Resolução CONSU n.° 08
(publicada no DO n.º 211 - quarta feira - 04.11.98)

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O **Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU**, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,

RESOLVE:

Art.1° O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei n.º 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de éticas profissionais, na Lei n.°9 .656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§ 1° As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§ 2° Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção `a saúde do consumidor.

Art. 2° Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;

VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I – "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n°9656/98

Art.4° As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - 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;

VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

.

Art. 5° Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6° Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA