizer só que
1230 quando se estabelecer o limite da coparticipação ter presente que o plano
1231 que tem uma coparticipação um pouquinho maior, na paridade, acha que é
1232 um bom princípio, o princípio da paridade, da igualdade, que é usado em
1233 previdência e outros mecanismos também, que a mensalidade final, a maior
1234 mensalidade, ela fica, o conjunto de mensalidades ficam menores, porque
1235 tem uma coparticipação. Então, se botar um valor é só fazer essa
1236 ponderação. É só uma questão de ponderação.

1237

1238 Complementou que com relação a franquia, entende também que há uma
1239 divergência de definição básica de franquia. Então o IBA também
1240 recomenda que seja revisto o conceito de franquia que hoje ele tem uma
1241 distorção e aí causa uma dúvida de interpretação.

1242

1243 O Sr. Maurício respondeu que concorda. Por isso que acha que é preciso
1244 esclarecer, com certeza.

1245

1246 O Sr. José Antonio, do IBA complementou dizendo que é um assunto
1247 bastante complexo, que existe uma comercialização predativa no mercado,
1248 prejudicial ao beneficiário, prejudicial a todo o sistema de saúde. Inclusive
1249 público. Acha que esse item, e concorda também com a ideia que não é
1250 pela colocação de uma coparticipação, não é pela punição do preço, mas é
1251 preciso ser inteligente em achar uma solução, pois está preocupado com o

1252 custo e a forma, principalmente a forma de comercialização que está sendo
1253 feita no mercado.

1254

1255 O Sr. Maurício destacou que o próprio CFM, as entidades médicas se
1256 manifestam a respeito disso de forma clara e inequívoca, eles são
1257 absolutamente contra. E acha que tem sido ineficiente, está falando
1258 enquanto sociedade, e não de Agência ou das entidades médicas
1259 especificamente, em lidar com o problema, e vê que alguns países
1260 conseguiram pouco sucesso quando criminalizaram essa prática. E aí é uma
1261 questão que cabe uma discussão longa, mas entende que hoje há um
1262 fracasso no tratamento disso, total, e que é preciso aprofundar essa
1263 questão. Ela fazia até parte da nossa agenda regulatória, mas, como já
1264 havia inúmeros itens da agenda, e houve reclamação de muita gente, que o
1265 ritmo da Agência nos últimos dois anos foi acelerado por conta de vinte e
1266 oito temas que foram tratados na agenda regulatória, eles foram tratados.
1267 Sendo que vinte e seis estão sendo concluídos no prazo, já há trinta e
1268 quatro itens na agenda dos próximos dois anos. Então, podem-se incluir
1269 mais dez, depois o problema é ficarem reclamando que está indo rápido
1270 demais. É óbvio que se pode selecionar e priorizar isso de formas
1271 diferentes. Eu acha que o problema da OPME é um problema grave, é um
1272 problema sério, e vai exigir, não só da Agência, isso não se faz só através
1273 de normativo, mas de toda a sociedade, de todas as entidades
1274 representativas uma ação bem mais contundente, porque não tem sido
1275 eficaz naquilo que se tem feito até então.

1276

1277 Por fim, o Sr. Maurício informou que seria enviada comunicação agendando
1278 a reunião seguinte, agradeceu pela participação de todos e encerrou os
1279 trabalhos do dia.