

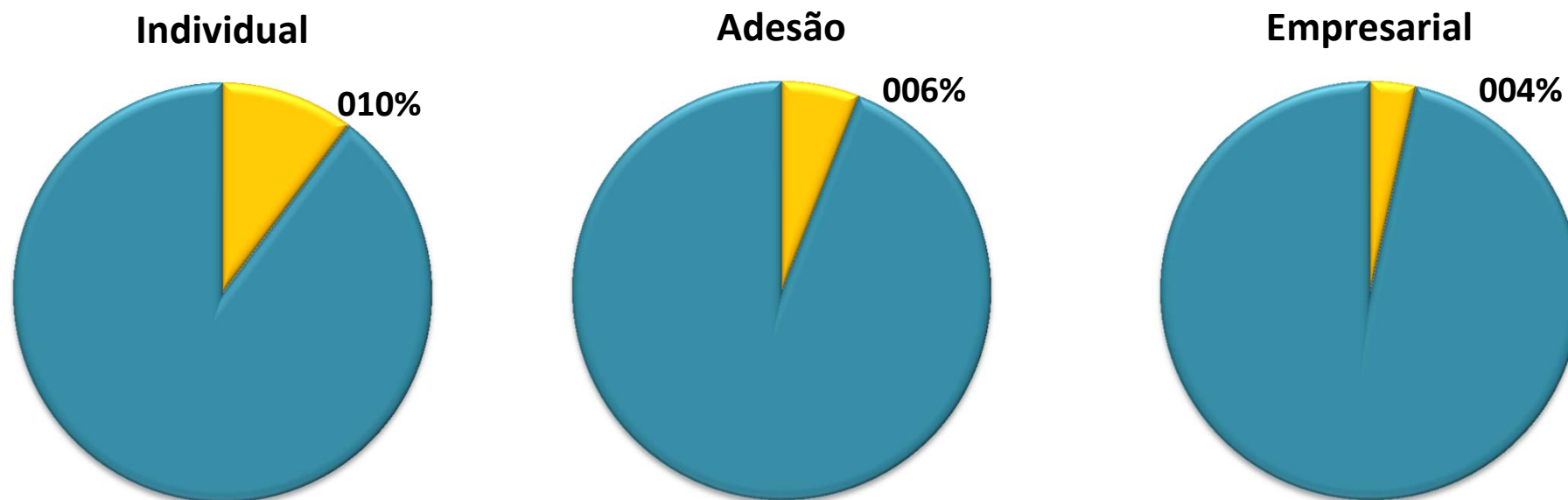
Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes

Câmara Técnica – 2ª Reunião

**Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
Gerência Geral de Estrutura e Operação de Produtos**

Proporção de Beneficiários em CPT

Do total de beneficiários que aderiram a planos de saúde nos últimos 24 meses, 4,6% estão em cumprimento de CPT

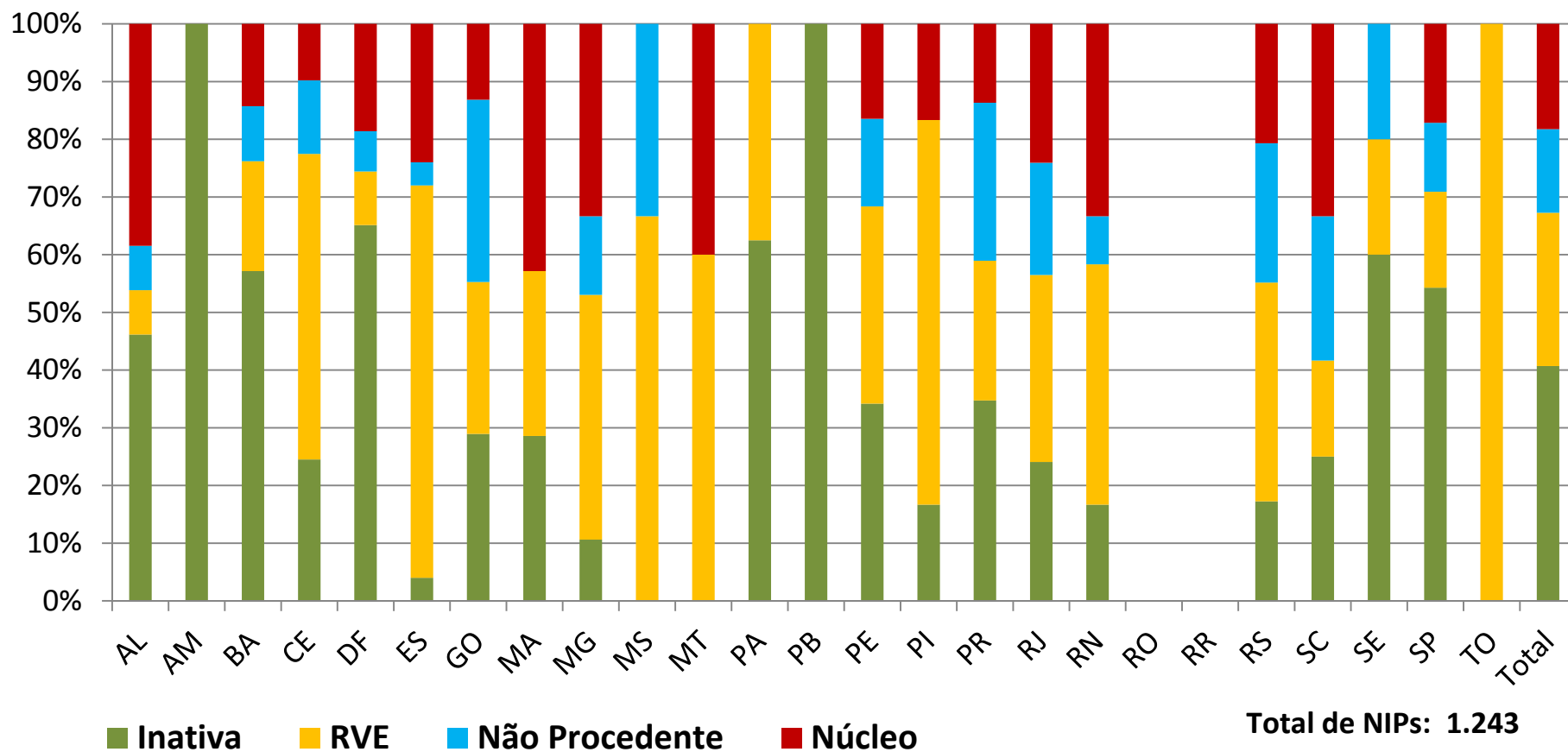


OBS: Nos planos coletivos empresariais estão sendo considerados todos os contratos, e não apenas aqueles com menos de 30 vidas.



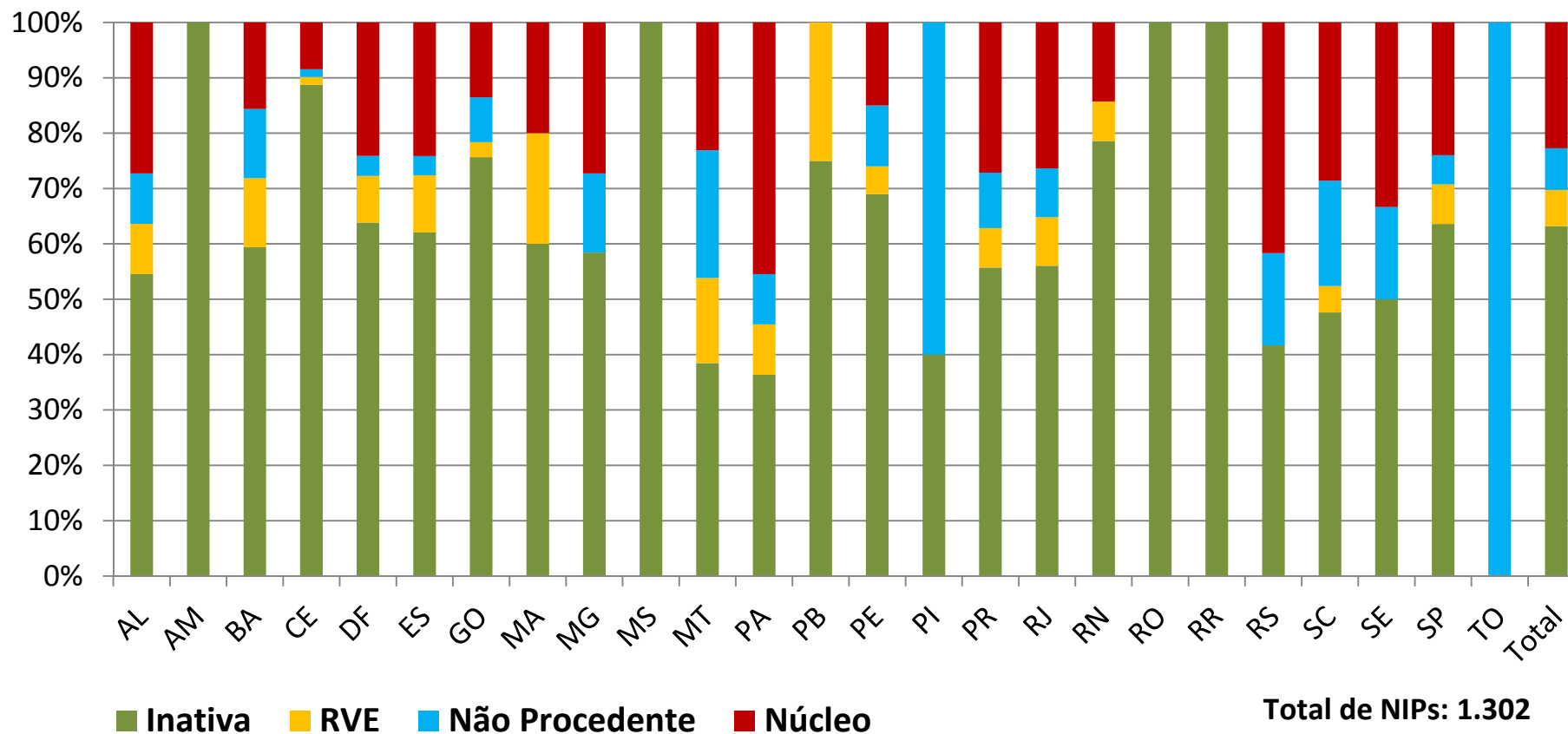
Proporção de NIPs : Negativa de cobertura por alegação de DLP.

Dados NIP - DLP - 2012



Proporção de NIPs : Negativa de cobertura por alegação de DLP.

Dados NIP - DLP - 2013



CONTRIBUIÇÕES

ENTIDADES QUE ENVIARAM CONTRIBUIÇÕES:

- **ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo)**
- **ABRASO (Associação Brasileira de Ostomizados)**
- **FENASAÚDE (Federação Nacional de Saúde Suplementar)**
- **PROTESTE (Proteste Associação de Consumidores)**
- **SINOG (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo)**



CONTRIBUIÇÕES – Ingresso do beneficiários em planos individual ou coletivo até 30 vidas

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

ABRAMGE

- Os contratos coletivos com até 30 beneficiários tem comportamento semelhante ao de planos individuais.
- Deve ser mantida a restrição de atendimento por 24 meses em qualquer tipo de contratação uma vez que o art. 11 da Lei nº 9.656/98 não restringiu esse direito apenas a planos individuais/familiares ou coletivos com menos de 30 beneficiários.

ABRASO

- Não é prudente haver qualquer tipo de “*diferenciação*” para o ingresso de beneficiários em planos individual ou coletivo de 30 vidas.



CONTRIBUIÇÕES – Administradora de Benefícios

Como a administradora de benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso do beneficiário no plano ?

ABRAMGE

- Exercer apoio técnico na discussão de aspectos operacionais e;
- **Auxiliar na orientação do beneficiário antes da contratação do plano sobre as regras atinentes a doenças e lesões preexistentes.**

ABRASO

- Apresentar o “*plano*” de forma o mais transparente possível e,
- **Orientar o consumidor para que ele tenha seus anseios atendidos, com relação ao trato de sua saúde.**



CONTRIBUIÇÕES – Identificar DLP

Que ações podem ser adotadas?

1. **Orientação?**
2. **Perícia (Pode haver? Quando? Quais os limites? Qual a população-alvo? O beneficiário pode ser negar a fazer a perícia?)**

ABRAMGE

- **A orientação adequada ao beneficiário demanda tempo e não deveria ficar restrita ao profissional que vende o plano de saúde;**
- **Lapso temporal entre a manifestação de interesse do beneficiário em aderir ao plano e o início da vigência contratual para fornecimento de orientações aos que assim desejassem e realização de perícia nos casos estabelecidos pela operadora;**
- **Possibilidade de questionamentos sobre hábitos de vida, sinais e sintomas e uso de medicamentos para que a operadora pudesse definir a população que passaria pela perícia;**



CONTRIBUIÇÕES – Identificar DLP

Que ações podem ser adotadas?

ABRAMGE

- Existência de **regras claras para a perícia:**
 1. O beneficiário **ser previamente informado dos locais em que são realizadas antes da assinatura da proposta de adesão;**
 2. Se o beneficiário **não puder comparecer no local e data definido sua adesão ao plano fica suspensa até o comparecimento conforme sua disponibilidade;**
 3. A possibilidade de **apresentar exames como alternativa à perícia;**
 4. **A eleição de uma população alvo pela operadora** que seja mais condizente com a possibilidade de possuir uma doença ou lesão preexistente.
 5. **O beneficiário não poderia se negar a fazer a perícia;** se houver recusa e algum pagamento, poderia ser restituído de parte do pagamento descontadas as despesas administrativas envolvidas, porém não poderia lhe ser garantido o ingresso no plano.



CONTRIBUIÇÕES – Identificar DLP

Que ações podem ser adotadas?

ABRASO

- Realização de um **exame do tipo “admissional” e facultativo, específico para DLP, em todos os pretensos beneficiários**, cuja recusa em realizá-lo sujeitaria o mesmo às implicações pertinentes a *“omissão de informação de DLP”*.
- Dúvidas ANS:
- O exame admissional (entrevista qualificada) em questão seria padronizado para qualquer consumidor?
- Quem determinaria a realização do exame admissional (entrevista qualificada) ?
- A realização deste exame (entrevista qualificada) seria facultativa para a operadora ou para o beneficiário?
- Na hipótese de verificação da existência de doença após a realização do exame admissional (entrevista qualificada) e já na vigência do contrato, esta doença seria considerada preexistente, nos termos previstos na Lei 9656, de 1998?



CONTRIBUIÇÕES – Identificar DLP

Que ações podem ser adotadas?

PROTESTE

- As **Operadoras e as Administradoras de Benefício**, por serem possuidoras de maior capacidade técnica, devem **auxiliar o consumidor no preenchimento da declaração de saúde além de prestar todas as informações**, como forma de proteção efetiva do consumidor e respeito à sua liberdade de escolha, sendo **solidariamente responsáveis quando violam este dever de informação**;
- A **responsabilidade do preenchimento da declaração de saúde não pode ser imputada exclusivamente ao consumidor**, pois o formulário muitas vezes é preenchido pelo próprio corretor que tem interesse na venda.



CONTRIBUIÇÕES – Identificar DLP

Que ações podem ser adotadas?

PROTESTE

- As Operadoras, por possuírem maior capacidade técnica, **podem exigir, se for o caso, a realização de perícia após a entrevista qualificada que precede a contratação**, e se não o fazem, não podem, posteriormente, alegar a negativa de cobertura por tratar-se de doença preexistente:

Súmula 105 E. TJ/SP: “Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu **prévio exame médico admissional**”

- **A realização de perícia não pode estar ligada a uma população-alvo**, para não criar dificuldades na contratação de um plano de saúde à certos grupos de pessoas como idosos, portadores de doenças crônicas, etc.
- **O consumidor poderá negar a realização da perícia, desde que faça com médico de sua escolha e arque com os custos.**



CONTRIBUIÇÕES – 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.

ABRAMGE

“todo problema vinculado àquela doença ou lesão, ressalvadas as consultas e exames laboratoriais simples”.

ABRASO

“aquelas coberturas que não coloquem em risco a vida do consumidor, no caso dos atendimentos de emergência”



CONTRIBUIÇÕES – Cirurgia Bariátrica

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

ABRAMGE

- O maior impacto são as complicações posteriores que podem ocorrer (tratamentos psicológicos, nutricionais e cirurgias plásticas);
- Aumento expressivo de pacientes que procuram aumentar de peso para cumprir as diretrizes de utilização para a realização da cirurgia;
- O elevado índice de processos administrativos vinculados à obesidade mórbida tem relação com a **dificuldade da própria operadora em compreender quais os limites de sua atuação diante de uma informação prestada pelo beneficiário sobre peso e altura nas declarações de saúde.**



CONTRIBUIÇÕES – 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?

ABRAMGE

- nos primeiros 24 (vinte e quatro) primeiros meses de adesão, a operadora pode verificar a ocorrência de fraude;
- a intenção do beneficiário ao negar uma doença pode não ser uma utilização rápida, mas apenas que possa estar coberto em caso de complicações no seu estado de saúde sem ter que aguardar 24 meses

PROTESTE

- O período de 24 meses para imposição da CPT é demasiadamente alto e prejudicial ao usuário de planos de saúde, sobretudo pela vulnerabilidade e hipossuficiência destes consumidores.



CONTRIBUIÇÕES – Documentos para comprovação da omissão de DLP na Declaração de Saúde

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?

ABRAMGE

- a ANS poderia solicitar informações diretamente ao médico assistente, para definir pela existência ou não de fraude.

ABRASO

- Declaração de Saúde;
- exame do tipo “admissional” e facultativo, específico para DLP, em todos os pretensos beneficiários, cuja recusa em realizá-lo sujeitaria o mesmo às implicações pertinentes a “omissão de informação de DLP”.



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

ESTABELECEM LAPSO TEMPORAL ENTRE A SOLICITAÇÃO DE INGRESSO NO PLANO E O INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

ABRAMGE

- O momento inicial de vigência do contrato impede que a operadora identifique a necessidade de aplicar as regras vinculadas a doenças ou lesões preexistentes antes da vigência contratual: muitas vezes a operadora ainda sequer tomou conhecimento do conteúdo da declaração de saúde ou pode realizar uma perícia no beneficiário;
- Antes da vigência contratual, a operadora poderá avaliar a existência de doenças ou lesões preexistentes e informar sobre as restrições de acesso que terá por 24 meses em virtude da doença ou lesão preexistente;
- A operadora não poderá recusar o ingresso do beneficiário em razão da doença ou lesão preexistente.

Dúvida ANS: A solicitação de ingresso do beneficiário no plano se dá mediante a assinatura do contrato ou de outro documento? Quando o beneficiário faz o primeiro pagamento à operadora?



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

FENASAÚDE

- Para possibilitar que a operadora **avalie com cautela se a Declaração de Saúde foi devidamente preenchida**, contendo todos os dados definidos como obrigatórios pela ANS, e se **o consumidor informou o seu real estado de saúde**.

Prazo: no mínimo 15 dias

Dúvida ANS: Como a operadora pretende avaliar com cautela se a Declaração de Saúde foi devidamente preenchida?

SINOG

- Para possibilitar à operadora **executar todos os preparativos necessários para o correto atendimento ao beneficiário**, tais como análise de eventuais DLP's, realização de perícias se necessário, prestação de informações ao beneficiário, emissão de carteiras de atendimento, inclusão do beneficiário no sistema de atendimento da Operadora, etc.



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

APRIMORAR A DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FENASAÚDE

- A declaração de saúde deve **conter perguntas simples e de fácil entendimento** pelos consumidores, com linguagem leiga, mencionando inclusive a **utilização de medicamentos**.

ABRAMGE

- A declaração de saúde deve conter **questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos** pois permitirão que a operadora possa :
- a) **eleger com mais precisão quais pessoas deverão ou não realizar a perícia ou algum exame específico**, aumentando a eficiência na identificação das doenças e lesões preexistentes; e
 - b) **reduzir os casos de omissão no preenchimento da declaração de saúde**.



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

RECONHECER A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO CORRETOR NO ESCLARECIMENTO AO CONSUMIDOR

FENASAÚDE

- O corretor **deve esclarecer ao consumidor sobre a necessidade de prestar informações verídicas à operadora**, sob pena de este ter seu contrato cancelado por fraude.
- Muitas vezes para “facilitar” a venda, **não há orientação ao correto preenchimento da declaração de saúde por parte do corretor**, por mais que as operadoras os instruem a tal.

Dúvida ANS: Quais as medidas necessárias para que o profissional de vendas possa esclarecer o consumidor sobre a necessidade de informar o seu real estado de saúde na declaração de saúde?



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

ESTABELECEMOS A POSSIBILIDADE DA RETIFICAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

FENASAÚDE

. A retificação da declaração de saúde deve ocorrer a **qualquer momento**, através de mecanismos que permitam o consentimento do consumidor, seja **falado ou por escrito, ou ainda por laudo médico** (por muitas vezes utilizado pelo próprio consumidor), no intuito de **comprovar o cumprimento de diretrizes previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**.



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

ESTABELECE A POSSIBILIDADE DE CONTAGEM DO PRAZO DE CUMPRIMENTO DA CPT A PARTIR DO RECONHECIMENTO, PELA ANS, DE QUE HOVE DLP NÃO DECLARADA

FENASAÚDE

- Alternativa de diminuir o número de processos administrativos.
- A imputação da CPT pelo prazo restante aos 24 meses da detecção da omissão, na forma como hoje é considerada, significa um forte incentivo a abertura de processo administrativo na ANS.

Dúvida ANS: Como esta mudança pode diminuir o número de processos se a contagem do prazo da CPT se iniciaria após o reconhecimento pela ANS o que só pode ocorrer através da abertura de processo administrativo?



OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

ESTABELECEM QUE AS NEGATIVAS DE COBERTURA SEM ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SÃO PRÁTICAS ABUSIVAS

PROTESTE

- O procedimento mais comum adotado pelas Operadoras é a **negativa de cobertura sob o fundamento de carência pela existência de uma DLP supostamente não declarada;**
- **Havendo indícios de doença ou lesão preexistente,** as Operadoras não devem negar a cobertura de procedimentos solicitados pelo beneficiário, mas **requerer a abertura de processo administrativo na ANS** (procedimento próprio para investigação de eventuais fraudes na declaração de saúde).



QUESTÕES PARA DEBATE

- 1 – Na hipótese de se estabelecer um **lapso temporal prévio à vigência do contrato** para avaliação da existência de doenças ou lesões preexistentes, **qual o prazo razoável para esta verificação?**
- 2 - Identificada a necessidade de **qualificar a entrada do consumidor** no plano de saúde, **quem deveria orientar o consumidor neste ato?**
- 3 - Considerando que **informar o consumidor** é uma forma de **qualificar a sua entrada no plano de saúde**, é razoável **deixar claro a modalidade de plano de saúde que está contratando (como pessoa física) ou aderindo (através de uma pessoa jurídica)?**
- 4 – **A previsão de questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos** na Declaração de Saúde pode auxiliar o consumidor a reconhecer a existência de doenças ou lesões?



QUESTÕES PARA DEBATE

5 – No intuito de **simplificar seus termos** ou de **torná-la de mais fácil entendimento pelo consumidor**, a **Declaração de Saúde** deveria ser padronizada pela ANS?

6 - Há **necessidade de realização da perícia** para a verificação da existência de doença ou lesão preexistente ?

7 – **O que ocorreria se o consumidor não concordasse em se submeter à entrevista qualificada ou à perícia?**

8 – Realizada a entrevista qualificada, **identificada pela operadora a necessidade de perícia**, seria **admissível que o consumidor realizasse o exame com médico de sua confiança?** Quem arcaria com os custos correspondentes?



Câmara Técnica – 2ª Reunião

Obrigado!

GEMOP/GGEOP/DIPRO

ggeop.dipro@ans.gov.br

<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/2461-camara-tecnica-sobre-a-qualificacao-da-entrada-de-beneficiarios-em-planos-de-saude-doencas-ou-lesoes-preexistentes>

