

TEMA: COBERTURA E ATENDIMENTO

1 - Caso suspeite que esteja infectado com o Coronavírus, como o beneficiário de plano de saúde deve proceder?

Cada operadora de plano de saúde definiu o melhor fluxo para atendimento de seus beneficiários, portanto, a orientação é que o usuário que desconfie que está com Coronavírus entre primeiramente em contato com a operadora e se informe sobre os locais e orientações para atendimento.

2 - O exame para detecção do Coronavírus é coberto pelos planos de saúde?

Sim, o exame SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização) foi incluído pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e é, portanto, de cobertura obrigatória aos beneficiários de planos de saúde com segmentação ambulatorial, hospitalar ou referência. A medida vale desde o dia 13/03/2020.

3 - Em que casos deve ser feito o exame para detecção do vírus (RT-PCR)?

O exame deve ser feito nos casos em que a condição de saúde beneficiário se enquadrar como caso suspeito ou provável de Covid-19, conforme indicação médica. O médico assistente deverá avaliar o paciente de acordo com o protocolo e as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, a quem compete definir os casos enquadrados como suspeitos ou prováveis de doença pelo Coronavírus (Covid-19). Nas situações em que o médico verificar que o exame é indicado, deve orientar o paciente a procurar sua operadora para pedir indicação de um estabelecimento de saúde da rede da operadora apto à realização do teste.

4 – Há outros exames na lista de coberturas que auxiliam no diagnóstico e tratamento da Covid19?

Sim, além do exame para detecção pesquisa por RT-PCR, a ANS incluiu no Rol, com vigência a partir de 29/05, outros seis exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento do novo Coronavírus. São eles: Dímero D (dosagem); Procalcitonina (dosagem); Pesquisa rápida para Influenza A e B; PCR em tempo real para os vírus Influenza A e B; Pesquisa rápida para Vírus Sincicial Respiratório; e PCR em tempo real para Vírus Sincicial Respiratório. Esses exames buscam ampliar as possibilidades de diagnóstico da Covid-19, especialmente em pacientes graves com quadro suspeito ou confirmado. Dessa forma, auxiliam no diagnóstico diferencial e no acompanhamento de situações clínicas que podem representar grande gravidade, como por exemplo, a presença de um quadro trombótico ou de uma infecção bacteriana causada pelo vírus. E, a partir do dia 14/08, foram incluídos os testes sorológicos (Pesquisa de Anticorpos IgG ou Anticorpos Totais) – veja mais informações no tópico específico, mais abaixo.

5 - Os planos de saúde cobrem o tratamento dos problemas de saúde causados pelo coronavírus?

Sim, os planos de saúde têm cobertura obrigatória para consultas, internações (em leitos hospitalares e de UTI), terapias e exames que podem ser empregados no tratamento de problemas causados pelo Coronavírus (Covid-19). Contudo, o beneficiário tem que estar atento à segmentação assistencial de seu plano: o ambulatorial dá direito a consultas, exames e terapias; o hospitalar dá direito a internação. No caso dos planos antigos, ou seja, aqueles contratados antes da vigência da Lei nº 9656/1998, vale o que estiver estipulado em contrato.

6 - Os planos de saúde podem exigir o cumprimento de carência nos casos relacionados à Covid19?

Sim, as regras de carência se aplicam também nos casos relacionados ao Coronavírus. Mas é importante esclarecer que as carências não são exigidas por tipo de doença, e sim de acordo com o tempo de contratação do plano. Desse modo, os planos de saúde podem exigir o cumprimento dos prazos de carência que, de acordo com a lei, são os seguintes:

- Atendimento em urgência e emergência: 24 horas
- Demais coberturas: 180 dias
- Parto a termo: 300 dias

A cobertura assistencial durante o cumprimento dos prazos de carência deverá obedecer às regras previstas na Resolução CONSU nº 13/1998. No que se refere às situações de emergência, que implicam em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, mas que não decorrem de acidente pessoal, o texto prevê que, no plano hospitalar, quando o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger a cobertura fixada para o plano ambulatorial, excluindo, portanto, a cobertura para internação.

7 - Procedimentos não urgentes devem ser adiados durante a pandemia? E internações e cirurgias eletivas devem ser suspensas?

A decisão sobre a realização dos procedimentos deve sempre ser feita conforme indicação do profissional de saúde assistente, que é o responsável por avaliar a indicação diante das necessidades de saúde dos pacientes. A ANS recomenda que os cuidados com a saúde e que os tratamentos continuados não sejam interrompidos, sob pena de agravamento da condição de saúde ou de colocarem em risco a vida dos pacientes, em especial atendimentos de pré-natal, parto e puerpério; doenças crônicas; tratamentos continuados; revisões pós-operatórias; diagnóstico e terapias em oncologia; atendimentos em psiquiatria; outros tratamentos (inclusive cirurgias eletivas essenciais) cuja não realização ou interrupção possa gerar o agravamento da condição de saúde do beneficiário, conforme declaração do médico assistente. A ANS frisa, ainda, que o momento em que o País está passando permanece exigindo todos os cuidados – dos beneficiários, das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços - no sentido de buscar evitar a contaminação pela Covid-19. Isso inclui as medidas de distanciamento social, uso de equipamentos de proteção e manutenção das normas de higiene preconizadas pelas autoridades de saúde e gestores locais.

8 - Os planos de saúde podem suspender o atendimento por falta de pagamento?

Em planos de saúde individuais ou familiares, as operadoras somente podem rescindir um contrato em caso de não-pagamento da mensalidade por período superior 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. Antes de rescindir o contrato, a operadora deve notificar o consumidor até o 50º dia de inadimplência. É proibida a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente. Em planos coletivos, as condições para exclusão do beneficiário em função de inadimplência junto à pessoa jurídica contratante devem estar previstas em contrato. Antes da rescisão, o beneficiário tem direito a todos os procedimentos contratados, não podendo ter nenhum atendimento negado ou mesmo ser constrangido por estar inadimplente com a mensalidade do plano.

9 - Caso tenha dúvidas, como o beneficiário de plano de saúde deve ser informar?

O usuário deve sempre procurar informações e orientações junto à operadora do seu plano de saúde. A ANS está orientando as empresas para que disponibilizem em seus portais na internet e disseminem através de seus canais de relacionamento informações sobre o atendimento e a realização do exame e ofereçam canais de atendimento específicos para prestar esclarecimentos e informações sobre a doença aos seus usuários. A ANS também presta informações e registra as reclamações dos beneficiários através dos seguintes canais de atendimento: Disque ANS - 0800 701 9656; Central de Atendimento para deficientes auditivos - 0800 021 2105; Fale Conosco no portal da Agência – www.ans.gov.br.

TEMA: TESTES SOROLÓGICOS

1 - Os testes sorológicos são cobertos pelos planos de saúde?

Sim. A cobertura dos testes sorológicos - que detectam a presença de anticorpos produzidos pelo organismo após exposição ao novo Coronavírus - passou a valer no dia 14/08 e os procedimentos cobertos são Pesquisa de Anticorpos IgG ou Anticorpos Totais. A inclusão extraordinária no Rol de Procedimentos e Evento foi feita após a ANS concluir análise técnica das evidências científicas disponíveis e promover amplo debate sobre o tema com o setor regulado e a sociedade.

2 - Em que situações a cobertura do procedimento é obrigatória?

A cobertura é obrigatória para os beneficiários de planos de saúde nas segmentações ambulatorial, hospitalar e referência, a partir do oitavo dia dos sintomas. O procedimento deve ser solicitado pelo médico assistente, desde que o caso se enquadre em um dos seguintes critérios: pacientes com Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) a partir do oitavo dia do início dos sintomas; crianças ou adolescentes com quadro suspeito de Síndrome Multissistêmica Inflamatória pós-infecção pela Covid-19; e em nenhum dos seguintes critérios: exame RT-PCR prévio positivo para Covid-19; pacientes que já tenham realizado o teste sorológico, com resultado positivo; pacientes que tenham realizado o teste sorológico, com resultado negativo, há menos de uma semana; testes rápidos; pacientes cuja prescrição tem finalidade de rastreamento (screening), retorno ao trabalho, pré-operatório, controle de cura ou contato próximo/domiciliar com caso confirmado; e verificação de imunidade pós-vacinal.

3 - Em que situações o beneficiário que possui plano exclusivamente hospitalar tem direito à cobertura do exame?

O beneficiário de plano de saúde com segmentação hospitalar tem direito à cobertura quando estiver internado ou em atendimento de urgência/emergência atestado pelo profissional assistente em pronto-atendimento ou pronto-socorro, e desde que sejam atendidos os critérios mencionados na pergunta 2.

4 - A operadora pode exigir pedido médico para emitir a autorização do exame?

Sim. O exame de detecção de anticorpos contra o Coronavírus só é obrigatório mediante solicitação médica apresentada à operadora a partir da data de sua inclusão ao Rol e desde que atendidos os critérios mencionados na pergunta 2.

5 - A partir de quantos dias do início dos sintomas o teste sorológico é recomendado?

O teste é indicado a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Isso ocorre porque a produção de anticorpos no organismo só ocorre depois de um período mínimo após a exposição ao vírus (o que é chamado de janela imunológica). Neste sentido, há um intervalo de tempo entre a infecção e a produção de anticorpos em níveis detectáveis, que precisa ser considerado e que não é inferior a oito dias após o início dos sintomas.

6 - Onde é possível realizar os testes sorológicos?

Nas situações em que o médico verificar que o exame é indicado, deve orientar o paciente a procurar sua operadora de plano de saúde para pedir indicação de um estabelecimento de saúde da rede da operadora apto à realização do teste.

7 - O “teste rápido” sorológico é coberto pelos planos de saúde?

Não, os chamados “testes rápidos” não são de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

8 - Se o beneficiário adquirir o teste em uma farmácia, pode solicitar o reembolso da operadora?

Não. Conforme já informado na pergunta 7, o “teste rápido” vendido em farmácias não faz parte da cobertura obrigatória dos planos de saúde.

9 - Em que situações posso solicitar o reembolso do teste sorológico para coronavírus?

O reembolso dos testes só pode ser solicitado a partir da data da incorporação ao Rol de Procedimentos com cobertura obrigatória. Além disso, o reembolso só é possível em duas situações:

- nos contratos que preveem livre escolha de beneficiários/reembolso – neste caso o reembolso se dará conforme as regras estabelecidas em contrato;
- nos casos em que o beneficiário solicitar a cobertura à operadora e a mesma não dispuser de rede prestadora para a realização do procedimento – neste caso o reembolso deverá ser integral.

10 - Caso o resultado do teste sorológico seja negativo, o beneficiário pode repetir o exame? Quando? O plano irá cobrir o novo teste?

Cabe ao médico assistente definir a necessidade de repetição do teste sorológico e o melhor momento para sua realização, de acordo com a história clínica do paciente. Caso exista uma solicitação médica e o paciente cumpra os critérios para realização do exame, a operadora deverá garantir a cobertura. É importante ressaltar que, segundo esses critérios, o teste só poderá ser repetido após uma semana da realização, exceto para crianças ou adolescentes com quadro suspeito de Síndrome Multissistêmica Inflamatória - nesses casos, o teste poderá ser repetido a critério do médico assistente.

TEMA: TELESSAÚDE

1 - A telemedicina pode ser utilizada pelos beneficiários de planos de saúde?

Sim, nesse período de pandemia, seguindo orientação das autoridades de saúde para priorizar o isolamento social e evitar a sobrecarga dos serviços de saúde, os beneficiários de planos de saúde devem, sempre que possível, procurar aconselhamento médico ou de outros profissionais de saúde por telefone ou outras tecnologias que possibilitem, de forma não presencial, a troca de informações para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças.

2 - Como o usuário deve proceder para ter esse tipo de atendimento?

Para ser atendido remotamente, o beneficiário deve entrar em contato com a operadora do seu plano de saúde, que lhe informará quais prestadores de serviços estão credenciados para realizar esse tipo de atendimento. É importante que os atendimentos realizados por intermédio da telessaúde devem sempre observar os limites autorizados pelas normativas da ANS, dos respectivos conselhos profissionais e Ministério da Saúde, e pela recente lei federal nº 13.989/2020.

3 - Quais canais de comunicação podem ser usados para o atendimento à distância?

Os canais devem ser previamente pactuados entre as operadoras e seus respectivos prestadores de serviços de saúde, utilizando recursos de tecnologia da informação e comunicação na forma prevista nas resoluções dos respectivos conselhos de profissionais de saúde, Ministério da Saúde e na lei federal nº 13.989/2020. Esses canais e instrumentos devem garantir a segurança e a privacidade dos dados de saúde dos beneficiários, que são informações sensíveis protegidas por legislação especial.

4 - Os hospitais e clínicas são obrigados a oferecer a opção de telemedicina?

Os prestadores de serviços de saúde não são obrigados a realizar este tipo de atendimento. Por esta razão, é necessário que haja prévia pactuação entre a operadora de plano de saúde e cada um dos prestadores que pretendem realizar atendimentos via telessaúde. Enquanto perdurar a situação de pandemia, essa prévia pactuação poderá ser feita através de qualquer instrumento, como e-mails ou troca de mensagens eletrônicas no site da operadora, desde que discriminem: os serviços prestados, os valores e ritos de pagamento a serem observados para os serviços de telessaúde.

5 - A operadora pode cobrar um valor adicional pelo atendimento a distância?

Não. Os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde que compõem a rede assistencial do plano, aos seus beneficiários, por meio de comunicação à distância, na forma autorizada por seu conselho profissional, serão de cobertura obrigatória, uma vez atendida a diretriz de utilização do procedimento, quando houver, e de acordo com as regras pactuadas no contrato estabelecido entre a operadora e o prestador de serviços. Do mesmo modo, caso o plano do beneficiário tenha previsão de livre escolha de profissionais, mediante reembolso, o atendimento realizado por meio de tal modalidade também terá cobertura e deverá ser reembolsado, na forma prevista no contrato.

6 - O que o beneficiário deve fazer se a instituição de saúde se recusar a atender à distância?

O beneficiário deve sempre entrar em contato com a operadora do seu plano de saúde para que verifique se o estabelecimento e/ou profissional no qual pretende ter atendimento está credenciado para realização de procedimentos e serviços à distância. Caso o plano do beneficiário tenha previsão de livre escolha de profissionais, mediante reembolso, o atendimento realizado à distância deverá ser reembolsado na forma prevista no contrato.

7 - Como será feito o procedimento de autorização de consulta junto ao plano de saúde, uma vez que o paciente não poderá assinar a guia?

Essa questão deve ser ajustada previamente entre as operadoras e os prestadores de serviços integrantes de sua rede, destacando que a ANS admite a possibilidade da verificação da elegibilidade e solicitação da autorização sem a assinatura do paciente.

TEMA: MEDIDAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS

1 - Quais são as medidas tomadas para garantir a solvência e a liquidez das operadoras?

A ANS flexibilizou as normativas econômico-financeiras para permitir que as operadoras respondam de maneira mais efetiva às prioridades assistenciais deflagradas pela Covid-19. As medidas são as seguintes: antecipação do congelamento de exigências de capital (Margem de Solvência); adiamento de novas exigências de provisões de passivo; retirada de exigência de ativos garantidores de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (PESL-SUS); possibilidade de movimentar os ativos garantidores em montante equivalente à Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados (PEONA); redução da exigência da Margem de Solvência para 75% também para as seguradoras especializadas em saúde e operadoras que não estão em fase de escalonamento. A adesão, voluntária, foi feita mediante assinatura de um Termo de Compromisso, sendo que nove operadoras assinaram o documento. Confira aqui.

2 - As operadoras que assinaram o Termo de Compromisso só podem usar os valores autorizados pela ANS para ações relacionadas ao Coronavírus? Que tipo de ações?

A liberação da movimentação desses recursos reforça a gestão do caixa das operadoras para apoiar ações destinadas ao combate ao Coronavírus - como compra de equipamentos, construção de leitos e contratação de profissionais - e para manter o pagamento aos prestadores em relação a procedimentos relacionados à Covid-19.

3 - Há alguma contrapartida para essas medidas?

Sim, como forma de proteger os beneficiários e os prestadores de serviços de saúde que fazem parte da rede credenciada, a ANS exigiu contrapartidas das operadoras que aderiram às medidas. As empresas de planos de saúde assinaram termo de compromisso se comprometendo a renegociar os contratos, preservando a assistência aos beneficiários dos contratos individuais e familiares, coletivos por adesão e coletivos com menos de 30 beneficiários, no período compreendido entre a data da assinatura do termo de compromisso com a ANS e o dia 30/06/2020; e a pagar regularmente os valores devidos aos prestadores de serviços pela realização de procedimentos e/ou serviços que tenham sido realizados entre 04/03/2020 e 30/06/2020. 20 - De que forma é a renegociação dos contratos? Todos os beneficiários de planos de saúde têm direito a essa renegociação? Quem não pagar no período da pandemia terá que pagar a dívida depois? A medida estabelece a renegociação, e não o perdão, das dívidas. A negociação dos valores devidos e a forma como devem ser realizados os pagamentos devidos devem ser pactuadas entre a operadora e o contratante. Têm direito todos os beneficiários em contratos individuais ou familiares, coletivos com menos de 30 vidas e coletivos por adesão das operadoras que estão em situação regular junto à ANS e que aderiram ao Termo de Compromisso.

4 - Se minha operadora não assinou o termo e o consumidor não tiver condições de pagar as mensalidades, ele pode ficar sem o plano durante a pandemia?

Se a operadora não assinou o termo, o beneficiário não poderá exigir a renegociação proposta pela ANS. Nesses casos, devem ser observadas e respeitadas as regras de exclusão por inadimplência que regem o setor, a saber: para os planos individuais e familiares, um contrato só pode ser rescindido pela operadora em caso de não-pagamento da mensalidade por período superior 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. Mas,

antes de rescindir o contrato, a operadora deve notificar o consumidor até o quinquagésimo dia de inadimplência. Em contatos coletivos, devem ser consultadas as regras previstas em contrato. Cabe destacar que é proibida a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora durante a internação. Cabe ressaltar, contudo, que mesmo que a operadora não tenha assinado o termo de compromisso, nada impede que busque meios de renegociação com vista a manter seus beneficiários.

5 - É o consumidor que terá que pedir a renegociação do contrato com a operadora? Ou a partir da assinatura do termo as operadoras terão que propor renegociação a todos os contratantes de planos individuais/familiares e coletivos com menos de 30 beneficiários?

O que a ANS pretende com o Termo de Compromisso é que haja a renegociação para preservar a manutenção do beneficiário no contrato do plano de saúde e, por consequência, a manutenção da assistência nesse momento de crise. Contudo, como a dinâmica de renegociação é uma prerrogativa da operadora, por isso, é uma decisão da empresa se a negociação será feita de forma ativa ou passiva. O Termo de Compromisso possui dispositivos de fiscalização para auferir o resultado dessas ações.

6 - O que acontecerá com a operadora que assinar o termo, mas, por qualquer motivo, não cumprir as contrapartidas? Haverá multa para as operadoras caso descumpram as medidas?

As operadoras que descumprirem as cláusulas do termo de compromisso estarão sujeitas a multa, cujo valor será calculado de acordo com o número de beneficiários de sua carteira, variando de R\$ 200 mil a R\$ 1 milhão. A multa será cumulativa para cada cláusula descumprida.

7 - Como a ANS vai fiscalizar se as operadoras estão utilizando os recursos adequadamente e cumprindo o termo de compromisso?

A ANS irá acompanhar e fiscalizar o uso dos recursos através da análise das informações obrigatórias que as operadoras devem enviar à Agência pelo Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) e através do Padrão TISS – Troca de Informações da Saúde Suplementar. As operadoras também deverão apresentar à ANS declaração de cumprimento integral dos compromissos previstos. Caso não seja apresentada a comprovação do cumprimento dos compromissos previstos, a ANS notificará a operadora para que, no prazo de 10 dias, se manifeste sobre o descumprimento do termo de compromisso. Após o prazo de resposta, se constatado o descumprimento do termo, a operadora será multada.