

PROCESSO Nº: 33910.023542/2021-80

NOTA TÉCNICA Nº 10/2021/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES

Interessado:

DIRETORIA ADJUNTA DA DIDES, DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL, GERÊNCIA DE ANÁLISE SETORIAL E CONTRATUALIZAÇÃO COM PRESTADORES

Registro ANS: DIRAD-DIDES

ASSUNTO: ARR - Análise de Resultado Regulatório - RN 389/15.

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1. Trata-se de documento que tem por finalidade a análise dos resultados de Regulação feita através de normativo, para ampliar a transparência das informações no setor da Saúde Suplementar, em especial no relacionamento entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários/consumidores, reduzindo assim problema regulatório da assimetria de informação (quando uma das partes possui informações essenciais que a outra não possui, o que reduz sua capacidade de tirar o melhor proveito de seus direitos) que acentua posição de hipossuficiência do consumidor em face da operadora de planos de saúde, ou seja, que o coloca em posição de desvantagem em relação a operadora.

2. A norma em questão é a Resolução Normativa - RN nº389/15, que buscou atacar o problema em três vertentes, a de informações cadastrais, que permitem ao beneficiário se identificar e utilizar seu plano de saúde em sua rede contratada, sendo localizado de forma rápida e eficiente dentro do sistema; a de informações de utilização, que permitem ao beneficiário um maior e melhor controle sobre seu impacto para o sistema e acompanhamento de custos; além das informações que permitem as empresas contratantes de plano coletivos entenderem e efetivamente negociarem os índices de reajuste de planos de saúde aplicados anualmente, chamado na norma de Extrato Pormenorizado.

3. Neste documento faz-se um apanhado histórico da regulação, retomando discussões que existiram no momento da elaboração do normativo, antes mesmo de haver previsão em norma sobre a obrigatoriedade de realização de Análise de Impacto Regulatório, para desta forma trazer um maior aprofundamento de temas anteriormente abordados.

4. Também nesta Nota são avaliados esforços feitos em paralelo para obter subsídios técnicos para essa análise, seja através de Formulários enviados para as partes envolvidas e impactadas pela regulação, seja pela análise de informações armazenadas nos sistemas da ANS, nesse caso específico o Sistema Integrado de Fiscalização e sua base de denúncias apresentadas por beneficiários e de alguma forma relacionadas ao tema.

5. Avalia-se quais os resultados alcançados pelos componentes cadastrais e de utilização do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, sugerindo-se algumas alterações para ampliar os ganhos da regulação, bem como do Extrato Pormenorizado.

6. Para uma parte das medidas sugeridas far-se-á necessária a alteração de norma, implicando na realização de uma Análise de Impacto Regulatório, onde alguns pontos não aprofundados nesta Nota poderão ser abordados como uma efetiva análise de custos, contudo cumpre observar que algumas iniciativas sugeridas nesta nota não necessitam de implementação por via de alteração normativa, podendo ser de pronto avaliadas e implementadas acaso aprovadas.

2. JUSTIFICATIVA E FINALIDADE DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS REGULATÓRIOS - ARR

7. De acordo com a Casa Civil a avaliação de resultado regulatório – ARR é uma boa prática reconhecida internacionalmente e se refere, nos termos do Decreto nº 10.411, de 2020, à verificação dos efeitos decorrentes da edição de ato normativo, considerados o alcance dos objetivos originalmente pretendidos e os demais impactos observados sobre o mercado e a sociedade, em decorrência de sua implementação <https://www.gov.br/participamaisbrasil/cp-guia-arr>.

8. Em 2015 a ANS editou normativo para tratar da transparência das informações no mercado da Saúde Suplementar, tendo realizado, na ocasião, uma análise técnica sem ter por base as premissas da Análise de Impacto Regulatório - AIR, que ainda não estava previsto no ordenamento jurídico do país e, em razão deste fato busca-se agora uma avaliação crítica e técnica sobre as premissas originalmente adotadas e os resultados alcançados com a regulação editada e em vigor há mais de 5 (cinco) anos.

3. OBJETO DA ARR

9. A Resolução Normativa - RN nº 389, de 26 de novembro de 2015 foi editada com o intento de dotar a sociedade de maiores informações sobre os planos privados de assistência à saúde contratados. Possui em seu escopo três vertentes:

a) Identificação dos beneficiários - impondo que as operadoras disponibilizem aos seus beneficiários diversas informações de natureza cadastrais que possibilitem a estes sua exata localização dentro do sistema, ou seja, permite a estes beneficiários todas as informações pertinentes e, por ventura necessárias para a utilização do Plano de Saúde, uma vez que detectou-se que em situações específicas poderia haver confusão em relação a qual empresa (Operadora de Plano de Saúde) seria responsável pela cobertura assistencial contratada. Dentre essas informações podem-se citar o número de matrícula do beneficiário na operadora, se o contrato é firmado com ou sem a presença de uma administradora de benefícios além de trazer de forma explícita qual é a operadora contratada, evitando a confusão por vezes verificada pela fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

b) Utilização do beneficiário - Outra constatação que motivou a elaboração da norma foi a de que, uma vez dentro do sistema, era comum que os beneficiários não tivessem qualquer controle ou conhecimento de quais procedimentos realizaram e sobre quais procedimentos estariam sendo imputados à operadora em relação a sua demanda assistencial, com isso passou-se a permitir, ainda que de forma agrupada quanto aos valores custeados pela operadora, que o beneficiário passasse a atuar como fiscal dos gastos arcados pelas operadoras e que, ao final de determinado período, acabam por impactar o reajuste aplicado nos planos de saúde.

c) Extrato Pormenorização com Informações acerca dos Percentuais de Reajuste em Contratos Coletivos com formação de preço pré-estabelecido: por fim a ANS, em atenção ao crescente problema acerca dos reajustes livremente pactuados entre as partes, com a constatação de que em diversas situações não havia uma efetiva negociação, até pela dúvida existente quanto aos dados referentes às contratações específicas, definiu que todos os dados e informações referentes aos reajustes a serem aplicados aos contratos coletivos deveriam ser previamente divulgados aos interessados como forma de permitir uma efetiva negociação.

10. Adicionalmente a RN 389/15 foi utilizada como reforço da obrigatoriedade de atribuição e divulgação do número de identificação no Sistema Único de Saúde, para todos os beneficiários da saúde suplementar, o CNS - Cartão Nacional de Saúde, como uma iniciativa de integração de bases que visava viabilizar a

implementação de um Registro Eletrônico de Saúde único, na rede pública e privada, além de maior integração de bases entre os sistemas, que serviria para diversos fins, como a identificação de um beneficiário de plano de saúde que viesse a fazer uso do Sistema Público, facilitando a cobrança prevista no artigo 32, da Lei 9.656/98, referente ao resarcimento dos gastos arcados pelos beneficiários de planos de saúde na rede pública.

11. Referente a fiscalização do cumprimento do normativo a Resolução Normativa trouxe as seguintes previsões:

Art. 22. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES realizará monitoramento periódico para verificar o cumprimento do disposto nessa Resolução e utilizará essas informações para avaliação das operadoras e implemento de ações, conforme a ser definido em Instrução Normativa pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução Normativa ensejará a aplicação das penalidades previstas neste artigo.

§ 1º Considera-se infração ao art. 74 da RN nº 124 de 30 de março de 2006, ou de norma que vier a sucedê-la:

- I - a não disponibilização do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS ao conjunto de beneficiários da operadora;
- II - o descumprimento do disposto nos arts. 19 e 20 desta RN.

12. Para fins de realização do monitoramento previsto no artigo 22 a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES editou a Instrução Normativa nº 67, de 09, de março de 2017 que trouxe a forma como o mencionado monitoramento ocorreria, optando-se pela utilização de relatórios enviados pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, uma vez que esta área é a responsável por receber as reclamações de beneficiários da saúde suplementar em face das operadoras de planos de saúde.

13. Com quatro anos da publicação da norma a GASNT passa a realizar uma análise sobre os efeitos que a mesma alcançou desde sua entrada em vigor, bem como a propor melhorias para o prosseguimento dos avanços no campo informacional da relação entre beneficiários de planos de saúde e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

3.1. ORIGEM DA NORMA

14. A RN 389/15 originou-se de uma proposta menos abrangente, que basicamente buscava regulamentar como deveria ser o Cartão do Beneficiário de planos de saúde (Carteirinha) e fora discutido no Processo nº 33902.777324/2014-39.

15. A Nota Técnica 14/2013/GEPIN/GGISE/DIDES colocou como objetivo da norma tornar obrigatória a emissão e padronização de dados mínimos, em cartão impresso, de maneira a contribuir para o melhor conhecimento do beneficiário sobre o produto contratado.

16. Nesta Nota foram avaliadas 4 (quatro) opções: Padronizar e tornar obrigatória a emissão do cartão impresso; obrigar a emissão de carteira sem padronizar seu conteúdo; padronizar o conteúdo sem obrigar a emissão e não fazer nada.

17. Na época a GEPIN estimou os custos em até R\$ 2,80 por cartão emitido pelas operadoras, sendo certo que 96% das operadoras que responderam a questionário feito pela Gerência afirmaram que faziam uso de cartões para seus beneficiários, com diversos layouts, o que levou-os a optar pela opção 1 exposta no parágrafo anterior.

18. Em posterior análise a Assessoria Normativa da DIDES, através da Nota Técnica 009/2014/ASSNT/DIRAD/DIDES/ANS sugeriu a adoção da opção 3, com a obrigatoriedade de a operadora disponibilizar aos seus beneficiários um meio de impressão do documento em seu próprio site, de forma a alcançar resultados similares sem a geração de custos para as operadoras.

19. Tal processo gerou a Resolução Normativa - RN nº360, de 3 de dezembro de 2014, que estabelecia o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação única de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, e dava outras providências. Consistiu na instituição do Componente Cadastral posteriormente incorporada ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS.

20. A RN foi posteriormente alterada pela Resolução Normativa - RN nº376, de 28 de abril de 2015, que incluiu um rol mínimo de informações obrigatórias a serem prestadas aos beneficiários na ocasião da contratação do plano de saúde, que englobavam conteúdos como tipo de contratação, se individual, coletivo por adesão ou empresarial, qual seria a forma de reajuste, se regulado pela ANS ou definido através de livre negociação entre as partes, entre outras.

21. As discussões deste processo específico acabaram prosseguindo em outro processo, de nº 33902.468547/2015-99 e veio a se transformar no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, que foi discutido em Grupo Técnico denominado LAB-DIDES, instituído pela Portaria DIDES nº03, de 11 de março de 2015, com o objetivo de avaliar estudos e pesquisas sobre os temas relacionados ao desenvolvimento, sustentabilidade, concorrência, qualidade e inovação setorial, além de discutir políticas. Este grupo era regido pela IS nº 6, de 11 de março de 2015, da DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL.

22. A norma aqui analisada foi colocada em discussão neste fórum, e esteve na pauta das reuniões com público externo, realizadas nos dias 19/05/2015, 19/06/2015, 24/07/2015, 03/09/2015 e 15/09/2014, para as quais foram convidadas entidades representativas de operadoras de planos de saúde, operadoras de planos de saúde, entidades representativas de consumidores de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde, representantes de entes e órgãos públicos e representantes da indústria farmacêutica e outras relacionadas ao setor de saúde, além de reuniões internas, com os servidores da ANS, realizadas em 17/07/2015, 04/08/2015 e 09/09/2015, que contou com a participação de servidores de todas as diretorias da ANS.

23. As propostas foram inicialmente discutidas de forma abstrata, no campo das ideias, tendo se transformado na RN sob análise após concluídas as discussões e o processo administrativo normativo, com consultas realizadas perante entidades e servidores da ANS, podendo serem verificadas no processo mencionado.

24. Como informado em item anterior, a norma acabou englobando outros temas que foram além da mera informação das informações cadastrais dos beneficiários, passando a ser uma tentativa de regular as informações em diversos níveis, no setor da saúde suplementar.

25. No âmbito do Laboratório foram recebidas contribuições de diversas entidades que atuam no setor, bem como contribuições de servidores da ANS, todas analisadas no processo específico. Informações sobre as discussões ocorridas no Grupo, que não se resumiram ao presente tema, podem ser lidas em <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores-1/grupo-tecnico-lab-dides-laboratorio-de-desenvolvimento-sustentabilidade-e-inovacao-setorial>.

26. Foi elaborada a Nota nº20/2015/DIDES/ANS que tratou de Resolução Normativa sobre a transparência das Informações na Saúde Suplementar em que se introduziu a proposta normativa que veio a se transformar na RN nº389/15. Nessa Nota foram avaliadas as contribuições e questionamentos feitos pelo Setor para a elaboração da Norma, além de se levar em consideração questões que posteriormente viriam a ingressar no ordenamento jurídico com a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD, Lei 13.709/18 e que, por essa razão, também demandam uma nova análise de forma a adequar o conteúdo à Lei posterior, conforme explicitado no item anterior.

27. Para elaboração da RN 389/15 foi considerado os seguinte problema regulatório e suas consequências:

- Existência de grande assimetria de informações no setor que dificultava a concretização de direitos dos beneficiários; gerava conflitos entre as partes no momento de aplicação de reajustes; falta de informações de custo e valor, gerando falta de conscientização sobre o uso do plano de saúde, com consequente sobreutilização pela mera disponibilidade do serviço.

28. Foram indicados os seguintes objetivos a serem alcançados pela norma, além daqueles de identificação do beneficiário já previstos nos normativos anteriores:

- Acerca do componente de utilização do PIN-SS: Prover os beneficiários de informações de uso de forma a identificar seu perfil de utilização e custos para o sistema; com isso gerar uma mudança de cultura pelo consumo consciente motivado pelo conhecimento dos custos de utilização; reforçar o caráter da solidariedade do

financiamento do plano de saúde, que os pagamentos feitos para a operadora não seriam para o tratamento do beneficiário, mas para a subsistência do sistema e servir como um ponto de partida para a disponibilização de diversas informações dentro do portal;

- Acerca do extrato pormenorizado: permitir para as partes envolvidas o conhecimento das variáveis que integram os cálculos de custos e viabilizando com isso uma efetiva negociação no momento de calcular e implementar o reajuste anual, além de permitir ao consumidor final o mesmo acesso à informações de cálculo de reajuste.

29. Foram avaliadas as seguintes opções para resolução do problema:

- Editar norma impondo as obrigações para a operadora;
- Editar norma sem imperatividade;
- Editar norma dando direito ao consumidor de solicitar o extrato e a metodologia;
- Trabalhar com campanhas midiáticas de esclarecimento e buscando uma divulgação voluntária.

30. Transcreve-se a seguir alguns fundamentos utilizados:

Passa-se a analisar as formas de atuação da ANS para solucionar o problema mapeado gerando o maior bem-estar possível para as relações envolvidas.

A priori a informação com relação aos custos dos procedimentos para as operadoras apresentam interesse direto para esta, que é quem arca com as despesas e com o pagamento dos serviços realizados.

Contudo sempre que um beneficiário utiliza um serviço sem ter a noção de seus custos o mesmo corre o risco de ser sobreutilizado, pesa sobre a situação o risco moral daquele que paga por um serviço um valor fixo, independente do quanto utiliza.

Em que pese o fato de um indivíduo se achar no direito de utilizar o plano somente porque seus gastos em assistência ainda não ultrapassaram seu discêncio financeiro com a contraprestação, falamos aqui de uma mudança de cultura e comportamento, para a qual entendemos que o primeiro passo a ser dado é o nívelamento das informações existentes, o que se dará mediante a edição de normativo dotado de imperatividade.

A opção de apenas recomendar sem dotar de imperatividade tenderia a ter pouco alcance, não sendo apta a alcançar o objetivo esperado.

Opção de obrigar somente quando da solicitação pelo beneficiário também tende a não gerar um impacto significativo uma vez que não gerará uma ruptura com o modelo atualmente praticado, não gerando reflexão apta a instituir nova cultura de consumo consciente.

Por fim, a opção de trabalhar com campanhas de esclarecimento dificilmente resultará em alguma iniciativa no sentido pretendido, até porque, sem a imperatividade da norma seria mais difícil lidar com problemas em relação ao sigilo das informações divulgadas, o que pode ser resguardado pela norma.

Ao tratarmos da norma sobre a divulgação da metodologia de reajuste dos planos coletivos acrescentamos que se trata de um assunto cuja repercussão social vem crescendo de forma exponencial, sobretudo pela indisponibilidade dos critérios que levam uma operadora a reajustar os valores da contraprestação. A pressuposição existente de que o contrato coletivo é negociado por indivíduos com igual poder de barganha acaba falhando pela enorme diversidade de contratantes e de relações estabelecidas pelas partes, que pode permitir à operadora selecionar contratos em que aplicará reajustes menores em detrimento de outros, criando contratos coletivos excessivamente onerosos para aqueles que de fato não possuem qualquer poder de barganha.

31. Uma vez que a norma foi discutida antes de se tornar obrigatória a elaboração de Análise de Impacto Regulatório, mas já em uma fase de transição para sua adoção pela ANS, algumas medidas preconizadas pelos guias de boas práticas regulatórias foram adotadas, como elaboração de consultas com público alvo, elaboração de sumário executivo, entre outras, mas não houve a efetiva análise de impacto.

32. Tal fato torna relevante a realização da análise que passa a ser feita por opção da própria reguladora, com vistas a avaliar o efeito da norma, se seus objetivos foram atingidos, bem como eventuais propostas de adequação e melhoria, ressaltando que o normativo em análise é do ano de 2015 e Leis Federais posteriores passaram a regular temas tratados na regulamentação da ANS, como a mencionada Lei 13.709/18 e as Leis 13.848/19 e 13.874/19.

3.2. METODOLOGIA DA ANÁLISE:

3.3. A Avaliação de Resultado Regulatório visa avaliar os efeitos do normativo, no que concerne suas 4 (quatro) vertentes principais, elencadas no primeiro tópico dessa análise. Para tanto as principais fontes de informações foram os questionários disponibilizados no âmbito deste processo nº33910.023542/2021-80, que ficaram disponíveis para 3 (três) seguimentos distintos da sociedade, operadoras de planos de saúde, empresas contratantes de planos de saúde e entidades de proteção e defesa dos consumidores, gerando o Relatório 1 22030200.

33. Por esses questionários buscou-se obter dos regulados e dos principais destinatários da norma uma impressão sobre seus efeitos e sugestões de melhoria.

34. Também apresenta importância para a avaliação presente os resultados do Monitoramento da Fiscalização do cumprimento da RN 389/15, que consta do Processo SEI nº33910.020501/2018-36, em especial a Nota Técnica 4 21271483.

35. Por tal monitoramento buscou-se verificar, dentro do banco de dados da ANS se questões referentes a RN 389/15 apareceram como uma demanda dentre aquelas reclamações feitas por consumidores de planos de saúde, bem como identificar possíveis dificuldades de implementação das obrigações.

36. Ademais, diversos processos administrativos precisaram ser consultados para levantar o histórico da regulação sobre o tema, como o processo nº 33902.777324/2014-39, que buscou regulamentar a obrigatoriedade de carteirinhas de planos de saúde a serem fornecidas pelas operadoras, aos beneficiários; processo nº 33902.468547/2015-99, que originou a RN 389/15, bem como obtenção de informações relevantes, dentre os quais destacam-se o Processo SEI nº33910.000554/2017-50, que tratou de tentativa de revisão para as normas sobre Mecanismos Financeiros de Regulação e chegou a incluir alterações na RN 389/15 e o Processo SEI nº 33910.001081/2019-70, que consistiu em um requerimento de informações para que operadoras apresentassem os dados contratuais dos seus prestadores de serviços hospitalares.

37. Foram levadas em consideração, ainda, diversas consultas abertas na ANS, através de seus canais de atendimento, tratando da Lei Geral de Proteção de Dados, dentre as quais enumeram-se os seguintes processos administrativos: 33910.028023/2021-16, 33910.012759/2021-64, 33910.009130/2021-37 e 33910.001722/2021-19.

38. Considerando o que já foi mencionado sobre a LGPD é essencial que se avalie os normativos da ANS para que se enquadrem nessa lei, sobretudo uma norma como a RN nº389/15 que se propôs a ser uma norma sobre a transparência das informações.

39. Por fim, diversas demandas oriundas de Órgãos de Controle, acerca do tema "transparência de informações e reajustes de planos coletivos", a se destacar: 33910.011506/2018-78, 33910.036385/2020-91 e 33910.011530/2021-11.

40. Ainda se faz relevante observar com atenção a existência de Projeto de Lei 1422/2019, em tramitação no Congresso Nacional, que visa a adoção do CPF como número único de identificação do cidadão nos bancos de dados de serviços públicos, relacionando-se diretamente com a obrigação prevista para fornecimento do número do Cartão Nacional de Saúde - CNS para os beneficiários da saúde suplementar, uma vez que este número será um dos que serão substituídos pelo uso do CPF.

41. Além desses processos e documentos listados ainda foram consideradas diversos outros documentos que serão mencionados oportunamente na análise dos tópicos.

42. De posse dos dados e informações mencionadas buscou-se uma avaliação dos efeitos da norma através da análise das respostas dos envolvidos, bem como da análise de demandas da ANS que sinalizam para a existência ou não de alguma questão a ser melhorada na norma.

43. Cumpre observar, entretanto, que os formulários disponibilizados através do aplicativo Microsoft Forms apresentaram algumas limitações quanto ao seu alcance. Com exceção das operadoras de planos de saúde, cuja notificação para resposta ao formulário se deu através do Portal de Operadoras, no site da ANS, permitindo o envio para todas as empresas que atuam no setor, os demais Formulários tiveram alcance limitado. A divulgação dos mesmos se deu principalmente pelo informe feito na 106ºReunião Ordinária da Câmara de Saúde Suplementar, realizada em 18 de agosto de 2020.321.

44. Foram enviados ainda centenas de ofícios para e-mails cadastrados no sistema de informações da ANS como sendo de empresas contratantes de planos de saúde. Nessa situação pondera-se que os cadastros da ANS possuem cerca de 2.000.000 (dois milhões) de CNPJs cadastrados, contudo os e-mails registrados não necessariamente chegam aos representantes das empresas, pois os dados informados ao sistema não passam por checagem para identificar/validar os e-mails informados.

45. Tal esforço resultou em poucos formulários preenchidos, limitando a análise sob o ponto de vista das empresas contratantes e evidenciando uma dificuldade de a ANS comunicar-se com tal público, essencial no mercado que se regula pela representatividade no universo de planos de saúde comercializados.

46. Referente aos consumidores entendeu-se que não seria efetivo disponibilização de consulta para o público geral, pois acabaria por captar impressões não relacionadas ao objetivo da proposta. Tal opção, no entanto, também limitou a utilização do formulário disponibilizado aos consumidores, mas em um grau menor, pois as entidades representativas acabam por falar por uma grande quantidade de consumidores beneficiários, ademais, algumas opiniões de consumidores acabam sendo extraídas do próprio monitoramento de demandas.

3.4. ASPECTOS RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO:

3.4.1. Primazia do Consumidor

47. Importante enfatizar já no princípio dessa análise que a atuação desta Agência Reguladora pauta-se pelo disposto no art. 3º da Lei 9.961/00:

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a **defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde**, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas **relações com prestadores e consumidores**, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

48. Desde a edição da Lei que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS encontra-se consignado que sua finalidade institucional passa pela defesa do interesse público, regulando as operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com consumidores.

49. Contextualiza-se que antes da Lei de criação da ANS, já havia sido editada a Lei Geral dos Planos de Saúde, a Lei 9.656/98 que trouxe as regras para o funcionamento e comercialização de planos de saúde no Brasil, complementando a legislação consumerista que já contava com o Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei 8078/90), com regras que se aplicavam aos planos de saúde, mas sem a especificidade necessária em um setor de relações tão sensíveis.

50. Ao contrário do que se possa imaginar a Lei 9.656/98 não substituiu a Lei 8078/90 em sua integralidade, apenas trouxe algumas regras específicas sobre o funcionamento das empresas e algumas normas protetivas mais abrangentes, como a previsão do artigo 10, em que se garantiu, através do rol da ANS, tratamento para todas as doenças listadas na CID-10:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

51. Questões relacionadas a cobertura assistencial, reajustes de mensalidades entre outras passaram a ser tratadas na lei específica, mas a própria Lei específica trouxe em seu art. 35-G a subsidiariedade da aplicação do CDC à Lei dos Planos de Saúde:

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da [Lei nº 8.078, de 1990. \(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

52. Neste aspecto passa a ser relevante observar que a defesa do Consumidor baseia-se em diversos princípios, dentre os quais sempre terá relevância o Princípio da Boa-fé, de onde se evidencia a obrigação de prestar informações e manter uma relação transparente e harmônica, devendo ser observada não apenas no momento de contratação, mas em todo curso da relação contratual.

53. O artigo 6º do CDC elenca os seguintes direitos básicos do consumidor:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

- I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;
- II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;
- III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [\(Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012. Vigência\)](#)
- IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;
- V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;
- VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;
- VII - o acesso aos órgãos judiciais e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;
- VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
- IX - (Vetado);
- X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.
- XI - a garantia de práticas de crédito responsável, de educação financeira e de prevenção e tratamento de situações de superendividamento, preservado o mínimo existencial, nos termos da regulamentação, por meio da revisão e da repactuação da dívida, entre outras medidas; [\(Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021\)](#)
- XII - a preservação do mínimo existencial, nos termos da regulamentação, na repactuação de dívidas e na concessão de crédito; [\(Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021\)](#)
- XIII - a informação acerca dos preços dos produtos por unidade de medida, tal como por quilo, por litro, por metro ou por outra unidade, conforme o caso. [\(Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021\)](#)

Parágrafo único. A informação de que trata o inciso III do **caput** deste artigo deve ser acessível à pessoa com deficiência, observado o disposto em regulamento. [\(Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015. \(Vigência\)](#)

54. Quando analisado o CDC e em especial a redação do art. 6º III, percebe-se a direta relação da Resolução Normativa - RN nº389/15 com o tema, uma vez que a norma buscou justamente dar efetividade ao direito previsto no CDC, mas não diretamente replicado na Lei Geral dos Planos de Saúde, ao dispor sobre a *transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil*.

55. Assim, quando a ANS editou norma que trouxe a obrigatoriedade de uma forma explícita na saúde suplementar, de informações relevantes para a utilização do plano de saúde, estava reforçando o mandamento do CDC, bem como deixando claro que no campo específico da saúde suplementar a transparência das informações também deveria ser tratada de forma prioritária, como meio de buscar e manter a harmonia das relações jurídicas existentes, mas isso não representou em hipótese alguma uma obrigação nova que estava sendo imposta para as operadoras, uma vez que o código consumerista já estabelecia a transparência como um direito do beneficiário e consequente dever das operadoras.

56. Não se deve desconsiderar que o Superior Tribunal de Justiça já editou Súmula em que deixa clara a aplicabilidade do CDC aos contratos de Planos de Saúde:

Súmula 608 - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

57. Com a disponibilidade das informações acabamos encontrando um ponto de interseção entre as ciências econômica e jurídica, pois o fenômeno da Assimetria de Informação como uma reconhecida falha de mercado, com impacto direto na economia acaba sendo um potencializador da reconhecida hipossuficiência

do consumidor.

58. Se por um lado as operadoras de planos de saúde não possuem todas as informações sobre seu consumidor e podem vir a serem atingidos pelo risco moral, quando esses consumidores não revelam na integralidade sua condição de saúde e acabam demandando mais pela utilização dos serviços do que seria esperado se tivessem dado as informações completas, por outro a má informação sobre o produto comercializado, a não disponibilização de informações em forma clara e de fácil acesso ao consumidor acaba inibindo sua utilização.

59. A se destacar que a Lei 9.656/98 e toda a legislação setorial trouxeram meios para que as operadoras pudessem se proteger do risco moral, ao estabelecer a declaração de saúde, os prazos de carência, cobertura parcial temporária, agravos e, em caso extremo, até a possibilidade de cancelamento do contrato, ao passo que ao consumidor, em especial aquele que possui um plano de contratação coletiva, as medidas de transparência são menos efetivas, até mesmo porque a obrigatoriedade legal da disponibilização do contrato está prevista para os consumidores contratantes de planos individuais e familiares, que correspondem a menos de 20% dos beneficiários de planos de saúde atualmente, conforme dados disponíveis no site da ANS [1]



60. Isto posto, as normas da ANS que começaram a prever a obrigatoriedade de disponibilização de informações aos consumidores de planos de saúde, qualquer que fosse o tipo de contratação, representaram verdadeiros marcos na efetivação do direito do consumidor, já previsto no CDC, em obter informações claras e precisas sobre regras, especificidades, características de seus produtos, o que fica ainda mais evidente quando também consideramos a participação crescente dos planos com coparticipação, que será abordado mais adiante.

61. Se em dado momento não existiam normas setoriais que obrigasse a divulgação da rede credenciada e sua atualização constante, por exemplo, um consumidor poderia passar anos sem saber que determinado prestador que está incluso em seu plano poderia ser por ele buscado, o que demonstra a importância da edição da Resolução Normativa - RN 285/11 que dispõe *a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet*.

62. Também tangenciando o tema da transparência das informações a ANS editou obrigações na RN nº195/09 que trouxe o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, regulamentados pela Instrução Normativa - IN nº20/0//DIPRO:

Art. 24 Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC. ([Redação dada pela RN nº 204, de 2009](#)).

Parágrafo único. O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO [3] e conterão, no mínimo:

- I – prazos de carência;
- II - vigência contratual;
- III – critérios de reajuste;
- IV – segmentação assistencial; e
- V – abrangência geográfica.

63. Posteriormente a própria RN 360/14, que trouxe para o ordenamento o componente cadastral posteriormente incorporado ao PIN-SS, previu o fornecimento de informações no momento de contratação dos planos de saúde.

64. Preciso cautela ao se avaliar, por exemplo, os custos normativos de medidas de transparência que apenas efetivam direitos previstos desde 1990, ponderando-se a evolução tecnológica natural que não pode ter seu custo atribuído a qualquer medida regulatória, bem como o fato de ter se passado mais de uma década sem que as informações fossem disponibilizadas, ainda que norma já existisse no espectro geral normativo.

65. Já se passou mais de uma década desde as medidas elencadas aqui começaram a ser instituídas pela ANS em complemento a legislação consumerista e a percepção sobre a importância das informações na sociedade somente se consolidou no período, sendo certo que o sinal que se percebe é de ampliar o conteúdo das informações disponibilizadas ao consumidor, atentando-se aos freios trazidos pela própria legislação, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD - Lei nº 13.709/18.

3.4.2. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS:

66. Inspirada no Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD) [2], a Lei nº 13.709/2018 [3], também conhecida por Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, digitais e não-digitais, de modo a conferir sistematização de natureza geral, principiológica e programática à temática [4], com o objetivo de garantir o respeito à privacidade do indivíduo e de oferecer segurança jurídica aos que operam dados.

67. Não por outra razão o artigo 1º, da Lei nº 13.709/2018, elenca como objetivo “proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural”, todos direitos fundamentais de igual solidez constitucional, e o artigo 2º, por sua vez, fundamenta a disciplina da proteção de dados pessoais no respeito à privacidade; na autodeterminação informativa; na liberdade de expressão, de informação, de comunicação e de opinião; na inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem; no desenvolvimento econômico e tecnológico e a inovação; na livre iniciativa, na livre concorrência e na defesa do consumidor; e nos direitos humanos, no livre desenvolvimento da personalidade, na dignidade e no exercício da cidadania pelas pessoas naturais.

68. É bem verdade que a garantia à inviolabilidade da intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, bem como o sigilo à comunicação de dados [5], já se fazia presente no ordenamento constitucional brasileiro desde 1988, sendo retratada no art. 5º, X e XII, da CRFB/88 [6] como limitação à liberdade de comunicação social, a fim de garantir ao indivíduo o espaço necessário para o desenvolvimento livre da personalidade, que apenas se concretiza em um ambiente que possibilite o controle das informações sobre si mesmo, protegido da curiosidade e intromissão de terceiros e da apropriação indevida para fins comerciais [7]. Da mesma forma, a proteção ao direito da personalidade encontra-se retratada nos artigos 11, 12, 17, 20 e 21, do Código Civil [8].

69. No entanto, a era digital, caracterizada pela volatilidade do fluxo informacional e a crescente monetização dos bancos de dados, sob a lógica do “big data”, “data mining” e “data warehouse”, veio reforçar a necessidade da tutela jurídica específica da proteção de dados pessoais, haja vista a inauguração de nova vulnerabilidade existencial, qual seja, aquela atinente ao “corpo eletrônico da pessoa humana” [9], eternizado em rede e exposto à cobiça dos mais variados agentes econômicos, no interior de um modelo civilizacional de intensa vigilância e de baixa densidade democrática ou de densidade democrática em construção.

70. A massificação do tratamento de dados, transformados em mercadoria por possuírem valor econômico, coloca em evidência nova forma de controle social, tal como pressagiado por Zamiátin e Orwell [10], pois afeta a capacidade de autodeterminação individual, esta decorrente dos direitos fundamentais da privacidade e da intimidade, os quais são estruturados pela característica da inviolabilidade, por constituirão desdobramentos da dignidade da pessoa humana [11].

71. Em atenção aos reclamos por um quadro normativo sólido para a proteção de dados pessoais, forte o suficiente para fomentar um ambiente de cidadania digital em interação saudável com a economia digital em progresso, a LGPD conferiu protagonismo ao titular dos dados, com o intuito de equilibrar assimetrias de poder sobre a informação pessoal, por meio do estabelecimento de padrões mínimos a serem observados por quem processa, utiliza, compartilha e mantém dados pessoais, tais como limitação à finalidade específica e ambiente seguro e controlado.

72. Reconhecido como direito fundamental autônomo pelo Supremo Tribunal Federal [12], o direito à autodeterminação informativa possui mesma hierarquia constitucional que as demais normas de direitos fundamentais, as quais diante da insuficiência da hermenêutica clássica para a solução de conflitos entre si, recorrem à ideia de normas-princípio de Robert Alexy, definidas como mandados de otimização que devem ser sopesados no caso de colisão, mediante o emprego da técnica da ponderação, haja vista que direitos fundamentais não são absolutos, mas sim relativos.

73. Recorre-se, assim, à proporcionalidade como instrumento de controle das atividades de tratamento de dados pessoais, por meio da aferição de sua legitimidade constitucional, cuja aplicação pressupõe confronto entre a finalidade perseguida, o meio empregado e a relação de causalidade entre eles, o que se extrai do artigo 6º, da Lei nº 13.709/2018 ao elencar como princípios norteadores: finalidade, adequação e necessidade, além do livre acesso, qualidade de dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.

74. A discussão sobre a proteção de dados ganha contornos ainda mais intensos na seara da saúde, eis que o banco de dados de pacientes possui, em regra, informações completas, atualizadas e fidedignas, porque da correção das informações depende a vida e/ou a saúde dos seus titulares. Somado a isso, dado pessoal e dado pessoal sensível, assim definidos no artigo 5º, incisos I e II, da Lei nº 13.709/2018 [13], são insumos para o setor da saúde suplementar, isso porque o fornecimento de cuidados em saúde eficazes, bem como a quantificação, precificação, remuneração de procedimentos de saúde, redução da sinistralidade da carteira, entre outras questões, dependem muitas vezes do seu conhecimento detalhado.

75. Não à toa o alvo mais atacado pelos cibercriminosos, depois das instituições financeiras, é a esfera das instituições ligadas ao sistema de saúde, o que exige que se munam de mecanismos de proteção compatíveis com as cláusulas constitucionais asseguratórias da liberdade individual (artigo 5º caput, CRFB/88), da privacidade e do livre desenvolvimento da personalidade (artigos 5º, X e XII, CRFB/88), além de atentarem para os requisitos mínimos de adequação constitucional e legal no tratamento de dados, o que de forma alguma pode ser tratado como embaraço à atividade econômica.

76. Cumpre reforçar que dado referente à saúde insere-se na definição legal de dado pessoal sensível cujo tratamento depende da observância dos requisitos elencados no artigo 11 da Lei nº 13.709/2018 [14]. É bem verdade que a LGPD não conceitua, especificamente, dados sensíveis em saúde, mas possível atentar para a definição elencada no artigo 4º, item 15, do RGPD [15], instrumento normativo que inspirou a LGPD, qual seja: “Dados relativos à saúde, dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde”.

77. Conforme artigo 11 da Lei nº 13.709/2018, o tratamento de dado pessoal sensível, vale dizer, “dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural”, somente poderá ocorrer no caso de consentimento específico e destacado do titular ou responsável legal, para finalidades específicas (inciso I), ou nas hipóteses específicas do inciso II, quando dispensável o consentimento do titular, a saber:

“Art. 11. O tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses:

I - quando o titular ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas;

II - sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para:

- a) cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;
- b) tratamento compartilhado de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos;
- c) realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis;
- d) exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral, este último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem) ;
- e) proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro;
- f) tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019) Vigência
- g) garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos mencionados no art. 9º desta Lei e exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais” (sem destaque no original)

78. Observa-se que se exige, em regra, o consentimento do titular para o tratamento de dados pessoais sensíveis, o qual deve ser necessariamente livre, sem qualquer tipo de pressão ou coação; inequívoco, exime de dúvidas quanto ao consentimento em si; informado, devidamente esclarecido acerca do tratamento de dados e suas implicações; expresso, não se admitindo consentimento tácito e, ainda, específico quanto ao propósito do tratamento de dados, tudo a afastar eventual vício de consentimento.

79. Por conseguinte, a contrário senso, coíbe-se termos de consentimento elaborados de modo extenso e com linguagem rebuscada ou de difícil compreensão ou ainda permeados por frases truncadas que possam redundar em ambiguidades, isso porque tal formatação redundaria em assinaturaacrítica, não configurando real consentimento do titular do dado, a quem cabe, inclusive, se assim entender, revogar (reconsiderar) consentimento anteriormente dado para o tratamento de seus dados pessoais.

80. Entre as exceções elencadas no inciso II, do artigo 11, da Lei nº 13.709/2018, nas quais se dispensa o consentimento do titular, destaca-se a alínea ‘a’, concernente

81. ao cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; alínea ‘d’, concernente ao exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral, este último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem) ; alínea ‘e’, concernente à proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro e alínea ‘f’, concernente à tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.

82. Em relação a RN 389/15, foram recebidas algumas consultas pela ANS gerando uma série de manifestação conforme relatos abaixo:

a) **Processo Administrativo nº 33910.028023/2021-16:** Trata-se de questionamento realizado pela CTS – Excelência em Serviços Atuariais, empresa de consultoria regulatória, acerca da RN 389/2015 à luz da LGPD – Lei nº 13.709/2018, nos seguintes termos (SEI 21724366):

“De acordo com art. 13, II, da RN 389/15, a operadora deverá manter protegidas as informações dos beneficiários quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua identificação, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros não autorizados. Neste caso, como fica a situação dos beneficiários dependentes maiores de 18 anos? Os titulares tem direito a ter acesso às informações de seus dependentes, mesmo dos maiores de idade? Se faz necessário o consentimento desses dependentes para que o titular tenha acesso a tais dados?”

b) **Processo Administrativo nº 33910.012759/2021-64:** Trata-se de questionamento realizado pela Unimed Federação de Minas, representante institucional das 57 operadoras Unimeds do estado de Minas Gerais, acerca da acerca da forma de implementação da LGPD – Lei nº 13.709/2018, nos seguintes termos (SEI 20345334):

“1) Qual é o entendimento deste órgão regulador a respeito do envio de tais informações assistenciais abertas por beneficiário ao médico do trabalho da contratante ou da administradora/corretora contratada, inclusive, no que se refere ao envio de informações para fins de cobrança correta da coparticipação e para que a pessoa jurídica possa fazer os descontos previstos na folha dos seus empregados?

2) Caso essa solicitação de envio de informações assistenciais esteja acompanhada de procurações específicas fornecidas pelas empresas contratantes, bem como termo de confidencialidade e sigilo assinado pelo médico do trabalho os dados pessoais e assistenciais podem ser fornecidos pelas OPS de maneira aberta e individualizada?

3) De que modo as operadoras podem disponibilizar tais informações?

4) Há algum impedimento legal das corretoras de (seguros/planos de saúde) fazerem a administração de carteiras de planos de saúde para pessoas jurídicas contratantes de planos ou esta atividade é exclusividade das administradoras de benefícios"

c) **Processo Administrativo nº 33910.009130/2021-37:** Trata-se de questionamento realizado pela Martins, Robledo & Bernardon Sociedade de Advogados acerca da forma de implementação da LGPD – Lei nº 13.709/2018, nos seguintes termos (SEI 20068480):

"a) Os beneficiários titulares podem acessar as informações de utilização do dependente maior de idade para verificação de questões financeiras, custos de coparticipações, ou mesmo sem esta finalidade?

b) A operadora pode emitir relatório de utilização ao titular contendo as informações dos demais dependentes, mesmo maiores de idade?

c) Nas demais hipóteses, possui o titular direito de acesso às informações pessoais, inclusive de teor sensível, relativo ao atendimento do dependente junto às operadoras de plano de saúde?"

83. Por meio do Despacho nº 56/2021/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES (SEI 20354244) foram destacados os seguintes pontos a serem analisados (SEI 20354244):

"a) Como conciliar a Lei 13.709/18 com a RN 389/15, de forma a garantir que os beneficiários, ainda que já dotados de capacidade civil, tenham seus dados protegidos, diante da necessidade de compatibilização dos direitos relativos à privacidade do indivíduo e o direito à informação referente aos valores devidos, em especial pela utilização do plano de saúde, a título de coparticipação, quando o responsável financeiro pelo plano de saúde é pessoa diversa;

b) É possível afirmar que o responsável financeiro pelo custeio do plano tenha direito ao recebimento da informação, visto que trata-se de elemento com total influência nos valores a serem pagos, permitindo, assim, um maior controle sobre a correção das cobranças feitas?

c) Há violação quando uma operadora emite relatório de utilização ao titular do plano, responsável financeiro pelo mesmo, contendo despesas de seus dependentes, sem identificação do procedimento feito, como forma de preservação do sigilo/informações sensíveis? E quando o responsável financeiro é a empresa empregadora, o entendimento é o mesmo?

d) Em se tratando de plano coletivo empresarial, com a empresa arcando com valores de coparticipação do seu empregado, essa empresa pode ser informada em relação a utilização do plano por seu empregado? Há alguma precaução a ser adotada pela operadora acerca da informação de dados sensíveis para as empresas contratantes, como, por exemplo, utilização de termos de consentimento?"

a) **Processo Administrativo nº 33910.001722/2021-19 (Proc. Relacionado nº 33910.009015/2021-62):** Trata-se de questionamento realizado pela Unimed Centro Oeste Paulista – Federação Intrafederativa das Cooperativas Médicas (Unimed COP) – Reg. ANS nº 35.713-8 acerca da forma de implementação da LGPD – Lei nº 13.709/2018, nos seguintes termos (SEI 19526968):

"A operadora firma um contrato coletivo empresarial com determinada pessoa jurídica. O plano de saúde tem coparticipação. O pagamento da contraprestação pecuniária é da coparticipação é efetuado pela pessoa jurídica contratante diretamente para a operadora, conforme previsto na legislação em vigor. Após efetuar o pagamento, a pessoa jurídica contratante cobra o valor da coparticipação dos beneficiários, de forma individualizada, motivo pelo qual exige que a operadora informe detalhadamente os procedimentos realizados, valores cobrados, com a identificação do beneficiário. A operadora pode entregar as informações para a pessoa jurídica contratante, ou seja, pode identificar o beneficiário e qual foi o procedimento realizado?"

84. Por meio do Despacho nº 18/2021/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES (SEI 19920017) foi conferido o seguinte esclarecimento:

"Esta gerência entende que aquele indivíduo/empresa que realiza o pagamento deve ter a informação sobre a utilização do plano que permita a apuração da correção da cobrança, contudo, no âmbito do pagamento entre empresa e operadora a fatura não é apresentada com informações individualizadas, mas agrupadas, permitindo a anonimizar das mesmas, de forma que não gera questionamentos quanto ao sigilo e proteção de dados e informações pessoais, sendo suficiente para as partes. Contudo o problema parece residir na cobrança posterior, feita pela empresa diretamente ao beneficiário, quando a empresa precisaria dos dados individualizados para realizar a cobrança ao seu empregado, especialmente se confrontada com a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD".

85. Somado a isso, o citado despacho elencou os seguintes questionamentos a serem objeto de análise:

"a) se a Lei Geral de Proteção de Dados traz, de fato, algum impedimento para que a operadora forneça os dados assistenciais, individualizados, para que a empresa possa fazer a cobrança da coparticipação junto ao beneficiário, uma vez que a questão parece enquadra-se na hipótese da LGPD;

b) se sim, se haveria possibilidade de fornecimento dos dados mediante consentimento do beneficiário"

86. Por sua vez, a Procuradoria Federal junto à ANS emitiu o Parecer n. 00019/2021/GECOS/PFANS/PGF/AGU (SEI 20498044), do qual se extrai o que se segue:

"6. As informações sobre os procedimentos de saúde realizados pelos beneficiários dos planos de saúde são dados pessoais sensíveis, à luz do que dispõe 11 da Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD. (...)

7. Podemos notar que os dados de saúde são tidos pela LGPD como dados sensíveis, sujeitos a um regime mais protetivo, mediante um rol taxativo de suas possibilidades de tratamento (art. 11-13 da LGPD). A LGPD permite o tratamento de dados de saúde, dispensando o consentimento do titular, para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária. As operadoras de planos de saúde devem ser entendidas como abrangidas pelo conceito de "serviços de saúde" e de "assistência à saúde", previstos no art. 11, II, "f" e § 4º da LGPD, tendo em vista a expressa referência constante do § 5º do mesmo artigo da LGPD, com a redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019, acima transcritos.

8. A princípio, as transações administrativas para a cobrança da coparticipação, que integram a operação de plano de saúde, podem ser consideradas como albergadas pelo indicado art. 11, § 4º, II da LGPD. Em que pese a norma se referir ao requisito "em benefício dos interesses dos titulares de dados", a viabilização do instituto da coparticipação é um elemento que integra a operação de plano de saúde, de modo a que pode ser compreendido como integrante da hipótese para o uso compartilhado de dados. Há, portanto, previsão legal que agasalha a possibilidade de tratamento de dados pessoais sensíveis, relativos à saúde, desde que para objetivos específicos, dentre os quais o de permitir as transações financeiras e administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços de saúde.

9. De toda forma, note-se que mesmo diante de uma hipótese autorizativa, o tratamento de dados pessoais deve seguir os demais ditames da LGPD, em especial os princípios da necessidade, da boa-fé e da não discriminação, nos termos previstos no art. 6º, III e IX da LGPD (...)

10. No tocante ao respeito ao princípio da necessidade para as hipóteses de tratamento de dados, deve-se verificar se as informações detalhadas sobre os procedimentos assistenciais dos beneficiários são, de fato, imprescindíveis para que as empresas contratantes possam realizar o pagamento da coparticipação às operadoras e a subsequente cobrança dos beneficiários. Caberá, assim, à área técnica da agência esclarecer esse aspecto técnico, que diz respeito à relação entre as operadoras, os beneficiários e as empresas contratantes de planos coletivos. Deve-se, inclusive, avaliar a necessidade de colheita de novas informações, para o melhor esclarecimento da matéria fática envolvida.

11. A situação tratada na presente consulta parece consagrar um caso sensível. Deve-se assegurar às empresas contratantes dos planos coletivos a possibilidade de auditar os valores pagos a título de coparticipação, mas com a menor afetação possível à proteção de dados pessoais dos beneficiários. Além disso, há a questão, levantada pelo Assessor-Chefe de Proteção de Dados e Informações da ANS acerca do risco de uso discriminatório ou abuso de informações sensíveis relativos à saúde dos beneficiários dos planos de saúde.

12. O equacionamento dessas delicadas questões, s.m.j., não deve se dar por uma análise exclusivamente jurídica do tema. A situação demanda uma atuação mais abrangente da agência reguladora, de modo a colher elementos para esclarecer toda a dimensão do problema. Ao que parece, a área técnica da agência deve submeter os normativos que tratam da regulação das relações contratuais entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes dos planos coletivos à avaliação regulatória, de modo a verificar a necessidade de introdução de instrumentos regulatórios para promover a proteção dos dados pessoais sensíveis dos beneficiários de planos de saúde e, ao mesmo tempo, viabilizar as transações financeiras e administrativas necessárias à coparticipação.

13. Dessa forma, sugiro a devolução dos autos, a fim de que sejam esclarecidos os aspectos acima destacados, quais sejam: a) a demonstração do interesse da ANS na solução das indagações formuladas pela operadora requerente, tendo em vista a ausência de competência da Procuradoria para responder consultas particulares; b) o esclarecimento dos elementos fáticos sobre a necessidade de fornecimento às empresas contratantes dos planos coletivos das informações detalhadas sobre os procedimentos assistenciais realizados pelos beneficiários, para fins de cobrança de coparticipação; e c) a avaliação quanto à oportunidade de se instaurar um processo de análise regulatória mais abrangente, para o melhor dimensionamento do problema e a avaliação da necessidade de alteração dos atos normativos que cuidam da regulação das relações contratuais

87.

Em atenção ao Parecer acima, a DIDES manifestou-se por meio do Despacho nº 86/2021/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES (SEI 20625710) da seguinte forma:

"4. Melhor contextualizando, cumpre esclarecer que, sobretudo em planos com fatores de moderação de uso/mecanismos financeiros de regulação, pode ocorrer de uma empresa ou mesmo um responsável financeiro (pessoa física) ser responsável pelo pagamento do plano de saúde de um funcionário ou indivíduo sob sua tutela financeira. Neste caso, em relação ao valor fixo da mensalidade do beneficiário não há dúvidas, pois independe de qualquer atendimento realizado.

5. Contudo, ao se adentrar no aspecto do pagamento de parcelas de coparticipação, para que seja feito, e para se dar a publicidade necessária sobre o que estaria sendo cobrado, seria necessário que a empresa que financia ou o responsável financeiro pelo plano de saúde tivesse conhecimento sobre o que incidiria cada cobrança feita, ou seja, revelando dados assistenciais sensíveis daquele titular do serviço prestado.

6. A APDI chega a alertar em seu despacho para os riscos envolvendo o conhecimento de determinada informação assistencial de um empregado, por parte da empresa, dando uma opinião, ainda que com base em uma análise perfunctória, de que os dados deveriam ser apresentados de forma não individualizada em relação aos dados assistenciais. (...)

7. A questão que se segue, no entanto, é que para se ter a exata certeza da correção de determinada cobrança é necessário saber minimamente que tipo de assistência foi prestada, uma vez que os valores de coparticipação incidentes variam conforme previsto em contrato, por tipo de procedimento realizado. Neste caso, não prestar informações assistenciais impediria o responsável pelo pagamento, seja a empresa contratante, seja o responsável financeiro, de conferir e contestar uma conta apresentada, colocando-o em situação de hipossuficiência de em relação a operadora.

8. Suponha-se que um contrato preveja que a coparticipação a ser paga será de X reais para a realização de consultas, W reais para a realização de exames de alta complexidade, de Y reais para exames de baixa complexidade, considerando a existência de um rol que divide exames em alta e baixa complexidade.

9. Ainda que a operadora informe apenas estar cobrando W reais pela realização de um exame de baixa complexidade em beneficiário cuja identidade é anonimizada, temos que será necessário saber qual o exame realizado para saber se ele realmente pertence a categoria cobrada. Em sendo uma empresa com poucos empregados, ou em se tratando de um responsável financeiro pessoa física, a anonimização dificilmente surtria algum efeito em proteger a identidade do beneficiário.

10. Por fim, em relação ao questionamento "c", observa-se que está em curso um projeto de revisão da Resolução Normativa - RN nº 389/15, que trata sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Ainda assim, no âmbito de uma análise para alteração normativa, faz-se necessário que o esclarecimento jurídico seja prestado para que seja possível avançar em uma solução que, ao menos, não venha a se constituir em uma fonte de judicialização pelo questionamento da legalidade de uma orientação, regulamentação feita pelo ente regulador"

a) **Processo Administrativo nº 33910.017833/2021-39:** Trata-se de questionamento realizado pela Federação Brasileira de Hospitais/FBH, em que denuncia a imposição por operadores de planos de saúde a prestadores hospitalares de aditivos contratuais com cláusulas exorbitantes, a pretexto da aplicação da LGPD – Lei nº 13.709/2018 (SEI 20828663). Requer, ao final, a intermediação da ANS para a resolução do impasse estabelecido.

88.

Dos questionamentos/consultas recebidos pela ANS é possível identificar como aspecto sensível aquele concernente a autorização/consentimento do titular dos dados, para que os mesmos sejam compartilhados com outros interessados, que por vezes necessitam dos mesmos para viabilizar determinada relação jurídica.

89. Em que pese a RN 389/15 ter adotado algumas cautelas para respaldar o direito à privacidade do titular dos dados, a norma foi editada antes da LGPD e demanda ajustes para que incorpore preceitos trazidos pela Lei Federal. Além disso, Far-se-á necessária a análise da aplicação das regras no tempo, uma vez que as alterações terão efeito para novas relações, mas deverá haver uma compatibilização daquelas já existentes no universo jurídico.

90. Como exemplo, uma empresa que contrate um plano em que arque com a coparticipação do beneficiário precisará efetivamente ter conhecimento de sua utilização para que tal contrato tenha possibilidade de existir, para tanto o beneficiário precisará consentir que informações de utilização sejam repassadas da operadora para a empresa contratante. Em um contrato novo é fácil prever a assinatura de um termo de consentimento por parte do beneficiário, mas em contratos já firmados o dilema a ser enfrentado é pela manutenção do mesmo contrariando em parte a LGPD, sua adaptação ou a resolução do contrato.

4. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS E DEMAIS IMPACTOS DA REGULAÇÃO SOBRE TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES

91. Conforme será demonstrado no item que se segue a este, a regulação sobre transparência das informações trouxe impactos positivos ao setor, embora ainda se constate a necessidade de maiores avanços no campo informacional, bem como a necessidade de aprofundamento das discussões na seara concorrencial.

92. Da avaliação das demandas apresentadas por beneficiários para a fiscalização da ANS não se identifica a indisponibilidade das informações cadastrais ou de utilização como um problema recorrente, contudo essa análise apontou para a necessidade de aprimoramento das informações disponibilizadas, sobretudo no conteúdo de utilização dos serviços e na periodicidade de prestação das informações, devendo-se atentar para o crescente número de planos de saúde que possuem em suas características essenciais a previsão de incidência de mecanismos financeiros de regulação.

93. Tal situação remete a discussão pretérita sobre divulgação de informações essenciais que estariam ou não amparadas por sigilo empresarial. Tal discussão ganhou novos contornos com a edição da Lei Geral de Proteção de Dados e ressalta-se, é também objeto de análise e ponderação em outros ordenamentos, como o exemplo norte-americano trazido nesta nota, em tópico subsequente.

94. Assim a análise jurídica de questões como a ponderação de direitos de diversos agentes impactados pela norma torna-se essencial para que seus resultados sejam corretamente avaliados.

95. Um dos impactos inerentes ao normativo editado recaiu sobre os consumidores de planos de saúde, que em razão de justificativa sobre a preservação do sigilo empresarial dos prestadores de serviço e das operadoras de planos de saúde não pôde ter acesso aos preços praticados pelos primeiros em relação às segundas. Tal situação dificulta o controle dos consumidores sobre seus gastos extras com plano de saúde, entendendo-se gastos extras como aqueles decorrentes de pagamentos não incluídos na sua mensalidade.

96. O aspecto concorrencial é trazido também para as discussões, demandando uma análise de órgão/entidades competentes, uma vez que o impacto concorrencial da transparência das informações é conhecida e estudada em diversos contextos, sob viés do risco moral, quando alguém inadequadamente monitorado tende a apresentar comportamento indesejável ou da seleção adversa, quando a ausência de uma informação acaba induzindo escolhas inadequadas.

97. Para além da regulação técnica sobre questões que devem ser conhecidas pelas partes há, portanto, a necessidade de uma análise acurada sobre questões que impactem o âmbito concorrencial, aplicando-se conceitos da LGPD, como a definição sobre dados pessoais sensíveis:

dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural;

tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;

consentimento: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada;

98. Além dos Princípios previstos na Lei que devem nortear o tratamento de dados pessoais:

Art. 6º As atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os seguintes princípios:

I - finalidade: realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

II - adequação: compatibilidade do tratamento com as finalidades informadas ao titular, de acordo com o contexto do tratamento;

III - necessidade: limitação do tratamento ao mínimo necessário para a realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;

IV - livre acesso: garantia, aos titulares, de consulta facilitada e gratuita sobre a forma e a duração do tratamento, bem como sobre a integralidade de seus dados pessoais;

- V - qualidade dos dados: garantia, aos titulares, de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;
- VI - transparência: garantia, aos titulares, de informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;
- VII - segurança: utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações accidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;
- VIII - prevenção: adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais;
- IX - não discriminação: impossibilidade de realização do tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos;
- X - responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

99. Isto posto, considerando que os dados de saúde do beneficiário, inclusive os que se referem aos valores gastos para obtenção de assistência do mesmo no sistema da saúde suplementar, podem estar amparados pela Lei Geral de Proteção de Dados, que seu tratamento atende aos princípios da Finalidade, Adequação, Necessidade, deve-se observar se a norma está garantindo o Livre-Acesso, a qualidade dos dados e a transparência, considerando a forma como a RN prevê para prestação das informações de utilização.

100. A finalidade claramente legítima de informar o beneficiário sobre os custos que a operadora terá que arcar para seu tratamento, que impactam diretamente nos valores a serem pagos a título de mensalidade, uma vez que influenciam não só o reajuste, mas o próprio cálculo feito na origem do registro do produto, que estima os custos assistenciais de uma carteira.

101. A adequação se mostra na medida em que conhecendo o valor da assistência prestada o consumidor pode orientar sua circulação dentro do sistema com parâmetros informacionais mais completos, com uma nova variável a se considerar, ademais, tem relação direta com o próprio desembolso que o beneficiário de planos com coparticipação e franquia podem vir a precisar realizar em decorrência da utilização dos serviços.

102. A necessidade se caracteriza, sobretudo, quando comparamos a finalidade a que se presta a informação, ou seja, dar conhecimento dos valores que impactam o preço do plano para o beneficiário, mas também pode ser um argumento de restrição aos valores influenciados pela incidência de coparticipação/franquia.

103. Da forma como está prevista atualmente se questiona se efetivamente estariam observados os princípios da qualidade dos dados e da transparência, pois não se constatou que os dados, da forma como atualmente apresentados, atendem aos anseios da norma.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

5.1. DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA OS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

104. A primeira vertente do normativo em análise foi a de garantir ao beneficiário as informações mínimas necessárias para utilização de seu plano de saúde. Tal questão surgiu de tentativa anterior de regular como deveria ser uma "carteirinha" de plano de saúde a ser fornecida aos beneficiários pelas operadoras, de forma a garantir que as mesmas servissem efetivamente para identificar o beneficiário na Saúde Suplementar. Inicialmente houve a instrução no processo administrativo nº 33902.777324/2014-39, posteriormente a discussão deu-se no processo nº 33902.468547/2015-99.

105. O Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS consistindo no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora, trazido pela RN 389/15, cuja disponibilização tornou-se obrigatória em 01 de janeiro de 2016 foi um dos produtos surgidos da proposta discutida.

106. O componente cadastral do PIN-SS foi editado com previsão de disponibilização de 22 (vinte e duas) informações tidas como essenciais ao beneficiário, sendo em momento posterior aditada com mais uma informação, totalizando 23 (vinte e três).

107. Previu-se a forma de fiscalização do cumprimento das obrigações dispostas no normativo pela Instrução Normativa - IN nº 67/DIDES de 09 de março de 2017 que trouxe como principal ferramenta de verificação da conformidade da operadora a análise de relatórios anuais encaminhados pela Diretoria de Fiscalização, com o registro das demandas em que constassem relatos acerca das regras dispostas pela RN.

108. Esses relatórios passaram a ser elaborados através da busca por "palavras chaves" dentro do Sistema Integrado de Fiscalização que serão abordados mais adiante.

5.1.1. Disponibilização mediante solicitação X obrigatoriedade de fornecimento de cartões físicos

109. Sob o enfoque dos problemas regulatórios e objetivos da regulação inicia-se a análise com um aspecto pouco abordado no processo original que resultou na RN 360/14, bem como na RN 389/15, que foi o impacto para o beneficiário sobre a não inserção da obrigatoriedade da entrega de cartões de saúde pelas operadoras.

110. Já em 2014 havia uma tendência de digitalização de uma série de serviços e o crescimento conhecido da disponibilização de linhas de telefonia celular e popularização dos telefones inteligentes, desde a disponibilização das redes de dados 3G tornaram quase universal o acesso a internet pela população brasileira.

111. Por mais que sejam conhecidas algumas manchas de cobertura, algumas populações em que o acesso não tenha efetivamente chegado, há que se considerar que o público-alvo deste normativo não se insere, como regra, nessa populações não alcançadas por suas condições sócio-econômicas.

112. Em consulta ao site da ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações [16] verifica-se que existem cerca de 240.000.000 (duzentos e quarenta milhões de linhas de celular ativas no Brasil), com uma média de quase 100 acessos por 100 habitantes ao final de 2020, sinalizando para uma grande cobertura considerando a população brasileira, mesmo desconsiderando que diversos indivíduos possuem mais de uma linha.

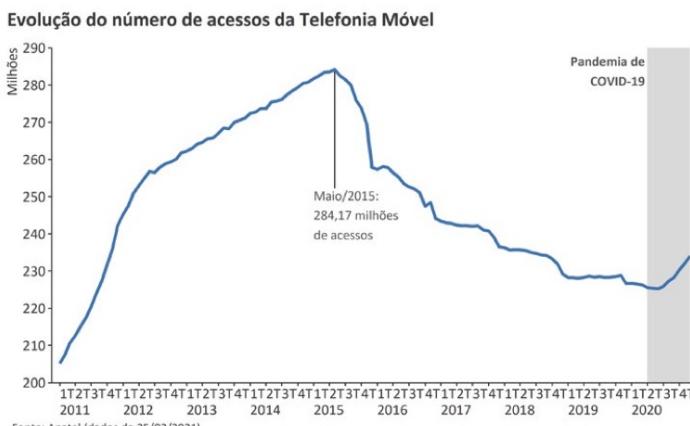


Figura 1 - Evolução do número de acessos da Telefonia Móvel, Brasil, 2011 a 2020



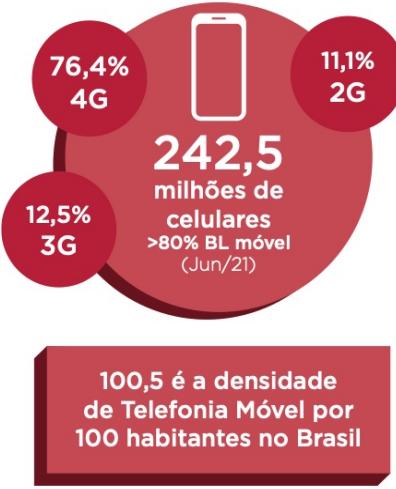
A Densidade de Acessos fechou o ano de 2020 em 97,20 (acessos por 100 habitantes) aumento de 1,11% em relação a 2019.

Destaque 3 - Densidade acessos da Telefonia Móvel no Brasil, dezembro de 2020

113. Nesse primeiro gráfico se verifica que o pico de linhas telefônicas ocorreu entre os segundo e terceiro trimestres de 2015, passando por um declínio até o ano de 2020, em razão da situação econômica do país, voltando a crescer no ano de 2020, provavelmente pela necessidade de acesso remoto gerado pela pandemia da SARS-COVID-2, contudo esse contexto econômico, para essa nota, não apresenta relevância e não será analisado.

114. Na segunda figura apresenta-se a densidade de acessos que é a conta referente a quantos acessos são identificados para um grupo de 100 habitantes. Reitera-se que o número de acessos por habitante detecta sem distinguir aqueles que possuem mais de uma linha telefônica, assim podem ser identificados mais acessos que o número de habitantes.

115. Para junho de 2021 os dados eram os seguintes [17]:



116. Considerando os dados do site do IBGE [18], a população brasileira se aproxima de 214.000.000 (duzentos e quatorze milhões de habitantes), ou seja, temos mais linhas de telefone celular com acesso a internet que habitantes no país, sendo que aproximadamente 215 milhões com conexão 3G ou 4G.

117. Tais dados são relevantes para demonstrar que é perfeitamente factível assumir que os cartões de saúde impressos podem ser substituídos por versões digitais. E, em que pese o fato de ainda haver um percentual de cidadãos brasileiros sem acesso aos serviços de telefonia, não existe indicação de que esses teriam acesso aos serviços oferecidos e prestados pelas operadoras de planos de saúde.

118. Apesar do fator primordial para o não acesso aos serviços de telefonia e saúde suplementar seja o econômico, deve-se atentar para a exclusão digital ocasionada por outros fatores, como a idade [19], ou o analfabetismo digital [20]. Existe inclusive programa do Governo Federal que busca reduzir tal problema [21].

119. Por esta razão a opção adotada, de não obrigar a impressão, a menos que o beneficiário faça a solicitação, pareceu ser a mais acertada e se mostra eficiente mesmo após alguns anos da norma estar em vigor, não merecendo reparo ou alteração de escopo, isso porque sob o ponto de vista de custos, considerando a necessidade de imprimir cartões e a atual movimentação de todos os seguimentos para a digitalização dos serviços, a locação de recursos nos meios físicos deve ser prevista como exceção e não como regra, de modo a não impactar no caminho natural da prestação ofertada pelas empresas e demandada pela maior parte dos consumidores.

120. Os telefones mais modernos já apresentam entre seus aplicativos a carteira virtual em que o usuário insere seus cartões de crédito, ingressos para shows e cinema, diversos cartões de identificação, incluindo documentos de identificação como a CNH [22], sempre em substituição aos documentos físicos, que quando não deixam de ser emitidos, ao menos podem ser substituídos no seu uso e apresentação do dia-a-dia, com isso até o uso de carteiras de dinheiro e documentos passa por uma mudança na sociedade, com a tendência cada vez maior de todas as informações e documentos de uma pessoa estarem armazenados como dados em seu telefone e não em formato físico em um acessório de vestuário.

121. Sobre as reclamações de beneficiários acerca da disponibilização de documentos, na maioria dos casos, referiram-se ao componente de utilização e a disponibilização digital dos mesmos, sendo questão extremamente pontual a disponibilização do PIN-SS em meio impresso, o que corrobora com a impressão de não haver um problema a ser atacado com a obrigatoriedade da disponibilização de cartões físicos 21271483.

122. Sobre o questionário respondido por entidades de defesa do consumidor destaca-se que foram recebidas sugestões para obrigatoriedade em padronizar as informações a serem disponibilizadas em computadores/tablets/celulares de forma a garantir os beneficiários tenham acesso as mesmas informações independente do aparelho usado para visualizá-las 21826106 e 22030200.

123. Embora não tenha havido uma pergunta específica sobre o tema o mesmo não apareceu mencionado nem nos campos de sugestões livre, o que reforça se tratar de um problema sem relevância regulatória.

124. Contudo, como forma de aprimorar a regra existente, alinhado a sugestão trazida por entidades de defesa dos consumidores acerca da padronização das informações, retomando a previsão original de disponibilização de uma "carteirinha" física, sugere-se que sejam definidas informações essenciais, podendo se tomar por base aquelas previstas no processo que culminou na RN 360/14, para que haja uma definição de como devem ser as carteirinhas a serem disponibilizadas, bem como definindo a obrigatoriedade de o layout de impressão da mesma ser disponibilizado para os beneficiários dentro do PIN-SS, concomitante a obrigação de a operadora disponibilizá-la quando solicitado.

125. Isso porque o volume de informações previsto no artigo 7º da RN 389/15 não é possível de ser transposto para um cartão físico, devendo-se garantir que as principais informações que permitem o uso do plano pelo beneficiário estejam presentes.

126. Na proposta da RN nº360/14 foram trazidas as seguintes informações como essenciais para apresentação em carteirinha:

- a) Nome do beneficiário do plano;
- b) Data de nascimento do beneficiário do plano;
- c) Código de Identificação no Sistema de Informação de Beneficiários (CCO/SIB/ANS);
- d) Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário do plano;
- e) Número do registro do plano na ANS;
- f) Segmentação Assistencial do plano;
- g) Identificador da operadora;
- h) Código do registro da Operadora na ANS;
- i) Informação de contato com o emissor do cartão (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora);
- j) Informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS e endereço eletrônico).

127. Como dados opcionais foram indicados:

- a) Matrícula ou número de identificação do beneficiário na operadora; Padrão de Acomodação do plano;
- b) Tipo de Contratação do plano;
- c) Área Geográfica de Abrangência do plano;
- d) Nome do Plano;
- e) Assinatura do beneficiário do plano.

128. Atualizando a lista para as demandas atuais existentes sugere-se trocar o número do CNS pelo CPF do beneficiário, além de incluir no identificador de operadora a identificação da Administradora de Benefícios quando for o caso. Sugere-se, ainda, quando demandado, que o nome do beneficiário possa ser substituído pelo nome social, conforme legislação vigente.

129. Ressalta-se que as informações essenciais são aquelas que os beneficiários precisam quando buscam atendimento com o plano de saúde, por esta razão a mera informação sobre qual operadora fornece a cobertura ao beneficiário não se mostra suficiente, sendo essencial o número de registro do plano, pois é o que permite ao prestador identificar se o beneficiário possui ou não direito de ser atendido na rede.

130. Informações como as que identificam a existência de uma administradora de benefícios na relação também são importantes, se não para utilização na rede credenciada, mas para que o beneficiário consiga obter esclarecimentos e orientações sobre questões como reajuste e pagamento do plano de saúde.

5.1.2. PIN-SS - Componente Cadastral

131. Como relatado nos tópicos anteriores, o componente cadastral teve origem antes da edição da Resolução Normativa - RN nº 389/15, tendo sido concebido originalmente como uma norma que buscava tornar obrigatória a disponibilização de cartões físicos aos beneficiários de planos de saúde.

132. No curso do processo optou-se pela disponibilização em meio eletrônico, através de um portal específico no site, com possibilidade de impressão de seu conteúdo. O componente surgiu com a Resolução Normativa - RN nº 360/14 e foi posteriormente incorporada nas discussões sobre transparência das informações na saúde suplementar.

133. Elencam-se abaixo as informações obrigatórias previstas pela RN nº 389/15 e posteriormente faz-se uma análise de pertinência, baseada nas informações coletadas através de Formulários disponibilizados para o setor, bem como comparação com as informações do SIB e previsões constantes da Lei Geral de Proteção de Dados:

Art. 7º O Componente Cadastral do PIN-SS deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações cadastrais:

- I - nome do beneficiário;
- II - data de nascimento do beneficiário;
- III - número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;
- IV - número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;
- V - código do registro da operadora na ANS;
- VI - nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da operadora;
- VII - nome empresarial (razão social) e título do estabelecimento (nome fantasia) da administradora de benefícios, quando houver;
- VIII - nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial;
- IX - número do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;
- X - nome do plano privado de assistência à saúde;
- XI - número do contrato/ apólice;
- XII - informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e pelo art. 2º da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009;
- XIII - informação sobre a regulamentação do plano, entendendo-se por:
 - a) Plano Regulamentado – celebrado após 1º de janeiro de 1999;
 - b) Plano Não-regulamentado – celebrado até 1º de janeiro de 1999; ou
 - c) Plano Adaptado – celebrado até 1º de janeiro de 1999 e adaptados às regras da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - data da contratação do plano de saúde;
- XV - data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;
- XVI - prazo máximo previsto no contrato para carências, de acordo com a classificação abaixo:
 - a) carência para procedimentos ambulatoriais;
 - b) carência para procedimentos hospitalares;
 - c) carência para o procedimento parto a termo; e
 - d) carência para procedimentos odontológicos;
- XVII - data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando houver;
- XVIII - segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde;
- XIX - padrão de acomodação do plano privado de assistência à saúde;
- XX - área de abrangência geográfica do plano privado de assistência à saúde;

XXI – dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora; e

XXII - informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos de Fiscalização);

XXIII – informação sobre existência de compartilhamento da gestão de riscos para viabilizar o atendimento continuado do beneficiário no contrato, na forma de regulamentação própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que permite a assunção de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste. ([Incluído pela RN nº 430, de 07/12/2017](#))

Parágrafo único. Em relação ao inciso XVI deverá constar a informação de que se trata de prazos máximos de carência, devendo o beneficiário proceder à leitura contratual ou consultar o Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora para ter ciência de todos os prazos previstos.

134. O artigo 7ºacima transcrito elenca 23 informações de natureza cadastral cujo fornecimento em área fechada do site da operadora se faz obrigatória. São informações que podem ser divididas em informações de identificação do beneficiário, informações de identificação da operadora e do produto, além de informações sobre regras legais e infra-legais existentes.

135. Em uma análise na qual confrontam-se os dados previstos pelo PIN-SS, os dados existentes no SIB e os dados previstos para integrarem o novo SIB, uma vez que o Sistema de Informação de Beneficiários da Saúde Suplementar encontra-se em processo de revisão, tem-se:

Tipo de Informação	PIN-SS	SIB	Novo SIB	Comentário
	RN 389/15, art. 7º - COMPONENTE CADASTRAL	RN 295 - ANEXO	*****	Conforme proposta do Novo SIB
Beneficiário	*****	CCO	CCO	CCO importa para a GEPIN, irrelevante para beneficiário, sem necessidade de constar no PIN-SS ou em carteirinha de plano de saúde.
Beneficiário	nome do beneficiário;	Nome do beneficiário	*****	Nome do beneficiário não garante a identificação unívoca, porém é essencial para identificação do beneficiário no sistema
Beneficiário	data de nascimento do beneficiário;	Data de nascimento do beneficiário	Data de nascimento do beneficiário	
Beneficiário	*****	número da Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010; (Opcional)	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	código de sexo do beneficiário	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	nome da mãe do beneficiário	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	número do Registro de Identidade Civil	*****	Sem interesse na

		– RIC		manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	número da cédula de alistamento eleitoral - Título de Eleitor	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	número da carteira de identidade do beneficiário	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	órgão emissor da carteira de identidade do beneficiário	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	código do país emissor da carteira de identidade do beneficiário	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****	CPF do beneficiário	CPF do beneficiário	Pode ser inserida no PIN-SS
Beneficiário	*****	Indicação da relação entre o beneficiário dependente e o beneficiário titular	Tipo de relação de dependência	Pode ser inserida no PIN-SS
Beneficiário	*****		CPF do beneficiário titular	Pode ser inserida no PIN-SS
Beneficiário	*****		Motivo de Inclusão do Vínculo	Pode ser inserida no PIN-SS
Beneficiário		número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP ou Número de Identificação do Trabalhador – NIT	*****	Sem interesse na manutenção pelo SIB
Beneficiário	*****		Data de inclusão do vínculo no sistema	Sem relevância para o Beneficiário
Beneficiário	*****		Data da última alteração do vínculo no sistema	Sem relevância para o Beneficiário
Beneficiário	*****		Situação	Sem relevância para o Beneficiário
Beneficiário	*****		Data de	Sem

			inativação do vínculo	relevância para o Beneficiário
Beneficiário	*****		Motivo de inativação do vínculo	Sem relevância para o Beneficiário
Beneficiário	*****		Data de inativação no sistema	Sem relevância para o Beneficiário
Portabilidade	*****		Registro ANS da operadora de origem da portabilidade	Informação pode ter interesse para o beneficiário
Portabilidade	*****		Tipo de produto de origem da portabilidade	Informação pode ter interesse para o beneficiário
Portabilidade	*****		Registro produto de origem da portabilidade	Informação pode ter interesse para o beneficiário
Portabilidade	*****		Registro produto de origem da portabilidade	Informação pode ter interesse para o beneficiário
Beneficiário	número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;	CNS	*****	Sem previsão pela manutenção. Avaliar pertinência no PIN.
Beneficiário	número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;	Código de identificação do beneficiário titular na operadora, para beneficiários informados como dependentes (não titulares)	*****	Sem previsão no novo SIB, mas relevante para o beneficiário.
Operadora	código do registro da operadora na ANS;		Registro ANS da operadora detentora do vínculo	
Operadora	nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da operadora;		*****	Sem previsão no novo SIB, mas relevante para o beneficiário.
Operadora	nome empresarial (razão social) e título do estabelecimento (nome fantasia) da administradora de benefícios, quando houver;		*****	Sem previsão no novo SIB, mas relevante

				para o beneficiário.
Operadora	nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial;		*****	Previsto no Novo SIB na identificação do contratante
Produto	número do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;	Número do registro do plano na ANS - RPS; Código do cadastro do plano na ANS – SCPA	Registro produto ANS	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	nome do plano privado de assistência à saúde;		*****	Sem previsão no novo SIB
Produto	número do contrato/ apólice;		Identificador do Contrato na Operadora	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e pelo art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009;	Relação de dependência	Registro ANS da administradora de benefícios Tipo de identificação de contratante Número de identificação do contratante	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	informação sobre a regulamentação do plano, entendendo-se por: a) Plano Regulamentado – celebrado após 1º de janeiro de 1999; b) Plano Não-regulamentado – celebrado até 1º de janeiro de 1999; ou c) Plano Adaptado – celebrado até 1º de janeiro de 1999 e adaptados às regras da Lei nº 9.656, de 1998;		Data de Adaptação do Contrato à Lei 9.656/98	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Beneficiário	data da contratação do plano de saúde;	Data de adesão do beneficiário ao plano	Data de Adesão ao Produto	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Beneficiário	data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;		Data de Adesão ao Contrato data de aniversário do contrato Data de Início de Vigência do Contrato	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB

Beneficiário	<p>prazo máximo previsto no contrato para carências, de acordo com a classificação abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) carência para procedimentos ambulatoriais; b) carência para procedimentos hospitalares; c) carência para o procedimento parto a termo; e d) carência para procedimentos odontológicos; 		Item de Carência Data de Início de Carência Data de Fim de Carência	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	*****		Identificador do Contrato na ANS	Sem relevância para o beneficiário
Contratante	*****	<p>Número no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão</p> <p>número no Cadastro Específico do INSS - CEI do contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão</p>	Número de Identificação do Contratante	Informação pode ter interesse para o beneficiário
Beneficiário	<p>data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando houver;</p>	<p>Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária - CPT;</p> <p>Indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;</p>	Possui CPT	Informação no PIN é mais específica que a prevista para o novo SIB
Produto	segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde;		<p>Tipo de produto registrado na ANS</p> <p>Tipo de plano de saúde vinculado ao contrato</p>	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	padrão de acomodação do plano privado de assistência à saúde;		*****	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Produto	área de abrangência geográfica do plano privado de assistência à saúde;		*****	Pode ser padronizada as informações de produto e contrato entre PIN e SIB
Contato	dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora;		*****	

Contato	informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos de Fiscalização);		*****	
Operadora	informação sobre existência de compartilhamento da gestão de riscos para viabilizar o atendimento continuado do beneficiário no contrato, na forma de regulamentação própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que permite a assunção de responsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste. (Incluído pela RN nº 430, de 07/12/2017)		*****	

136. Quando confrontamos as informações previstas pelo PIN-SS e as informações disponibilizadas através do SIB e que se pretende sejam prestadas ao novo SIB, constata-se uma boa quantidade de informações coincidentes, contudo, considerando as finalidades diversas de ambos, existem informações que constam no PIN, mas não constam no SIB, bem como o oposto.

137. Neste sentido, uma informação pertinente para a ANS nem sempre tem utilidade para o beneficiário e aquilo que é essencial para o beneficiário pode não ser para a ANS, o que dificulta a adoção de um padrão único de informação a ser prestada pela operadora.

138. A relevância desta análise ancora-se na previsão da Lei Geral de Proteção de Dados, que estabelece que a ANS seria controlador de dados pessoais e como tal deveria garantir o acesso aos dados ao titular desse direito.

139. Assim, da leitura dos artigos transcritos é possível observar que a vasta maioria das informações previstas no PIN-SS, em seus componentes cadastral e de utilização, encontram-se nas bases de dados da ANS, em especial dos sistemas SIB, TISS e RPS.

140. Neste sentido, e observando-se também o disposto na Lei 13.709/18, a ANS pode ser entendida como Controlador de dados na forma do art. 5º:

Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se:

(...)

VI - controlador: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;

141. Mais adiante a Lei coloca o direito do titular dos dados pessoais obter a qualquer momento e mediante requisição:

Art. 18. *O titular dos dados pessoais tem direito a obter do controlador, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição:*

I - confirmação da existência de tratamento;

II - acesso aos dados;

III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;

IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei;

V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; ([Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019](#)). Vigência

VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 desta Lei;

VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;

VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;

IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º desta Lei.

142. Uma vez que as operadoras de planos de saúde também podem ser enquadradas como controladores de dados não há problema em prever tal obrigação de concessão dos dados pelas operadoras, contudo é relevante avaliar se há viabilidade de a ANS permitir o acesso de beneficiários, as suas bases.

143. Em se tratando de uma obrigação de natureza solidária, ou seja, que tanto operadora quanto a ANS teriam responsabilidade de garantir ao titular das informações, a padronização destes dados poderia gerar uma economia ao sistema, com a ANS concedendo acesso aos seus sistemas, através de um login próprio dos beneficiários, provavelmente utilizando-se do login gov.br e a operadora também disponibilizando o acesso em seu site, ainda que fosse prevista uma disponibilização nos moldes daquela prevista pela Resolução Normativa - RN 386/15 para informações sobre o Programa de Qualificação das Operadoras, em que se obriga não a prestação direta pela operadora, mas a divulgação do link para o site da ANS:

Art. 21-A A Operadora deverá divulgar o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões do Programa em seu sítio institucional na internet, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data de divulgação dos resultados pela ANS, a partir do ano-base 2017 a ser processado e divulgado em 2018, contendo, no mínimo: ([Incluído pela RN nº 423, de 2017](#)).

I - o resultado do IDSS e suas dimensões mais recentes, como divulgado pela ANS e o respectivo ano avaliado em idêntico destaque;

II - o link do Programa no Portal da ANS.

Parágrafo único. Os resultados do IDSS a que se refere o caput deverão ser mantidos no sítio institucional da operadora na internet até que seja substituído pelos resultados da divulgação do ano seguinte."

144. Não parece, portanto, a melhor opção a unificação do PIN-SS e do SIB, em se considerando o componente cadastral, pois as finalidades de ambos são diversas, mas é necessária a análise da ANS sobre a disponibilização direta ao beneficiário das informações que detém. Para tal análise, assinale-se, já foi remetido Despacho 174/GASNT 22678012, no âmbito desse processo.

145. Através do Despacho 549/GEPIN 22746175, a Gerencia de Padronização, Interoperabilidade e Análise de Informação teceu o seguinte comentário:

entendemos que a proposta da GASNT, acerca da possibilidade de disponibilização desses dados por parte da ANS, atende não só ao requisito de redução de custos (uma vez que os dados seriam fornecidos de forma centralizada a partir de bases de dados públicas), mas também garante o exercício do direito de acesso a esses dados por parte dos titulares previsto na Lei 13.709/18, a qualquer tempo e sem necessidade de requisição prévia.

Em relação aos dados cadastrais do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) informo que a consulta já se encontra disponível para os beneficiários através do serviço "Emitir comprovante de dados cadastrais junto à ANS" (COMPROVA), no link <https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-comprovante-de-dados-cadastrais-do-consumidor-junto-a-ans>.

146. Sobre o COMPROVA destaca-se que a consulta compila os seguintes dados de Planos de saúde contratados, vigentes ou não, pelos beneficiários de planos de saúde:

- Número de registro do plano de saúde (Previsto no PIN)
- Nome do Plano de Saúde (Previsto no PIN)

- Nome da Operadora de Plano de Saúde (Previsto no PIN)
- Registro ANS da Operadora (Previsto no PIN)
- Nome do Beneficiário (Previsto no PIN)
- CPF do beneficiário (não previsto no PIN)
- Data de Nascimento do beneficiário (Previsto no PIN)
- Nome da mãe do beneficiário (Previsto no PIN)
- Número de identificação do Cartão Nacional de Saúde (Previsto no PIN)
- Data da contratação atual do plano de saúde (Previsto no PIN)
- Data da primeira contratação (Não previsto no PIN)
- Características do plano (tipo de contratação) (Previsto no PIN)
- Se possui ou não fator moderador (Não previsto no PIN)

147. Observa-se que a principal lacuna deixada pelo COMPROVA é a falta de informações sobre a existência de Administradora de Benefícios na contratação do plano e suas informações de identificação, o que se explica pela própria inexistência dessas informações no SIB.

148. Considera-se, ainda, que a disponibilização dos dados por uma segunda fonte permitirá ao beneficiário confrontar as informações e eventualmente informar para a ANS no caso de incorreções nas informações prestadas, o que não ocorre atualmente, pois muitas vezes o beneficiário não tem qualquer conhecimento para avaliar a correção de informações apresentadas no PIN.

149. Isto pode ser constatado pela existência de pouquíssimas demandas relatando a incorreção de informações prestadas, destacando-se que a fiscalização em relação a qualidade das informações prestadas ao SIB é feita, em geral, quando a Diretoria de Fiscalização constata divergências entre as informações prestadas pelo beneficiário e as informações existentes no sistema, quando da apresentação de qualquer denúncia para a ANS.

150. No processo em que foi realizado o monitoramento das demandas referentes a RN 389/15 consta a seguinte informação: *Entre 2018 e 2020 foram tratadas 104 demandas sobre incorreção de informações de SIB detectadas em denúncias recebidas pela Diretoria de Fiscalização. Embora a maioria das denúncias dissessem respeito a incorreções pontuais elas envolveram mais de 40.000 beneficiários. Foram 40 representações lavradas no total. Essas, no entanto, envolveram apenas 42 beneficiários, uma vez que a demandas em que eram tratadas as informações de milhares de beneficiários não resultou lavratura de auto 21271483.*

151. Uma disponibilização das informações pela ANS poderia fazer com que os próprios beneficiários fizessem esse trabalho, aumentando o alcance da fiscalização e gerando demandas específicas sobre o conteúdo do SIB e também referente ao PIN-SS, pois ficaria evidente a discrepância das informações.

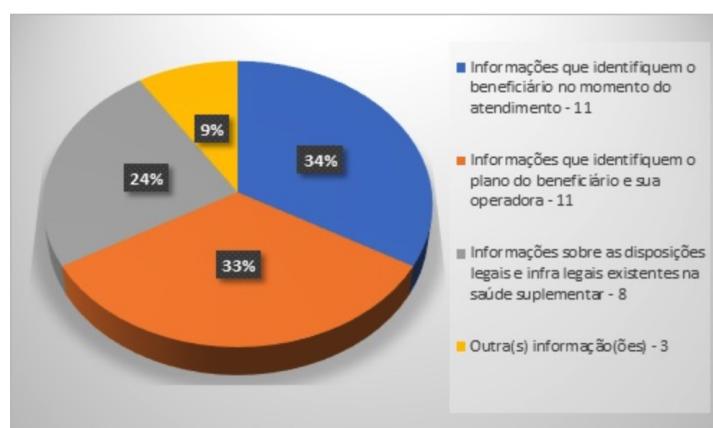
152. De forma a evitar tal situação seria esperado que as operadoras se empenhassem em manter as informações de ambos, PIN-SS e SIB, bem como de outros sistemas de informação compatíveis, assim, embora não se vislumbre a possibilidade de isentar ou reduzir a carga da obrigação pelas operadoras, com a assunção de parte dessa obrigação pela ANS, espera-se um ganho regulatório com a disponibilização de informações de seus sistemas pela ANS.

153. Registre-se que no processo de monitoramento das demandas referentes a RN 389/15 foram identificadas algumas demandas de beneficiários que identificaram incorreções nos procedimentos inseridos no extrato de utilização, demonstrando o potencial de o consumidor identificar incorreções nas informações prestadas.

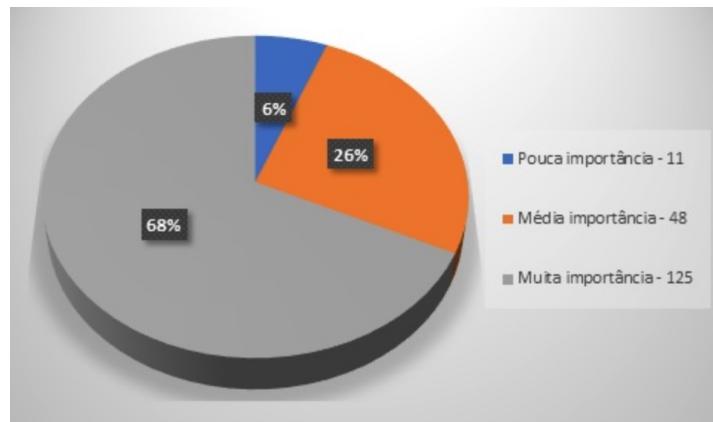
154. Passando para a avaliação dos formulários, em relação ao componente cadastral foram feitas perguntas acerca da pertinência das informações dispostas, bem como da necessidade de se estabelecer novas informações como obrigatorias, constando essas perguntas do Relatório 1 22030200.

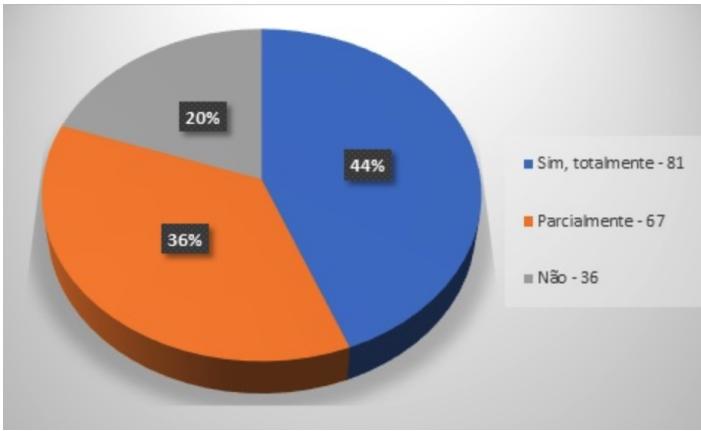
155. Sobre este relatório sinaliza-se que em relação as operadoras a ANS obteve 184 respostas em um universo de 736 operadoras, com uma margem de confiança entre 85 e 90% e 5% de margem de erro. Referente aos consumidores a ANS recebeu 14 respostas, não sendo possível mensurar as margens de confiança e erro. Por se tratarem de entidades com representatividade relevante, os formulários passam um indicativo das demandas existentes para o setor.

156. Aos consumidores, através de suas entidades representativas questionou-se o tipo de informação, na visão do órgão/entidade seria essencial de ser prestada ao beneficiário no que diz respeito à qualificação dele para poder utilizar o plano de saúde, podendo marcar mais de uma resposta, obtendo-se o seguinte resultados



157. Para as operadoras questionou-se qual seria a importância do PIN-SS, considerando os componentes cadastrais e de utilização, além da possibilidade de substituição do mesmo por uma carteirinha digital, obtendo-se os seguintes resultados:





158. Questionou-se também para as operadoras quais dos 23 itens listados seriam importantes para serem informados aos beneficiários e 33% das operadoras responderam que todos os itens seriam importantes. Ao revés, com relação aos itens que as operadoras considerariam dispensáveis, o mais lembrado foi o previsto no inciso XXIII, que trata das informações acerca da existência do compartilhamento da gestão de risco, além do número de CNS, número de contrato entre outras.

159. Também questionou-se para consumidores e operadoras quais seriam as informações não listadas que seriam essenciais para os consumidores.

160. Referente as operadoras apenas 16% (30 respostas) das respostas consideraram haver informações essenciais não listadas, aparecendo as seguintes sugestões:

- *Coparticipação;*

- *Percentual do fator moderador;*

- *Nome social;*

- *Informação por QR Code;*

- *Prontuário eletrônico nacional;*

- *Guia odontológico;*

- *Carta de portabilidade;*

- *Contatos do canal de ouvidoria da operadora;*

- *Detalhamento de carência por procedimentos com carências diferentes;*

- *Aviso de inadimplência;*

- *Informações sobre reajuste dos planos individuais e coletivos;*

- *CPF do beneficiário;*

- *Extrato de utilização;*

- *A identificação dos CIDs das doenças e lesões preexistentes de que o beneficiário saiba ser portador quando declarados na entrevista qualificada com o preenchimento da Declaração de Saúde no momento da adesão ao contrato de plano de saúde.*

161. Das informações listadas as que tratam do fator moderador (coparticipação e/ou franquia) também são tidas como essenciais para os consumidores e apresentam boa viabilidade de gerarem informações úteis aos beneficiários, que poderiam consultar o PIN-SS antes de definir pela realização ou não de um procedimento em determinada rede ou mesmo apenas obter uma previsibilidade sobre seus gastos com plano de saúde.

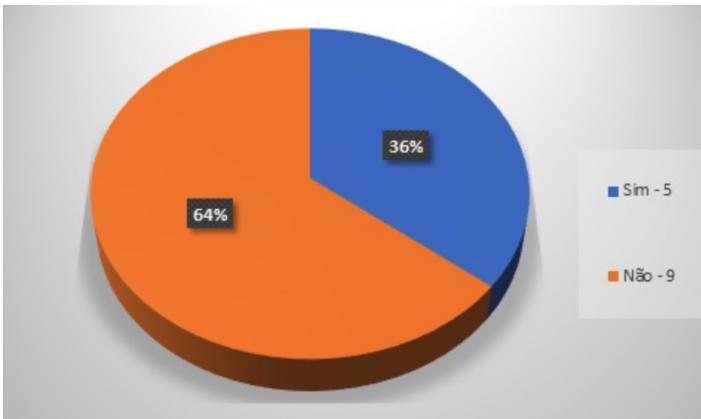
162. Sobre este e outros temas a GASNT realizou consulta à DIPRO através do Despacho 162/GASNT 22214348, obtendo como resposta da DIPRO, através do Despacho nº394/GEFAP 22618602 que a área técnica considera importante a inclusão "da obrigação de a operadora informar no PIN-SS, Componente Cadastral, as tabelas de valores de coparticipação de cada beneficiário em vigor, mantendo atualizadas as tabelas com os valores de coparticipação".

163. Informações em QR Code parecem ter mais relevância para o relacionamento operadoras e prestadores que para os beneficiários, embora seja viável implementar um atalho via QR Code que facilite o acesso ao PIN-SS.

164. Sobre o Prontuário eletrônico Nacional cumpre destacar que o componente de utilização previsto teve como fundamento ser um primeiro passo para uma futura disponibilização do mesmo, sendo certo que a ANS continuará buscando tal finalidade.

165. Acerca de guias médicos e carta de portabilidade, além de informações sobre reajustes de planos individuais e coletivos, as mesmas são previstas em outras normas ou mesmo na RN 389/15, com regras próprias, por vezes até mais abrangentes que o PIN-SS, por exemplo, a norma prevê que a rede credenciada de uma operadora deve estar disponível para todos os consumidores e potenciais consumidores.

166. Essa maior abrangência, no entanto, pode acabar gerando dificuldades ao consumidor na hora de consultar o site da operadora, uma vez que ele pode ter que escolher dentre dezenas ou centenas de produtos para identificar a própria rede. Nesse aspecto também se questionou os órgãos/entidades de defesa do consumidor se informações demais podem servir para confundir ao invés de ajudar os consumidores, com 36% das respostas sendo positivas:



167. Somando-se a demanda apresentada pelas entidades de defesa do consumidor a DIPRO manifestou-se através do Despacho 662/GEARA (22765272) considerando pertinente que as informações sobre rede credenciada, sobretudo eventuais alterações, sejam disponibilizadas dentro do PIN-SS, sem que isso impacte nas demais obrigações previstas.

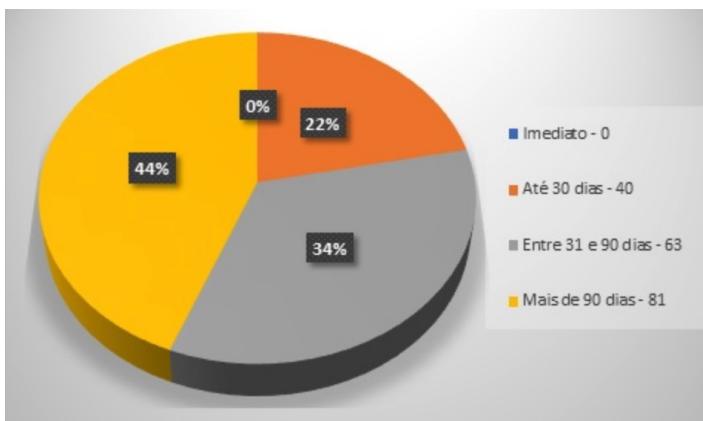
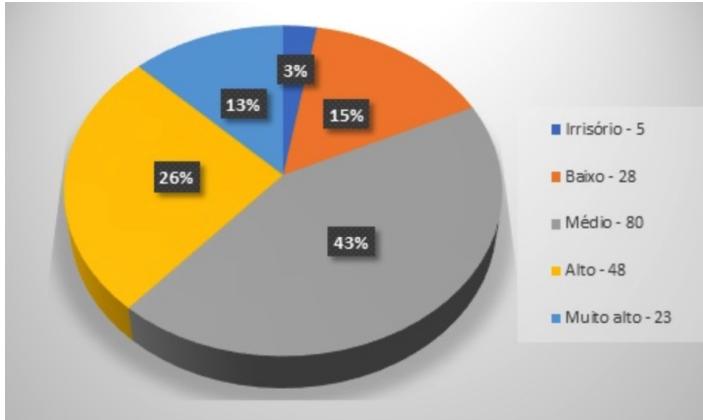
168. Registra-se que ao incluir informações da rede credenciada dentro da área logada do PIN-SS é possível delimitar as informações prestadas àquelas que realmente dizem respeito ao beneficiário, contribuindo para a redução da assimetria de informação e simplificando as consultas feitas por este.

169. Também parece pertinente a sugestão que trata da disponibilização de avisos de inadimplência dentro do PIN-SS, como mais uma forma de contato entre operadora e consumidor, contudo deve-se ter cautela com tal medida, pois o aviso de inadimplência tem com consequência a possibilidade de rescisão do plano de saúde e, desta forma é necessário que se garanta a ciência inequívoca do beneficiário e não apenas a disponibilização da informação.

170. As operadoras também observaram que a Lei Geral de Proteção de Dados impôs algumas dificuldades para prestação de algumas informações previstas pela norma.

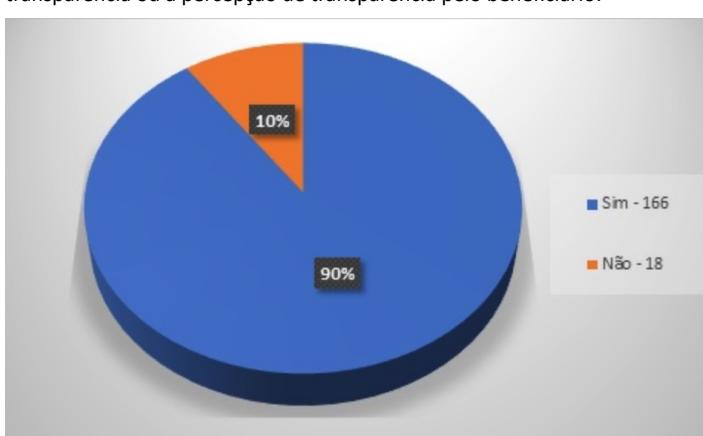
171. As entidades de defesa dos consumidores sinalizaram que alterações em normas sobre transparência das informações deve observar a necessidade de ampliação dos direitos/informações disponíveis e não sua restrição. Apareceram sugestões para inclusão de nome social, informações sobre coparticipação e rede credenciada no componente cadastral do PIN-SS.

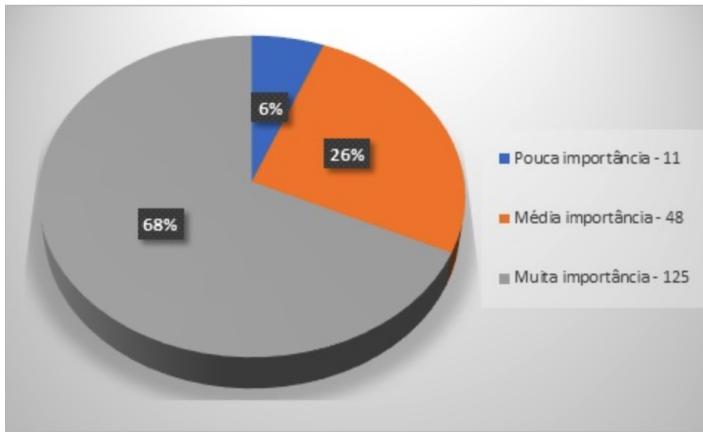
172. Ainda em relação ao componente cadastral, importante sinalizar que foi questionado para as operadoras sobre os impactos de custos e tempo para que fossem feitas alterações na norma, obtendo-se os seguintes resultados:



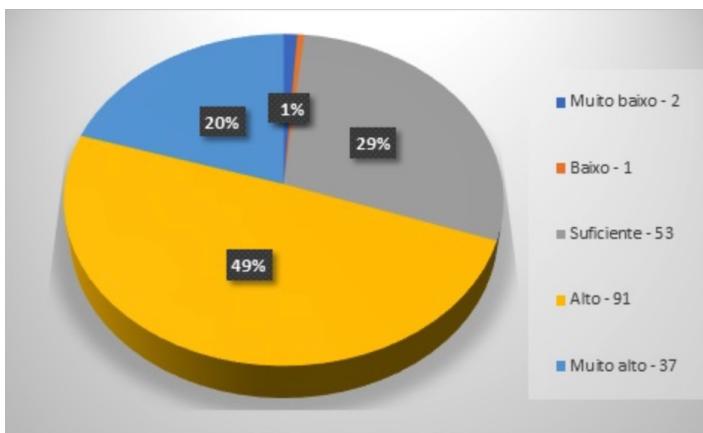
173. Verifica-se que 39% das operadoras identificam os custos como sendo altos ou muito altos, ao passo que 61% identificam como médio, baixo ou irrigário. Em relação ao tempo a maioria identifica serem necessários mais de 90 dias, embora uma quantidade relevante avalie serem necessários até 90 dias.

174. Apesar de tal avaliação, ao confrontarmos com outras perguntas colocadas no questionário, pondera-se que a relevância da transparência das informações pode facilmente superar os custos ocasionados pela inserção de novas informações. As próprias operadoras destacam a importância da transparência das informações para os beneficiários e 90% das operadoras que responderam ao questionário informaram estarem adotando medidas para incrementar o grau de transparência ou a percepção de transparência pelo beneficiário:

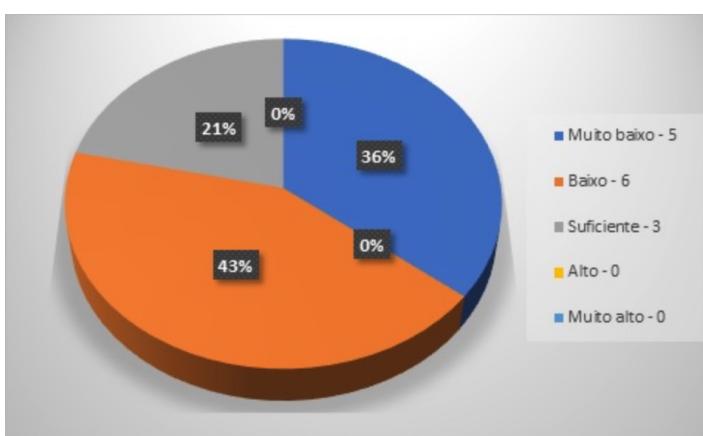
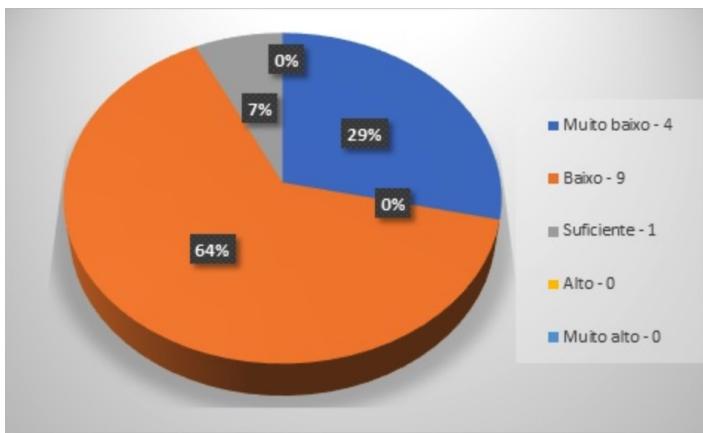




175. As operadoras, em sua maioria, consideram ter um grau de transparência alta ou muito alta em seu relacionamento com seus beneficiários:



176. Resultado bem diferente foi obtido, no entanto, quando questionou-se as entidades/orgãos representativos dos consumidores, seja sobre componentes cadastrais ou detalhes sobre custo e utilização dos planos:



177. Essa diferença de percepção por parte de operadoras e consumidores evidencia a necessidade de atuação do ente regulatório para redução das assimetrias existentes, pois deixa claro que a atuação isolada das operadoras não está sendo suficiente para melhorar a percepção de transparência dos consumidores.

178. Que se observe que, tampouco há uma falta de regulamentação na área que deixaria as operadoras livres para fazer ou deixar de fazer o que julgassem mais adequado. A RN nº389/15 e o Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/90 trazem diversas regras para garantir a transparência das informações nas relações de consumo e, no caso concreto, no relacionamento entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários.

179. 93% das respostas dadas por entidades de proteção e defesa do consumidor concentram-se nos níveis baixo ou muito baixo de transparência sobre informações de cadastro e 79% nos mesmos níveis, no que se refere as informações de custo e utilização do plano de saúde.

180. Considerando que as operadoras entendem ser relevante a transparência na relação com o consumidor, parecem estar buscando o incremento desta transparência, mas não logram êxito no seu alcance e, considerando ainda que as entidades de defesa do consumidor identificam como essencial a prestação de

informações e insuficiente o grau de transparéncia atual no mercado de saúde suplementar.

181. Considerando as análises feitas sobre os componentes cadastrais previstos e sugestões trazidas para melhora nos níveis de transparéncia e maior disponibilização de informações, bem como o médio custo relatado por operadoras para promover alterações consideradas relevantes e, por fim, considerando previsão da LGPD sobre a obrigação solidária de a ANS e as operadoras garantirem o acesso de suas bases de dados aos titulares dos dados, acerca do componente cadastral do PIN-SS;

182. Considerando, ainda, a existência de previsão em forma de norma principiológica no CDC, desde 1990 sobre o tema "Transparéncia de Informações" sugere-se:

- a) Manutenção da regra de fornecimento de vias físicas da "carteirinha" do plano de saúde somente quando solicitado pelos beneficiários;
- b) Disponibilização de "carteirinhas digitais" através de aplicativos e/ou outros meios adotados pelas operadoras;
- c) Na esteira do sugerido pelas entidades de defesa do consumidor, reforçar a obrigatoriedade de todas as informações previstas serem fornecidas em qualquer meio de consulta digital, seja pela utilização de aplicativos, seja pela visualização em desktop ou tablet;
- d) Prever um elenco de informações essenciais que devam efetivamente constar da "carteirinha" do Plano de Saúde, quando essa vier a ser impressa, de forma a garantir a informação essencial para a utilização pelo beneficiário, conforme abaixo listado:

Informações essenciais:

- Nome do beneficiário do plano (ou nome social, sob demanda);
- Data de nascimento do beneficiário do plano;
- Número do CPF do beneficiário;
- Número do registro do plano na ANS;
- Segmentação Assistencial do plano;
- Identificador da operadora e da Administradora de Benefícios;
- Código do registro da Operadora e da Administradora de Benefícios na ANS;
- Informação de contato com o emissor do cartão (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora e da Administradora de Benefícios);
- Informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS).

Como dados opcionais foram indicados:

- Matrícula ou número de identificação do beneficiário na operadora;
- Padrão de Acomodação do plano;
- Tipo de Contratação do plano;
- Área Geográfica de Abrangência do plano;
- Nome do Plano;
- Assinatura do beneficiário do plano.

e) Estabelecer a necessidade de a operadora disponibilizar o layout da carteirinha para impressão dos beneficiários dentro do PIN-SS, independente de sua obrigação de enviar uma via física quando demandado;

f) Por não se enxergar utilidade na informação para os consumidores, sugere-se a supressão da obrigação prevista no artigo 7º XXIII, que trata do compartilhamento de risco pelas operadoras, entendendo-se que não se enquadra como supressão de direitos dos consumidores;

g) Previsão de informação, dentro da área logada do PIN-SS, de informações sobre rede credenciada do beneficiário, incluindo suas alterações, sem prejuízo das demais obrigações previstas em relação a divulgação da rede credenciada para beneficiários e demais consumidores de planos de saúde;

h) Previsão de informação sobre os valores e percentuais de coparticipação e/ou franquia previstos no plano dos beneficiários, independente dos valores efetivamente gastos/utilizados. Isso porque para a parte cadastral a informação dada seria aquela prevista no contrato, devendo ser atualizada sempre que houver alteração contratual;

i) Possibilitar que o PIN-SS seja utilizado como um canal de comunicação entre operadoras e beneficiários, com esta divulgando informações relevantes, bem com passando avisos aos beneficiários, disponibilização de boletos entre outros serviços, sem, contudo descuidar de garantir que o beneficiário não tenha prejuízo em seus direitos sem que tenha sido dada ciência inequívoca da situação pela operadora, na forma de legislação específica;

j) Previsão de prazo para implementação das novas medidas de, ao menos, 90 dias;

k) Avaliar a possibilidade de a ANS implementar serviço para que os beneficiários possam acessar as informações existentes em sua base, adotando-se todas as medidas de segurança pertinentes, em complemento a consulta disponibilizada através de https://sso.acesso.gov.br/login?client_id=comprova_ans.prod&authorization_id=17e069e5307, ou mesmo incluindo novas informações na mesma consulta, algo que poderá ser melhor analisado quando da conclusão da reformulação do SIB.

5.1.3.

PIN-SS - Componente de Utilização

183. No item 4 desta Nota foram descritos alguns fundamentos para a criação do componente de Utilização do PIN-SS. Sinteticamente buscou-se disponibilizar informações assistenciais aos beneficiários que, desta forma, estariam aptos a realizarem uma melhor gestão de sua utilização do plano, evitando realização de procedimentos em duplicidade, gerenciando os lançamentos feitos pelas operadoras, atestando a realização ou não dos procedimentos.

184. Mas também é importante resgatar que o componente de utilização dos serviços foi incluído no PIN-SS como forma de dar conhecimento aos beneficiários de planos de saúde dos custos assistenciais envolvidos em sua contratação de planos de saúde, bem como dotá-los de um instrumento para verificação de cobranças feitas pelos prestadores de serviço, que teriam impacto direto no valor das mensalidades, na hipótese de planos com coparticipação ou indiretos, quando da aplicação do reajuste anual.

185. A literatura sobre Assimetria de Informação ensina que existe um elevado grau de incerteza entre os consumidores sobre as consequências dos serviços utilizados, tornando ainda mais difícil que se avalie a qualidade desses serviços, o que, na visão de Arrow aumentaria a importância das informações corretas no setor e isso envolve o conhecimento sobre toda a cadeia, sobre quem solicita, para que solicita e quem custeia os procedimentos, que em última análise é o próprio consumidor que paga pelo plano de saúde [23].

186. Não por outro motivo se defende que o acesso às informações, sobretudo possibilitado pelo avanço da Internet, permite aos consumidores um consumo consciente e mesmo avaliar em algum grau os protocolos e tratamentos adotados, buscando eventualmente uma redução de custos, havendo diversos sites que fornecem preços e indicadores de qualidade de serviços prestados [24].

187. Os EUA já apresentam uma política de transparéncia a ser implementada em sua primeira fase, em 01/07/2022 [25][26]. Como os planos de saúde no país possuem fatores de moderação de uso a disponibilização dos preços dos serviços visa mostrar aos beneficiários os custos associados ao seu cuidado e o conhecimento dos preços praticados tende a aumentar a capacidade de escolha dos consumidores de serviços de saúde.

188. Pelo projeto americano os dados de preços serão disponibilizados ao público geral e poderão ser usados por terceiros como pesquisadores, desenvolvedores de aplicativos, de forma a ajudar os consumidores a entender o intrincado funcionamento do financiamento da saúde privada ligada aos planos de saúde.

189. Em sua justificativa o CMS.gov (Centers for Medicare & Medicaid Services) avalia que a informação sobre custos ficou indisponível por anos, fazendo com que o consumidor só tivesse ciência dos custos da assistência à sua saúde após realizar o serviço e receber a cobrança e o conhecimento dos preços permitirá a este consumidor um maior poder de escolha, aumentando a concorrência e gerando um efeito redutor nos preços dos serviços prestados em consequência.

190. Os objetivos da norma são elencados da seguinte forma:

- Permitir que os consumidores avaliem as opções de cuidados com a saúde e tomem decisões conscientes dos custos;
- fortalecer/facilitar o trabalho das entidades de defesa do consumidor em sua função de proteger e engajar;
- reduzir as surpresas potenciais em relação aos custos diretos dos consumidores individuais para serviços de saúde;
- criar uma dinâmica competitiva que pode reduzir a dispersão de preços para os mesmos itens e serviços nos mesmos mercados de saúde; e
- pressionar os preços para baixo, o que, por sua vez, reduz potencialmente os custos gerais de saúde [27].

191. O viés adotado portanto é o de proteção do consumidor, com a disponibilização de informações que lhe serão úteis para a correta utilização de seus planos de saúde, evitando surpresas com desembolsos para além da mensalidade cobrada. Adicionalmente o Departamento Americano vislumbrou o ganho concorrencial pela divulgação dos preços, ponderando claramente o Direito à Informação do consumidor, acrescido do Interesse Público em dinamizar a concorrência como preponderantes em relação ao sigilo empresarial que justificaria a tese de manutenção dos preços com divulgação restrita

192. Guardadas as particularidades de cada sistema e a impossibilidade de se adotar sistema semelhante no Brasil em razão da ordenação da rede assistencial das operadoras, salta aos olhos a questão do desconhecimento dos preços cobrados pelos prestadores de serviço junto as operadoras, uma vez que fica cada vez mais evidente a tendência mundial de abertura desses preços e empoderamento dos consumidores com todo tipo de informação que possa contribuir para um mercado concorrencial mais saudável.

193. Considerando a impossibilidade legal de a ANS regular diretamente os Prestadores de serviço de saúde a solução mais viável ainda passa pela regulação indireta através das operadoras de planos de saúde, inclusive referente ao preço cobrado, com a divulgação do Extrato de Utilização em que conste os dados da assistência recebida, incluindo preços e relacionado a qualidade do serviço prestado com programas como o Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP), plataforma para a coleta de dados desenvolvida para acompanhar o desempenho e avaliar a qualidade de hospitais que atuam no setor de planos de saúde [28].

194. Retornando a análise, o extrato de utilização é um tema sensível ao beneficiário, como ficou claro do monitoramento realizado pela GASNT pois, apesar do número reduzido de demandas encontradas pela DIFIS e encaminhadas através de relatório para o monitoramento da DIDES, a maioria delas versava sobre o tema e, embora não esteja claro que a forma prevista na RN 389/15 seja objeto de questionamento por parte dos beneficiários, vislumbra-se uma possibilidade de avanço sobre suas regras, incluindo questões específicas sobre coparticipação, que aproximam a situação em apreço ao tema tratado pela iniciativa americana e que teve como inspiração outra experiência ocorrida em território estadunidense.

195. O componente de utilização foi originalmente discutido dentro de um fórum denominado Lab-DIDES, instituído pela Portaria DIDES nº 03/15 [29], tendo por modelo experiência exitosa do Estado de Maryland, nos Estados Unidos e que também deu origem ao D-TISS (painel disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para consultar dados recebidos através do Padrão TISS (Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar) [30], inspirado pelo aplicativo Guroo [31]. Tais medidas visavam o empoderamento do beneficiário da saúde suplementar com a redução da assimetria informacional relacionada aos custos da saúde suplementar.

196. Mas a discussão nesse ponto transcende até a questão do Extrato de Utilização e alcança o aspecto da mudança de cultura já abordada no curso das discussões do Lab-DIDES. Por ser uma questão muito estrutural sobre a forma como se moldou a assistência suplementar a saúde, seu enfrentamento demanda ações contínuas e no longo prazo, razão pela qual será dado foco a questão da coparticipação e os valores de procedimentos para fins de cobrança, por ter maior aplicação prática para esta análise.

197. Enquanto o D-TISS foi objeto de recente revisão, tornando-o mais amistoso e informativo para a sociedade, com dados como o valor médio dos procedimentos realizados na saúde suplementar, o quantitativo realizado por estado da federação e o nº de prestadores, o componente de utilização do PIN-SS, embora a ANS não receba reclamações específicas a seu respeito, ainda não está bem situado no universo regulatório, pois ao contrário do D-TISS, seja porque a divulgação dos dados de forma agrupada, por tipo de procedimento, dificulta a extração de informações úteis dos mesmos, seja porque as informações ali presentes não se mostraram eficazes para sanar a principal dúvida dos consumidores, sendo o grande número de demandas recebidas sobre o tema coparticipação um indicativo de insucesso da medida regulatória tomada com a edição da RN 389/15.

198. Ao analisar um extrato de utilização com divulgação semestral, que permite o agrupamento de procedimentos em relação ao valor dos mesmos, impossibilita-se a utilização do extrato para fins de verificação da cobrança de valores em coparticipação nas hipóteses em que esse valor é cobrado em relação ao valor pago pela operadora para o prestador. Essa impossibilidade gera dúvidas quanto a correção das cobranças, que podem vir a gerar demandas na ANS.

199. Ressalva-se que este foi o encaminhamento possível, à época, em razão de diversos questionamentos, sobretudo de entidades representativas de prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde em relação a preservação do sigilo empresarial, que impediria a divulgação dos valores negociados entre as partes.

200. Sob o contexto da transparência é importante que os beneficiários inscritos em planos coparticipativos, sobretudo aqueles em que o percentual da coparticipação é aferido conforme o montante pago ao prestador de serviço, possam visualizar o custo real da assistência, para que possa calcular o valor que lhe foi cobrado. Para tal é imperioso que o extrato de utilização para esse tipo de plano seja completo com cada procedimento realizado com seus respectivos valores reais, assim, se um procedimento X tem incidência de 30% de coparticipação e a operadora cobrou do beneficiário R\$ 30,00, esse poderá verificar nesse extrato o valor que foi pago ao prestador. Para que o valor possa ser verificado, sendo certo que o prestador teria que ter recebido, no caso concreto, R\$ 100,00. Se recebeu menos, por exemplo, estará configurada a cobrança excessiva.

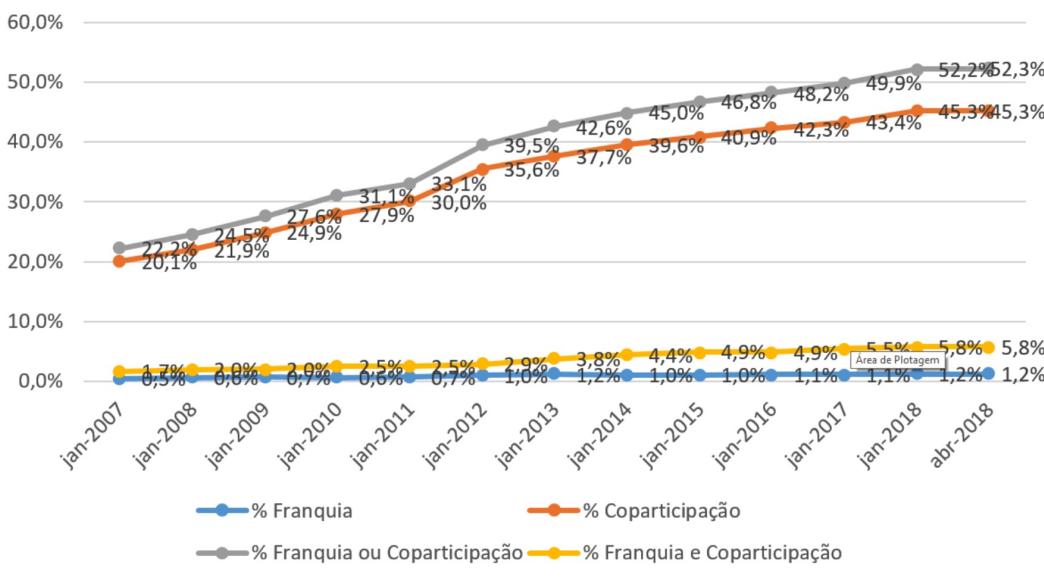
201. Mesmo em se tratando de planos cuja coparticipação é prevista em valor fixo é extremamente útil ao consumidor a ciência do preço praticado pelo prestador junto a operadora, pois só deste forma terá como avaliar se a coparticipação ou franquia cobrada corresponde ao que a norma Resolução CONSU 08/98 refere-se como fator restrito severo, que é a vedação expressa da coparticipação/franquia cobrada corresponderem ao financiamento substancial do procedimento realizado.

202. Ainda em se tratando de planos com coparticipação e cobranças feitas aos beneficiários, em algumas situações, alegava-se, que prestadores lançavam procedimentos no faturamento para pagamento pelas operadoras que não teriam sido realizados, o que impactaria não apenas na sinistralidade do produto, mas por vezes no próprio desembolso dos beneficiários.

203. Nesse sentido é importante destacar que existe uma forte tendência de aumento da participação de planos coparticipativos no mercado de saúde suplementar, o que potencializa os riscos de tal conduta.

204. No processo SEI nº33910.000554/2017-50 consta as seguintes informações referentes ao crescimento dos planos coparticipativos na saúde suplementar, entre os anos de 2007 e 2018:

Percentual de Beneficiários de Assitênciá Médica com Fator Moderador, jan2007 a jan2017



205. Quando da edição da Resolução Normativa - RN nº433/18, posteriormente revogada pela Resolução Normativa - RN 434/18, previu-se a inserção de obrigaçāo na RN 389/15 sobre informações referentes ao fatores de moderação no PIN-SS, o que não chegou a ser implementado. A redação consistia:

Art. 15. A RN nº 389, de 2015, passa a vigorar acrescida dos incisos XXIV a XXVIII no art. 7º e do § 5º no art. 9º, com as seguintes redações:

"Art. 7º

.....

XXI - relação dos procedimentos, dos grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem Mecanismos Financeiros de Regulação, quando houver;

XXII - tabela de referência que contenha os valores monetários dos procedimentos, grupos de procedimentos ou eventos em saúde sobre os quais incidem percentuais devidos a título de Mecanismos Financeiros de Regulação, quando houver;

XXIII - relação dos valores fixos cobrados sobre os procedimentos, grupo de procedimentos ou eventos em saúde a título de Mecanismo Financeiro de Regulação, quando houver;

XXIV - relação dos procedimentos e eventos em saúde isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação, destacando aqueles isentos por determinação legal daqueles isentos por disposição contratual; e

XXV - limite de exposição financeira previsto no contrato firmado entre a operadora e o contratante, que deverá observar o disposto na Seção II do Capítulo II da RN nº XXX, de XX de XXXXX de 2018, que dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar, e dá outras providências.

....."

"Art. 9º

.....

§ 5º Na hipótese de incidência de qualquer Mecanismo Financeiro de Regulação, deverá ser informado mensalmente e de forma individualizada por procedimento para cada beneficiário:

I - a espécie de Mecanismo Financeiro de Regulação aplicada;

II - o valor exato cobrado a título de Mecanismos Financeiros de Regulação; e

III - o saldo remanescente, referente ao custeio pelo beneficiário, nas hipóteses de franquia dedutível acumulada previsto no inciso I do art. 10, da RN nº XXX, de 2018.

Art. 16. Revogam-se o § 2º do art. 1º; os incisos VII e VIII do art. 2º; o art. 3º; e a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII, do art. 4º, todos da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, e revoga-se o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017.

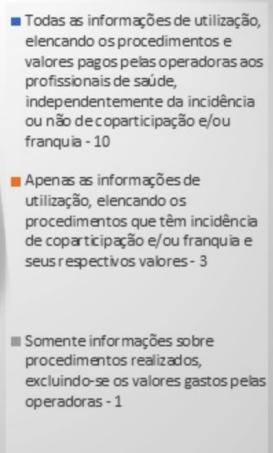
Art. 17. Esta norma entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação.

206. Excluindo peculiaridades da Resolução Normativa - RN nº433, as inserções feitas no artigo 7º são aquelas propostas no tópico anterior desta Análise, mas com relação ao artigo 9º o acréscimo do §5º permitiria aos beneficiários com planos coparticipativos o acompanhamento de sua utilização e despesas assistenciais, distanciando-se do paradigma temporal previsto no normativo original, qual seja, a divulgação semestral do extrato de utilização.

207. É palpável o ganho de transparéncia que a norma trouxe com a previsão, ainda que limitada, da divulgação do extrato de utilização, mesmo com procedimentos agrupados por tipo e período de tempo, contudo a alteração prevista e posteriormente revogada por normativos posteriores deixou evidente o espaço para melhoria da transparéncia no que se refere ao conteúdo desse extrato e sua finalidade.

208. Ao se questionar as entidades de proteção e defesa do consumidor sobre o Extrato de Utilização foram dadas as seguintes respostas para as questões:

209. Que tipo de informação, na visão do órgão/entidade, seria essencial de ser prestada ao beneficiário em relação à utilização dele do plano?

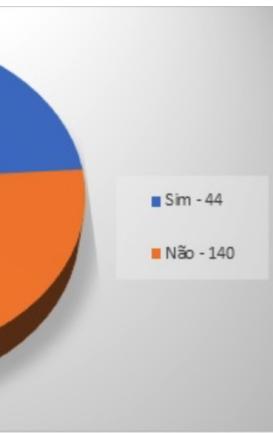


210. Qual a importância para o beneficiário/consumidor saber sobre o valor pago pela operadora de planos de saúde ao prestador de serviço (hospitais, clínicas, profissionais de saúde, etc)?



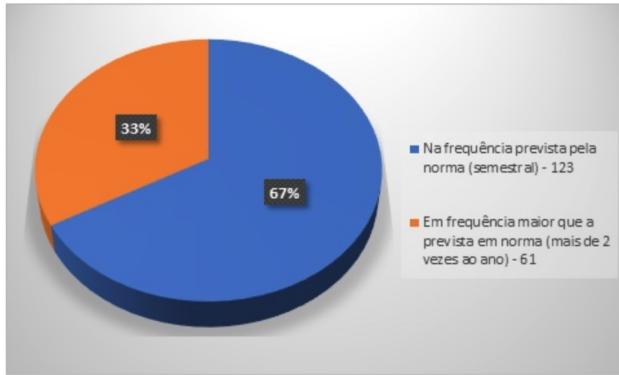
211. Percebe-se que há uma demanda pelas informações de uso e custo dos procedimentos, incidindo ou não fatores de moderação.

212. Ao se questionar as operadoras sobre a possibilidade de colocar no PIN-SS, de forma mais detalhada, as informações de utilização, no entanto, há grande aversão, com 76% das operadoras declarando não ser possível desagregar informações:

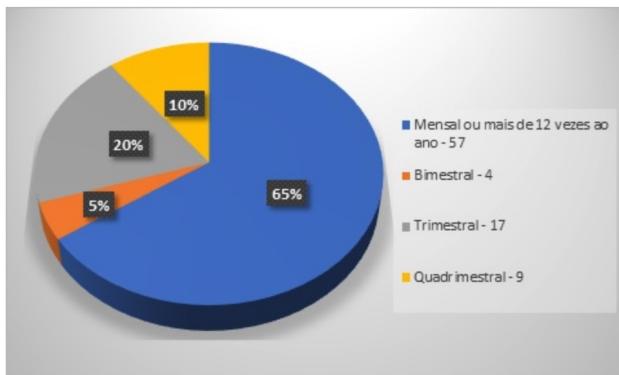


213. As principais alegações das operadoras residem na dificuldade imposta pelo volume de informações a serem prestadas, bem como dificuldades impostas pela Lei Geral de Proteção de Dados, pois a divulgação de valor individualizado de procedimentos poderia permitir aos agentes do mercado conhecerem informações protegidas por segredo empresarial. Tal questão, no entanto, já é objeto de consulta à Procuradoria através do Despacho 164/GASNT 22268211.

214. Relevante apontar que apesar de grande oposição para a prestação da informação de maneira mais detalhada, 24% dos respondentes (44 operadoras) declararam considerar possível fazê-lo, ademais, 33% das operadoras declararam que disponibilizam o extrato de utilização em periodicidade menor do que a prevista na norma:



Em apresentado em período diverso ao previsto na norma, qual seria este período?



215. Ademais, quando questionadas especificamente em relação a inclusão das informações sobre coparticipação e franquia as operadoras responderam da seguinte forma:



216. Passando-se a analisar o monitoramento das demandas de SIF 33910.020501/2018-36, constata-se que os temas "Extrato de Utilização" e "Extrato de Coparticipação" se confundem, com os beneficiários demonstrando grande interesse pelo segundo, ainda que a norma somente preveja a obrigatoriedade do primeiro.

217. Considerando que em um total de 210 demandas monitoradas no mencionado processo, mais da metade dizia respeito ao Componente de Utilização e dessas, 60 buscavam obter informações sobre coparticipação, conforme exemplos abaixo:

4034349	*****	INTERLOCUTORA RELATA A OPERADORA, ESTÁ REALIZANDO O ENVIO DE UM BOLETO SEPARADO COBRANDO A COPARTICIPAÇÃO, MAS, O MESMO NÃO ESTÁ DESCREVENDO O QUE FOI UTILIZADO. EM CONTATO COM A OPERADORA, FOI INFORMADO QUE A MESMA PODERIA VERIFICAR ATRAVÉS DO SITE DO PLANO. NO ENTANTO, A CONSUMIDORA NÃO POSSUI ACESSO A INTERNET E A OPERADORA NÃO ESTÁ DISPONIBILIZANDO NENHUM DOCUMENTO PARA QUE A MESMA OBTENHA UM EXTRATO DE UTILIZAÇÃO E COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO NO PLANO. SENDO ASSIM A MESMA PEDE ANÁLISE DO CASO. INFORMA O PROTOCOLO Nº *****
4477812	*****	O meu boleto unimed de setembro de 2019 mais uma vez veio com cobrança a maior. Conforme extrato de utilização disponível na página do cliente (*****), realizei em 11/07/2019 um Ultrassom de abdome total na clínica Imagem, cujo o "Custo Unimed" informado no extrato foi de R\$ 115,92, todavia a Unimed me mandou boleto com cobrança no valor de R\$ 83,46, conforme boleto anexo. Ocorre que a minha coparticipação é 50% e, portanto, a Unimed deveria me cobrar apenas R\$ 57,96 pelo exame. Da mesma forma a consulta realizada em 30/07/2019, que a Unimed diz no extrato de utilização que o "custo unimed" foi de R\$ 65,00 e estão em cobrando R\$ 38,50 a título de coparticipação, quando na verdade eu deveria pagar R\$ 32,50. Solicito o reembolso em dobro do valor pago a maior.
4572320	*****	Operadora apresentou extrato de utilização de 234,50 no mês 11/19 . Constou do boleto mensalidade 312,79, coparticipação 70,35, o que daria uma parcela de 383,14, porém fechou o boleto cobrando 438,22 com vencimento em 10-12-2019. Este valor de 55,08 que dá esta diferença é um saldo que tenho direito a receber desde abril de 2018 e que na passagem de postal saude I para postal saude II sumiram com ele e agora volta num somatório sem explicação. Também reclamo que o boleto da demanda 4529384 email nip 12034 pago por mim no banco não foi baixado e ainda aparecem cobrando no boleto registrado no banco brasil os boletos ***** valor 181,79 vencimento 28/11/2019 e ***** valor 248,59 vencimento 29/11/2019 ambos do mes 11/2019 somando tres cobranças iguais em um mesmo mês. Peço que verifiquem deixei até de utilizar o plano até resolverem e nada. A ficha financeira de coparticipação e de mensalidade permanece desatualizada e incorreta no site da operadora.
4653575	*****	Em 09/2019 houve mudança do plano de saúde empresarial para o Bradesco Saúde. Mensalmente recebíamos os boletos da mensalidade e trimestralmente os boletos de coparticipação. Em 20/12/2019 foram enviados boletos de cobrança referente a coparticipação (beneficiário e dependente), onde os valores estavam divergentes do que consta no extrato do plano de saúde.

Segundo análise do histórico de utilização e pagamento de coparticipação, seguem divergências:
 Beneficiária ****
 Valores de coparticipação 2019: R\$ 205,61
 Valor de coparticipação pago em 08/03/2019: R\$ 94,83
 Valor de coparticipação pago em 07/06/2019: R\$ 23,24
 Total pago em 2019: R\$118,07
 Valor de cop. cobrado em 12/2019: R\$ 183,38
 Valor devido: R\$ 205,61-118,07 = R\$ 87,54. (Valor cobrado a mais = R\$95,84)
 Beneficiário *****
 Valores de cop. 2019: R\$ 681,71
 Valor de cop. pago em 08/03/2019: R\$ 155,33
 Total pago em 2019: R\$155,33
 Valor de cop. cobrado em 12/2019: R\$ 579,79
 Valor devido: R\$ 681,71-155,33 = R\$ 526,38.

4715267 ***** Interlocutor(a), que se identifica como esposa do beneficiário, questiona a **não disponibilização por parte da Operadora dos valores pagos por procedimentos referente a internação de 28/10/2019 a 31/10/2019**, para conferência de cobrança de coparticipação ou franquia. **Relata que recebeu extrato de utilização com valores divergentes, sem explicação por parte da operadora.** Solicita análise ANS, beneficiário cliente da reclamação, contato por email em 20/02/2020.

4978894 ***** Beneficiária, relata que a operadora não disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS. Relata que solicitou a tabela dos valores de coparticipações de procedimentos, que já fez e deseja fazer, e a operadora deu um prazo de 3 a 5 dias úteis para enviar. Solicita análise da ANS. Protocolo **** - Data 27/10/2020.

218. Essa grande demanda identificada em relação ao extrato para fins de verificação da coparticipação, bem como a constatação do crescimento da importância deste tipo de plano no setor da saúde suplementar e iniciativas anteriores da própria ANS direcionam para a necessidade de efetivamente se avançar no aprimoramento das informações a serem disponibilizadas aos beneficiários deste tipo de plano de saúde.

219. Através do já mencionado Despacho nº 394/GEFAP 22618602 a DIPRO manifestou concordância "com a inserção de obrigaçāo no Componente de Utilização para que a operadora divulgue mensalmente o extrato, conforme fora previsto anteriormente pela RN nº 433/18, com todas as informações relativas a incidência de coparticipação no plano do beneficiário, incluindo valor pago pela operadora ao prestador, ao invés de apresentar apenas o valor a ser pago pelo beneficiário".

220. Desta forma, cumpre analisar sob duas vertentes eventual incremento na quantidade de informações a serem disponibilizadas pela operadora, seja para inclusão de informações ligadas aos fatores de moderação ou outras mais abrangentes, conforme eventual mudança normativa. Na vertente temporal, avaliando quando e em qual periodicidade a operadora deveria disponibilizar o extrato e na vertente do conteúdo, se este deveria ser individualizado e se deveria haver um tratamento diferenciado no caso de planos com coparticipação e franquia.

5.1.3.1. Extrato de Utilização - Análise sob Vertente Temporal:

221. Primeiro ponto de atenção a se considerar quando se pretende mexer na periodicidade da divulgação das informações referentes a utilização dos beneficiários é o tempo que leva entre a realização do procedimento e a tomada de conhecimento/faturamento pela operadora. Tal questão é tratada no contrato firmado entre operadoras e prestadores de serviço, sendo uma cláusula obrigatória deste contrato.

222. A Resolução Normativa - RN nº363/14 estabelece que:

Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.

223. Essa obrigaçāo, no entanto, não adentra na esfera da livre negociação das partes, ou seja, há obrigaçāo de se prever os prazos no contrato, mas não há a definição de qual seria esse prazo, ficando a critério dos contratantes definir.

224. Em 2019 foi realizada pesquisa com operadoras sobre os contratos de prestação de serviço firmados com hospitais (Processo SEI nº33910.001081/2019-70). Ao se questionar qual seria o prazo que o prestador demoraria para realizar o faturamento dos serviços prestados para a operadora obteve-se os seguintes resultados:

Rótulos de Linha		Contagem de Identificação do Contrato
90		8.657
60		6.850
120		2.906
0		1.763
30		1.456
180		1.278
5		1.120
65		1.000
45		509
1		442
2		403
35		150
15		132
365		70
10		70

225. E para o efetivo pagamento adiciona-se mais os seguintes resultados:

30	8.746
45	5.913
60	3.054
40	2.070
0	1.566
4	886
70	824
20	482
25	473
1	420
75	352
52	338
15	301
35	245
90	208

226. Infere-se que dificilmente um procedimento realizado em um hospital, por um beneficiário, pode ser inserido no PIN-SS em um prazo menor que 120 dias de sua realização, pois em mais de 8000 contratos o prazo de faturamento pelo prestador é de 90 dias, ao passo que o prazo para pagamento é de 30 dias. Essa foi a principal razão para que fossem previstas janelas para a divulgação dos dados.

227. Em resposta ao Formulário disponibilizado, as operadoras informaram, em sua maioria, que demoram até 3 mensalidades para realizar as cobranças de coparticipação de seus beneficiários, o que acaba por validar esses dados:

Qual o prazo, em média, que a operadora demora para realizar a cobrança de uma coparticipação ao seu beneficiário, após a realização de um procedimento?



228. Esse intervalo entre a realização do procedimento e a divulgação do PIN-SS, no seu componente de Utilização foi previsto pelo normativo, embora em um prazo menor:

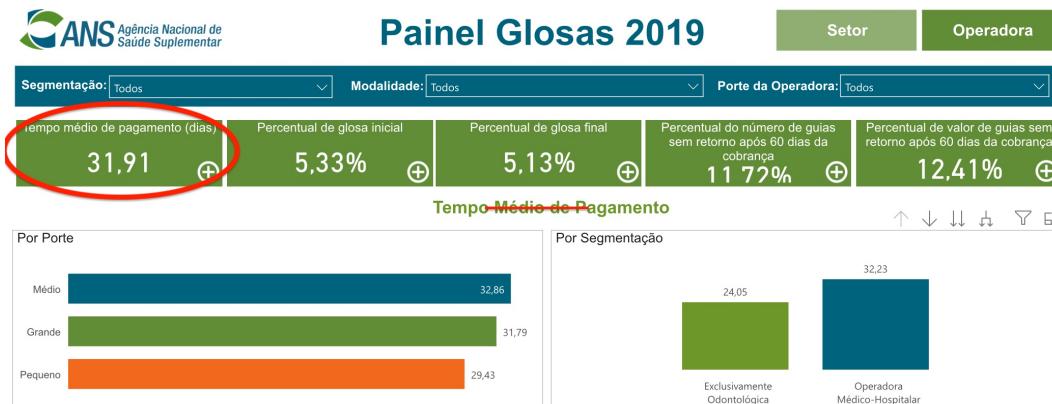
Art. 10. A disponibilização do componente Utilização dos Serviços do PIN-SS terá periodicidade semestral e se dará até o último dia útil do mês de agosto, para as informações referentes ao primeiro semestre, e até o último dia útil do mês de fevereiro, para as informações referentes ao segundo semestre.

§ 1º Os eventos reconhecidos posteriormente ao processamento dos períodos estabelecidos no caput deverão ser informados no período subsequente.

§ 2º Todo o histórico do componente “utilização dos serviços” deverá ser disponibilizado pela operadora durante a vigência do contrato.

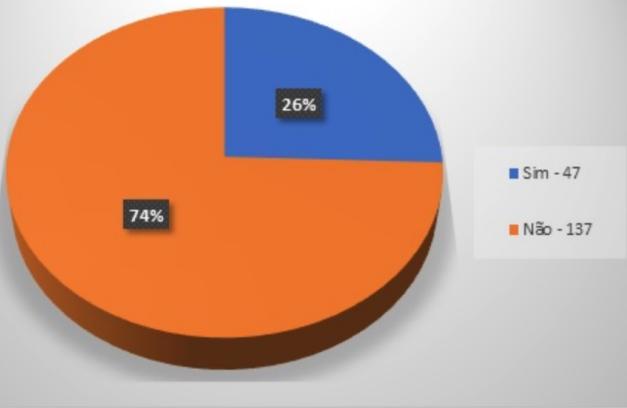
229. Ressalva-se que a pesquisa realizada pela ANS trouxe dados apenas dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, que realizam procedimentos bem mais complexos que aqueles realizados por profissionais isolados ou serviços de laboratórios/SADTs e mesmo clínicas médicas, que podem ter um prazo menor para efetivação.

230. Como embasamento para tal afirmação é possível extrair da análise do Painel de Glosas [32] que demonstra que no ano de 2019 o tempo médio para o efetivo pagamento dos procedimentos realizados na rede credenciada das operadoras foi um pouco acima dos 30 dias:



231. Ainda assim, perto de 30% das operadoras informaram ter dificuldades de divulgar os dados, sendo a demora ou dificuldade na recepção de informações enviadas pelos prestadores uma das possíveis causas:

A operadora encontra dificuldades para apresentar o componente de utilização para os beneficiários, como, por exemplo, a dificuldade/demora na recepção das informações enviadas pelos prestadores de serviço?



232. Dos dados disponíveis para análise e considerando os desafios das relações contratuais entre operadoras e prestadores de serviço, entende-se que não é possível reduzir o prazo para divulgação do PIN-SS, considerando a data de realização do procedimento, ainda que tenha sido verificado pelo monitoramento de demandas do SIF que tal questão, por vezes, gera um entendimento equivocado do beneficiário quanto a eventual descumprimento da obrigação pela operadora.

233. Como já mencionado, de um total de 210 demandas monitoradas no Processo SEI nº 33910.020501/2018-36, mais da metade dizia respeito ao Componente de Utilização e dessas, 60 buscavam obter informações sobre coparticipação, acrescenta-se que 25 questionavam o período de divulgação, 13 reclamavam da divulgação dos valores de forma agrupada/não individualizada e 6 descreviam terem sido verificadas incorreções nos procedimentos constantes do extrato (destaca-se que algumas demandas tratavam de mais de um tema, sendo assim contabilizadas mais de uma vez, ademais, em razão da metodologia de buscas para o monitoramento realizado, pode haver uma variação para mais ou para menos nos números apresentados, sendo possível destacar a tendência).

234. As demandas que se relacionavam diretamente com a questão do período de divulgação, orbitaram entre a necessidade de divulgação mais célere ou em maior periodicidade, parece razoável considerar que a disponibilização, embora continue prevendo um prazo para que a informação seja passada ao consumidor, preveja uma divulgação contínua, sem existência de janelas, uma vez que a necessidade informacional do beneficiário não deve ser limitada a duas janelas no ano.

235. Abaixo colocam-se algumas demandas a título de exemplo:

3915641	*****	A INTERLOCUTORA RELATA EM NOME DA BENEFICIÁRIA QUE SOLICITOU A OPERADORA EXTRATO DE UTILIZAÇÃO DO PLANO, REFERENTE AOS MESES DE ABRIL E MAIO DE 2018, PORÉM A MESMA SOLICITOU PRAZO DE 90 DIAS PARA DISPONIBILIZAR A INFORMAÇÃO. A MESMA SOLICITA A AJUDA DA ANS. PROTOCOLO ***** DE 21/05/2018
3943223	*****	Beneficiário relata que necessita de informações sobre a seu extrato de utilização, sendo o mesmo solicitado em junho de 2018. Foi orientado pela operadora a buscar pelo site, mas alega que as informações estão incompletas - Solicita análise - Protocolo:***** Data: 15/06/2018
4697726	*****	Beneficiária, relata que a operadora não disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar ; PIN-SS. Informa que necessita de relatório de utilização de consulta com nutricionista e consulta com endocrinologista, solicitado em 21/02/2020, entretanto até o momento operadora não forneceu. Protocolo: *****, Data: 28/02/2020. Solicita analise desta agencia.
4739359	*****	Tive uma cobrança de co-participação pela empresa no meu contracheque de março e não uso o plano de saúde desde de novembro de 2019. Entrei no extrato de utilização do plano e o último extrato é do mês 11/19 , devido a isso abri uma solicitação ***** pedindo explicações já que não usei o plano de saude. A operadora me informou 5 dias úteis de prazo e já são 10 dias. Dia 07/04 e 14/07 entrei em contato e dizem que apesar do SLA ter estourado eles continuam sem prazo e que eu tenho que esperar a resposta deles.
4880090	*****	Interlocutora, procuradora da beneficiária, relata que a operadora possui o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, Porém, não apresenta as informações atualizadas dos procedimentos tais como REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL, dentre outros, realizado no periodo 29/10/2019 até 04/11/2019 , realizados pela beneficiária. Quando a Interlocutora entra em contato com a operadora, a mesma não passa as informações de como obter o extrato de valores. Operadora diversas vezes solicitou uma informação ou um documentos incomuns para tal requisição. Protocolo: *****, dia: 20/06/2020.
4974195	*****	Interlocutora, procuradora da beneficiária, relata que a operadora possui o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, Porém, não apresenta as informações atualizadas dos procedimentos tais como REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL, dentre outros, realizado no periodo 29/10/2019 até 04/11/2019 , realizados pela beneficiária. Quando a Interlocutora entra em contato com a operadora, a mesma não passa as informações de como obter o extrato de valores. Operadora diversas vezes solicitou uma informação ou um documentos incomuns para tal requisição. Protocolo:**** dia: 20/06/2020.

5.1.3.2. Extrato de Utilização - Análise sob Vertente de Conteúdo:

236. O principal aspecto a ser avaliado é em relação a possibilidade de divulgação dos valores individualizados dos procedimentos, isso porque, embora ventilado quando da elaboração da norma, a questão gerou forte discussão em razão da incidência de suposto sigilo de dados empresariais, razão pela qual encontra-se em aberto consulta desta área para a Procuradoria, já mencionada nesta nota.

237. A norma como está prevista estabelece que os procedimentos realizados devem ser reunidos em 5 (cinco) categorias e, em se tratando da informação sobre os valores dos procedimentos, os mesmos devem ser dados pela soma de tudo que foi realizado, dentro do período previsto, dentro da categoria de despesa.

238. Para os procedimentos, desconsiderando os valores pagos à rede credenciada, os procedimentos realizados devem ser informados de maneira individualizada:

Art. 9º O conteúdo do Componente Utilização de Serviços do PIN-SS deverá obedecer às seguintes regras:

- I – as informações deverão ser apresentadas de forma agrupada por categoria de despesa, de acordo com a natureza do procedimento;
 - II- para cada categoria de despesa deverá ser apresentada a relação individualizada dos procedimentos realizados pelo beneficiário;
 - III – para cada procedimento realizado deverá ser apresentada a data de realização;
 - IV – para cada procedimento realizado deverão ser apresentadas as seguintes informações do prestador de serviços de saúde que realizou o procedimento:
 - a) nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia), quando for pessoa jurídica; e
 - b) nome completo e Cadastro de Pessoa Física – CPF, quando for pessoa física; e
 - V – para cada categoria de despesa deverá ser apresentado o **valor global da despesa**, deduzidas eventuais glosas de valor, independente da forma de remuneração.
- §1º As categorias de despesa serão classificadas em: Consultas, Exames/Terapias, Internação, Outras despesas e Odontologia.**
- § 2º** No caso de internação serão identificados o prestador principal e o procedimento principal.
- § 3º** No caso de Odontologia, serão considerados todos os eventos de atenção à saúde, inclusive Consultas e Exames/Terapias.
- §4º** O conteúdo do PIN-SS, componente Utilização dos Serviços, deverá ser disponibilizado conforme o Padrão TISS vigente.

239. Assim, tem-se que os procedimentos realizados devem ser informados em sua integralidade, de forma individualizada, ao passo que o valor desses é repassado de forma compilada, não permitindo que o consumidor tenha conhecimento do valor exato de cada procedimento realizado, uma vez que abriria a

possibilidade de esses valores serem conhecidos/divulgados para concorrentes. Por esta razão foram feitos os seguintes questionamentos para a PROGE:

Isto posto, faz-se necessária a análise jurídica da Procuradoria sobre os seguintes pontos:

O sigilo empresarial pode ser invocado para que os valores pagos pelas operadoras aos prestadores de serviço não sejam divulgados no Portal de Utilização, de acesso privativo pelo beneficiário?

Em havendo uma restrição legítima para a divulgação desses valores, ela se aplicaria a todos os procedimentos ou estariam excluídos os procedimentos sobre os quais incidam a coparticipação/franquia e, em consequência, o beneficiário participa de seu custeio juntamente com as operadoras, tendo interesse direto em saber os valores pagos?

Acerca da ponderação dos interesses das partes, como a PROGE avalia a questão envolvendo o sigilo empresarial sobre o direito de informação do beneficiário? Haveria a prevalência de um sobre o outro?

240. Sem que tal análise jurídica seja realizada não é possível definir uma abordagem a ser dada na revisão da norma, embora, sob o viés técnico, e considerando os resultados do monitoramento das demandas do SIF, seja possível afirmar que existe demanda dos beneficiários por essa informação, sobretudo quando se referem aos procedimentos sobre os quais incidem a coparticipação.

241. Abaixo são colocadas algumas demandas como exemplo das que foram identificadas pelo monitoramento:

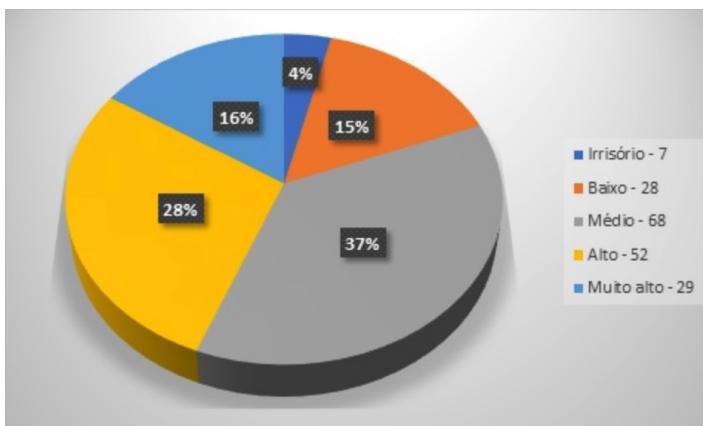
4451368	*****	Beneficiária relata que a operadora possui o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS, porém disponibiliza somente o valor total dos procedimentos realizados, mas não disponibiliza o extrato de utilização para conferência da beneficiária. Protocolo: *****, data: 02/09/2019. Solicita análise.
4489905	*****	Beneficiária relata que a operadora possui o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS. Operadora disponibiliza acesso ao site: www.centralnacionalunimed.com.br, porém a mesma não consegue ter acesso detalhado ao valor de coparticipação que cada prestador cobra pelos procedimentos realizados. Operadora alega que beneficiários não podem ter acesso. Protocolo ***** Data: 4/10/2019.
338710	*****	A INTERLOCUTORA, ESPOSA DO BENEFICIÁRIO, RELATA QUE O MESMO RECEBEU COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO, CONSIDERADO MUITO ALTO E ACIMA DO VALOR DA MENSALIDADE. OCORRE QUE O BENEFICIÁRIO POSSUI IRMÃO COMO DEPENDENTE E EM ABRIL/2019 SOLICITOU A OPERADORA O EXTRATO DE UTILIZAÇÃO, COM O DESMEMBRAMENTO DOS VALORES USADOS POR CADA USUÁRIO E A OPERADORA NÃO ENVIOU. O BENEFICIÁRIO NÃO EFETUOU O PAGAMENTO AGUARDANDO A INFORMAÇÃO E O PLANO FOI CANCELADO COM ALEGAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA. A INTERLOCUTORA SOLICITA A AJUDA DA ANS. A OPERADORA NÃO FORNECE PROTOCOLO. O BENEFICIÁRIO ESTÁ CIENTE DA DEMANDA.
4451368	*****	Beneficiária relata que a operadora possui o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS, porém disponibiliza somente o valor total dos procedimentos realizados, mas não disponibiliza o extrato de utilização para conferência da beneficiária. Protocolo: *****, data: 02/09/2019. Solicita análise.

242. Ainda, ao se analisar sob o viés da qualidade da informação e o potencial de o próprio beneficiário fiscalizar as informações colocadas no extrato de utilização destaca-se o recebimento de diversas demandas pela ANS em que o consumidor relata divergências nas informações prestadas através do extrato de utilização:

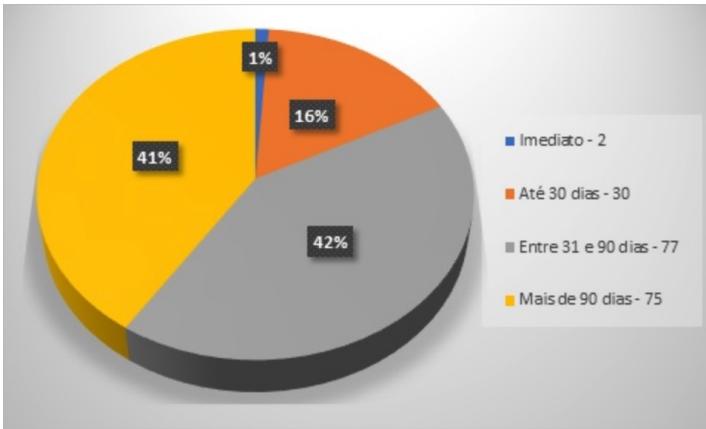
4606775	*****	Boa tarde, Estava verificando o histórico de utilização do meu plano e percebi que havia um exame que não realizei no dia 29/11/2019 (40201180 - Retossigmoidoscopia Rígida - Credenciada: *****) . Tanto o consultório quanto a Amil não me apresentaram soluções para o problema. O consultório que cometeu o erro passa a responsabilidade para a Amil, a Amil para o RH da empresa onde trabalho, e o RH para Amil. Dessa forma, ninguém resolveu nada e eu fiquei sem saber o que fazer. Já liguei diversas vezes para Amil. Caso não seja resolvido, o valor do exame será descontado do meu pagamento. Gostaria de saber como devo proceder. Agradeço desde já,
5032432	*****	Interlocutora, que se identifica como Mãe do beneficiário, relata que no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS. Consta informações de utilização que não foram realizadas pela beneficiário sessão de psicoterapia individual por psicólogo em 18/07/2019, 05/09/2019, 04/10/2019, 12/12/2019, - sessão de psicoterapia infantil (médico) em 16/11/2018, 14/12/2018, 17/01/2019, 15/02/2019, 14/03/2019, - sessão de psicoterapia individual do psicólogo 18/07/2019, 05/09/2019, 04/10/2019 e 12/12/2019 - Contado sem protocolo no mês de NOVEMBRO/2020 - Devido a condição do beneficiário menor, a Sra. que é sua Mãe, representa no conhecimento da reclamação na ANS
4644340	*****	fiz uma denuncia que a prestadora desligou abruptamente o tratamento fonoaudiológico dos meus filhos gêmeos pois eu me neguei a assinar uma guia onde haviam 7 consultas descritas e eles só foram atendidos 3 vezes. Após esse episódio fui verificar meus extrato de utilização e verifiquei que isso ocorria toso mês, foram faturados 6 a 7 consultas mensais e os atendimentos eram realizados de 3 a 4 vezes apenas. Denuncieia ao convênio pois não concordo com o pagamento de consultas que não foram atendidos, e a Sul América diz que não pode fazer nada contra essa FRAUDE. A dra tb se recusa a fornecer o relatório de atendimento realizado dos meus filhos. Fiz reclamação junto à prestadora e junto à operadora e nada foi feito. **** onde os dados que encontram no protocolo acima e **** dn: 26/08/2012 protocolo reclamação *****. Atendente da operadora me ligou agora a pouco e foi bem grossa qdo eu disse que queria um posicionamento deles, riu e desligou

243. Quando questionadas a respeito dos custos e prazo para alteração do componente de utilização as operadoras responderam:

Como a operadora mensura o custo para incluir, excluir ou alterar uma informação no PIN-SS, componente de utilização, como a alteração da periodicidade da obrigação, em uma eventual alteração normativa?



Qual o tempo que a operadora estima ser necessário para realizar alterações no PIN-SS, componente de utilização, como a inclusão ou exclusão de uma informação obrigatória?



244. As respostas não diferiram muita daquelas dadas quando questionou-se custo e tempo para alteração do componente cadastral, embora, no geral, indiquem um custo um pouco superior.

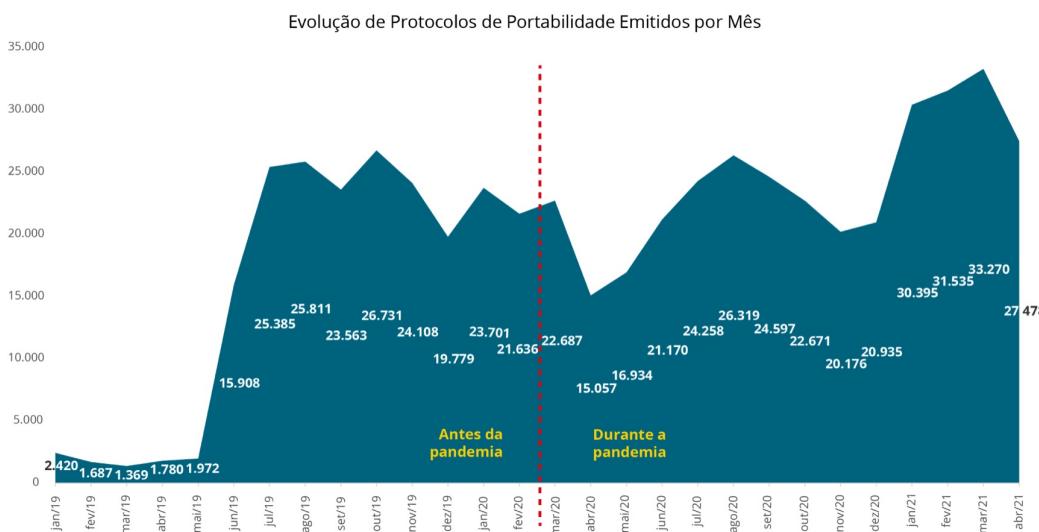
245. Ainda em relação aos procedimentos realizados pelos beneficiários e as informações prestadas pelas operadoras, cumpre considerar o conceito recentemente incorporado de "Openhealth" prevendo a necessidade de compartilhamento de dados de saúde dos beneficiários, que seriam os donos dos mesmos, ao invés das operadoras de planos de saúde.

246. Nesse sentido é importante considerar que a RN nº389/15 apresenta obsolescência ao dispor que a informação só deve ficar disponível enquanto perdurar o contrato do beneficiário, adotando-se a lógica de que a informação pertence a operadora e não ao próprio beneficiário.

247. Quando analisamos os propósitos da RN 389/15 ficou explícito a intenção do "extrato de utilização" ser um primeiro passo em direção ao Registro Eletrônico de Saúde / Prontuário eletrônico do beneficiário e no momento inicial buscou-se viabilizar que esses dados começassem a ser disponibilizados pelas operadoras em um local de fácil acesso aos beneficiários.

248. Passados alguns anos e com o avanço de conceitos como a proteção dos dados pessoais, a posse e propriedade dos mesmos e a portabilidade desses constata-se a necessidade de avanço da norma nesse ponto específico, até para evitar que os dados se percam com a movimentação dos beneficiários dentro do sistema de saúde suplementar.

249. Ilustrativamente verifica-se pelos dados da ANS, que de janeiro a abril de 2021 mais de 120.000 beneficiários protocolaram consultas sobre portabilidade de planos de saúde nos sistemas da ANS <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/planos-de-saude-cresce-o-interesse-pela-portabilidade-de-carencias>, evidenciando o risco da perda de dados de utilização do beneficiário com as movimentações do beneficiário dentro do sistema:



250. Especificamente sobre a portabilidade de dados de saúde seria necessário prever essa possibilidade na norma, condicionada a autorização do próprio beneficiário, que poderia ser dada no momento em que realizasse a sua portabilidade de plano de saúde, de forma a não confrontar a Lei Geral de Proteção de Dados.

251. Por ser um processo inteiramente novo a norma deveria trazer a previsão sobre o formato dos dados a serem compartilhados. Ressalta-se que a falta de padrão dos dados de saúde é um dos grandes obstáculos para implementação do Registro Eletrônico de Saúde, contudo, uma solução simples poderia ser implementada com a definição de formato aberto para os dados, como a utilização da extensão CSV - Comma-separated values, que facilitaria a sua portabilidade e incorporação em nova base, contudo tal possibilidade precisa de uma análise mais profunda quando da efetiva elaboração de proposta.

252. No monitoramento de demandas do SIF foram identificadas algumas em que beneficiário pleiteava informações de utilização após o fim do contrato, como no exemplo abaixo:

4797187	*****	<p>Prezadxs Senhorxs!</p> <p>No dia 09/05/2020, entrei em contato com a *****, através do telefone ***** e falei com a atendente Betânia. Eu solicitei os extratos de utilização do meu convênio Bradesco Dental (que já está inativo) do período de Julho/2019 a Abril de 2020. Eu não consigo fazer isto diretamente do portal, pois sou ex-beneficiário. A atendente me informou que o prazo para o recebimento dos extratos seria até dia 15/05/2020. Não recebi os extratos de utilização do período solicitado e nenhuma ligação da Bradesco Dental referente a isto. Gostaria, então, de formalizar esta reclamação e pedir a inclusão dos meses de Maio/2020 e Junho/2020 (caso tenha sido gerado algum extrato de utilização após abril/2020). Atenciosamente. ****.</p>
---------	-------	---

253. Há que se considerar também a tendência de utilização de modelos de remuneração diversos ao Fee For Service, que pode fazer com que o valor pago ao prestador não corresponda exatamente ao serviço prestado, mas a um combo de serviços ou mesmo um valor per capita calculado, devendo haver transparência também quanto ao modelo de remuneração.

254. Considerando que as operadoras entendem relevante a transparência das informações a serem prestadas ao beneficiário; que a maioria das operadoras já presta as informações do "Extrato de Utilização" em periodicidade superior àquela prevista no normativo; que mais de 70% das operadoras responderam ao questionário disponibilizado haver possibilidade de inclusão sobre coparticipação e/ou franquia no componente de utilização.

255. Considerando que as representações dos consumidores atribuem grande importância para informações relativas aos valores dos procedimentos, sobretudo quando da previsão de mecanismos financeiros de regulação no plano dos beneficiários.

256. Considerando que os dados e informações sobre a saúde e utilização dos planos de saúde pelos beneficiários pertencem ao próprio;

257. Considerando, ainda, a tendência de crescimento demonstrada dos planos com coparticipação e/ou franquia, bem como iniciativas anteriores da ANS, além de outros tópicos abordados e a análise das demandas apresentadas pelos beneficiários e cadastradas no SIF - Sistema Integrado de Fiscalização, acerca do componente de utilização do PIN-SS sugere-se:

- a) Retirar a previsão de janela para disponibilização dos dados, obrigando a disponibilização contínua dos mesmos;
- b) Desagregar as informações sobre valores de procedimentos, para qualquer procedimento, a depender da análise jurídica a ser realizada pela PROGE;
- c) Prever a necessidade de Extrato detalhado com informações de utilização e preço referente a coparticipação e/ou franquia prevista no plano dos beneficiários;
- d) Impossibilidade de revisar o tempo entre a realização do procedimento e a divulgação dos dados no Extrato, contudo deve-se sugerir um prazo razoável e a possibilidade de divulgação em período menor de tempo quando disponíveis os dados;
- e) Deve-se levar em conta a necessidade de prazo para adequação e implementação das mudanças propostas, tendo em consideração a complexidade maior de alteração do componente de utilização em relação ao componente cadastral;
- f) Estudar a possibilidade de a ANS permitir acesso aos beneficiários referente aos dados do mesmo, armazenados em razão da Troca de Informações entre Operadoras e Prestadores de Serviço, conforme PADRÃO TISS, e conforme análise da área técnica;
- g) Prever a obrigatoriedade de portabilidade das informações de saúde dos beneficiários quando da mudança de operadora, de forma a não haver ruptura das informações de saúde do beneficiário, e respeitando o fato deste ser o dono de seus dados;
- h) Informar no Extrato de Utilização se o valor do procedimento corresponde a modalidade de pagamento por serviço ou algum modelo alternativo, com a devida explicação ao beneficiário sobre o que estaria englobado no valor informado;
- i) Com base na análise sobre aplicação da LGPD, fazer atualizações para incorporar ao PIN-SS os termos de consentimento do titular dos dados para disponibilização dos mesmos nos casos em que se fizer necessário.

5.1.4.

Extrato Pormenorizado

258. Para além do PIN-SS a RN n°389/15 trouxe importante inovação referente a divulgação dos dados sobre os reajustes de planos coletivos através do extrato pormenorizado previsto no art. 14 e seguintes da norma:

Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.

§1º O extrato pormenorizado de que trata o caput deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

§2º Quando a administradora de benefícios participar, de qualquer forma, da negociação de reajuste dos contratos, o fornecimento do extrato pormenorizado previsto no caput deverá se dar diretamente a esta, no prazo do §1º deste artigo, devendo repassá-lo para a pessoa jurídica contratante, em até 10 dias.

§ 3º O previsto no § 2º não impede que a pessoa jurídica contratante solicite o extrato diretamente à operadora, na forma do caput.

§ 4º Se, em observância ao contrato, não houver conclusão do cálculo do reajuste com antecedência de trinta dias, deverá ser apresentado o cálculo parcial efetuado com base nas informações disponíveis.

§ 5º Na situação prevista no § 4º, o cálculo definitivo deverá ser disponibilizado com até dez dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

Art. 15. O extrato pormenorizado de que trata o art. 14 deverá conter, ao menos:

I – o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;

II – a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e

III – o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Parágrafo único. Na hipótese de o contrato estipulado prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar o valor referente ao período a que corresponde o reajuste.

Art. 16. Após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Art. 17. O disposto neste Capítulo aplica-se para todo tipo de agrupamento de contratos, devendo ser respeitadas as questões atinentes ao sigilo inerentes às informações de cada contrato coletivo.

259. A transparência das informações sobre reajuste de planos coletivos tem relevante repercussão social, sendo objeto de diversos processos em tramitação na ANS, dentro os quais destacam-se o Processo SEI nº33910.011506/2018-78, que encaminha o "Ofício nº 0119/2018-TCU/SeceSaúde, de 5/04/2018 com Acórdão 679/2018, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, em sessão do plenário de 28/03/2018, ao apreciar o relatório de auditoria realizada o propósito de avaliar ações da Agência relativas ao reajustamento dos valores dos planos de saúde.

260. O Processo SEI nº33910.036385/2020-91 que "Encaminha Ofício nº 0038/2020-TCU/SeceSaúde de apresentação dos auditores federais de controle externo designados pela Portaria de Fiscalização SeceSaúde 585, de 13/11/2020, para, sob a coordenação da primeira, realizar trabalho de Monitoramento na Agência Nacional de Saúde Suplementar. O objetivo do trabalho é monitorar o cumprimento dos subitens 9.1 e 9.2 do Acórdão 679/2018- TCU-Plenário (TC 021.852/2014-6), referente à auditoria realizada com o propósito de avaliar as ações da ANS relativas ao reajustamento dos valores dos planos de saúde suplementar. O Monitoramento é decorrente de deliberação constante em Despacho de 03/11/2020 do Min. Benjamin Zymler (TC 021.852/2014-6)"

261. O Processo SEI nº 33910.011530/2021-11 que trata de "INFORMAÇÕES n. 00032/2021/GECON/PFANS/PGF/AGU - ação civil pública proposta pelo PROCON-SP em face da ANS impugnando o reajuste de plano de saúde autorizado pela ANS.

262. Acrescenta-se documentos recebidos recentemente pela ANS que tratam do tema e foram juntados como subsídio a este processo: 22732277, consistindo em Projeto de Lei em tramitação na Câmara dos Deputados e 22732395 com solicitação do PROCON-SP.

263. Em que pese a GASNT ter se manifestado, quando questionada sobre a aderência da norma RN nº389/15 as premissas da transparência trazidas pelas manifestações dos órgãos de controle, o constante aprimoramento das regras regulatórias faz parte do processo normativo, sendo atribuição das entidades reguladoras, atuando a ANS nesse sentido pela atualização e aprimoramento da regra em vigor.

5.1.4.1. **Monitoramento RN nº389/15 e reunião com empresas contratantes:**

264. O Extrato Pormenorizado, embora carregue um potencial enorme de redução de assimetrias não foi um relevante objeto de denúncias, o que denota a dificuldade de a ANS se comunicar com pessoas jurídicas contratantes e a necessidade de melhoria dessa interlocução. Por mais que os beneficiários desses planos coletivos apresentem denúncias para a ANS essas versam sobre seus direitos individuais, relacionados a coberturas assistenciais e outros temas. Mesmo quando se tratam de denúncias de reajuste o foco é no valor do mesmo, nunca na obrigatoriedade de prestar informações para os contratantes.

265. No Monitoramento realizado pela GASNT apenas 16 de 210 demandas identificadas referiam-se ao "Extrato Pormenorizado", considerando os anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

266. Já em 23 de janeiro de 2020 a DIDES realizou reunião com contratantes de planos de saúde, na qual expôs diversas questões da regulação, incluindo as previsões da Resolução Normativa - RN 389/15, disponibilizando um formulário para que as empresas apresentassem seus dados e informações para serem usadas em eventual revisão normativa.

267. Na reunião foi solicitado aos participantes que difundissem às demais empresas o link com a pesquisa, bem como o mesmo foi encaminhado pela DIDES para todas as empresas que fazem parte de lista de e-mails e que foram convidadas para a mencionada reunião.

268. Após a apresentação feita pela Diretoria abriu-se espaço para a manifestação dos contratantes que fizeram diversas ponderações conforme situações específicas de cada empresa, não cabendo discorrer sobre estas nesta Nota.

269. Apesar do link para o formulário ter sido encaminhado para dezenas de empresas, apenas 6 (seis) preencheram o questionário. Por solicitação das empresas o nome das mesmas não será informado, bastando informar que possuem cerca de 150.000 vidas em suas carteiras.

270. Para fins da presente Nota mostra-se relevante a seguinte questão e respectivas respostas:

Quais as principais dificuldades para a gestão deste benefício?

O modelo de remuneração vigente entre as operadoras e seus prestadores

Dados que serviram de base para a definição do reajuste

Informação sobre os valores pagos nas utilizações, O modelo de remuneração vigente entre as operadoras e seus prestadores, Dados que serviram de base para a definição do reajuste

Informação sobre os valores pagos nas utilizações, O modelo de remuneração vigente entre as operadoras e seus prestadores

O modelo de remuneração vigente entre as operadoras e seus prestadores

O modelo de remuneração vigente entre as operadoras e seus prestadores, Dados que serviram de base para a definição do reajuste

271. Apesar de não serem números significativos se comparados ao mercado como um todo é possível observar que as informações obrigatórias previstas na RN 389/15 para que as pessoas jurídicas tenham conhecimento sobre os componentes considerados para aplicação de reajuste é um objetivo não completamente atingido pela norma. A estes dados reforça-se diversas ponderações feitas, no mesmo sentido, em reunião realizada em 30/08/2018.

272. Importante que aspectos dos contratos entre operadoras e prestadores de serviço acabam sendo obstáculos à transparência das informações por serem de mais difícil compreensão. É muito mais simples uma empresa entender aspectos de custos assistenciais quando o relacionamento de operadoras e prestadores prevê remuneração no modelo de pagamento Fee For Service, ou seja, pagamento por procedimento realizado, do que quando o pagamento é feito por meios alternativos de remuneração.

273. Considerando que esses meios alternativos ainda possuem um papel residual no relacionamento operadoras-prestadores de serviço, o impacto para o PIN-SS também não deve ser tão relevante, em que pese ter sido bastante mencionado nessa pesquisa que teve um alcance limitado.

274. Das empresas que preencheram o formulário, apenas duas possuem contratos com preços pré-estabelecidos, o que já demonstra uma fragilidade da norma, que toma como presunção a inexistência de controvérsia de valores quando o preço é pós estabelecido, apesar disso, a falta das informações é citada por 3 empresas.

275. Todas as empresas ponderaram a dificuldade de ter conhecimento sobre modelo de remuneração ou valores praticados junto aos prestadores, o que é essencial para apuração do valor do plano de preço pós-estabelecido, demonstrando, ainda, a necessidade de uma ferramenta, ainda que sem identificar seus empregados, permita à empresa ter exata noção da utilização do plano por seus empregados, sugerindo-se a criação de aba específica para a empresa no PIN Assistencial, componente de utilização dos serviços, a ser disponibilizado para suprir a inaplicabilidade da previsão do artigo 14 para os contratos de preço pós estabelecidos.

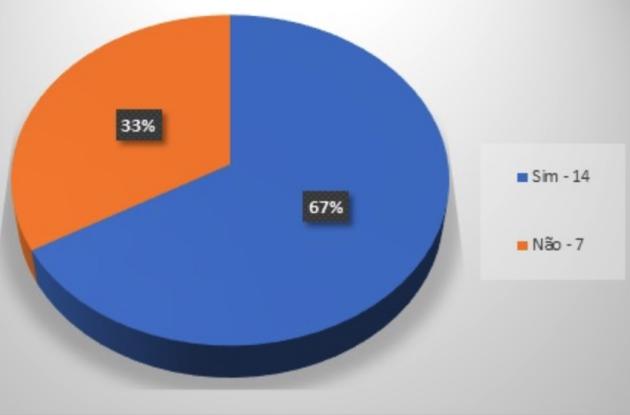
276. Para definir o público a ser consultado identificamos as operadoras, como fornecedores do serviço e as empresas como destinatárias do mesmo, de forma a entender o impacto normativo em cada um dos grupos.

277. Essa pesquisa acabou orientando a realização de nova pesquisa direcionada.

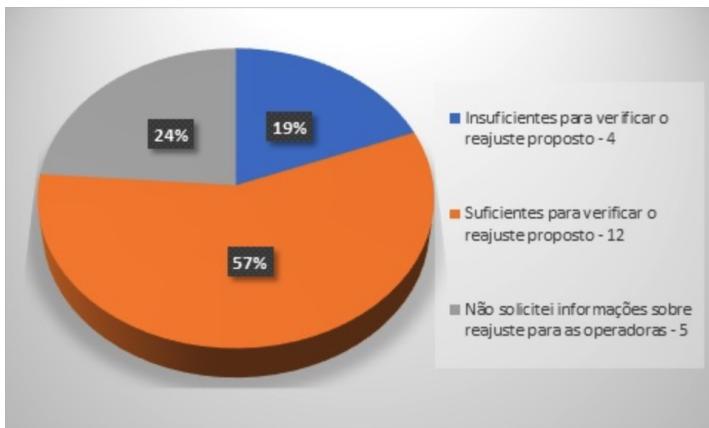
5.1.4.2. Formulário enviado para empresas contratantes:

278. Consta do Relatório 1 22030200 o envio de formulário para mais de 2000 empresas, com a obtenção de apenas 21 respostas. Ainda assim tenta-se avaliar as contribuições dadas de forma a propor melhorias da norma existente.

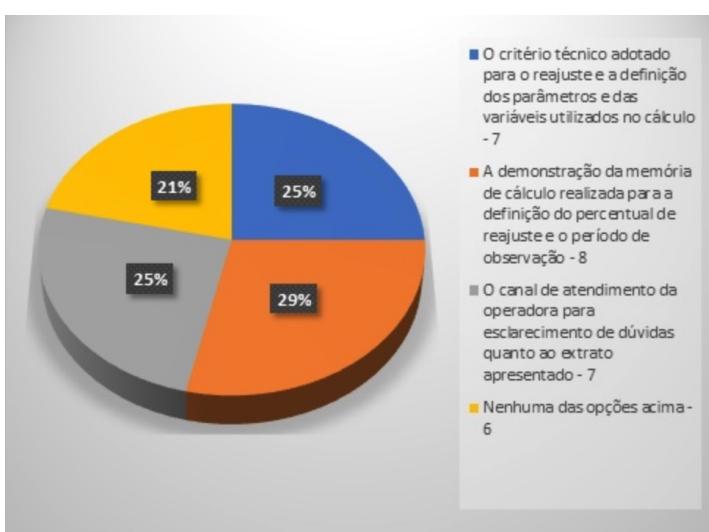
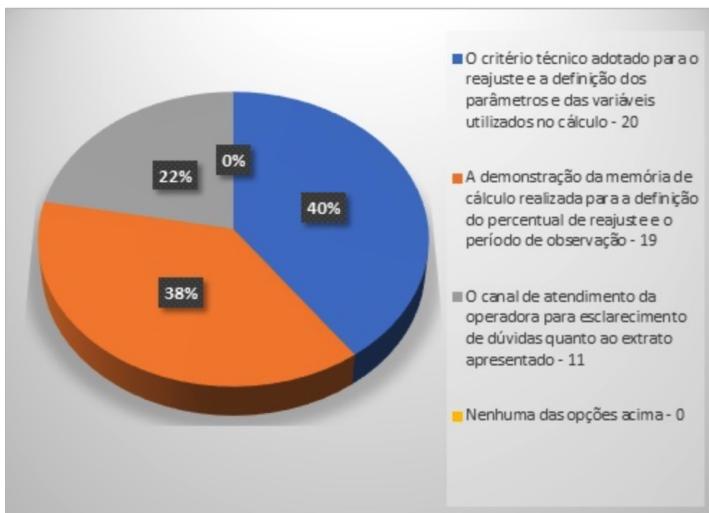
279. Primeiro aspecto relevante consiste em observar que 1/3 dos respondentes não conhece a regra que obriga que as operadoras de planos de saúde forneçam o extrato pormenorizado e igual parcela deixou de acessar as informações sobre reajuste previstas no Extrato Pormenorizado. Uma vez que os resultados foram os mesmos para ambas as perguntas junta-se apenas um gráfico:



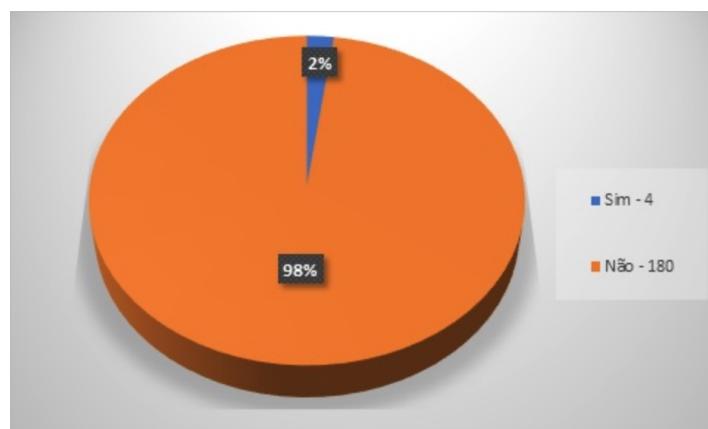
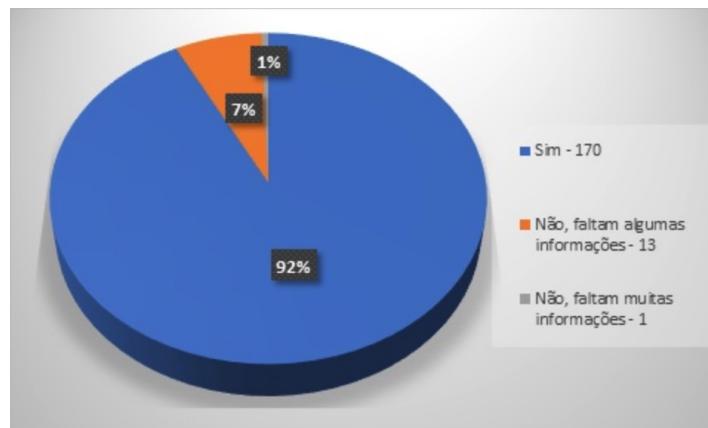
280. Das empresas que informaram terem consultado o extrato pormenorizado, a maioria declarou serem as informações divulgadas suficientes para verificação do reajuste proposto:



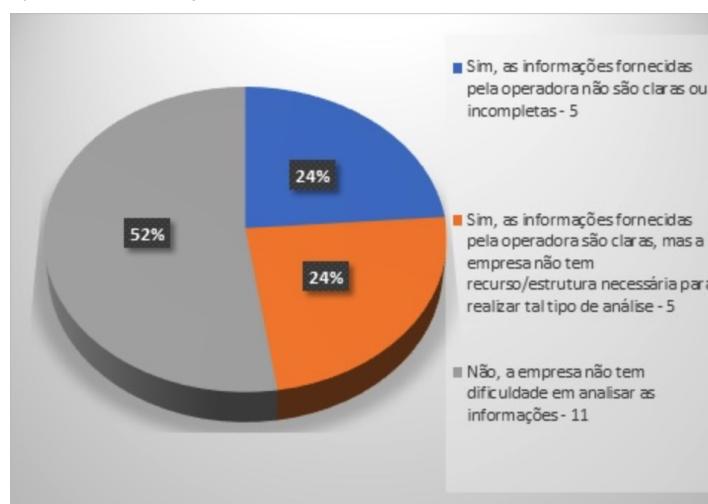
281. Sobre a relevância das informações previstas as respostas foram inconclusivas com percentuais muito semelhantes se comparando o entendimento sobre essencialidade ou não necessidade das informações previstas para aferição do reajuste. É possível inferir uma relevância um pouco maior para o critério técnico adotado pela operadora, embora também haja indicação de pertinência. O primeiro gráfico mostra as informações consideradas necessárias e o segundo as que seriam dispensáveis:



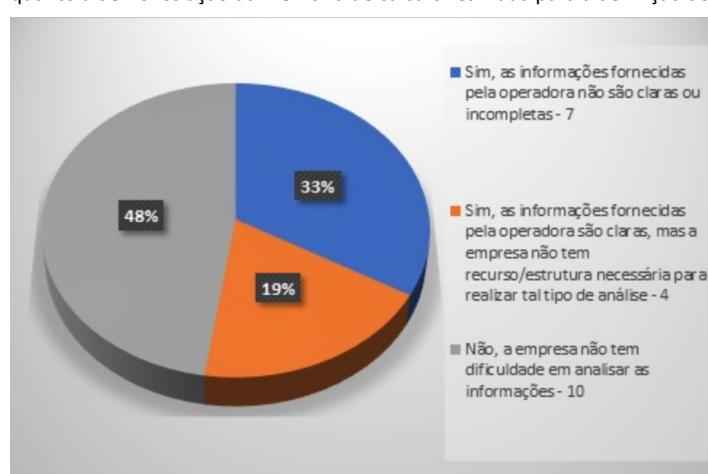
282. Em relação as operadoras há uma quase unanimidade em relação a importância das informações previstas na norma. No primeiro gráfico estão dispostas as respostas ao questionamento sobre a suficiência das informações previstas, para aferição do reajuste aplicado; no segundo se as operadoras consideram que as informações, mais que suficientes, seriam excessivas para o alcance do objetivo buscado pela norma:



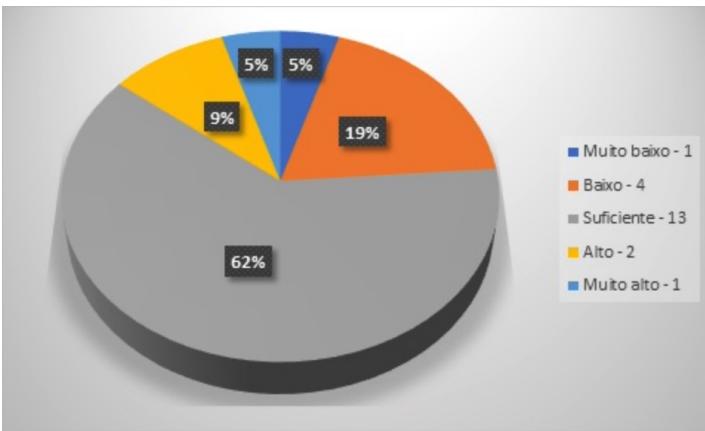
283. Mais da metade das empresas que responderam ao formulário informaram não terem dificuldade em analisar informações encaminhadas pelas operadoras em relação ao critério técnico adotado:



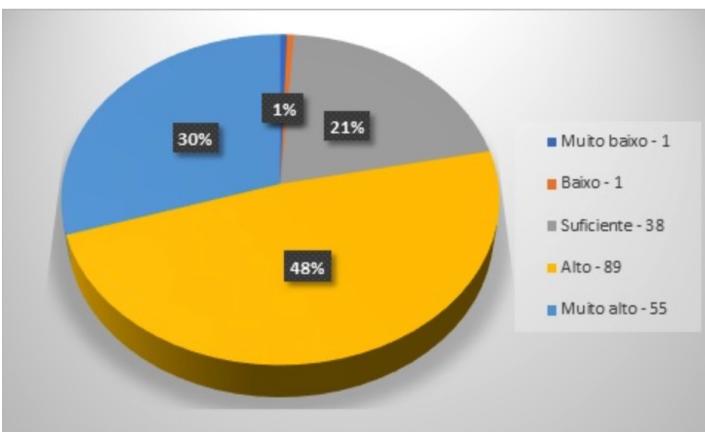
284. Quase a metade das empresas que responderam ao formulário informaram não terem dificuldade em analisar informações fornecidas pelas operadoras quanto à demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação:



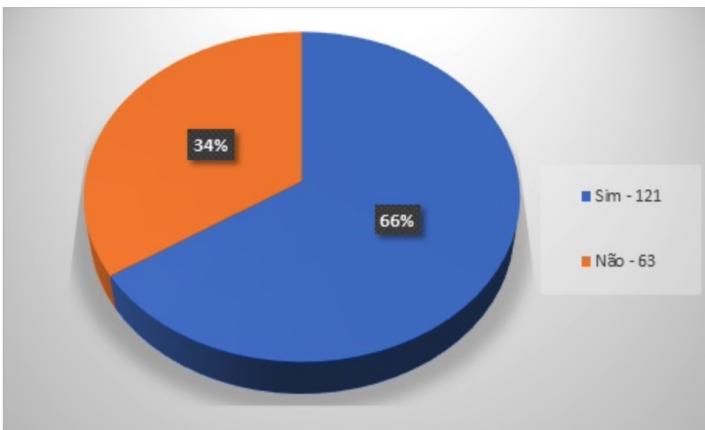
285. Referente a percepção de transparência das empresas em relação as operadoras há um elevado percentual opinando, ao menos pela suficiência desta, chegando a mais de 70% na soma de "suficiente + alto + muito alto":



286. Em linha com as respostas dadas pela operadora quando questionadas sobre sua própria percepção de transparência em relação a divulgação do Extrato Resumido para empresas:



287. Ademais, 2/3 das operadoras informam estarem adotando medidas para elevar seu grau de transparência ou a percepção desta pelos contratantes:



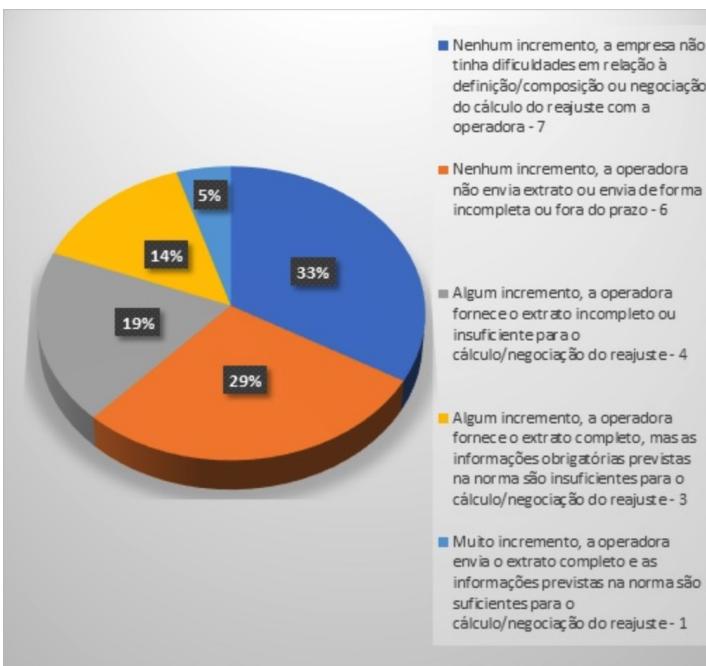
288. Dentre as medidas foram citadas:

- *Divulgação/encaminhamento de comunicados e avisos nos canais eletrônicos e mídias sociais;*
- *Criação de aplicativo;*
- *Melhorias no portal de acesso a informações, buscando sempre a transparência;*
- *Esclarecimentos sobre normas administrativas e assistenciais;*
- *Realização de encontros e visitas para divulgação e orientação;*
- *Disponibilização em plataforma da web de um canal direto com os clientes PJ, com a situação gerencial do contrato;*
- *Relatórios periódicos, com acompanhamento pontual dos números de maior impacto;*
- *Os dados dos beneficiários disponibilizados no portal da operadora, por meio de login e senha pessoal;*
- *Divulgação trimestral das informações relacionadas ao reajuste;*
- *Compartilhamento de sinistralidade com os contratantes;*
- *Adequações às normas da LGPD;*
- *Comitês para avaliação de melhoria na prestação de informações baseado nas reclamações e comentários dos beneficiários e contratantes;*
- *Investimento em marketing e melhorias no sistema operacional;*
- *Implantação de uma solução de Business Intelligence;*
- *Aprimoramento das regras de compliance.*

289. Sobre os efeitos da RN interessante observar que mais da metade das empresas informaram que as operadoras não forneciam as informações necessárias e considerando todas as informações previstas na norma, apenas 19% forneciam:



290. Em relação a percepção de incremento da transparência chama a atenção que cerca de 1/3 das respondentes apontaram que não houve qualquer incremento porque as operadoras continuam não enviando as informações obrigatórias, outro 1/3 aponta não ter ocorrido incremento porque as informações já eram e continuaram sendo encaminhadas pela operadora e o terço faltante declara ter percebido algum incremento, ou seja, aproximadamente 2/3 dos respondentes entenderam que a norma manteve ou aumentou o grau de transparência satisfatório e o outro terço entende que não houve incremento da transparência, entendendo que esta não está em um patamar aceitável, uma vez que as informações não são disponibilizadas.



291. Destaca-se, por fim, que a maioria das empresas respondentes não pretende mudar de plano de saúde, seja por estarem satisfeitas com os serviços prestados, seja por motivos diversos:



292. Analisando o resultado tem-se que houve um ganho pela edição do normativo, ainda que limitado, provavelmente pelo desconhecimento da mesma pelas empresas contratantes, contudo pondera-se que o baixo número de resposta dificulta qualquer conclusão da área.

5.1.4.3. Das características dos planos coletivos e reajustes:

293. Já foi abordado no segundo item desta nota a relevância da transparência das informações diante dos beneficiários de planos de saúde/consumidores e as demandas juntadas a esse processo e mencionadas nos parágrafos anteriores reforçam a necessidade de munir consumidores de informações que tornem mais acessíveis os critérios/formas e valores de reajustes aplicados.

294. Nesse ponto é importante considerar que apesar dos avanços normativos recentes com a previsão da possibilidade de portabilidade de carências de planos de saúde originalmente prevista pela Resolução Normativa - RN nº186/09 e atualmente disposta na Resolução Normativa - RN 438/18, o setor de plano de saúde ainda pode ser considerado um setor em que o agente econômico desfruta de uma posição de dominação em relação ao consumidor.

295. Isso porque, apesar de o consumidor de plano de saúde poder mudar de plano após a contratação de um outro plano, ainda existe um período em que essa mudança não é permitida com o aproveitamento de carências e, mesmo após o decurso desse período, muitas vezes o relacionamento do consumidor com a rede credenciada também acaba reduzindo a elasticidade da demanda, reduzindo a movimentação de beneficiários dentro do mercado.

296. Uma vez que ainda existem barreiras para que o mercado seja considerado plenamente competitivo, a busca pela plena capacitação do consumidor de desempenhar escolhas racionais e fundamentadas acaba tendo efeito não apenas sob o viés individual, mas da própria sociedade com impactos positivos sob o prisma da concorrência.

297. Se, de um lado, temos um consumidor que precisa do plano de saúde e encontra-se em posição de extrema vulnerabilidade quando uma operadora apresenta uma proposta de reajuste muito acima do esperado, colocando em risco a própria continuidade da relação contratual, do outro temos a operadora, que precisa oferecer serviços de assistência médica, sem qualquer limitação financeira, observando um extenso rol de coberturas obrigatórias.

298. A única forma de garantir que a primeira parte está recebendo uma proposta de reajuste condizente com as obrigações legais da operadora é com a disponibilização das informações que embasaram a contabilidade da operadora.

299. Não cabe aqui nesta Nota dissertar sobre a natureza do plano de saúde, seu caráter solidário, de o valor da mensalidade não corresponder necessariamente a utilização do beneficiário, mas sim demonstrar que para um ato negocial de tamanha relevância como o reajustamento do contrato, a negociação deve ser pautada pela mais absoluta transparéncia e boa-fé.

300. A RN nº389/15 previu que as operadoras que contratasse planos coletivos com preço pré-estabelecidos deveriam colocar em seus contratos ou os índices específicos para reajustamento dos planos de saúde, que garantiria a previsibilidade aos contratantes ou divulgar ao menos as seguintes informações: o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo e a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação.

301. A razão para a previsão comportar apenas planos com preços pré estabelecidos reside no fato dos planos com preços pós estabelecidos simplesmente repassarem os valores assistenciais aos contratantes, não sendo objeto, a priori, de reajustes anuais uma vez que as despesas são integralmente repassadas para a empresa contratante, mas como apontado nos parágrafos anteriores, há efetiva necessidade de se estender as informações devidas a empresas para planos de preço pós-estabelecidos em razão da cobrança apresentada e da existência de diversos modelos de remuneração que dificultam a análise da empresa sobre a correção do valor cobrado.

302. A ANS define a formação de preço como:

São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:

1 - pré-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas;

2 - pós-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico- hospitalar. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

I – rateio – quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

II – custo operacional – quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

303. Se esta se falando de preços pré-estabelecidos sabe-se que existe um compartilhamento de riscos entre operadora e contratante, contudo esse risco acaba sendo ajustado anualmente com o reajuste do plano de saúde, o que não ocorre quando esse risco não é compartilhado, contudo é essencial que o compartilhamento acabe por não se transformar em mera transferência de risco.

304. Não é correta a pura exclusão dos planos com preço pós estabelecidos de um Extrato Pormenorizado, entretanto, pelo que se falou alguns parágrafos atrás, uma vez que a utilização de modelos diversos de remuneração que não o fee for service no relacionamento entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde terminam por tornar as informações aos contratantes pouco claras, pelo desconhecimento das regras aplicáveis.

305. Mas em se tratando de reajustes em plano com preço pré-estabelecido pode-se citar como exemplo um contrato empresarial de 100 vidas, em que em determinado ano 2 indivíduos sofreram eventos catastróficos forçando-os a demandar grande volume de despesas para a operadora. Naturalmente essas despesas seriam calculadas e repassadas ao contratante quando da negociação do reajuste, mas a conta não é tão simples, não sendo possível que se indique o valor assistencial daquele ano como o valor base sobre o qual o plano passará a se basear, sob risco de numa situação de normalidade o valor assistencial reduzir e não ser devolvida a diferença aos beneficiários.

306. O contratante precisa saber a razão de estar sendo indicada a necessidade de aplicação do reajuste para que possa argumentar e efetivamente negociar. Não se negocia sem saber os motivos de uma decisão tomada, o que significa que para se saber o porque de se dar um reajuste no valor X é preciso se informar o que levou a operadora a chegar naquele valor X. Quais os cálculos feitos, o que foi levado em consideração, quais as variáveis envolvidas, como se dará a diluição dos valores no futuro, a equalização dos riscos.

307. Embora não seja automaticamente replicável o índice de reajuste para contratos individuais estabelecido pela ANS, conforme metodologia amplamente conhecida pelo mercado é automática a associação deste índice como um parâmetro para todos os contratos de planos de saúde, o que por vezes causa estranheza nos consumidores quando os índices acabam sendo bem diferentes.

308. Notadamente, em 2021, muito em razão da pandemia de SARS-COV-2, que gerou uma grande redução dos eventos realizados, impactando na redução da sinistralidade das operadoras e culminando no estabelecimento de reajuste negativo para os contratos individuais, a questão ganhou ainda maior destaque.

309. Relevante diferença entre o índice calculado pela ANS e o índice aplicado pelas operadoras nos planos coletivos está na transparéncia da metodologia, enquanto a ANS coloca em normativo e divulga em seu site todas as informações para obtenção do índice estabelecido, o mesmo não ocorre em relação as operadoras e ao reajuste dos contratos coletivos.

310. Em relação aos planos individuais *O cálculo combina o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA) com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), retirando-se deste último o subitem Plano de Saúde.* O IVDA reflete a variação das despesas com atendimento aos beneficiários de planos de saúde, enquanto o IPCA incide sobre custos de outra natureza, como despesas administrativas. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-anual-de-planos-individuais-familiares-1/metodologia-de-calcu>

311. Uma vez que a pandemia gerou a redução da busca por assistência, em especial para realização de procedimentos eletivos, sem, contudo, impactar imediatamente na revisão do preço da mensalidade do beneficiário, esse ajuste acabou tendo que ser feito quando do cálculo do reajuste. Sobre as despesas com atendimentos realizados com os beneficiários os números são os seguintes:

EVOLUÇÃO DE RECEITAS DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESAS ASSISTENCIAIS 2018 - 2020



*(Valores em R\$ bilhões)

312. Como houve grande redução na utilização do plano de saúde pelos beneficiários, sem uma redução proporcional das contraprestações pagas foi possível definir a necessidade de se devolver aos consumidores o valor que foi cobrado em excesso pelas operadoras, o que não vincula os ajustes futuros. Se a tendência for revertida naturalmente os reajustes definidos pela ANS acompanharão o aumento dos custos assistenciais, mantendo a relação justa entre o que é recebido pelas operadoras e o que é gasto por elas para prestar assistência aos beneficiários.

313. Como a metodologia dos planos reajustes de planos individuais considera a vulnerabilidade do consumidor e a necessidade de uma atuação mais intervintiva por parte do ente regulador, ao passo que os reajustes coletivos seguem a premissa da liberdade econômica de livre negociação entre as partes, o que se ampara na atualidade na própria Lei da Liberdade Econômica - Lei nº13.874/2019, que prevê como princípio a intervenção subsidiária e excepcional do Estado sobre o exercício de atividades econômicas, as diferenças verificadas acabam chamando mais a atenção.

314. Não se discutirá se a ANS deveria ou não definir o índice de reajuste dos planos coletivos nesta Nota, contudo é inevitável que a transparência trazida pela ANS em sua metodologia de definição de reajuste também seja cobrada das operadoras quando da livre negociação e, desta forma a própria ANS acaba se colocando como exemplo a ser seguido.

315. Esta razão motiva a proposta de obrigar que o índice de reajuste de contratos individuais seja divulgado dentro da área privativa da empresa para que sirva de parâmetro de comparação, com as devidas ressalvas quanto a diferença de metodologias empregadas, preferencialmente com a metodologia da operadora sendo claramente descrita.

5.1.4.4. Ponto de Atenção:

316. Ao realizar a consulta ao setor para revisão da RN 389/15 a ANS teve grande dificuldade de alcançar empresas contratantes de planos de saúde para obter delas as respostas ao formulário disponibilizado ou qualquer outra contribuição.

317. A ANS se valeu da divulgação coletiva, solicitada em reunião da Câmara de Saúde Suplementar já mencionada, bem como do envio de e-mails para empresas, conforme dados contidos no Sistema de Informação de Beneficiários, contudo nenhuma das duas formas mostrou efetividade.

318. Foram recebidas apenas 21 respostas aos formulários enviados pela ANS, apesar da divulgação para entidades representativas e do envio de cerca de 2000 emails para os endereços cadastrados no sistema da ANS, ou seja, apenas 1% de efetividade das notificações, ao passo que as operadoras, que foram notificadas pelo portal, obteve-se cerca de 25% de eficácia das notificações, atestadas pelas respostas recebidas ao formulário.

319. Além da inexistência de uma relação entre ANS e empresas, que faça que a recepção e envio de demandas ocorra periodicamente, a falta de critério para informação de e-mails à ANS também dificultou a interação. Diversas foram as mensagens encaminhadas em que o destinatário da mensagem encaminhada pela ANS informou não saber a qual empresa correspondia:

1 - Boa Tarde!

Não consegui identificar de qual empresa vocês precisam estes dados, poderia informar pf?

Obrigado

2 - Boa Tarde!

Para qual empresa é o cadastro?

3 - DE QUAL EMPRESA VCS QUEREM INFORMAÇÃO :???

AQUI SOMOS UM ESCRITORIO DE CONTABILIDADE
ONDE ATENDEMOS VARIOS CLIENTES

ATT

4 - ?

5 - Prezado Sr. Gustavo, bom dia.

Tudo bem?

Referente ao Processo no 33910.023542/2021-80.

Como fazemos a administração de vários condomínios, precisamos saber de qual condomínio refere-se a chegada deste ofício.

Além disso, solicito mais informações acerca do que se trata este formulário, qual a finalidade.

Obrigada.

Atenciosamente,

320. Esse reduzido número de respostas dificultou a análise dos efeitos da norma para as empresas contratantes, apesar de terem sido consideradas como subsídio para o processo, mas deixou evidente a necessidade de a ANS estabelecer um canal de comunicação para dialogar melhor com esse grupo específico.

321. Desta forma, considerando a relevância dos contratos coletivos para o setor da Saúde Suplementar, é urgente que a ANS se aproxime das empresas contratantes de planos de saúde, assim como já se aproximou de operadoras de planos de saúde, consumidores de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde. Para cada um dos grupos citados há uma área dedicada no site da ANS e cada uma com as suas peculiaridades permitem a interação entre a Agência Reguladora e o grupo específico:

≡ Agência Nacional de Saúde Suplementar



Serviços recomendados para você

Siga



A agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil.

Espaço do Consumidor

Espaço da Operadora de Plano de Saúde

Espaço do Prestador de Serviços de Saúde

CORONAVÍRUS

Confira as medidas da ANS e outras informações sobre Covid-19

322. No Espaço do Consumidor são disponibilizadas as seguintes informações e meios de interação com a ANS:

> Assuntos > Espaço do Consumidor

Espaço do Consumidor

Caminho do consumidor

Contratação e Troca de Plano

O que o seu plano de saúde deve cobrir?

Reajuste/Variação de mensalidade

Prazos máximos de atendimento

Carência



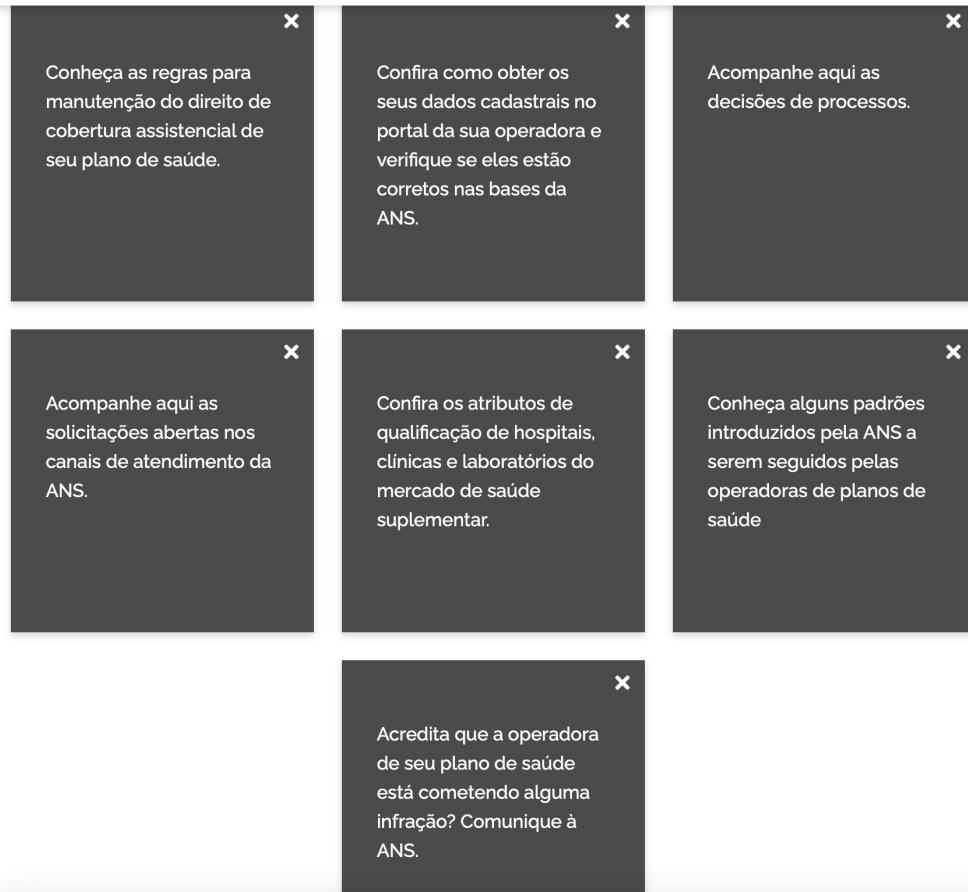
323.

Clicando nos ícones (i):

Espaço do Consumidor



☰ Agência Nacional de Saúde Suplementar



Espaço da Operadora de Plano de Saúde

Notícias para Operadoras

Avisos para Operadoras

Calendário das Operadoras

Registro e Manutenção de Operadoras e Produtos

Compromissos e Interações com a ANS

Aplicativos ANS

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Acompanhamento de Processos

Busca de Resoluções Operacionais

Central de Atendimento a Operadoras e Prestadores

Atendimento a Operadoras

Relacionamento com o Cliente

Regulação Prudencial, Acompanhamento Assistencial e Econômico-Financeiro

Ações de Fiscalização

Relacionamento com os Prestadores

Espaço da Operadora de Plano de Saúde

Notícias para Operadoras

Avisos para Operadoras

Calendário das Operadoras

Gerencie dados de sua operadora e carteira de produtos.

Acesse sistemas, termos de compromisso, programas desenvolvidos pela ANS e faça solicitações e consultas.

Aplicativos ANS

≡ Agência Nacional de Saúde Suplementar

Acompanhamento de Processos

Busca de Resoluções Operacionais

Central de Atendimento a Operadoras e Prestadores

Atendimento a Operadoras

Obrigações das operadoras quanto à interação com seus beneficiários.

Informações sobre garantias financeiras, regimes especiais e monitoramento do risco assistencial.

Critérios de seleção da Intervenção Fiscalizatória, acompanhamento de demandas NIP e resultados de processos de primeira instância.

Regras e informações sobre a interação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Espaço do Prestador de Serviços de Saúde



327. Clicando no ícone (i):

Espaço do Prestador de Serviços de Saúde



328. Uma quarta área dedicada aos Contratantes de planos de saúde poderia aproximar a ANS desse relevante ator do mercado da saúde suplementar. Em um futuro "Espaço do Contratante de Plano de Saúde Coletivo" a ANS disponibilizaria um canal de comunicação com a ANS, no qual pode ou não haver a possibilidade de a empresa criar um login próprio para receber notificações, além de abas/botões que direcionassem para informações relevantes, como regras de contratação, reajuste, mecanismos financeiros de regulação, Promoção e Prevenção de Saúde, compartilhamento de experiências exitosas envolvendo a contratação de planos de saúde por empresas, programas de Promo-Prev implementados, seja no âmbito nacional ou internacional.

329. As informações a serem disponibilizadas em portal podem e devem ser melhor debatidas com o setor, além de não haver impedimento para a ANS implantar uma área com um número limitado de informações, expandindo-as a medida que forem identificadas oportunidades e efetiva necessidade.

330. Isto posto, em relação ao "Extrato Pormenorizado", sugerem-se as seguintes medidas de aprimoramento normativo:

a) Haja previsão de disponibilização para planos de preço pós estabelecido, isso porque ele não seria útil apenas para a verificação de reajuste, mas também para aferir o valor cobrado, sobretudo quando a operadora mantiver relação com prestadores com remuneração diversa do Fee for Service, podendo ser feita na área do Extrato Pormenorizado ou em Aba de Extrato de Utilização específica para empresas;

- b) Que se preveja um padrão para prestação das informações assistenciais, deixando clara a necessidade de observância do código TUSS de forma a sempre ter procedimentos comparáveis;
- c) Que as informações sobre reajuste dos fatores de moderação de uso e seus critérios sejam incorporados no Extrato Pormenorizado;
- d) Que seja informado dentro da área da empresa contratante o índice de reajuste individual aprovado pela ANS para que sirva de parâmetro para negociações;
- e) Que a ANS implemente área em seu site para comunicação com as empresas contratantes de planos de saúde.

5.1.5.

Da avaliação de custos

331. Considerando que essa Nota se ocupou prioritariamente de analisar os resultados da regulação vigente e levantar aspectos de melhoria, sem comprometer-se com a indicação de uma proposta, mas meros encaminhamentos, entende-se não haver indicação de aferição de custos para as propostas indicadas.

332. Embora tenha-se estimado de forma bem simplificada a existência de custos para alterações pelas respostas das operadoras ao formulário disponibilizado, essa é insuficiente para qualquer conclusão.

333. Há que se ponderar o que foi apontado na norma que qualquer norma que vise consolidar a transparência no setor da saúde suplementar não seria mais que um reforço a Lei existente desde 1990, sendo incorreto atribuir o custo a regulação.

334. Ainda assim, uma estimativa de custo será útil quando da realização de AIR, para implementação de propostas que venham a ser consideradas aptas, conforme trazidas por esta Nota.

335. Essa estimativa de custos será mais precisa quanto mais especificadas estiverem as alterações a serem feitas, razão pela qual não se indica fazer essa estimativa em um momento tão preliminar do processo.

6. CONCLUSÃO

336. De todo o exposto a GASNT considera que a RN nº389/15 desempenhou importante papel para a consolidação da transparência das informações como aspecto essencial do mercado da Saúde Suplementar, embora ainda tenha se observado uma limitação do alcance da norma em um contexto mais amplo de consumidores e contratantes de planos de saúde.

337. Isso demonstra a necessidade de a ANS também investir em sua comunicação com os diversos atores da saúde suplementar, sugerindo-se fortemente que haja um investimento da Reguladora em estabelecer uma linha de contato com as empresas contratantes de planos de saúde, uma vez que os planos coletivos hoje representam 80% dos planos de saúde ativos.

338. Também se verifica, diante da LGPD, a necessidade de a ANS disponibilizar informações que estão em suas bases diretamente para os consumidores, com a disponibilização de serviços de consulta possivelmente através do login gov.br;

339. Diante das sugestões contidas nos parágrafos 182, 257 e 330, encaminhar a presente nota para avaliação da Diretoria-Adjunta da DIDES, analisando-se a possibilidade de implementação de medidas não normativas sugeridas, bem como para que se possa dar sequencia aos procedimentos inerentes a uma proposta normativa, como a elaboração de Análise de Impacto Regulatório;

[1] https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html (Acessado em 15/12/2021)

[2] https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/data-protection-eu_pt

[3] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm

[4] MULHOLLAND, Caitlin. Dados pessoais sensíveis e consentimento na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-vulnerabilidade/329261/dados-pessoais-sensiveis-e-consentimento-na-lei-geral-de-protectao-de-dados-pessoais>. Acessado em: 28/10/2021.

[5] MENDES, Gilmar Fereira; COELHO, Inocêncio Mârtires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 392. No tópico “privacidade e sigilo de comunicações” esclarece que ao tempo do julgamento do RE 418.416, no ano de 2006, o Plenário do STF entendia que o “sigilo garantido pelo artigo 5º, XII, da CF referia-se apenas à comunicação de dados, e não aos dados em si mesmos”. No entanto, observa-se, atualmente, novo paradigma na tutela jurídica dos dados, qual seja, o de que “não existem mais dados insignificantes”, assim como enunciado pelo Tribunal Constitucional Alemão em 1983.

[6] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituiacao/constituiacao.htm. CRFB/88, artigo 5º: “X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”; XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal (Vide Lei nº 9.296, de 1996)”.

[7] MENDES, Gilmar Fereira; COELHO, Inocêncio Mârtires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 377-381.

[8] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Código Civil: “Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária; Art. 12. Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei. Parágrafo único. Em se tratando de morto, terá legitimidade para requerer a medida prevista neste artigo o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau; Art. 17. O nome da pessoa não pode ser empregado por outrem em publicações ou representações que a exponham ao desrespeito público, ainda quando não haja intenção difamatória; Art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais. (Vide ADIN 4815). Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes; Art. 21. A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma. (Vide ADIN 4815)”

[9] RODOTA, Stefano. El derecho a tener derechos. Madrid: Editorial Trotta, 2014.

[10] “Nós” de Zamiátin e “1984” de George Orwell, ambas obras literárias distópicas e futuristas que apresentam sociedades sem privacidade, sob constante vigilância, seja por meio da instituição de padrão arquitetônico (casas com paredes de vidro), seja por meio da imposição de tecnologia de telecomunicação bidirecional (teletela).

[11] CRFB/88, artigo 1º, III.

[12] STF, ADI 6387: reconhecimento pelo STF da proteção de dados pessoais como direito fundamental autônomo.

[13] Lei nº 13.709/2018, Art. 5º “Para os fins desta Lei, considera-se: I - dado pessoal: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável; II - dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural”

[14] Lei nº 13.709/2018, Art. 11 “O tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer nas seguintes hipóteses: I - quando o titular ou seu responsável legal consentir, de forma específica e destacada, para finalidades específicas; II - sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para: a) cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; b) tratamento compartilhado de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos; c) realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis; d) exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral, este último nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (Lei de Arbitragem); e) proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro; f) tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019) Vigência g) garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, resguardados os direitos mencionados no art. 9º desta Lei e exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais”.

[15] RGPD, disponível em português em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:02016R0679-20160504&from=EN>. Acesso em 08 nov. 2021.

[16] https://sei.anatel.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?eEP-wqk1skrd8hSlk5Z3rN4EVg9uLJqrLYJw_9INcO4NT86aq4DZSJMWh9gBoilhtRgvXnEhjT6dqYhPLeIC2xMriZOLrD6LEYnf1psEzIJAq9-LHeI_G9fbuXRs7UR (acessado em 08/12/2021)

[17] https://sei.anatel.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?eEP-wqk1skrd8hSlk5Z3rN4EVg9uLJqrLYJw_9INcO5Z8rH28y3OOeSIwCcYzTcfCoyafcJw6YstvAxUwTp_Izea_Bovi2Voab281y9yNPO8ZrYEELKHPndYnI4cUNU (acessado em 08/12/2021)

[18] https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php (acessado em 10/12/2021)

[19] <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-08/pesquisa-mostra-exclusao-de-idosos-do-mundo-digital-e-da-escrita> (acessado em 10/12/2021)

[20] <https://exame.com/tecnologia/alfabetizacao-digital-segura-avanco-do-acesso-a-internet-no-brasil/> (acessado em 10/12/2021)

[21] <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/inclusao-digital> (acessado em 10/12/2021)

[22] <https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-carteira-digital-de-transito> (acessado em 10/12/2021)

[23] K. J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review 53, pp.941-973, 1963 in The Effect of Information Asymmetry on Consumer Driven Health Plans, CRUZ et al. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-0-387-75466-6_40.pdf

[24] The Effect of Information Asymmetry on Consumer Driven Health Plans, CRUZ et al. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-0-387-75466-6_40.pdf

[25] <https://www.cms.gov/healthplan-price-transparency>

[26] O prazo original para início das regras sobre transparência dos valores foi adiada em 6 meses, passando de 01/01/2022 para 01/07/2022.

[27] <https://www.federalregister.gov/documents/2020/11/12/2020-24591/transparency-in-coverage#h-11>

[28] <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/ans-lanca-sistema-de-indicadores-hospitalares>

[29] <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores-1/grupo-tecnico-lab-dides-laboratorio-de-desenvolvimento-sustentabilidade-e-inovacao-setorial>

[30] <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/d-tiss-painel-dos-dados-do-tiss>

[31] <https://www.guroo.com/#!>

[32] <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-de-glosa>



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores**, em 10/01/2022, às 12:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro da Silveira Villela, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES (substituto)**, em 10/01/2022, às 15:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **22713410** e o código CRC **6107AA27**.