

Câmara Técnica

**Qualificação da Entrada de Beneficiários
Doenças e Lesões Preexistentes**

Propostas Unimed do Brasil

02/10/2014

Prazo para vigência contratual

- Acredita-se ser fundamental a existência de um prazo, **de 30 dias**;
- **Entre** a assinatura da proposta e o início de vigência contratual;
- Esclarecimentos ao beneficiário sobre o processo de DLP;
- Preenchimento de Declaração de Saúde;
- Realização de Entrevista Qualificada, se for o caso (opcional);
- Realização de Perícia, se for o caso (opcional)
- Avaliação da existência de DLP e assinatura termo de CPT;
- Apresentação dos PROMOPREV e direcionamento dos beneficiários elegíveis;
- Emissão de carteiras de atendimento

Quem deve orientar a entrada do consumidor?

- A **orientação inicial** sobre o plano que será adquirido, bem como sobre a necessidade de preenchimento da DS, será realizada pelo **vendedor/corretor**;
- No preenchimento da DS e após a leitura da Carta de Orientação ao Beneficiário, se o beneficiário optar pela Entrevista Qualificada, ele deverá ser orientado por **médico da operadora**.
- É uma opção dele ser orientado ou não por médico, e a OPS deve garantir a Entrevista Qualificada com o profissional caso seja essa ser sua opção. **A OPS não pode obrigar o beneficiário a passar por EQ se não for sua opção - constrangimento ilegal.**

Declaração de Saúde

- Preenchimento **obrigatório**;
- Deve trazer questionamentos sobre **hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos** - o beneficiário não possui conhecimento técnico (Ex: tosse crônica, febre vespertina e emagrecimento, sugestivos de Tuberculose Pulmonar);
- Deve constar campo para preenchimento de **peso e altura**, com o objetivo de calcular o **IMC - Índice de Massa Corporal**;
- Não deve ser padronizada pela ANS, por razões **regionais** de natureza **epidemiológica**.

Perícia

- A realização da perícia é **imprescindível** na identificação de algumas DLP, mas não é o único instrumento;
- A perícia não pode ser obrigatória, mas poderá ser utilizada quando necessário esclarecimento de dúvidas a critério da OPS;
- Também deve estar prevista na legislação a possibilidade da OPS exigir a **apresentação de exames prévios e recentes** (defasagem de um mês) ao invés da realização da perícia (desde fossem os mesmos exames);
- Mesmo com a realização de perícia no ato da contratação, **caso posteriormente a OPS tenha acesso a documentos que comprovem o conhecimento prévio de DLP, é justo que se possa fazer a alegação da omissão, com suspensão da cobertura pelo prazo remanescente.**

Caso o Beneficiário não deseje Entrevista Qualificada ou Perícia?

- **Entrevista Qualificada:** deve ser tratado como um **direito** do beneficiário realizar ou não a entrevista qualificada.
- **Perícia:** A recusa do beneficiário em se submeter à perícia deve ser tratada como **presunção de culpa/má-fé**, podendo a OPS recusar o seu ingresso no plano (As OPS não realiza, perícia em todas as inclusões, até mesmos pelos custos inerentes, sendo realizadas em casos de dúvidas).
- Poderá o beneficiário indicar **um perito assistente** para acompanhar a perícia e, em caso de dúvidas, um terceiro perito escolhido de comum acordo entre as partes.

Extinção do processo administrativo - omissão de DLP

- A Unimed do Brasil entende ser possível o a **extinção**, desde que diante de casos evidentes de omissão de DLP por parte dos beneficiários, **a OPS possa rescindir o contrato por fraude** - o artigo 11 da Lei 9656/98 não exige qualquer processo administrativo.
- Caberá à **fiscalização da ANS** checar, em casos de reclamação do beneficiário, **se a exclusão foi irregular ou não**;
- Nenhuma OPS vai rescindir um contrato e se sujeitar a sanções se não tiver certeza da fraude cometida na declaração de saúde;
- Caso seja mantido o processo administrativo, contudo, que ele seja **célere**, diferentemente da letargia que o caracteriza atualmente, que traz insegurança jurídica para a OPS e para o beneficiário.

Arquivamento processo administrativo - exclusão ou saída voluntária do beneficiário

- A Unimed do Brasil é contrária a esse arquivamento. **Seria a legalização da fraude:** o beneficiário omitiria a DLP, faria os procedimentos necessários no plano de saúde, e depois simplesmente sairia do plano.
- A operadora ficaria com a **despesa**, sem contar sequer com o reconhecimento formal da ANS de que houve a fraude, **para tentar se recuperar na justiça.**
- Se existir o processo administrativo, **que ele seja julgado até o fim.** A OPS necessita da decisão da ANS para tentar recuperar os prejuízos decorrentes da fraude.

Cenário I

- A decisão de fazer ou não a Entrevista Qualificada deve ser do **consumidor**. Nada pode impedir o beneficiário de preencher a declaração de saúde sem a presença do médico, se assim ele desejar;
- Sua obrigatoriedade impactará em **burocratização do processo de venda e de um aumento de um custo inicial da OPS** antes mesmo do ingresso do beneficiário;
- O Cenário I como proposto impactará na **redução de vendas e extinção da profissão de corretor/vendedor do plano de saúde**, já que o interessado em adquirir o plano deverá procurar inicialmente a OPS, para agendar a Entrevista Qualificada;
- O prazo de 10 dias proposto para início de vigência do plano individual é exíguo. Reitera-se que deve ser ampliado para **30 dias**.

Cenário II

- Nos planos coletivos empresariais quem encaminha a relação inicial dos beneficiários que farão parte do plano de saúde é a empresa contratante, muitas vezes **on line, via software** com este fim. É imperioso que esse tipo de prática seja prevista na legislação, sob pena de **retrocesso tecnológico e burocratização**;
- Nos planos coletivos por adesão, ainda que exista a necessidade de preenchimento de ficha/proposta de adesão, esse preenchimento deve ser realizado também de forma **on line**, a pedido da administradora ou operadora;
- Ressalte-se realização de Entrevista Qualificada deverá ser uma opção do beneficiário, **sob pena de burocratização do processo e aumento do custo inicial da OPS**;
- Devem estar presentes no cenário II as situações da RN nº 195/09, em que a declaração de saúde sequer pode ser realizada em contratos coletivos empresariais e/ou adesão.

Administradoras de Benefícios - Responsabilidades

- Definição do papel das administradoras na admissão dos beneficiários:
- A legislação deve definir de forma clara qual essa função, especialmente em relação a elegibilidade dos beneficiário e da condição de portadores de alguma DLP;
- Hoje não está claro na legislação, sequer, se a verificação das condições de saúde (Declaração de Saúde) **pode ser transferida ou não** para as administradoras de benefícios e, tampouco, as responsabilidades delas neste processo.

Gestantes

- A ANS terá uma oportunidade única de definir direitos, deveres e responsabilidades tanto das **mulheres que ingressam grávidas no plano de saúde**, quanto das OPS que as recebem, especialmente em relação à cobertura obstétrica;
- Também de corrigir a falha existente hoje que permite a grávida **mudar de plano de enfermaria para outro superior e ter somente 6 meses de carência.**

Ex: Beneficiária compra plano enfermaria e ao saber que está com dois meses de gravidez faz a mudança para um plano que dá direito a internação em apto de hospital de alto custo. Cumpre seis meses de carência, ganha e bebê e em seguida cancela o plano.

Taxa de Adesão/Cadastro

- Por fim, que a cobrança da taxa de cadastro **possa ser exigida tanto pelas OPS, quanto pelas administradoras**. A permissão só para as administradoras de benefícios nos parece uma incoerência e ofensa à igualdade;
- Nos casos em que não há administradoras de beneficiários intermediando os contratos, como ocorre em todos os planos individuais e na maior parte dos contratos coletivos empresariais, a taxa de adesão poderia sim ser exigida pelas OPS, como forma de remuneração pelos custos de emissão de carteirinhas, cadastro, entre outras despesas intrínsecas.

OBRIGADO

regulamentacaoub@unimed.coop.br

Unimed 