

São Paulo, 24 de julho de 2012.
ABR.033/2012 – SIN.009/12 – SINO 076/12

À

Ilma.

Dra. Denise Domingos Amorim

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

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições à Câmara Técnica sobre Mecanismos de Regulação

Prezada Senhora,

As Entidades de classe, signatárias deste ofício, integrantes do Sistema ABRAMGE/ SINAMGE/ SINO, representantes, em nível nacional, das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, “Empresas de Medicina de Grupo” e “Empresas de Odontologia de Grupo”, vêm respeitosamente à presença de V. Sa., **apresentar considerações a respeito da reavaliação dos critérios de mecanismos de regulação, estabelecidos pela Resolução Consu nº 8, de 3 de novembro de 1998.**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS realizou, em 03 de julho de 2012, a primeira reunião da Câmara Técnica que discutiu a reavaliação dos critérios de mecanismos de regulação, estabelecidos pela Resolução Consu nº 8/98, na qual foi estabelecido que as Operadoras devem enviar suas considerações sobre o tema à ANS até o dia 25 de julho de 2012, para que sejam compiladas e apresentadas no próximo encontro, em agosto/2012.

Dessa maneira, seguem as propostas dos temas que devem ser avaliados nesta Câmara, com as justificativas pertinentes:



1. Revisão dos conceitos de mecanismos de regulação financeira para prever exatamente qual é a diferença entre franquia e coparticipação, bem como permitir que em ambos os casos seja possível o estabelecimento de regra vinculada a valor ou percentual. Não utilizar a palavra expressão “paga diretamente”, pois o pagamento pode ocorrer por intermédio da pessoa jurídica contratante do plano.

Justificativa:

Foram encontradas mais de uma definição para coparticipação e franquia, como demonstrado no quadro a seguir:

COPARTICIPAÇÃO	
Dúvidas Site ANS¹	É uma parcela de pagamento, além da mensalidade, para custear parte da despesa de um procedimento, sendo que o valor não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento.
Glossário Saúde Suplementar	Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
RN n° 85/04	É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
CONSU n° 8/98	Parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.
FRANQUIA	
Dúvidas Site ANS¹	Trata-se de um valor, previamente estabelecido em contrato, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, tanto para reembolso, quanto para o pagamento direto à rede credenciada. O valor estabelecido não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento pelo consumidor.
Glossário Saúde Suplementar	Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. Nota: a franquia é paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço.
RN n° 85/04	É o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.
CONSU n° 8/98	Valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

¹ Fonte: [http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-operado-](http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-operado)

ras/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&resposta=260
&historico=157734

Além disso, as redações apresentadas não definem expressamente que a única diferença entre franquia e coparticipação é a quem o beneficiário deve arcar com o valor sob sua responsabilidade.

Por exemplo, no conceito de coparticipação previsto no site da ANS, conforme acima transcrito, não menciona que é um pagamento direcionado à operadora.

2. Tornar mais clara a previsão de não poder utilizar fator moderador indexado por procedimentos e/ou patologias na internação (art. 4º, VII, CONSU 8), possibilitando:

- a) Fator moderador progressivo.

Exemplo: coparticipação de R\$100,00 nas internações de até R\$1.000,00; coparticipação de R\$200,00 nas internações acima de R\$1.000,00 e até R\$2.000,00; coparticipação de R\$300,00 nas internações acima de R\$2.000,00.

- b) Fator moderador por diária.

Exemplo: coparticipação de R\$150,00 por dia de internação, limitado a R\$1.500,00.

Justificativa:

A intenção do legislador ao vedar o fator moderador indexado por procedimentos e/ou patologias na internação tem o propósito de garantir que o beneficiário não seja surpreendido por valor de contribuição exorbitante e desconhecido.

Portanto, deve ser permitido, dentro de um critério razoável, mecanismos de regulação financeiro na internação que não se vincule unicamente a um valor, podendo ser variável em razão do tempo ou do custo da internação.

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

Justificativa:

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

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

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

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

4. Permitir a cobrança da coparticipação a partir da liberação do procedimento.

Justificativa:

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

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

Justificativa:

Possibilidade da coparticipação passar a ser considerada fator restritor severo quando o seu índice de reajuste está atrelado ao reajuste do contrato com o beneficiário.

Isso porque o contrato com o beneficiário é reajustado levando-se em consideração diversos fatores além do pagamento ao prestador, como incorporações de novas tecnologias e o aumento da sinistralidade.

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

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

Justificativa:

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

Tela de Fator Moderador

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

7. Permitir às operadoras adotar mecanismos de regulação financeira diferenciados por tipo de prestador.

Justificativa:

A Resolução Consu nº 8/98, prevê que as seguradoras não podem adotar mecanismos de regulação que implique em desvirtuamento da livre escolha do segurado. No entanto, essa redação gera dúvidas no caso das operadoras, sendo que é importante essa permissão em alguns casos.

Exemplo 1:

Consulta realizada em consultório: coparticipação de R\$10,00

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

Exemplo 2:

Consulta realizada no município de São Paulo: coparticipação de R\$12,00

Consulta realizada nos demais municípios pertencentes à abrangência geográfica do plano: coparticipação de R\$10,00.

8. Revisão do conceito de Autorização Prévia e Avaliação pelo Profissional Avaliador

Justificativa:

Entende-se que há uma divergência entre as disposições contidas na IN DIPRO nº 23/09 e nas orientações sobre a RN nº 259/11, conforme normas a seguir:

Resolução CONSU nº 8/98:

Art. 4º, IV: garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

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

Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que **a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada no prazo máximo de um dia útil**, a partir do momento da solicitação, ou em prazo



abramge • sinamge • sinog

inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Res. CONSU 8/1998).

RN nº 259/11:

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

Dúvidas Site ANS:

A CONSU 8 não estabelece prazos para a autorização de procedimentos. Estabelece apenas que o consumidor tem direito a ter acesso ao profissional avaliador no prazo de 24 horas, para a definição dos casos que necessitem de autorização prévia. O prazo para a resposta deste profissional, autorizando ou não o procedimento, não foi estabelecido na referida norma. Com a Resolução Normativa RN nº 259, de 17 de junho de 2011, a autorização do procedimento deverá ser concedida de forma que o beneficiário tenha acesso ao serviço ou procedimento dentro dos prazos estabelecidos na referida norma. Exemplo: a operadora do plano de saúde exige autorização prévia para a realização de ultrassonografia de abdômen total. Segundo a norma legal, esse exame complementar deve ser realizado em até 10 dias úteis. Portanto, a operadora deve autorizar e possuir rede assistencial capaz de realizar este exame antes desse prazo.

Fonte:<http://www.ans.gov.br/index.php/aans/perguntas-frequentes/outras-perguntas/635-prazo-para-%20atendimento>.

Informação não mais disponível no site da ANS.

Verifica-se, assim, que embora haja diferença entre perícia e autorização prévia, não é essa a previsão contida na IN DIPRO nº 23/09, que deve ser revista.

9. Permitir autorização em qualquer procedimento, inclusive para viabilizar os mecanismos de regulação como porta de entrada e direcionamento.

Justificativa:

Quando a DIPRO analisava os temas dos instrumentos jurídicos vinculados aos produtos, determinou a exclusão de previsão sobre autorização prévia das consultas e

exames simples. No entanto, nos casos de planos que preveem porta de entrada ou direcionamento, as autorizações são imprescindíveis.

10. Definir um prazo razoável para a realização da perícia.

Justificativa:

O prazo de um dia útil atualmente contemplado para a realização de perícia não é razoável.

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

Justificativa:

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

12. Definição de um critério objetivo para fator restritor severo de utilização.

Justificativa:

A inexistência de uma regra clara sobre o conceito de fator restritor severo leva a uma interpretação subjetiva, que pode variar conforme o entendimento do fiscal, e, com isso, a operadora sofrer sanções por não conhecer exatamente os limites a que está sujeita.

13. Vincular o conceito de fator restritor severo apenas a franquias e coparticipação e não a autorização prévia.

Apesar das disposições da Resolução Consu nº 8/98, conforme a seguir transcrito, vincular fator restritor severo aos mecanismos de regulação financeira, é muito comum a utilização desse conceito em outras situações pela fiscalização da ANS.



abramge • sinamge • sinog

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

(...)

VII – estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

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

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

15. Considerar que os serviços e coberturas adicionais possam ser cobrados integralmente do beneficiário ou em montante superior ao que vier a ser definido como fator restritor.

Pelas disposições da RN nº 40/03 (art. 1º, parágrafo único), somente não é permitido o sistema de desconto nos serviços não previstos no rol de procedimentos e eventos em saúde. Portanto, permitir que o beneficiário continue tendo a assistência prestada pelo valor do convênio após os limites definidos no rol (exemplo de tratamentos seriados de nutrição, psicologia e terapia ocupacional), ao invés de ter de negociar com o prestador é medida vantajosa ao beneficiário.

16. Estabelecer regras mais claras sobre junta médica, que envolvam:

- a) Revisão da previsão de junta médica contida no art. 18, §2º, da RN nº 211/10, para explicar, com detalhes, a forma como ocorrerá;
- b) Esclarecimento de que a junta médica somente ocorrerá caso o profissional solicitante não concorde com as alegações da operadora, quando o procedimento for autorizado de forma diversa do solicitado;
- c) Suspensão dos prazos da RN nº 259/11 enquanto o beneficiário ou o profissional solicitante não manifestarem sobre a instauração da junta médica e, após instaurada, estabelecer um prazo razoável para a sua ocorrência;



d) Previsão das formas de sua ocorrência (por prontuário, por laudo técnico, por quesitos vinculados a evidência científica).

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

Justificativa:

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

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

Justificativa:

Não há uma regra bem definida sobre os prazos quando é necessário um encaminhamento prévio.

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

Justificativa:

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

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

Justificativa:

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

21. Manter a previsão contida no rol de procedimentos e eventos em saúde quanto a possibilidade de estabelecer coparticipação na internação psiquiátrica.

Justificativa:

É importante o mecanismo de regulação em psiquiatria previsto na legislação para que não haja um abandono do paciente pela família e para que seja uma forma de incentivar as políticas públicas existentes de inserção social do paciente.

22. Tornar obrigatório o uso de mecanismo de regulação financeiro, seja franquia ou coparticipação, ao menos em consultas, exames e tratamentos seriados.

Justificativa:

Dada a importância dos mecanismos de regulação financeira, deveria ser obrigatória a sua exigência. Isso porque várias operadoras não os adotam porque em algumas regiões do país não é uma prática comum e, por isso, não conseguem implantá-los.

23. Possibilidade de criar uma coparticipação que analise o conjunto de procedimentos solicitados e não o valor individualizado.

Justificativa:

É comum a adoção de mecanismos de regulação financeira em valor. No entanto, há procedimentos que possuem custo muito pequeno e que, se analisado individualmente, será considerado financiamento integral, porém, ao avaliar todos os procedimentos realizados, não chega a ser considerado fator restritor severo.

Exemplo:

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

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

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

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

Requeremos seja dada a oportunidade de apresentarmos essas considerações na próxima reunião da Câmara Técnica, conforme arquivo anexo.

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

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE

Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - SINAMGE

Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo - SINOGE