



abramge • sinamge

**2ª Reunião da Câmara Técnica da Qualificação da
Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde:
Doenças e Lesões Preexistentes**



Considerações Preliminares

- **Ingresso do beneficiário ao plano** – necessidade de revisão do início da vigência contratual
 - ✓ Melhorar o primeiro contato do beneficiário com a operadora visando uma relação mais harmoniosa entre as partes.
 - ✓ Incompatibilidade normativa quanto ao início da vigência contratual (Anexo I, IN-Dipro nº 23, de 2009) e documentos a serem entregues ao beneficiário, inclusive quanto a aplicação de CPT para as DLP.



Considerações Preliminares

- **Preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde**

- ✓ Questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos;
 - maior precisão na realização de perícias ou exames específicos;
 - aumento da eficiência na identificação das doenças e lesões preexistentes;
 - maior qualidade na documentação nos processos abertos junto à ANS;
 - redução dos casos omissos no preenchimento da declaração de saúde.



Considerações Preliminares

- **Tratamento dado aos processos que versem sobre doenças ou lesões preexistentes**
 - ✓ Impossibilidade da negativa de cobertura sem posicionamento da ANS;
 - ✓ Revisão da estrutura do processo, em especial quanto ao seu arquivamento;
 - ✓ Arquivamento do processo sem resolução do mérito;
 - intimação da Operadora para se manifestar e, caso necessário, complementar a documentação que instrui o processo;
 - redução de tempo e de custos com o trâmite processual.



Questões para Discussão

1) *Deve haver diferenciação no ingresso de beneficiários em plano individual ou coletivo até 30 vidas?*

✓ Restrição de atendimento por 24 meses em qualquer tipo de contratação, ante a omissão legislativa.

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

(Lei nº 9656, de 1998)



Questões para Discussão

2) *Como a Administradora de Benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso do beneficiário no plano?*

- orientar o consumidor na contratação do plano?
- reduzir o nível de reclamação?

✓ Definição, pela Dipro, do papel das Administradoras de Benefícios no primeiro contato com o beneficiário, considerando as vedações de atividades definidas pelo art. 3º da RN nº 196/09;



Questões para Discussão

3) *Que ações podem ser adotadas para identificar as doenças ou lesões que o consumidor saiba ser portador no ato da contratação?*

- ***Orientação?***
- ***Perícia***
 - ***Pode haver?***
 - ***Quando?***
 - ***Quais os limites?***
 - ***Qual a população-alvo?***
 - ***O beneficiário pode se negar a fazer a perícia?***



Questões para Discussão

- ✓ A orientação adequada do beneficiário não deve ficar restrita ao profissional que vende o plano de saúde;
 - necessidade do lapso temporal sugerido entre a manifestação de interesse do beneficiário em aderir ao plano e o início da vigência contratual;
 - possibilidade de questionamentos sobre hábitos de vida, sinais e sintomas, bem como o uso de medicamentos, para definição da população que passará pela perícia.

- ✓ Impossibilidade da negativa de realização de perícia pelo beneficiário;
 - caso a recusa ocorra após o primeiro pagamento, o beneficiário deverá ser restituído do valor pago, descontadas as despesas administrativas, sem a garantia de ingresso no plano.



Questões para Discussão

- ✓ Necessidade de maior clareza nas regras referentes a perícia;
- ✓ Não se configurar como violação à Súmula Normativa nº 19 os critérios definidos pela Operadora que serão considerados na população alvo que realizará a perícia;
- ✓ Não haverá recusa de ingresso do beneficiário pela preexistência da doença.



Questões para Discussão

4) *Que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da CPT?*

- ***Cirurgias?***
- ***Procedimentos relacionados ao órgão afetado ou à doença?***
 - ***Ex: aplicação de CPT para qualquer problema oftalmológico em decorrência de astigmatismo.***

✓ Suspensão de cobertura por 24 (vinte e quatro) meses deve abarcar todo problema vinculado àquela doença ou lesão, ressalvadas as consultas e exames laboratoriais simples.



Questões para Discussão

5) Qual o impacto assumido pela operadora na cobertura da cirurgia bariátrica?

- ✓ Complicações posteriores a cirurgia;
- ✓ Pacientes que aumentam de peso somente para ter acesso à cirurgia;
- ✓ Dificuldade das operadoras em compreender os limites de sua atuação ante as informações prestadas pelo beneficiário sobre peso e altura nas declarações de saúde.



Questões para Discussão

6) Qual seria o prazo razoável para se identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário?

• Um beneficiário que sabe estar doente e adere ao plano visando uma utilização rápida, aguardaria quanto tempo para solicitar um procedimento?

✓ Possibilidade de verificação de ocorrência de fraude dentro dos primeiros 24 (vinte quatro) meses de adesão;

✓ A negativa de uma doença nem sempre representa o desejo imediato de utilização do plano, podendo ser apenas uma precaução para o caso de complicações do quadro de saúde.



Questões para Discussão

7) *Que documentos podem comprovar que o beneficiário sabia ser portador da doença ou lesão no momento da contratação ou do ingresso no plano de saúde.*

- ✓ Exames e procedimentos realizados na perícia;
- ✓ Declarações dos médicos assistentes nos primeiros meses de utilização do plano (posto que várias doenças podem ser mascaradas na perícia);
- ✓ Solicitação de informações pela própria ANS ao médico assistente para definir pela existência ou não de fraudes.



Questões Adicionais

- ✓ Necessidade de revisão dos critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam nos planos grávidas visando a cobertura obstétrica.
- ✓ Revisão sobre parecer relativo a taxa de adesão