

ATA DE REUNIÃO
CÂMARA TÉCNICA DA REGULAMENTAÇÃO DOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI
9656/98
1ª SESSÃO – 08/07/2010

Ao oitavo dia do mês de julho de dois mil e dez, se reuniram no Auditório Cinelândia do Décimo Terceiro Andar da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, localizada à Av. Graça Aranha, nº 1 Centro, nesta cidade, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de Instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para iniciar os trabalhos da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que teve como finalidade a manifestação de opiniões no sentido de contribuir para a melhor decisão e construção da norma para regulamentar o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, a ser implantada no Mercado de Saúde Suplementar.

A sessão foi presidida pela Presidente da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, Sra. Carla de Figueiredo Soares. Para compor a mesa de trabalhos, foram convidados o Diretor Presidente da ANS, Dr. Maurício Ceschin, Alfredo Luiz de Almeida Cardoso (Diretor Interino de Normas e Habilitação de Produtos), Carla de Figueiredo Soares (Gerente responsável pela Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos), Fábio Dantas Fassini (Diretor Adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos) e pela Secretária da Câmara Técnica, Sra. Cristiane Julianelli Arruda (Especialista em Regulação responsável pela coordenação do grupo técnico da regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98). O grupo de discussão foi integrado por membros da ANS, entidades de defesa do consumidor, representantes de operadoras, dos trabalhadores e demais partes atuantes no setor.

Dr. Alfredo abriu os trabalhos assinalando que a expectativa é de a reunião tenha a participação de cerca de 60 pessoas, embora muitos ainda estejam a caminho. Agradeceu a presença de todos e pediu desculpas pela discussão bastante ampliada que a Agência vem entabulando com o setor, abrangendo desde questões recorrentes, como reajuste, portabilidade, rol de procedimentos, cujos debates começarão em agosto, e também registro de

produtos, adaptação, etc. Observou que a Agência nunca discutiu os artigos 30 e 31 da lei 9.656/98, apesar de reiterados pedidos nesse sentido de vários fóruns no Brasil e até no Exterior, e que os artigos são, em seu entender, a única novidade regulatória entre as diversas discussões que entrarão em curso no segundo semestre. Colocou que o objetivo da reunião é buscar alguns consensos e dirimir conflitos para a regulamentação da lei, que ele entende como o desejo expresso da sociedade brasileira. Saliu que as discussões terão como objeto as diversas contradições quanto à interpretação do texto legal. Apontou, através da apresentação de um slide, que há duas situações de fato no mercado, a primeira, da empresa que contrata benefício de plano de saúde de alguma operadora, em que o funcionário não paga por isso e não tem direito, não tem discussão, a outra, quando a pessoa perde o vínculo empregatício e com ele o direito ao benefício, não havendo aí nenhuma controvérsia. Disse que o mesmo ocorre no caso do funcionário que se aposenta, se ele não faz nenhuma contribuição, a lei não lhe garante nada, mas quando ele paga uma parte e a empresa, outra, essa contribuição fixa acarreta a constituição do direito expresso na lei. Definiu que, conceitualmente, o que se está discutindo é se o demitido ou aposentado tem ou não direito ao benefício e que a lei deixa claro que há esse direito, portanto, não se está acrescentando nenhum direito. Complementou dizendo que é o proposto das reuniões da Câmara Técnica regulamentar toda essa situação expressa na lei, de forma a facilitar a sua aplicação na vida diária tanto de consumidores como de empresas, da Agência, e diminuir a carga de controvérsias que isso representa. Anunciou que a Câmara Técnica será aberta com a intervenção de sua presidente, a Dra. Carla de Figueiredo Soares, gerente responsável pela GGEOP.

Dra. Carla colocou que realizar essa Câmara Técnica é uma tarefa árdua por se discutir um tema que está nebuloso, que trata de garantias que estão na lei, mas que não foram bem delimitadas, explicitadas, e que atinge grande massa de beneficiários, o que torna muito grande a responsabilidade de regulamentar os artigos 30 e 31. Considerou que, ao mesmo tempo, a tarefa é gratificante em face da possibilidade de, ao final da Câmara, cumprir um pouco da finalidade institucional da Agência, que é promover a harmonia entre os

interesses. Acrescentou que esta é a primeira de quatro reuniões da Câmara previstas e que a idéia inicial é convidar os presentes a pensar, provocá-los à reflexão, propor um *brain storming*, assim como nos processos de criação, objetivando chegar-se a um resultado satisfatório para o mercado. Ponderou que em seu entender as empresas querem dar plano de saúde aos inativos para atuar como facilitadoras de acesso ao serviço pelas pessoas que contribuíram para o seu sucesso. Disse também que algumas empresas acreditam que o benefício tem efeito de atração e retenção de talentos, mas nem todas implementam o serviço porque ele custa caro para o empregador. Traçou um panorama da lei, salientando que o artigo 30 trata dos demitidos e exonerados sem justa causa, usuários aos quais é garantido o direito de permanecer no plano desde que contribuam ou tenham contribuído enquanto ativos. Já o artigo 31 trata do aposentado, é bem similar, mas traz o detalhe da contribuição pelo mínimo de 10 anos para assegurar seu direito de manutenção nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que feito o pagamento integral. Comentou os casos em que a co-participação no plano não é considerada contribuição, lembrando que, entretanto, a súmula 8, de 2005, explicita que se o empregado paga uma parcela fixa para ter um *up-grade* no plano, então, isso é considerado contribuição. Em sua apresentação, destacou sobre o tópico regras para oferta, que a regra principal é a oferta de planos separados para ativos e inativos, em que é facultada a permanência no mesmo plano desde que haja acordo formal entre empregados e empregadores. Mencionou ainda o prazo para opção pela manutenção no plano, de 30 dias após a comunicação pela empresa de seu desligamento. Sobre garantia de continuidade da assistência, no caso de rescisão contratual, aduziu que as Resoluções CONSU 20 e 21 trouxeram também a garantia dos beneficiários optarem por um plano individual, de forma que as operadoras devem ofertar um plano individual sem necessidade de cumprimento de novas carências no caso de cancelamento do plano coletivo. Sobre regras de pagamento, lembrou que quando o plano dos ativos é em pré-pagamento, o empregado demitido ou aposentado assume o pagamento integral, que é a soma da contribuição patronal, se houver, mais a soma do que ele contribuía. Discorreu acerca de um roteiro de pontos a serem debatidos na reunião, entre eles, o esclarecimento da expressão mesmas condições de cobertura

assistencial, a aplicabilidade dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei 9656/98 bem como a contagem do tempo de contribuição antes do advento da Lei, condições de reajuste, preço, faixa etária, fator moderador, plano separados para ativos e inativos, aplicação dos artigos 30 e 31 ao beneficiário aposentado que continua trabalhando na empresa, contagem do tempo de contribuição para fins do disposto nos artigos 30 e 31 se o empregador não permanecer com a mesma operadora ao longo do tempo, pagamento da mensalidade dos demitidos ou aposentados no plano em pós-pagamento, como será o cálculo disso, contratação no mercado de planos para inativos por autogestão, o que está previsto isso na Resolução CONSU 20, como essa contratação pode ser feita, garantia de comunicação do beneficiário no ato da rescisão e da opção pelo benefício dentro do prazo de 30 dias, etc.

Dra. Lais Perazo (CNC) disse que um dos assuntos que mais gerou trabalho de consultoria para ela foram os artigos 30 e 31, que dão margem a inúmeras interpretações e esse é o grande problema, interpretar o que está escrito na lei e como realizá-lo. Disse concordar que o direito está bem definido e colocou as questões: de quem é a responsabilidade pela viabilização e de quem é a responsabilidade pelo financiamento, que segundo ela, talvez seja a pergunta de mais difícil resposta. Acrescentou que se houver um consenso para as duas questões, haverá um bom caminho preparado para as próximas perguntas, que são mais operacionais. Ponderou com relação à responsabilidade pelo financiamento, que a lei diz que o usuário tem que assumir o pagamento integral.

Dr. Luiz Celso (FENASAÚDE) disse que a questão do financiamento é também preocupação da Fenasaúde e destacou que as CONSUS 20 e 21 não atendem aos desenhos existentes, especialmente quanto ao custeio e aos planos em pós-pagamento, em que o custo operacional é alto. Comentou que a CONSU previu apenas a situação do rateio e isto tem causado problemas, gerando judicialização, tornando empresas e operadoras alvos de muitas demandas judiciais. Acrescentou que não se quer fazer um jogo de empurra sobre a viabilização, mas entende que é preciso ficar bem claro na norma quais e de quem são as responsabilidades. Salientou que o que se defende é que haja co-responsabilidade entre operadora e empregador, mas é preciso

definir quais são elas, qual o limite de um e de outro, pra que não haja prejuízo para o beneficiário ex-empregado.

Dr. Júlio César (NOVA CENTRAL SINDICAL DOS TRABALHADORES) observou que tem ocorrido muitos casos de judicialização em Minas Gerais referentes aos artigos 30 e 31. Disse que em seu ver, a lei não define o que é contribuição, mas apenas o que não é, como a co-participação. Assinalou que essa é uma dúvida freqüente entre os trabalhadores, que entendem que co-participação também é contribuição.

Dra. Théra (PINHEIRO NETO ADVOGADOS) colocou que a missão da Câmara é tentar viabilizar um benefício que está previsto na lei e lei não se discute, se cumpre. Disse que em sua experiência de advogada, atuando pelas empresas, vem tendo contato com várias operadoras, o que a faz perceber que de modo geral as empresas querem cumprir a lei e dar o benefício, mas por questão financeira a maioria delas acaba aceitando que os empregados paguem. Ressaltou que o abuso de liminares no Judiciário acaba se voltando não só contra o usuário, mas contra o mercado, porque as empresas não estão suportando o custo da manutenção dos desempregados no plano. Para ela, a responsabilidade de viabilizar esse direito previsto nos artigos 30 e 31 é das empresas junto com as operadoras, a empresa, porque tem as informações, e a operadora que é a prestadora do serviço.

Dr. Raul (FUNDAÇÃO PROCON/SP) informou que o Procon/SP está com uma fonte de conflitos muito grande com relação às reclamações de consumidores a respeito de dois pontos importantes, quanto à delimitação das responsabilidades em relação à administradora, ao empregador e mesmo à operadora, e outro, com relação ao dever de comunicar o beneficiário de seu direito de continuar no plano pelo prazo de 30 dias. Comentou que por conta do jogo de empurra sobre de quem seria a responsabilidade pela comunicação, o consumidor acaba perdendo o prazo.

Dra. Lais (CNC) falou sobre a divisão de custos entre empresa e empregado, propondo que ou a empresa cobra uma contribuição fixa mensal no prêmio daquele plano ou no custo, sendo uma autogestão, ou por via de contribuição por percentual do salário, o que é considerado, pra todos os

efeitos, contribuição fixa, enquanto co-participação é a contribuição na utilização, também chamada fator moderador, que é uma das formas de as empresas arcarem e darem sustentabilidade mais a longo prazo ao benefício. Assinalou também que dividir os custos do benefício com os funcionários tem sido ao longo do tempo, em outros países, o mecanismo que as empresas usam pra manter o benefício e o seu padrão. Acrescentou que quando a empresa se vê diante de uma dificuldade financeira e tem que rever os custos de sua operação, o plano de saúde é o segundo item de despesa em RH e quando precisam de uma ação mais radical de corte de despesa a saída é aumentar um pouco a contribuição. Para ela, a contribuição fixa, que utiliza o mutualismo, é mais solidária, mais justa, porque dilui custos entre quem utiliza e quem não utiliza. Segundo ela, é o mutualismo que viabiliza o conceito de plano de saúde, porque poucos usam muito e muitos usam pouco ou quase nada, permitindo que haja um prêmio suportável para todos.

Dra. Yolanda (UNIDAS) salientou que na autogestão grande parte dos inativos ficam no mesmo plano dos ativos, o que acaba levando à redução do padrão do plano. Em seu entender, nos casos em que há separação, com um plano para os ativos e outro para os inativos, a lei garante um mesmo padrão de cobertura, mas não de hotelaria ou de rede, o que também acaba reduzindo o padrão para poder viabilizar o valor.

Dr. Fábio Moura (SÃO FRANCISCO SAÚDE) disse que a maioria das operadoras hoje não coloca nas suas planilhas de custo a questão dos artigos 30 e 31, e que a partir do momento em que efetivamente se normatizar o funcionamento da lei, com certeza haverá a necessidade por parte das operadoras de revisarem os custos, o que poderá ser um problema, levando em conta a possibilidade de as empresas reduzirem o padrão de conforto do plano para viabilizar a sua operação. Alertou ainda para o risco de a lei inviabilizar para a grande maioria de empresas o benefício de saúde para os seus empregados por não ter condições de custear o serviço por conta das mudanças, de tal sorte a reduzir, ao invés de ampliar, a base de cobertura da saúde suplementar.

Dr. Luiz Celso (FENASAÚDE) lembrou com relação à questão das responsabilidades, que existe um modelo já previsto de co-responsabilidade

quanto à questão do comunicado dos reajustes em planos coletivos. Para ele, o dever de diligenciar para que essa informação chegue aos beneficiários é do empregador, que tem essa facilidade. Entretanto, ele acha que passar à operadora o dever da diligência talvez seja o modelo que possa ser pensado, porque ela tem o conhecimento técnico. Observou que a obrigatoriedade da extensão ao grupo familiar também tem gerado conflitos de ordem judicial, até por questões atuariais, para que não haja oportunismo, seleção de risco, etc, o que para ela é uma questão para ser oportunamente esclarecida num eventual e futuro normativo.

Dr. Franklin Torres (ABRAMGE) sugeriu que seja alterado na norma o termo contribuição para contribuição fixa, o que resolveria a dúvida em torno da definição de co-participação. Ele disse entender que da forma como está, co-participação é contribuição. A medida, segundo ele, vai esvaziar o Judiciário nesse aspecto e oferecer menos trabalho para a Agência.

Dra. Théra (PINHEIRO NETO ADVOGADOS) sugeriu que se a empresa mudou o plano, ela mudou para todos, inclusive pra aqueles inativos que já estavam no gozo do benefício dentro dos artigos 30 e 31, portanto, automaticamente, eles deveriam acompanhar toda a carteira de ativos que está sendo atingida por essa alteração. Em seu ver, essa indicação, se realmente acatada pela ANS e se puder ficar clara, será muito importante, porque é inviável tanto para as empresas como para as operadoras administrar planos com formatos diferentes.

Neste momento , a Presidente da Câmara Técnica, Sra. Carla Soares propôs que a próxima reunião da Câmara Técnica seja realizada em 12 de agosto e que as contribuições sejam enviadas até 30 de julho. Sugeriu que na reunião seja apresentado um compilado das contribuições recebidas, com a abertura de espaço para as entidades fazerem suas propostas formais por sustentação oral. Acrescentou que a Câmara é o órgão que vai centralizar as propostas e que na terceira reunião deverá ser apresentado um consenso de todas as propostas. Avisou que a atual apresentação será disponibilizada a todos, por envio de e-mail, e solicitou que as propostas sejam enviadas para o email institucional (ggeop.dipro@ans.gov.br). Disse ainda que, conforme previsto no Regime Interno, também será enviado para todos a ata da

presente reunião com o resumo das colocações.

Dr. Fábio Fassini perguntou se alguém tem algum estudo quantitativo da jurisprudência que está sendo criada em relação às decisões do Judiciário afetas aos artigos 30 e 31, e pediu que o mesmo seja disponibilizado na próxima reunião, e a Dra. Théra (PINHEIRO NETO ADVOGADOS) observou que há muita jurisprudência e que será preciso organizá-la e selecionar os principais casos.

Dra. Carla agradeceu ao grupo técnico sob a coordenação de Cristiane Julianelli. Disse tratar-se de um grupo que tem trabalhado já há um ano sobre o assunto e que graças a ele foi possível realizar uma Câmara Técnica sobre o tema.

Dr. Alfredo disse que acredita que a lei é um desejo da sociedade e argumentou que o difícil no sistema mutual é garantir um direito futuro em cima de um financiamento que acaba em 60 dias, que é o fluxo financeiro do setor. Acrescentou que a Agência não tem, não quer ter e acha bom não ter nenhum poder regulador sobre quem contrata planos de saúde, seja indivíduo, empresa ou associações, restringindo-se ao poder regulador e fiscalizador das operadoras de planos de saúde. Por fim, salientou que o objetivo da Agência hoje, com a massa de dados coletados e 10 anos de experiência na regulação, é regular o setor naquilo que está expresso como desejo da sociedade. Ponderou aos representantes do comércio, indústria, das centrais sindicais que alguns casos de empresas e de trabalhadores funcionarão de modelo para as discussões, o que seria bastante ilustrativo e produtivo, por se tratar da discussão de situações fáticas.

A lista de Presentes na 1ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 (08/07/2010) consta anexo a essa ata.

Rio de Janeiro, 08 de julho de 2010.

LISTA DE PRESENÇA

Alfredo Luiz de Almeida Cardoso Diretor da DIPRO	Carla de Figueiredo Soares GGEOP/DIPRO/ANS
Fábio Dantas Fassini Gerente-Geral Econômico Financeiro e Atuarial dos Produtos – ANS Presidente da Câmara Técnica	Rosana Vieira das Neves Gerente de Regulação Atuarial dos Produtos – ANS Secretária da Câmara Técnica
Bruna Alessandra Vale Delocco GECIT/ANS	Cristiane Junianelli Arruda GGEOP/DIPRO/ANS
Daniela Amorim Ferreira Unimed do Brasil	Danielle Conte Alves GERAS/ANS
Jorge Luiz Arcoverde Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB	Fábio Kokay Moura Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB
Felícia Costa Rodrigues Nova Central Sindical dos Trabalhadores	Felipe Umeda Valle GERAT/ANS
Fernanda Lemos Lima GGEOP/DIPRO/ANS	Fernando Coelho Neto Confederação Nacional da Indústria - CNI
Fábio Bitter Bradesco Saúde	Iolanda Ramos União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS

<p>Jorge Luiz Arcoverde Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas -CMB</p>	<p>José Juvino da Silva Filho CGTB</p>
<p>Júlio César da Silva Nova Central Sindical dos Trabalhadores</p>	<p>Laís Perazo Convidada ANS</p>
<p>Luciana Souza da Silveira DIRAD/DIDES</p>	<p>Márcia Fernandes de Assis GGEOP/DIPRO/ANS</p>
<p>Luiz Celso Dias Lopes Sul América</p>	<p>Celina Maria de Oliveira ASQIP/ANS</p>
<p>Polyanna Carlos Silva Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – PRÓ TESTE</p>	<p>Raul Dalaneze Fundação Procon-SP</p>
<p>Sérgio Custódio Vieira ABRANGE</p>	<p>Théra Van Swaay De Marchi Pinheiro Neto Advogados</p>
<p>Franklin Padrão Júnior ABRANGE</p>	<p>Fabrcia Goltara Vasconcelos ASTEC/ANS</p>
<p>Solange Beatriz FENASAÚDE</p>	