

ATA DE REUNIÃO
CÂMARA TÉCNICA DA REGULAMENTAÇÃO DOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI
9656/98
2ª SESSÃO – 12/08/2010

Ao décimo segundo dia do mês de agosto de dois mil e dez, se reuniram no Salão Plaza do Hotel Windsor Excelsior localizado na Avenida Atlântica, 1800, Copacabana, nesta cidade, representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de Instituições do setor de Saúde Suplementar e da Sociedade Civil para a 2ª Reunião da Câmara Técnica da Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que teve como finalidade a apresentação e discussão das propostas e sugestões encaminhadas pelos mesmos 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, Carla de Figueiredo Soares (Gerente responsável pela Gerência Geral de Estrutura e Operação 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. Maurício Ceschin abriu os trabalhos pontuando que o objetivo desta reunião é cumprir uma agenda de discussão já estabelecida na busca de uma solução melhor e mais estável para a regulamentação dos artigos 30 e 31, que atenda aos anseios e demandas do setor. Informou que será feita a apresentação das contribuições e depois os comentários, como ocorreu na Câmara Técnica de Reajuste, realizada na antevéspera. Anunciou que o primeiro painel será apresentado pela Cristiane Arruda, que enunciará as

principais contribuições, depois haverá o segundo painel, com a Lais, da Towers Watson, fazendo a sua apresentação, a Fenasaúde em seguida, o Egberto, da Unimed do Brasil e Uniodonto, e por último haverá o debate com a participação de todos.

A coordenadora dos trabalhos da Câmara, Sra. Cristiane Arruda iniciou a apresentação das contribuições recebidas após a primeira reunião da Câmara, contribuições estas do Procon-SP, da Proteste, Unidas, Abramge, Unimed do Brasil, Uniodonto, Fenasaúde e Towers Watson e Pinheiro Neto Advogados. Disse que fará a colocação apenas das contribuições da Unidas, Procon, Proteste e da Abramge, porque as demais instituições farão apresentarão oral, posteriormente. Assinalou que o primeiro ponto é esclarecer a expressão “*contribuição*” prevista no § 6º do artigo 30 da Lei 9656/98, que torna os beneficiários, demitidos e aposentados elegíveis às garantias dos artigos 30 e 31. Aduziu que a Proteste diz que não cabe regulamentar esta questão, pois não é função da ANS intervir neste assunto, se a contribuição é paga parcial ou integralmente pelos empregados, já que isto é decidido em dissídio coletivo. Disse que para a Abrange, a expressão deve se restringir à contribuição do beneficiário na mensalidade do titular, sem que haja qualquer contribuição de pagamento financeiro para os dependentes ou *up-grade* de plano e que para evitar oportunismo por parte dos beneficiários deve ser exigido que eles estejam contribuindo no momento de seu desligamento da empresa, por demissão sem justa causa ou aposentadoria, e deve ser estabelecido um mínimo na contribuição, sugerindo 30% do valor da taxa mensal do plano para que ele faça jus ao benefício. Colocou que o próximo questionamento é o esclarecimento da expressão “*mesmas condições de cobertura assistencial*”. A Proteste diz que deve ser mantida coerência com o dispostos nos artigos 30 e 31, pois se a intenção é garantir o tratamento não pode haver interrupção sem alteração de cobertura, para o consumidor não ficar sem atendimento. Já o Procon de São Paulo diz que deve ser atribuída a interpretação mais ampla possível porque a Lei 9656 não estabeleceu qualquer restrição em relação à expressão, de modo que o normativo que vai ser criado não poderia fazer qualquer limitação. A Abramge diz que essa expressão

contempla mesmos procedimentos, mesmos serviços e mesma rede assistencial. A Unidas questiona se a expressão alcança o preço do plano para os inativos, a possibilidade de se estabelecer valores diferenciados para os aposentados ou se devem ser mantidos aqueles vigentes no momento da ruptura do pacto laboral, uma vez que a Lei somente se refere às “mesmas condições de cobertura assistencial”, questionando se essa expressão possibilita o oferecimento de planos diferenciados, alterações de rede, fator moderador, mantida, todavia, a mesma segmentação vigente durante o contrato. A próxima questão é a aplicabilidade dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei. O Procon/SP diz que são aplicáveis em função de serem contratos de trato sucessivo, ou seja, os contratos de planos de saúde se renovam a cada ano, e também porque o próprio *caput* do artigo 1º da Res. Consu 20 e 21 estabelece o direito ao benefício àquele que foi desligado da empresa empregadora a partir de 02 de janeiro de 1999, ou seja, a partir da vigência da Lei, subentendendo-se que o tempo anterior seria contado pra efeito do benefício. A Abramge diz que não são aplicáveis, pois haveria violação do princípio constitucional da irretroatividade da norma para atingir atos jurídicos perfeitos e pela total dificuldade prática de se fazer isso, como, por exemplo, garantir cobertura de planos não regulamentados em planos inativos firmados após a vigência da Lei. A Unidas diz que também não são aplicáveis em função da Lei 9656 não poder retroagir, em face, até mesmo do entendimento do STF. Outro ponto são as condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador se o benefício for ofertado em planos separados para ativos e inativos. O Procon diz que como a Lei assegura ao beneficiário o direito conferido nos artigos 30 e 31 nas mesmas condições de cobertura assistencial, devem ser mantidas exatamente as mesmas outras condições, como reajuste, preço, faixa etária, fator moderador existente quando do advento do contrato de trabalho, e que a própria Lei 9656 não estabeleceu a possibilidade de criação de planos para inativos, portanto, essa separação de planos acarretaria a concentração de idosos nas carteiras, reajustes onerosos, rescisão unilateral dos contratos e também a hipossuficiência dos consumidores. Ressalta que, se ainda assim for feita a separação, devem ser

especificados com que mecanismos poderia ser controlada a sinistralidade desses planos, evitando-se prejuízo aos consumidores. A Abramge diz que a Lei não obriga a manutenção do mesmo preço para os ativos e inativos, sendo perfeitamente possível a liberdade de se ajustar contratualmente os preços para inativos, inclusive reajuste por faixa etária e fator moderador, e que o preço, seja no plano de ativos ou de inativos, deve ter cálculo atuarial distinto, por onerar toda a massa assistida pelo plano, como também os próprios empregadores, desestimulando a contratação do plano coletivo. A Unidas questionou sobre a possibilidade de se estabelecer critérios diferenciados daqueles vigentes durante o contrato, pela possibilidade de se estabelecer planos sustentáveis, com critérios diferenciados de rede, faixa etária, fator moderador mantida a mesma segmentação, e também em função de possíveis alterações nos planos em pós-pagamento e naqueles que são contratados no mercado por autogestões que não desejam operar planos para inativos. A próxima contribuição é sobre o aposentado que continua trabalhando na mesma empresa. A questão que se coloca é que muitas vezes ele vem a ser demitido sem justa causa e depois se questiona qual seria o benefício a ser aplicado, o do artigo 31 ou o do artigo 30, por demissão sem justa causa. O Procon/SP sugere que seja assegurada a continuidade do cômputo do prazo para fins do benefício do artigo 31, independentemente se o beneficiário continuou ou não a trabalhar na mesma empresa. Sugeriu que se ele contribuiu por sete anos, por exemplo, se aposenta e continua a trabalhar na mesma empresa por mais três anos, por exemplo, este tempo deve ser computado para que ele obtenha o benefício por tempo indeterminado, pelo prazo mínimo de 10 anos. A Abramge diz que deve ser garantido o benefício ao aposentado que continua trabalhando na mesma empresa até que ocorra o seu desligamento, uma vez que a intenção do legislador é proteger do difícil acesso à saúde os desempregados demitidos sem justa causa ou aposentados, e que terá 30 dias para optar pelo benefício após o desligamento da empresa. A Unidas ponderou que deve ser garantido o benefício do artigo 31 ao beneficiário a partir do seu desligamento, mas ele perde o direito de manter o benefício ao ingressar numa nova empresa. Sobre a questão de como fica a

contagem do tempo de contribuição se o empregador não permanecer com a mesma operadora ao longo do tempo, salientou que o Procon/SP posicionou-se no sentido de que deve ser somado o período de contribuição decorrente da contratação do empregador com as várias operadoras, uma vez que a Lei estabelece como condição o vínculo empregatício e não a necessidade de manutenção da mesma operadora. A Abramge disse que a Lei é bem clara ao prever que a contribuição deve ser paga para o mesmo plano ou sucessor e que a sucessão se dá entre as mesmas partes e mesmo objeto. A Unidas questiona sobre a possibilidade de eventual contagem do período quando existe substituição de operadoras porque entende que a sucessão empresarial é figura jurídica de interpretação restrita, não se tratando de situação de mera alteração de operadoras contratadas. Assinalou que outra questão levantada é como fica o pagamento da mensalidade dos inativos de planos em pós-pagamento. O Procon/SP diz que há a necessidade de maior esclarecimento por parte da Agência para que se possa avaliar essa questão. A Abramge considera inviável a cobrança mensal diretamente dos inativos, pois a regra seria cobrar os valores despendidos pela ex-empregadora, que acertaria o seu reembolso com o beneficiário titular de acordo com as normas expedidas pela ANS. Informou que outro ponto questionado foi a contratação no mercado de planos por empresas de autogestão que não desejam operar planos para inativos, que estabelece que elas podem contratar planos de uma outra operadora ou de uma congênere. Segundo ela, a questão que se coloca é até que ponto uma empresa de autogestão poderia operar planos para uma outra entidade de autogestão, e ainda aduziu que a expressão *congênere* é que está sendo questionada, porque se a empresa de autogestão tem em seu objetivo a operação de plano para aquela categoria determinada de pessoas, como é que ela poderia operar planos para uma outra categoria de beneficiários vindos de outra autogestão. O Procon repete os mesmos argumentos colocados em relação à criação de planos só para inativos, ou seja, que a Lei não previu essa possibilidade, o que acentua a hipossuficiência dos consumidores, a concentração de idosos nas carteiras, reajustes onerosos, rescisão unilateral de contratos, e recomenda que deveria ser avaliada a possibilidade de se

estabelecer mecanismos para o controle da sinistralidade desses planos, evitando prejuízos aos consumidores. Acrescentou que outra questão é o que vem a ser a expressão "*novo emprego*" pra fins de extinção do benefício dos artigos 30 e 31. A Abramge diz que a expressão deve alcançar não só o empregado em regime da CLT ou de funcionários públicos, mas de qualquer outra atividade laborativa remunerada, ou seja, autônomos, profissionais liberais, sócios de pessoas jurídicas etc. A Unidas questiona se essa expressão pode ser aplicada no caso de constituição ou ingresso no capital social de empresas, com exercício de atividades de administração, ingresso em cooperativa de trabalho ou outra forma de prestação de trabalho autônomo remunerado, já que essas situações são análogas à contratação laboral, não sendo justo que a massa da empresa antiga continue assumindo os riscos de sinistralidade de uma pessoa que se tornou empresária, cooperado ou profissional autônomo. A Unidas sugere que o prazo seja a única condição de permanência no benefício, ou seja, ultrapassado o prazo do benefício o demitido ou aposentado perderia o benefício, uma vez que essa questão do novo emprego só passa a ser conhecida se o ex-empregado comunicar ao antigo empregador, o que é uma questão de difícil acompanhamento e também não há fonte de consulta disponível para tal sem custo administrativo relevante. Salientou que outra questão levantada pelas contribuições é sobre de quem é a responsabilidade de comunicar o beneficiário se ele tem direito ao benefício, a operadora ou o empregador. O Procon diz que a responsabilidade é da operadora, independentemente se a empresa também fazê-la ou não, e que a comunicação tem que ser inequívoca, feita de maneira clara e precisa acerca de todo o procedimento, incluindo prazos e eventuais opções, como diz o CDC (Código de Defesa do Consumidor), e, ainda, que a contagem do prazo para o exercício do benefício só deve ocorrer a partir da data em que o consumidor for realmente comunicado de seu direito ao benefício, quando ele tem 30 dias pra optar. Destacou sobre o tema Portabilidade, que a questão central é estabelecer condições de portabilidade de carência quando vencido o período do benefício, considerando-se a hipótese de o beneficiário ingressar num plano individual após esse período. O Procon diz a portabilidade é necessária tendo

em vista a situação peculiar desses consumidores e deverá ocorrer a qualquer tempo, inclusive pelos consumidores com contratos antigos, aproveitando os períodos de carência e DLP e sem a exigência de compatibilidade entre os planos, e também deverá ocorrer após o cancelamento do plano coletivo. A Abramge é pela não portabilidade dos inativos, não só por ser impossível na prática encontrar compatibilidade entre planos de contratação coletiva e individual, como também isso iria onerar e desequilibrar as operadoras eleitas para a recepção desses beneficiários. A Unidas diz que deve ser estabelecida de forma facultativa condições diferenciadas de portabilidade dos inativos, tendo em vista que não é justo que os empregados atuais da empresa e o empregador tenham que assumir os impactos decorrentes da sinistralidade dos aposentados, que já se beneficiaram do período de fruição do benefício. Dando seqüência à apresentação, informou que há outras questões colocadas pelas entidades, mas que estão um pouco fora dos 11 pontos centrais de discussão elencados. Por exemplo, a Abramge diz que deve ser regulamentada também a obrigatoriedade de manutenção do plano de todos os dependentes do beneficiário titular, aposentado ou demitido, bem como a garantia do direito dos dependentes de se manterem no plano dos inativos em caso de morte do titular durante o exercício do direito, e indaga como se deve proceder no plano de inativos se vier a ocorrer qualquer modificação no plano dos ativos, porque as Resoluções do Consu 20 e 21 estabelecem um caráter de dependência e acessoriedade entre os contratos de ativos e de inativos. A Unidas questiona que deve ser esclarecida com relação à aplicação do artigo 31, se ela depende da ruptura do contrato de trabalho em decorrência da aposentadoria ou se basta a condição de aposentado no momento da sua dispensa por justa causa, e que também deve ser aclarado se o benefício do artigo 31 deve ser estendido ao beneficiário já aposentado quando ele ingressa numa empresa que possui plano disponibilizado por entidade de autogestão. Concluiu, por fim, que foram estas as contribuições reunidas até agora e, então, na seqüência da apresentação será aberto tempo para as entidades, a Towers Watson e Pinheiro Neto Advogados, Unimed do Brasil e Uniodonto, e a Fenasaúde apresentarem oralmente as suas contribuições.

A Presidente da Câmara Técnica, Sra. Carla Soares assinalou que apesar da reunião tratar de temas tão difíceis, não há muitas divergências, nem pontos impossíveis de serem ultrapassados. Pontuou que o trabalho de regulamentação de mercado busca o equilíbrio, o que não significa a satisfação completa de todos os lados. Convidou a Dra. Lais para a sua apresentação e anunciou que ao final das apresentações será feito o debate.

Dra. Lais Perazo (CNC) assinalou que esta é uma contribuição de todos que representam o empregador e que é preciso incluir também a CNI, o Fernando e Clóvis, e a ABRH, através da participação do João Ricardo. Disse que é necessário compartilhar com todos algumas premissas e que o primeiro ponto a ficar claro na discussão é que o benefício saúde é fornecido voluntariamente pelos empregadores do Brasil e, portanto, facultativo, não é mandatório, o que significa que as empresas voluntariamente investem e pagam benefício de saúde para os seus funcionários e dependentes, mas, apesar disso é uma prática consolidada. Frisou que, entretanto, muitos empregadores no Brasil não praticam o benefício, principalmente empresas menores e médias que gostariam de praticar, mas em função dos custos não têm condições, e nesse sentido o esforço do órgão regulador é de ampliar o acesso sempre, portanto, sempre que se discutir o impacto da regulamentação do 30 e 31, seria importante que todos tivessem em mente que a regulamentação não deveria desencorajar aquelas empresas de oferecer o benefício. Com relação aos aposentados, disse que em seus 20 anos de consultoria trabalhou com muitas empresas e são raros os casos em que elas não quiseram oferecer plano de saúde aos aposentados, porque as empresas querem reconhecer as pessoas que trabalharam muito tempo para o sucesso da organização, se não o fazem é porque custa caro, tem impacto financeiro no balanço e existem regras contábeis que as obrigam a reconhecer o valor presente dessa obrigação futura. Informou que segundo as pesquisas, a prevalência das empresas que subsidiam planos de saúde para os aposentados cai ano após ano e no mundo todo. Observou que muitos outros pontos poderiam ser questionados por esse ponto de vista que o legislador propôs

através desses dois artigos, contudo, é preciso partir da premissa de que essa Lei vale e precisa ser regulamentada. Analisou que, para que se tenha uma visão do ambiente do empregador no processo de aplicação do 30 e 31, as empresas não dão planos de saúde para aposentados porque não podem e não porque não querem, então, quando um artigo obriga empresas que não podem, por questões de sustentabilidade, oferecer planos para aposentados, a primeira coisa que elas fazem é tentar desobrigar-se desse artigo, e a primeira ação que se observa das empresas é retirar a contribuição fixa para não estarem sujeitas a maior risco com o benefício. Aquelas que não têm condição de fazer isso acabam absorvendo esse impacto e para isso reduzem o padrão de benefício. Segundo ela, o legislador pretendeu ampliar o acesso a planos de saúde para o aposentado, mas o que ele conseguiu foi reduzir o padrão do plano dos ativos, e é isso o que as empresas estão fazendo nos últimos 10 anos, tentam repassar o custo do plano integral, mas isso nem sempre é possível, daí ela considerar que a Câmara está tratando de muitos pontos convergentes, mas se fala do custeio, os problemas vão aparecer. Argumentou que algumas absorvem esses custos, reagem às compensações judiciais, de forma que a contribuição é um assunto rico no Judiciário, e isso faz com que as empresas reflitam sobre o papel delas na saúde de seus funcionários, até onde é sua obrigação bancar tanto risco ou mesmo ter esse custo dentro de sua operação, já que o benefício não é mandatório, nem mesmo para os ativos. Ela entende que duas perguntas devem ser premissas consensuadas pela Câmara para que se possa continuar essa discussão. As duas grandes questões são de quem é a responsabilidade pela viabilização operacional do direito, e nesse ponto sugere que a viabilidade deve ser compartilhada entre empregadores e operadoras, já que os empregadores não têm especialização em planos de saúde, não têm condições de operacionalizar o que está explicitado nos artigos 30 e 31, portanto, essa deve ser uma responsabilidade compartilhada. A outra grande pergunta, a seu ver, é de quem deve ser a responsabilidade pelo custeio, pelo financiamento do benefício. Disse que seu setor acredita, a partir do que está escrito na Lei, que a responsabilidade deve ser do usuário, uma vez que é expressamente explicitado que o repasse de custos deve ser

integral. Indagou, com relação ao roteiro das questões mais específicas, o que quer dizer mesmo a expressão *condição de cobertura assistencial*? Aduziu que a cobertura assistencial deve se restringir à cobertura do procedimento médico-hospitalar, mas não do padrão de acomodação, padrão de rede, primeiro porque não está explicitado na Lei, e segundo porque quando se começa a pensar em padrão de redes diferentes talvez se esteja caminhando no sentido de dar mais acesso às pessoas. Sobre a aplicação dos artigos 30 e 31 para os planos anteriores à Lei, disse que acredita que não deve haver a aplicação. Comentou que na questão do fator moderador, a premissa é de que a Lei exclui expressamente o fator moderador como condição para o acesso ao direito. Sobre a separação de planos em ativos e inativos, acha que deve ser permitida, porque sem isso não será possível garantir que o usuário será responsável pelo pagamento. A respeito da aplicação dos artigos 30 e 31 para quem continua trabalhando na mesma empresa, entende que fica claro que tem que haver a aplicação, porque o aposentado adquiriu o direito ao benefício quando se aposentou. Também concorda que no caso de mudança da operadora, assim como postulam os órgãos de defesa do consumidor, o tempo deve ser contado para o empregador e não para a operadora. Já o cálculo da mensalidade no pós-pagamento vai estar junto com as questões de custeio, da mesma forma que o reajuste, preço, faixa etária, logo, o pós-pagamento deve obedecer à mesma regra. Observou que da forma como está redigido as Resoluções do Consu 20 e 21, este critério não está sendo atendido, e se uma empresa for aplicar o que está escrito nas Resoluções do Consu 20 e 21, o repasse de custos não é integral. Disse também que considera que a responsabilidade pela cobrança das mensalidades tem que ser das operadoras, pois o empregador não é especializado nesse segmento, e a Agência teve uma abertura nesse sentido quando excluiu os artigos 30 e 31 da RN 195. Sobre contratação de planos para os inativos por autogestão, sua posição é que precisa ser permitida. Acrescentou que a responsabilidade da comunicação do benefício tem que ser do empregador, por tratar-se de uma relação empresa-empregado e não entre operadora e empregado. O exercício da opção tem que ser pelo usuário. A obrigatoriedade da extensão ao grupo familiar ela acha que

não está em discussão, partindo-se da premissa que o objeto da discussão é um artigo já escrito. Ressaltou que não está claro como fica o retorno do funcionário ao novo emprego, mas acredita que ele deve ser responsável pela comunicação e deve ser punido em caso de má fé, como a lei prevê, e como na maioria das propostas, entende que o novo emprego, o contrato CLT e qualquer atividade profissional devem ser incluídos nessa categoria. Lembrou que regulamentação tem que explicitar também como garantir a continuidade da assistência, já que as relações podem ser rompidas entre empresa e operadora, a operadora pode deixar de existir, etc.

Dr. Luiz Celso e Dr. Flávio Bitter (FENASAÚDE) apresentaram suas contribuições dizendo que a Fenasaúde concorda e acha muito relevante a Câmara Técnica, a revisão das normas e o preenchimento das lacunas deixadas sobre o tema. Destacaram que como premissa básica é preciso lembrar que os artigos 30 e 31 dizem respeito a plano coletivo empresarial cujo estipulante ou contratante é o responsável pelo oferecimento e pela viabilização do benefício. Observaram que os artigos estão num contexto de plano coletivo que tem a operadora e o empregador como partes, mas os principais beneficiários são pessoas físicas, empregados, ex-empregados, demitidos e aposentados, contudo, a relação não exclui em momento algum a participação do estipulante ou contratante. Quanto aos artigos 30 e 31 em relação ao aposentado, ao demitido, disseram que não se exclui a figura do estipulante com a relação estrita entre a operadora e a pessoa física, a relação continua nessa tríade, operadora/estipulante/demitido e aposentado. Aduziram que entre a operadora e o estipulante vai haver somente as informações, de exclusão, inclusão, responsabilidades mútuas, já entre as operadoras e demitidos e aposentados, a principal obrigação da operadora é a continuidade do oferecimento da prestação da assistência médica hospitalar ou odontológica, que deve ser mantida, e sendo facultada a ela a cobrança do benefício. Colocaram que a Fenasaúde considera que as atribuições do estipulante e do empregador, entre outras, são prestar todas as informações ao trabalhador sobre o direito ao benefício quando ele está na ativa e se

necessário até mesmo na sua demissão, informando prazo, adesão e condições de elegibilidade, controlando o cadastro de demitidos e aposentados para fins de avaliar o direito ao benefício, tempo de contribuição, data de adesão e desligamento da carteira. Em seu entender, a RN 195 não tornou obrigatória a cobrança dos benefícios de aposentados pela operadora, apenas a tornou facultativa. Disseram que seria até uma ilegalidade da Agência intervir nessa relação. Ao terceirizar, ao delegar à operadora a tarefa, não haveria ilegalidade, violação à RN 195, competindo à operadora, portanto, diligenciar para que o empregador informe a seus funcionários e colaboradores as condições de elegibilidade e as regras para manutenção do benefício, tanto no momento da admissão como no desligamento da empresa, privilegiando assim transparência e informação, sem o que o negócio é inválido. Aduziram que já há a obrigação dessa diligência quando existe a atribuição da operadora, por força da RN 195, de fornecer e enviar o manual do plano de saúde. Informaram que, além disso, as empresas têm incluído em seus próprios contratos a obrigação de informar aos seus empregados quanto ao benefício dos artigos 30 e 31. Disseram também que a expressão "contribuição", no entendimento da Fenasaúde, é todo o pagamento efetuado pelo consumidor para custear parte ou a integralidade do valor do prêmio, não importando o quanto, mas entende que devem ser excepcionalizados no conceito de contribuição os casos de co-participação e o pagamento de eventuais diferenças por opção do consumidor por outro padrão, que é o *up-grade* de plano ou pela inclusão de dependentes, resgatando-se um conceito que fez parte e fundamento jurídico da instituição, a MP 2177, edição 43, onde isto está previsto. Para eles, outro ponto importante na questão da contribuição é o que seria a integralidade que a Lei diz, mas as Resoluções 20 e 21 trazem um conceito simplório de parte do empregador, parte do empregado, o que deve ser modificado ou melhor interpretado. Disseram também que deve ser observado o princípio da autosustentabilidade do plano, de forma a refletir o real risco assistencial da carteira de inativos e estabelecer mecanismos de reequilíbrio. Sobre "mesmas condições do cobertura assistencial", seu entendimento é de que isso significa mesma segmentação assistencial, mesmo

padrão de acomodação e abrangência geográfica. Já com relação à aplicabilidade dos artigos 30 e 31 aos planos anteriores à Lei e a questão da contagem do tempo de contribuições, afirmaram que esse assunto tem duas correntes, uma que entende que os direitos decorrentes dos artigos 30 e 31 estão diretamente ligados aos contratos coletivos, então, é uma questão contratual, não se aplicando a Lei aos contratos anteriores. A outra corrente, todavia, entende que tais benefícios não decorrem de contrato, mas única e exclusivamente da Lei, sendo, portanto, extracontratuais, bastando que o desligamento do empregado ocorra em data posterior à Lei. Salientaram que a Fenasaúde se alinha à primeira, entendendo que essa questão é diretamente relacionada ao contrato e, assim, encontra essa limitação constitucional. Comentaram quanto às condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador quando o benefício é ofertado em planos separados para ativos e inativos, no caso de permanecerem em um mesmo plano, a massa de ativos absorve os riscos assistenciais dos inativos, mas quando os inativos estão em planos separados todas as condições podem divergir daquelas verificadas, porque se tratam de planos separados, devendo ser preservadas as mesmas condições de cobertura assistencial, entendendo-se como mesmo padrão, mesma segmentação, mesma abrangência. Explicaram que a massa de inativos aumenta consideravelmente o risco assistencial da carteira. Sobre a aplicabilidade ao beneficiário que continua trabalhando na mesma empresa, disseram que seu entendimento é de que o empregado que se aposenta e continua trabalhando na mesma empresa fará jus ao artigo 31, até porque a jurisprudência já é pacificada de que a aposentadoria não põe fim ao benefício, e quando ele ingressa numa nova empresa faz jus ao que estabelece o artigo 30. Com relação à contagem do tempo, assinalaram que se o empregador não permanece com a mesma operadora, não importando quais ou quantas operadoras foram contratadas durante o vínculo com a empresa, deve ser considerada a soma do tempo de contribuição ou permanência em planos regulamentados para o empregador. Quanto ao cálculo da mensalidade, o plano em pré-pagamento, reforçando o conceito de integralidade, deve ser apurado por faixa etária e, conseqüentemente, o risco assistencial de cada

indivíduo que compõe a carteira do plano, e para garantir essa sustentabilidade não basta repassar o valor desse prêmio ao beneficiário inativo, é necessário enquadrá-lo na faixa etária e considerar o risco assistencial da carteira de inativos. No pós-pagamento, é preciso haver distinção, que não é feita nas Resoluções do Consu 20 e 21, entre rateio e custo operacional, pois rateio considera as duas últimas contribuições do empregado e no custo operacional deve ser observada a parte de aumento fixa que é descontada do empregado, mais a média per capita das despesas assistenciais por faixa etária. Sobre garantia de comunicação, colocaram que a responsabilidade é do estipulante. Já sobre "novo emprego", disseram que compartilham com os demais a idéia de que o direito deve ser ampliado para as outras situações, como o autônomo, liberal, empresarial. Observaram que "novo emprego" presume uma condição financeira melhor e pouco importa se a outra empresa vai dar plano de saúde integral ou parcial, essa comprovação tanto pode ser solicitada pelo empregador como pela operadora para fins de se verificar se não está havendo oportunismo ou fraude. Sobre a portabilidade, acentuaram que a Fenasaúde é contra, porque é inviável, e que a Res. Consu 19 já atende aos casos em que a empresa extingue o benefício. Disseram também que a questão da contribuição é requisito do momento do desligamento, é preciso verificar se o empregado contribuía para o plano. Comentaram que as empresas têm essa liberdade de modificar o desenho de seus planos, custeá-lo integralmente, não mais custeá-lo, e isso deve ser preservado. A respeito da "obrigatoriedade", se referindo à obrigatoriedade de permanência de todos os familiares, consideraram que não pode haver aí brechas para oportunismos, para seleção de quem vai ou não, tem que ir todo o grupo inscrito no plano de saúde, os titulares e os dependentes. Sobre a questão de "novo cônjuge" e "novos filhos" assinalaram que depois de o empregado estar usufruindo o benefício ele não faz mais jus à inclusão do novo cônjuge ou novos filhos.

Egberto Miranda (UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO) retomou os trabalhos após o intervalo, apresentando um resumo de algumas

contribuições. Aduziu que são apenas alguns os pontos de divergência. Disse que a própria Lei já faz a ressalva de que o pagamento de fator moderador não constitui em contribuição, que, no seu entendimento deve ser um valor fixo, independentemente da utilização, e atual. Observou que servia interessante, para melhor avaliação das manifestações dos demais segmentos, que todos pudessem ter acesso às ponderações enviadas, afinal o objetivo da discussão é produzir consenso, ou ao menos a consolidação de entendimento. Para ele, o grande problema está na definição de as 'mesmas condições de cobertura assistencial'. Como o texto original era diferente, falava então em pagamento patronal, ao ser alterado para 'pagamento integral', ficou clara a intenção do legislador de que não se exigiria o mesmo valor, mas a cobertura. Acentuou que sempre defendeu que o benefício fosse definido em um plano diferente daquele contratado para os empregados ativos, e, antes da RN nº 195 a orientação era de contratação de plano por adesão. Esclareceu que, entretanto, agora, pela RN 195, ele terá de ser obrigatoriamente empresarial, mas que seja um plano diferente, isto é, um plano específico, com as mesmas coberturas assistenciais. Pontuou que ao prevalecer um plano diferente, muitos problemas seriam evitados, sendo mais clara a situação contratada para os beneficiários inativos, com definição das características como segmentação do plano, sua rede e reajuste. Sobre a questão da consideração da massa de ativos e inativos, comentou que a manifestação do Procon é relevante, que não pode ser considerado para efeito de negociação somente a massa de inativos, senão será um peso muito grande aos beneficiários que custarão eu plano. A obrigação é da empresa empregadora em propiciar a permanência do inativo, e cabe a ela a negociação, incluindo o reajuste. Defendeu que esse plano específico teria características próprias, desde que mantidas as condições assistenciais. Aduziu que pudesse haver uma flexibilidade com relação a alguma característica, como fator moderador, que poderia reduzir o valor do plano de inativos, cabendo à empresa empregadora negociar as características, e condenou eventual disciplinamento de uma forma rígida pelo órgão regulador. Reafirmou que com a modificação da Lei não há que se falar em mesmo preço, defendendo o valor diferente até na hipótese de se manter

esse beneficiário em único plano de ativos e inativos, e se a operadora tem o custo de enviar o boleto, controlar a inadimplência, o custo precisaria ser repassado, o que mereceria uma exceção à regra da RN nº 195. Sobre a contagem do tempo anterior à adaptação, ressaltou que sua leitura do §3º do art. 35, é de que ao se adaptar o contrato, não há nova contagem dos prazos de aquisição do direito dos artigos 30 e 31, assim, só vale o benefício para contratos de planos adaptados, mas haverá o aproveitamento do período de contribuição anterior. Salientou que no §3º do artigo surge ainda a questão com relação a limite de cobertura, que é outra dificuldade, pois lá se fala de não contar prazo levando em conta o limite de cobertura, ou seja, se na adaptação os limites de coberturas não fossem mantidos, não seria mantida também a sucessão de planos para efeito do benefício dos inativos. Disse ainda que a manutenção do aposentado no emprego também foi bastante discutida. Entende que o aposentado que se mantém empregado, permanece com a mesma renda, e o benefício legal parece ter a intenção de proteger aquele demitido, ou aposentado, que perde total ou parcialmente sua renda, como uma forma de compensação, que no caso da manutenção do emprego, não há a necessidade, assim, entende que o aposentado que permanecer trabalhando não terá o direito do art. 31, mas preservará o de eventual demitido sem justa causa. Sobre a questão dos planos em pós-pagamento, disse discordar da Fenasaúde, porque não há como aferir a contribuição de maneira consistente. A única forma que poderia ser levada em conta é a contribuição por rateio, contudo, poderia haver grande diferença entre um período e outro. Ponderou que um demitido que incluísse no período do cálculo de sua contribuição média uma despesa de R\$ 300 mil, teria valor diferente de outro cujo valor calculado ocorresse mediante um custo de R\$ 50 mil no período considerado. Em relação a essa variação de preço, inclusive, há vedação na RN nº 195. Concluiu que deve ser abandonada a definição do benefício considerando as contribuições pelo rateio, se for definido o direito, é preciso que o plano dos inativos seja em pré-pagamento, com valores aferidos mediante cálculo atuarial. Sobre a questão da comunicação ao ex-empregado, ele entende que não é obrigação da operadora. Concorda que por conta disso

tem havido muitos problemas no Poder Judiciário, e as cooperativas orientam suas clientes a respeito das obrigações dos arts. 30 e 31, inclusive propondo modelos de termos de comunicação e obrigações. Observou que é preciso definir o momento em que começa a contagem dos 30 dias para exercício da opção. A respeito da portabilidade, pela regra vigente da Resolução CONSU nº 19, parece haver interpretação diferente da que foi discutida em 1998, deixando claro que só quando não haverá mais continuidade do benefício para os empregados em plano coletivo, em qualquer outra operadora, se estiver disponível um plano individual, a operadora aceitaria esses beneficiários que perderam seu plano, aproveitando os períodos de carência já cumpridos, o que não é o mesmo quando uma operadora perde o contrato para outra operadora, porque aí a massa deve seguir a contratação; os inativos vão junto com o contrato de ativos. Com relação à contribuição exclusiva aos dependentes, considera interessante que haja uma disciplina para acabar de vez com qualquer dúvida, porque essa contribuição deve ser específica para aquele que tem direito, que é o titular, se a empresa custeia completamente o plano para o titular, e ele paga para os dependentes, não há como manter só os dependentes no plano, porque o titular não vai ter o direito. Por disposição legal, se a contribuição é exclusiva do empregador não há o direito, então, esses dependentes não teriam direito mesmo que haja a contribuição para o plano coletivo. Já a respeito da obrigatoriedade de manter o grupo familiar, ele entende que a manutenção do direito dos familiares está na Lei; a discussão que surge é se é obrigatório ao titular incluir todo o grupo familiar, ou poderá escolher, por conveniência, as pessoas que gozariam do benefício.

Neste momento, Carla Soares avisou, antes de começar os debates, que todo o material da reunião será disponibilizado e todos, junto com a ata, mesmo àqueles que não tiverem o material da primeira reunião, é só entrar em contato que Agência enviará. Lembrou que esse material é que vai subsidiar a continuidade do trabalho de discussão.

Dr. Sérgio Vieira (ABRAMGE) colocou que tudo o que foi tratado na reunião se aplica às operadoras, mas não aos empregadores e aos beneficiários. Assim, a questão da obrigatoriedade de permanência de todos os familiares é um direito dos beneficiários e um dever das operadoras, mas não há nada definido que também é um dever dos beneficiários e que as operadoras podem recusar, aí o que pode acontecer é as operadoras não abrirem a possibilidade de incluir os dependentes, só ficar o titular, porque entre correr o risco de uma seleção adversa no futuro, a opção é não aceitar ninguém agora no ato do contrato, então, isso deveria ficar mais bem definido, que as operadoras têm o direito de recusar, caso não permaneçam todos os beneficiários, o que não está claramente colocado. Segundo ele, outra questão é com relação à obrigação dos empregados, que está clara, de forma que qualquer problema do empregador não comunicar adequadamente ao beneficiário, ao demitido, se este for para a Justiça, a consequência é para cima da operadora, então, tudo isso deveria ser parte do contrato, como um formulário específico, por exemplo. Disse que existem vários mundos, um das grandes operadoras, grandes empresas, onde as coisas são bem esclarecidas, em nível de pequenas e médias operadoras e empresas as coisas não são tão claras. No momento em que toda essa gama de informações passar a ser parte do contrato do produto, os problemas diminuirão, criando melhores condições de relacionamento no mercado. Ele acha que quando um beneficiário é excluído, precisa estar clara a evidência de que ele sabe que tem 30 dias para decidir, isso precisa ser parte do contrato, o que vai reduzir a desinformação. Outra questão controversa que apontou é a da contribuição. Lembrou que a única definição que houve na súmula fala de co-participação, que não é contribuição, logo, por exclusão, tudo o que o que se afirma que não é, passa a ser, então, a súmula pode ser redigida e deixar mais claro o que é de fato contribuição. Disse também que em seu ver, a grande preocupação é com os inativos, porque os demitidos, de maneira geral, podem ter outro plano, etc, mas os aposentados não. Observou que todas as pessoas que fizeram cirurgias cardíacas se tornam aposentados por invalidez e após um certo tempo se tornam aposentados em definitivo, o que também ocorre com as pessoas com

insuficiência renal, com doenças degenerativas, enfim, tudo que é de alto custo vai para a massa de aposentados irreversivelmente. Advertiu que com o tempo, isso vai se tornar uma massa de altíssimo custo, o que não é simples de ser resolvido, pois haverá uma concentração de seleção adversa muito grande, de tal sorte que só vai ficar no plano o aposentado que tiver uma renda razoável ou grande necessidade de plano, diante do que, se não buscar uma alternativa de mutualismo pleno, será muito difícil manter o sistema. Conforme ele, é justamente aí entra a necessidade de já se pensar num produto que faça um fundo, uma reserva, visando os aposentados. Ele considera, inclusive, que é possível ter essa opção também no sistema de saúde e, caso seja possível, que esse fundo não tenha necessariamente um agente financeiro intermediário, mas esteja nos ativos garantidores vinculados, não pertencentes à operadora.

Dra. Lais Perazo (CNC) assinalou que muitas empresas de autogestão têm o hábito de fazer o repasse dos custos através de rateio e que deve ficar claro que qualquer contribuição calculada na experiência passada que vise dar solvência no futuro, corre um grande risco de desequilíbrio, mas se isso for uma opção do empregado, então, não deve ser proibido. Observou que hoje, a Res. Consu não dá a possibilidade de um empregador ou da parceria operadora-empregador fazer o repasse integral no plano de pós-pagamento. Sobre a obrigatoriedade de inclusão do grupo familiar, disse que isso é mais para garantir um direito do usuário do que propriamente para fazer seleção de risco. Com relação à cobrança pelas operadoras, assinalou que apesar da RN 195 fazer claramente a ressalva, não fica claro se a operadora tem por obrigação fazer essa cobrança, já que em muitos casos, fica difícil para o empregador conseguir essa operacionalização na relação contratual, já que muitas vezes a operadora não quer fazer a cobrança por algum motivo, o que também é um pleito do empregador. Acrescentou que o ponto talvez mais difícil é quando se coloca o empregador como estipulante no contrato coletivo empresarial, conforme está especificado na RN 195, em razão do que, ainda é preciso que a formatação dessa solução atenda a premissa do repasse integral.

Para ela, simplesmente manter o empregador como estipulante, da forma como é hoje, muitas vezes deixa a possibilidade para o empregador do uso de uma solução que viabilize o repasse integral desses custos.

Dra. Théra De Marchi (PINHEIRO NETO ADVOGADOS) comentou sobre o pós-pagamento, que é pacífico no Judiciário o entendimento de que cabe ao ex-empregado, seja ele demitido ou aposentado, assumir o pagamento integral. Disse que muitas decisões judiciais tratam das Resoluções 20 e 21, sobretudo nos casos de planos de pós-pagamento, já que a média estipulada não corresponde ao pagamento integral, o que de fato precisa ser aclarado para que ocorra na prática o que determina a Lei, que o pagamento integral deve ser suportado pelo empregado. Acrescentou que muitas vezes o Judiciário exclui a empresa porque o alvo da Lei são as operadoras, visto que a maioria das ações é movida contra as operadoras, entretanto, embora o empregador seja excluído, o risco financeiro acaba sendo suportado por ele em razão do subsídio. Aduziu que de nada adianta termos só as operadoras como rés nessas ações quando o problema de fundo, que é o custeio, o financiamento do plano de inativos, acaba não sendo abordado tecnicamente como se espera. Ressaltou ainda que a questão da aposentadoria especial preocupa muito os empregadores em razão das hipóteses em que por conta dela ele continua como se fosse ativo, apesar de não estar de fato na ativa, e isso causa dificuldades, principalmente em face do INSS, ou seja, na prática o empregador assume esse custeio, o que não é cabível uma vez que o beneficiário não está contribuindo, não está na ativa, evidenciado a necessidade de uma regulamentação que deixe clara essa questão. Levantou questão ainda sobre o tópico do novo emprego que é uma grande dificuldade dos empregadores fazer o controle disso, pois se sabe de casos em que o beneficiário se insere em nova atividade remunerada, de tal forma que poderia ser criado algum mecanismo de consulta on-line, via ANS, para que se possa verificar se existe registro do indivíduo possuir plano coletivo ou individual, tornando eficaz o que dispõe a Lei, que ele perca o benefício se voltar à ativa.

Dra. Iolanda Ramos (UNIDAS) considerou que há muitos pontos a serem aclarados do ponto de vista das operadoras quanto à real extensão dos artigos 30 e 31 e um deles é a questão de ser viável um plano diferente para os inativos. Segundo ela, esta é uma prática relativamente comum entre as autogestões, algumas mantêm um mesmo plano para ativos e inativos, mesmo sabendo que os inativos não vão custear integralmente o respectivo custo porque existe o subsídio cruzado simples. Comentou com relação ao pós-pagamento que grande parte das afiliadas da Unidas mantêm esse sistema para inativos, o que tem dado muito certo. Pode parecer que só vão ficar os idosos, que gastam muito mais e que isso vai inviabilizar o plano. Entretanto, para ela, isso não é uma verdade absoluta, porque há exemplos de associações que estão no mercado há 40, 50 anos, e são estáveis, com garantias financeiras constituídas de acordo com as exigências da ANS, portanto, para ela o pós-pagamento é uma alternativa de viabilizar sim o atendimento dos inativos.

Dr. Luiz Celso (FENASAÚDE) que disse que ANS tem por competência, através desta Câmara, regulamentar as obrigações das operadoras e somente das operadoras, embora indiretamente também dos empregadores, mas não diretamente, regras para viabilizar esse benefício por parte dos consumidores, o exercício é viabilizar a manutenção desse benefício. Sobre a manutenção do benefício, lembrou da dificuldade de se calcular o valor, dificuldade que é ainda maior no pós-pagamento, e daí vem a questão: a ANS vai determinar regras tornando obrigatório que o plano do demitido e aposentado, seja ele no mesmo plano, seja no plano separado, terá que ser obrigatoriamente no pré-pagamento ou poderá ser também pós-pagamento, dependendo do empregador? É muito simples dizer que vai ser no pré-pagamento, mas com que base? Um novo cálculo atuarial? Uma nova nota técnica sem nenhuma relação com o plano de ativos? Ou vai ser no pré-pagamento baseado, feito e revisto a partir da experiência dos ativos, mesmo que possa ser revisto no futuro, porque depois de 12 meses não vai mais refletir a realidade dos custos, precisa ser revisto para preservar esse equilíbrio. A ideia é que no plano de

custo operacional não existe as duas partes, existe uma contribuição fixa que é descontada do empregado e o empregador paga toda a conta assistencial, então, não existe prêmio, existe taxa e pagamento do sinistro integral. A aferição terá de ser a cada 12 meses pra guardar a isonomia daqueles que se desligam a cada 12 meses, levando-se em consideração também o risco futuro. A questão da obrigatoriedade, a nossa interpretação é justamente para combater a seleção adversa e o oportunismo. Concordamos também que a aposentadoria especial é um problema porque a norma não contempla essa situação de maneira clara. Achamos que o controle do novo emprego seria uma boa ideia viabilizar essa pesquisa, para ver se o segurado tem outro plano de saúde, se está vinculado.

Dr. JÚLIO CÉSAR (NOVA CENTRAL SINDICAL DOS TRABALHADORES) recomendou que a ANS precisa nesta Câmara definir o que é contribuição. Disse que foi dito que a co-participação é uma opção do consumidor e não é, porque a partir de quando o empregado está dentro de uma empresa ele entra naquele plano de saúde e o serviço já está contratado, às vezes até determinado por convenção coletiva. Para ele, o problema é que apesar da súmula dizer que co-participação não é contribuição, a partir do momento que o usuário procura o Judiciário através de um advogado que entende do setor, diante de um juiz do Juizado Especial de relação de consumo e informa que aquela participação é um fator moderador que vai impactar na sinistralidade e que obviamente vai reduzi-la para que o reajuste seja menor no final do ano, em 12 meses, e ao mesmo tempo, na contratação o preço é menor, ora, como o juiz não entender que a co-participação é contribuição. Não estou defendendo que a co-participação seja aplicada como contribuição, mas que seja mais bem explicado, para evitar a judicialização.

Dra. Lais Perazo (CNC) disse que a saúde custa mais caro e que nós perdemos renda com a idade, que temos menos poder aquisitivo quando mais precisamos gastar com a saúde, mas não obstante, em sua vida de consultoria, viu muitas empresas que tiveram que cancelar o plano de saúde

do aposentado. Disse que gostaria de propor uma pequena reflexão sobre solvência, porque essa solução que se sustenta no longo prazo tem que encarar desafios muito difíceis, como este de que a saúde privada custa mais caro com a idade e, portanto ela fica mesmo inacessível para algumas pessoas. Disse que também teve a oportunidade de trabalhar com planos de saúde para aposentados que são viáveis financeiramente, são feitos em apólices separadas, são caros, e as soluções de longo prazo que conseguiram ser viabilizadas para grandes grupos de aposentados encararam esse desafio da sustentabilidade no longo prazo. Declarou que se nós encontramos uma solução para curto prazo e não encaramos esse desafio no futuro, teme que a nós construamos uma solução em que o tiro sai pela culatra. Exemplificou questionando se o Estatuto do Idoso quando inibe o reajuste para aposentados acima dos 60 anos aumentou o acesso, e responde que não, porque ele foi contra essa teoria, ele não percebeu essa dificuldade. Portanto, a solução possível pode não ser a solução perfeita que todos nós gostaríamos que fosse.

Dr. EGBERTO Miranda (UNIMED E UNIODONTO) lembrou que não está sendo discutida a modificação da Lei, que já definiu a questão da co-participação, não a considerando como contribuição.

Dra. Polyanna Silva (PROTESTE) registrou que o trabalho da Agência será árduo e disse que espera, como órgão de defesa do consumidor, que a Agência cumpra o seu papel de não permitir que sejam alterados direitos já garantidos pelos artigos da Lei por conta da dificuldade de definição e interpretações de certos conceitos. Alinhavou que o legislador quis manter a assistência para os trabalhadores demitidos, exonerados ou aposentados. Portanto, entende que a Agência terá que encontrar um meio termo para aclarar todas essas questões sem prejudicar o consumidor.

Dra. Carla Soares (ANS) respondeu que a Agência tem um corpo de procuradores que trabalha arduamente na atividade de consultoria e orientação para que não sejam editadas normas para restringir direitos que

são garantidos em Lei. Ressaltou que se for perguntado para três juízes, um deles dirá diferente o que seriam as mesmas garantias assistenciais, de forma que o que a Agência está buscando não é interpretar a Lei de forma a restringir direitos, mas minimizar as contradições através de normativos, definir expressões consideradas abertas. Reafirmou que em relação aos artigos 30 e 31, o objetivo é preencher as lacunas de forma que o consumidor possa saber quais são os seus direitos e buscá-los, seja através dos órgãos de defesa do consumidor, junto à Agência ou ao Judiciário, e que todos no órgão estão imbuídos desse propósito. Observou que assim como as operadoras querem saber exatamente quais as suas obrigações e deveres, os empregadores também precisam ter definido, até diante de seus empregados, quais são as faculdades que lhes são dadas pela Lei.

Dr. Fernando Coelho (CNI) falou da grande preocupação das empresas em relação ao tema, já que se trata de um passivo muito grande e que nenhum empresário gosta de imprevisibilidade do risco, que gera grande insegurança para o negócio, qualquer que seja o ramo de atuação da empresa, o que vem se traduzindo num desestímulo à oferta do plano de saúde para quem ainda não tem. Apresentou dados sobre o panorama industrial, segundo os quais a saúde suplementar cobre hoje no setor industrial cerca de oito milhões de pessoas, patrocinados pelas indústrias ou por meio das autogestões, e o potencial a ser alcançado é imenso. Ponderou que uma das preocupações é a precarização dos planos e também a não aplicabilidade do benefício, uma vez que as empresas estão passando a assumir o custeio integral, justamente para não ter esse passivo no futuro. Apontou que a questão maior da discussão talvez seja a manutenção da viabilidade de manter planos de saúde patrocinados pelas empresas, já que o grande volume está vinculado aos patrocínios empresariais, e também a ampliação do acesso. Disse que somente no caso da indústria são 22 milhões de vidas que poderiam ter um plano de saúde e que seguindo a tendência atual, com certeza não terão.

Dra Cláudia Zany (CAPESESP/INSTITUIÇÃO DE AUTOGESTÃO) disse que sua instituição não tem plano segmentado para inativos; que trabalha com o mutualismo em essência, e para ela uma grande preocupação é com a seleção adversa. Pontuou também que o custo do plano não atinge só o inativo, mas também o ativo, porque os custos são cada vez maiores e muitos deixam de incluir o filho menor no plano porque o pai precisa mais do serviço, isso acontece no dia-a-dia. Concordou que o Estatuto do Idoso não ampliou o acesso, até o dificultou, o que remete à questão da sustentabilidade, e que em sua opinião o plano tem que ser auto-sustentável e a pessoa deve dispor dele até o fim da vida, enquanto houver beneficiário.

Dr. RAUL Dalaneze (PROCON/SP) comentou que o Procon já sugeriu que ficasse a cargo das operadoras fazer a comunicação e que a ANS poderia editar um padrão, um formulário, para garantir que a comunicação chegasse ao beneficiário para que ele não perdesse o direito ao benefício. Considera que o custo do serviço não seria tão alto e facilitaria o processo, porque o empregador nem sempre tem interesse em que o ex-empregado fique retornando à empresa, portanto, talvez fosse melhor deixar a cargo das operadoras a comunicação. Sobre a sugestão apresentada de agregar um formulário junto ao contrato, ele acha que a medida não teria efetividade, teria que ser mesmo uma comunicação de forma inequívoca.

Dr. Egberto Miranda (UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO) ponderou que todos querem a definição da regulamentação e a partir dela todos terão que a seguir, o que não pode é a cooperativa entender uma coisa, a medicina de grupo outra, o consumidor uma outra. Disse que a busca da Câmara é fazer um entendimento, que mesmo que não seja perfeito, será o entendimento a ser adotado, a angústia da indefinição é que não pode existir. Com relação à comunicação, para ele, as operadoras não têm conhecimento do momento de informar, e o que acontece hoje é que a operadora não consegue nem mesmo o endereço dos beneficiários. É preciso haver clara definição também do momento em que o desligamento acontece, a observância do prazo de 30 dias,

pois o beneficiário não pode ficar sem assistência, ele tem que ter o direito de optar e não ter a ruptura da assistência, e só a empregadora teria condições de fazer isso, entretanto, não pode também a operadora ser penalizada porque não tem a prova de ter havido a comunicação, isso é muito difícil e as operadoras vêm sofrendo com essa obrigação. Reforçou que essa obrigação tem que ser da empresa empregadora, que dispõe de todos os dados, se há contribuição, o motivo do desligamento, aposentadoria ou demissão, se é justa causa ou não.

Dr. Sérgio Vieira (ABRAMGE) disse sobre a comunicação que no momento em que a empresa vai incluir o empregado no plano, ela tem a oportunidade de deixar isso claro, e para que não haja interpretações múltiplas que dê margem a dúvidas, no caso de haver dúvida, anexar o formulário ao contrato é mesmo a melhor solução, além do que, a medida pode ser implementada praticamente sem custos.

Dra. Carla (ANS) assinalou que até o dia 10 de setembro todos serão notificados da data da próxima reunião, e a partir do material disponível, com a transcrição de todas as colocações feitas neste encontro, a ANS vai relacionar quais os pontos consensuados entre todas as colocações. Disse que a expectativa é que na próxima reunião, a terceira, sejam definidos muitos outros pontos ainda não pacificados, para que Câmara saia dela com um roteiro das principais modificações relativas aos artigos, para que se possa, enfim, definir em que termos esse normativo vai seguir, já visando, inclusive, a última etapa, da consulta pública, quando o documento vai ficar aberto a toda a sociedade para novas contribuições.

Dr. Maurício Ceschin (ANS) observou que é preciso refletir sobre o fato de que o país tem uma população de idosos que crescerá dramaticamente nos próximos 10 anos, de tal forma que o setor precisará fazer uma escolha, ou a saúde suplementar vai abraçar essa população e encará-la como cidadãos que possam ter acesso e acesso sustentável a esse benefício ou se vai ignorá-la.

Disse que no caminho que está sendo seguido, conforme vem sendo colocado, parece não haver muita disposição em abraçá-los. Para ele, o que é preciso entender é que o perfil demográfico dessa população muda e a quantidade de aposentados que contribuiram a vida inteira só tende a crescer, portanto, viabilizar uma forma de encará-los como parte integrante do setor, e ao que tudo indica as pessoas acima de 60 anos serão 30% da população brasileira em 2050, significa criar uma oportunidade para eles no setor, posto que eles não podem ser vistos como ônus ou ameaça, até porque há experiências nacionais e internacionais de sucesso com enfoque direcionado a essa população. Ele disse que não vê nenhum impeditivo para que se possa construir modelos para trazer essa parcela da população para dentro da saúde suplementar de forma clara, bem definida, sustentável e continuada, o que representa o principal desafio do setor. Acrescentou que o empenho da Agência é construir um modelo melhor que possa trazer benefícios a todos do sistema.

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 2010.

LISTA DE PRESENÇA

<p>Andreia Ribeiro Abib ASQIP/DIRAD/DIPRO/ANS</p>	<p>Bruna Alessandra Vale Delocco GECIT/GGTAP/DIPRO/ANS</p>
<p>Carla de Figueiredo Soares GGEOP/DIPRO/ANS</p>	<p>Claudia Pereira CAPESESP</p>

<p>Claudia Zany da Costa CAPESP</p>	<p>Clovis Veloso de Queiros Neto Confederação Nacional da Indústria -CNI</p>
<p>Cristiane Julianelli Arruda GENOP/GGEOP/DIPRO/ANS</p>	<p>Daniela Amorim Ferreira UNIMED DO BRASIL</p>
<p>Danielle Conte Alves GERAS/GGEFP/DIPRO /ANS</p>	<p>Edna Marize Nunes Guimarães Ministério da Saúde</p>
<p>Egberto Miranda Silva Neto UNIMED DO BRASIL E UNIODONTO</p>	<p>Felipe Umeda Valle GERAT/GGEFP/DIPRO /ANS</p>
<p>Fernanda Lemos Lima GENOP/GGEOP/DIPRO/ANS</p>	<p>Fernando Coelho Neto Confederação Nacional da Indústria – CNI</p>
<p>Flávio Bitter Bradesco Saúde</p>	<p>Franklin Padrão Júnior ABRAMGE</p>
<p>Iolanda Ramos União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS</p>	<p>Isabella Brizzante Eckstein de Freitas GECOMS/ANS</p>
<p>João Alfredo Gonçalves Confederação das Santas Casas de</p>	<p>João Ricardo de J. Cavalcante ABRH</p>

<p>Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB</p>	
<p>Jorge Luiz Ribeiro Jr. GECOMS/ANS</p>	<p>Júlio César da Silva Nova Central Sindical dos Trabalhadores</p>
<p>Lais Perazo Convidada ANS</p>	<p>Lais Perazo Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC</p>
<p>Lucila Carvalho Medeiros da Rocha PROGE/ANS</p>	<p>Luiz Celso Dias Lopes Sul América</p>
<p>Márcia Peovesan DIDES/ANS</p>	<p>Márcio Costa Bichara Central Única dos Trabalhadores - CUT</p>
<p>Maurício Ceschin Diretor Presidente – ANS</p>	<p>Polyanna Carlos Silva Associação Brasileira de Defesa do Consumidor – PRO TESTE</p>
<p>Raul Dalaneze Fundação Procon-SP</p>	<p>Renata Costa Ouvidoria ANS</p>
<p>Samir José Caetano Martins</p>	<p>Sérgio Custódio Vieira</p>

GEFIR/DIFIS/ANS	ABRAMGE
Solange Beatriz FENASAÚDE	Stael Riani Ouvidoria ANS
Tânia Márcia S. Faria Ouvidoria ANS	Théra Van Swaay De Marchi Pinheiro Neto Advogados
Walmir Honorato SINOG	Wanderley de Freitas Veríssimo CAPESESP