



ASSESSORIA DE REGULAÇÃO

Visão: Melhoria contínua

Identificar e indicar processos que precisam de ajustes/melhorias. Pois, acreditamos que somente com a melhoria contínua, conseguiremos o equilíbrio entre as três vertentes hoje **indispensáveis** para manutenção de qualquer operadora ativa no mercado de saúde suplementar:

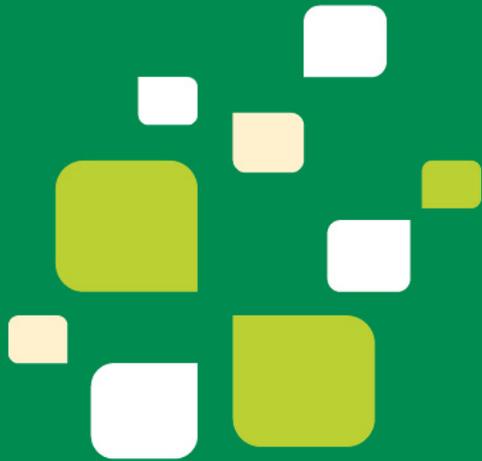
- ✓ Satisfação dos beneficiários (atendimento)
- ✓ **Resultados financeiros (custo)**
- ✓ Melhorias dos índices dos Monitoramentos realizados pela ANS (qualidade)

Compartilhando para crescer!

✓ Momentos com a Regulação

✓ Regulação *on line*

✓ Formulário padrão de
dúvidas e solicitação de
pareceres



Conhecendo a RN 395/16 e seus Impactos Operacionais

Motivo da criação da norma:

- pelo comportamento oportunista de algumas Operadoras, que aguardam o beneficiário registrar a reclamação na ANS para só então autorizar a realização do serviço ou procedimento;
- pelo comportamento oportunista dos beneficiários que já conhecem a dinâmica da NIP e, por isso, procuram a ANS mesmo antes de solicitar autorização para realização do procedimento à Operadora, etc.

O que se pretende?

- Melhorar a comunicação entre as Operadoras e seus beneficiários, induzindo que a solução dos conflitos se dê diretamente, sem necessidade de intervenção da ANS.
- Avançar na solução das falhas de mercado identificadas e atingir maiores e melhores resultados no que se refere ao atendimento das Operadoras às solicitações de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentadas por beneficiários, o que é o principal fato gerador das reclamações registradas pela ANS em seus canais de atendimento.

RN 395/16

- Originada da consulta pública nº58
- Publicada em **14/01/16** - material enviado na mesma data.
- Vigência em **120 dias a partir da Publicação**
- Trata das solicitações de procedimentos e seus vários aspectos:

RN 395/16 - O que mudou?

- As operadoras de médio e grande porte terão que dispor de atendimento presencial nas capitais de maior concentração de beneficiários, desde que:
 - A localidade detenha mais de 10% do total da carteira;
 - Tenha mais de 20.000 beneficiários na região
- Guardar registro atendimento inclusive gravações por até 90 dias e fornecer ao beneficiário quando solicitado em até 72 horas
- Quando negado o Procedimento caberá reanálise pela Ouvidoria

RN 395/16 - Outras mudanças...

- Atendimento telefônico 24h , 7 dias por semana para operadoras de grande porte
- Negativa por escrito passou de 48h para 24h /revogou RN 319
Atenção aos fins de semana! Revisão de fluxo/estratégia.
- Multa R\$30.000 para descumprimento da norma se ainda houver negativa de cobertura R\$80.000 a R\$100.000 (RN 124)

Em caso de negativa de autorização

Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deve informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

Quando?

QUANDO?

No momento em que prestar a resposta,
conforme
prazos estipulados na norma.

Obs: O beneficiário poderá requerer que as
informações
prestadas sejam encaminhadas por
correspondência ou meio
eletrônico no prazo máximo de 24 horas.

RN 395/16 - Outras mudanças...

Prazos de autorização:

-Urgência/emergência: imediato

-Demais casos: até 5 dias úteis

-Alta Complexidade ou internação eletiva: até 10 dias úteis

Protocolo no início do atendimento padrão do anexo I da norma:

xxxxxxAAAAMDDNNNNNN

X= registro da operadora/A= ano/M= mês/D = dia/N= número da solicitação na operadora



Entendimento da ANS:

Três possibilidades de resposta somente:

1. Autorizado
2. Negado
3. Seu processo seguirá para junta médica

JUNTA MÉDICA/RES. CONSU 08

MECANISMO DE REGULAÇÃO

Previsão legal:

- Resolução CONSU 08 - art. 4º
- RN 387/ Rol de Procedimentos vigente - ART. 22 parágrafo 1º

Ar. 4 inciso V RES CONSU 08

- De acordo com o Art. 4º, inciso V, da Resolução CONSU 08/1998, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão: *“garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora”*.

RN 387/15 ROL VIGENTE

- A RN Nº 387/ 2015, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e fixou as diretrizes de atenção à saúde estabelece, em seu artigo 22:

“Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

(...) VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;”

“§ 1º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte: I

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.”

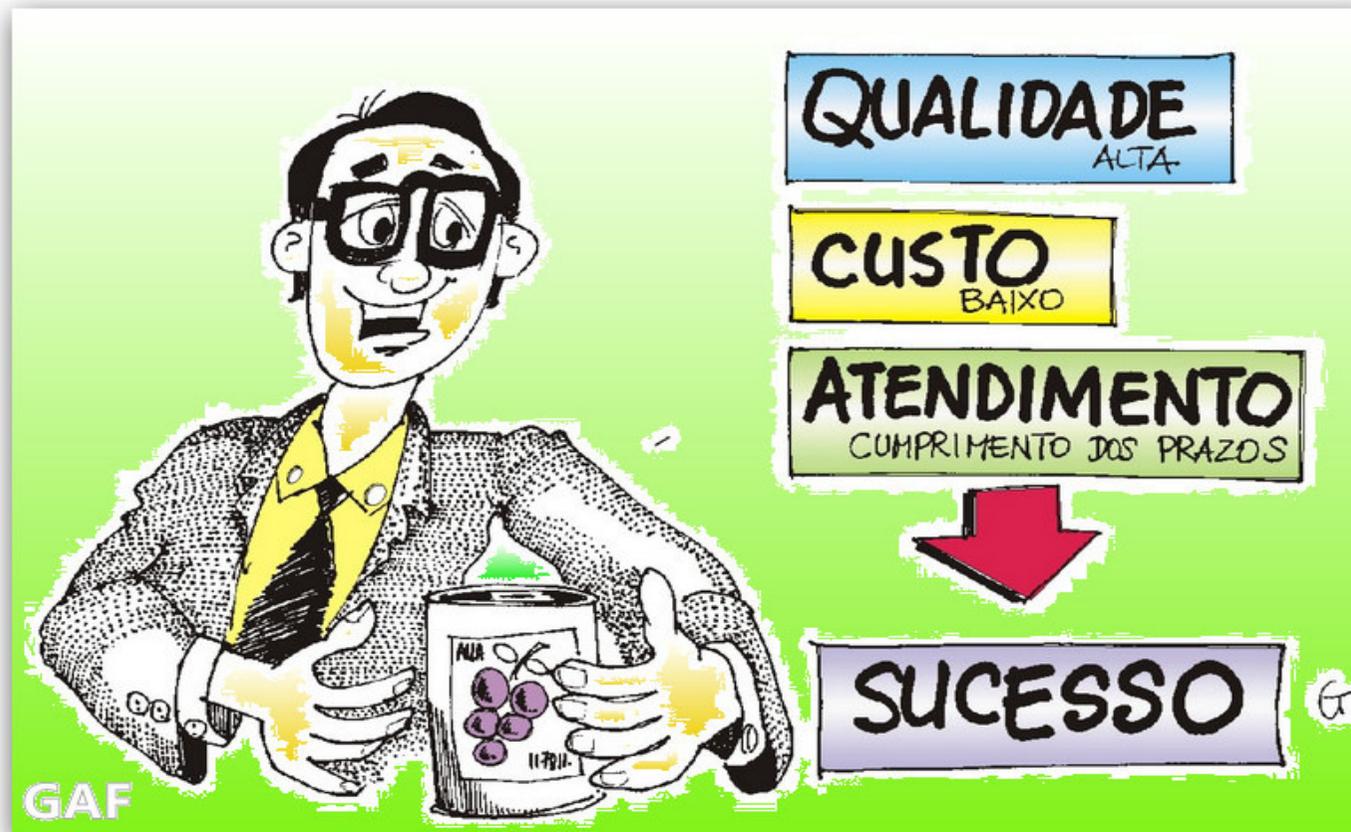
NOTA n° 203/2012/GEAS/DIPRO/ANS

Em complemento à exposição dos normativos acima, destaca-se trecho de manifestação da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO, por meio da NOTA n° 203/2012/GEAS/DIPRO/ANS:

“V- nos casos em que a operadora discorde do médico ou odontólogo assistente quanto à necessidade clínica da realização de procedimento que faça parte da cobertura obrigatória, seu auditor, devidamente identificado, deve encaminhar por escrito ao profissional assistente documento contendo as razões da discordância e, este mantenha sua posição, o impasse deve ser arbitrado por um terceiro profissional, escolhido de comum acordo entre as partes, com remuneração a cargo da operadora, ou, não sendo possível, por representante do conselho profissional local ou da sociedade da especialidade médica ou odontológica relacionada ao procedimento indicado, o qual também deverá manifestar sua posição por escrito.

No entanto, constitui negativa indevida de cobertura, se houver recusa por parte da operadora da cobertura dos procedimentos indicados pelo médico assistente, sem a utilização deste mecanismo de regulação”.

Nosso desafio...



“ Nós nos transformamos naquilo que praticamos com frequência. A excelência , portanto, não é um ato isolado. É um hábito.”

(Aristóteles)

**MELHORAR / REVERTER /
TRANSFORMAR!**

Unimed 

Dúvidas?



*Assessoria de Regulação
agradece sua valorosa
participação!
Flávia Marques*

