

**Transcrito por:** Rafael de Souza Alberto

**Arquivo:** ans\_03abril2014

(intervenção feita fora do microfone)

**P/Rafael** – Boa tarde a todos e a todas, vamos dar início a nossa Câmara Técnica de Qualificação e entrada de beneficiários em plano de saúde. Antes de mais nada a gente agradece a presença de todos que estão aqui, acho importantíssima a participação de todos os setores do mercado, as operadoras, os órgãos de defesa ao consumidor e os outros representantes para que a gente possa ter uma discussão qualificada, uma discussão importante, uma discussão objetiva sobre essa qualificação da entrada dos beneficiários. Antes de mais nada é importante justificar aqui duas ausências, primeiramente o Dr. André, porque hoje ao mesmo tempo na parte da manhã teve o evento da copa do mundo, então ele não está no Rio, está em Brasília, então impossibilitou a vinda dele e o Dr. Barroca que viria fazer o nosso diretório junto, viria fazer a abertura e infelizmente ele não pode comparecer por um problema particular, mas de qualquer forma a gente vai dar início e esperamos que nas próximas reuniões que a gente vai ter, eles possam estar conosco para melhorar, aumentar ainda mais essa discussão que é bastante importante não só para a agência como pra toda sociedade. Antes de entrar propriamente na apresentação, porque o nosso interesse aqui nessa Câmara Técnica, é, nessa abertura, que geralmente é uma abertura pra trazer o assunto, pra ouvir dos senhores e senhoras, eventuais assuntos que vão ser discutidos, contribuições, a gente gostaria de trazer qual é a nossa intenção em relação ao número de reuniões e programação sobre essa câmara. Nós, é o nosso interesse dar início com essa reunião que tá sendo hoje, dia 3, a gente vai apresentar um cronograma ao final da apresentação em relação a próxima reunião que vai ser no início de junho né, e posteriormente a gente vai ter uma terceira reunião para a consolidação final, porque nós temos um compromisso de apresentar a finalização desse estudo até o final desse ano, 2014 e antes de eventual alteração normativa, enfim, a gente tem que passar pelo procedimento da consulta pública e aí tem todos os prazos que os senhores e senhoras já conhecem que demandam, que a gente termine a Câmara Técnica antes, com um prazo bem folgado pra que a gente possa finalmente, até o final desse ano ter já uma norma, pelo menos publicada, não sei se ainda em vigência, mas publicada com os estudos, as contribuições que forem colhidas aqui nessa Câmara Técnica. Então já para dar início aqui, apresentado qual é a nossa ideia sobre a Câmara Técnica, a gente trouxe aqui uma apresentação e ao final da apresentação eu vou chamar aqui a Cristiane Arruda que é a nossa coordenadora sobre esse projeto que também tá previsto na agenda regulatória, para que ela possa trazer os principais questionamentos que nós queremos trazer para a discussão do setor como um todo. E a proposta depois do café é a gente abrir, para que possam haver questionamentos, haver trocas, para que a gente possa enriquecer a discussão para numa próxima reunião, a gente possa trazer propostas já factíveis por parte dos senhores e senhoras. Então eu vou trazer aqui ao discurso a apresentação, que uma preocupação que a gente teve lá na GGOP, para esse início de

Câmara Técnica, foram trazer bastantes estudos sobre o cenário atual do processo de doença ou lesões pré-existentes. Por que essa preocupação? A base normativa em relação à entrada do beneficiário, tá na lei, os senhores já conhecem, o legislador já previu lá na 9961 e na 9656, principalmente na 9656. Só que esse procedimento de doença ou lesões pré-existentes, ele tem demonstrado para a agência e para a nossa gerência geral e para a DIPRO, certas situações que estão chamando bastante a nossa atenção. E por isso o nosso interesse de abrir essa Câmara Técnica, pra discutir se efetivamente esse modelo deve ser mantido, se há coisas a melhorar, há coisas para alterar, o procedimento merece um novo olhar e é justamente essa discussão que a gente quer trazer aqui. Principalmente em um primeiro contato do beneficiário em um plano individual, ou da pessoa jurídica contratante nos planos coletivos, porque o que a gente verifica é que esse problema de entrada do beneficiário não é, como a gente vai demonstrar aqui pra frente, um problema exclusivo de plano individual. Muito pelo contrário, é um problema que atinge e vem atingindo cada vez mais os planos coletivos. É claro que como os planos coletivos têm crescido num ritmo maior que os individuais, isso é normal, mas isso chama muita atenção para a gente discutir justamente essa entrada do beneficiário. Que no coletivo é diferente do individual, que ele só adere o contrato. O contrato é firmado entre duas pessoas jurídicas, a operadora e a pessoa jurídica contratante, mas, no entanto o que chama a atenção é o incremento, o alento até grande desse número de alegações de doença ou lesões pré-existentes, nos contratos coletivos. Então dando início aqui a apresentação, a nossa intenção aqui até para equalizar o conhecimento, foi trazer os conceitos primeiramente, esses conceitos os senhores e senhoras já conhecem, já estão nos normativos, mas é sempre bom revisitá-los justamente para evitar alguma dissonância, alguma ambigüidade, então a gente fez questão nesse início de trazer os conceitos, esse é o conceito que tá lá na nossa lei 9656 que o legislador colocou, que é o conceito que tá previsto no artigo 11 no \_\_, esse é o parágrafo único. Que é vedada a exclusão de coberturas de doenças e lesões, a data da contratação dos produtos, após 24 meses de vigência do \_\_ instrumento contratual, cabendo a operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio. E o parágrafo único fala que é vedada a suspensão de assistência, a saúde do consumidor, titular ou dependente até que a prova de que \_\_\_\_ na forma da regulamentação e ser editada pela ANS. Isso é o que o legislador trouxe. A RN162 que é a de 2007, tiveram algumas alterações posteriores, ela trouxe esses conceitos, vou ler rapidamente até para não cansar, porque como eu disse, a intenção aqui é trazer os conceitos para equalizar a informação, mas esses conceitos já são de conhecimento público. Doenças ou lesões pré-existentes, são aquelas que o beneficiário e o seu representante saiba ser portador sofredor. No momento da contratação ou adesão ao plano. É o conceito que tá no inciso um do artigo 2º da RN162. Declaração de saúde: O beneficiário deverá informar a contratada quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da declaração, o conhecimento de DLP. Uma coisa que é importante que tá, essas palavras em negrito, que demonstram justamente qual é o objeto da DLP. Vamos lá, deverá... É uma obrigação do consumidor quando ele conhece a DLP. Isso é uma coisa importantíssima que é uma obrigação do consumidor quando ele tem o conhecimento da DLP, ele informar a operadora. Essas são as palavras chaves que são importantes de chamar a atenção nesse item. A época da assinatura do contrato sob

pena de caracterização de fraude, que dispensa maiores comentários, ficando sujeita a suspensão da cobertura rescisão unilateral. Esse é o conceito que tá lá no artigo 5º da RN162. É importante chamar a atenção novamente, sem querer ser insistente, nas palavras que estão em negrito. Justamente que é a questão do dever por parte do consumidor e o conhecimento de DLP. Essa questão do conhecimento de DLP é importantíssima, porque tem que ficar de forma comprovada, de forma indubitável que efetivamente ele tinha conhecimento daquela suposta doença ou lesão pré-existente. Continuando nos conceitos, a entrevista qualificada. Também tá prevista no artigo quinto da RN162. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada e orientada pelo médico. Então o consumidor se assim o desejar, se assim exigir, ele tem o direito de ter o médico a ajudá-lo a preencher essa declaração de saúde. A perícia, isso é uma coisa importante. Fica caracterizado quando o beneficiário é submetido a qualquer exame ou procedimento com vista a sua admissão no plano privado de assistência de saúde. A gente trouxe alguns exemplos aqui relativamente simples, que é a aferição de pressão, exame físico e exame laboratorial. Essa informação tava prevista no parágrafo 4º do artigo 5º por que quê a gente trouxe esse item aqui que já tá na norma? Porque o que a gente verifica na prática hoje em dia nos processos de DLP, é que em que pese a ver perícia, ou exame no beneficiário, o número de processos do DLP com essa informação são grandes. A gente recebe muito pedido de abertura de processo de DLP mesmo depois de o beneficiário ser submetido a exame ou perícia. Então volto a dizer, nós estamos trazendo conceitos aqui que já estão no normativo pra deixar claro quais são, o que quê tá acontecendo com o processo hoje, porque realmente a nossa experiência que tem lá, que a gente vai demonstrar a frente com os estudos que a gente fez no projeto da agenda regulatória, demonstram que realmente tem alguns problemas, tem alguns nós nesse processo que ao fim ao cabo eles trazem a discussão inicial, que é, como está sendo esse ingresso do beneficiário no plano. Seja no plano individual, seja no plano coletivo. Essa entrevista qualificada, essa perícia, hoje em dia é fácil de fazer? Como é que feito isso? O beneficiário aceita isso com razão? Essa é uma discussão que é importante trazer nessa Câmara Técnica, é isso que a gente quer discutir. Esses conceitos que a gente tá trazendo aqui, não são só para, além de equalizar o entendimento é fazer... Vale a pena visitar esses conceitos? Vale a pena rever isso? Esse é o nosso objetivo. Aqui o conceito que tá lá no inciso 2 do artigo 2º da RN162, que é o Conselho de Cobertura Parcial Temporária, o CPT né, que é aquela que admite por um período interrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação a adesão ao plano, a suspensão da cobertura dos procedimentos de alta complexidade chamados PAC, os leitos de alta tecnologia e os procedimentos cirúrgicos. Desde que relacionados exclusivamente às doenças e lesões pré-existentes declarados pelo beneficiário ao representante. Aqui é importante frisar novamente os itens em negrito que é o período de até 24 meses, 2 anos né, e quais são os procedimentos que podem ser suspensos pelo beneficiário. Que é o procedimento de PAC, alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos. Seguindo, caso a operadora não ofereça cobertura total a doença ou lesão, deverá oferecer CPT sendo o seu oferecimento obrigatório. Isso é uma questão também importante até para o próximo slide que a gente vai trazer o conceito do agravo, que é uma coisa importante de a gente trazer a discussão do agravo hoje no mercado de saúde suplementar. Há previsão de oferecimento do

agravo, mas a pergunta que a gente coloca é: Vale a pena continuar com essa previsão? Tem necessidade de haver a previsão? É interesse continuar o oferecimento do agravo? Isso é uma coisa importantíssima que a gente verifica lá na prática, a regulação demonstra que há pouquíssimos casos, aliás eu já não sei nem se a gente chegou a ver algum caso recente sobre o assunto. Mas é importante trazer, vale a pena manter esse item? É isso que a gente quer ouvir dos senhores e senhoras. E após 24 meses a cobertura assistencial passará a ser integral conforme a segmentação contratada e prevista na lei que é a disposição lá do parágrafo primeiro do artigo sétimo, que é passado o conceito do CPT. Como eu já adiantei, a gente trouxe o conceito do agravo também, que tá previsto lá no inciso 3 do artigo segundo, que é qualquer acréscimo no valor da contra-prestação paga ao plano, para que o beneficiário tenha direito integral a cobertura contratada. Para doença ou lesão declarada após os prazos de carência contratuais de acordo com as condições negociadas, então a operadora e o beneficiário. O agravo regido por aditivo contratual específico cujas condições são estabelecidas entre as partes, deverão constar menção expressa ao percentual e valor do agravo no período de sua vigência que é a disposição do parágrafo 2º, artigo 7. Eu peço até desculpa se tá sendo repetitivo, eu to lendo, mas a questão é equalizar os conceitos para que não haja, sobram, não tenham dúvidas, para que a discussão possa se equalizar, não tem problema, deixa voltar, em conceito, então também não tem problema se tiver que voltar, mas eu peço desculpa se tá sendo repetitivo, chato ler. O oferecimento do agravo é facultativo, como a opção a CPT. Então no slide anterior como a gente viu, a norma fala que o agravo, o oferecimento dele é obrigatório, o segundo parágrafo. Parágrafo primeiro do artigo sexto. Já o agravo passa a ser facultativo, só que na prática o que a gente verifica hoje em dia é uma quantidade pequena de números de pedidos de agravo. Então até na nossa análise de impacto regulatório que a área fez, verificou o seguinte, vale a pena manter o agravo? A gente quer ouvir exatamente isso, qual é a opinião dos senhores e senhoras sobre o item. Se o agravo vale a pena ser mantido, se vale a pena não haver mais essa previsão, se tem interesse, esse é o objetivo da Câmara Técnica. Aqui, a gente fez um pequeno fluxo do processo hoje para até demonstrar e ainda dentro do escopo de equalizar a informação, como funciona hoje o processo de DLP que tá lá na RN162, já tem bastante tempo, a RN é de 2007, que ele tem início com o indício da fraude, a operadora verificando esse indício de fraude, ela oferece o termo de alegação para o beneficiário, encaminha pra ele esse termo de alegação, caso o beneficiário concorde com esse termo de alegação, é oferecida a CPT que é obrigatória, o agravo que não é obrigatório-facultativo. E terminamos aqui. No entanto, que geralmente é a maioria dos casos, caso o beneficiário discorde desse termo de alegação que foi enviado para ele, a operadora solicita a abertura de processo. Aqui começa um primeiro problema que a gente vai demonstrar mais pra frente, que é justamente essa questão da abertura de processo. A RN162, ela deixa claro quais são os requisitos para a abertura de processo. E uma coisa que é importante até já deixar nesse início de apresentação, que até para que esse item vá ser importante para discussões posteriores, não só da abertura, como também do mérito do julgamento, é que o processo de doenças e lesões pré-existentes, da forma como ele é hoje, é um processo administrativo regido pela 9784. É uma lei federal que o senhor e a senhora já conhecem. E o seguinte, análise que é feita pela agência, é uma análise feita por servidores

concurados em que quando o servidor entra na agência, ele passa a ser servidor e deixa de ter a sua formação, ele passa a ser servidor público. Seja ele especialista, seja ele analista, seja ele técnico, seja ele técnico administrativo. Então uma brincadeira que eu até faço sempre, é que eu sou ex-advogado, não sou mais advogado, fui, mas não sou mais. Porque o que que acontece, essa análise quando é feita, ela é feita por profissionais multidisciplinares, que como é a nossa obrigação, obedece aos ditames que estão lá na lei. Então essa análise de abertura aqui, é verificado todos os itens que estão no normativo. A norma deixa claro o que a operadora tem que juntar de documentação, requisitos, assinaturas, estão na norma. E quando nós recebemos esse pedido aqui, a gente faz uma verificação. Que atualmente não é uma verificação simples, nós temos dois a três colaboradores da ANS verificando isso, um trabalho extremamente exaustivo, trabalho longo, porque como os senhores e senhoras devem imaginar, é uma quantidade de papel muito grande e que o que a gente verifica hoje em dia, e eu vou demonstrando pra gente, não vou adiantar, é que esse índice de abertura de processo, hoje em dia é muito baixo. Então essa é uma discussão que a gente também quer trazer, porque a norma, a previsão da norma é desde 2007. Só que a gente verifica que ainda hoje esse índice de abertura é muito pequeno. Dando segmento aqui no processo administrativo, se o documento tá ok, perdão, se o documento não está ok, ele vai para o nosso arquivo. Aqui é um item importante, que também é uma discussão que a gente quer trazer a baila, até para discutir o procedimento, aí é uma coisa importante para esclarecer, que não é a nossa intenção aqui discutir artigos de norma ou trazer o artigo, porque essa é uma discussão que a gente vai fazer quando abrir a consulta pública. Que aí os senhores e senhoras, não só os que foram convidados, mas qualquer cidadão vai ter acesso ao site da agência pra fazer contribuições, sugestões, enfim. Mas hoje em dia a gente tem um arquivo aqui dessa documentação, que como eu já falei, é uma documentação volumosa e via de regra a operadora como a gente arquiva, ela tem que encaminhar caso. Essa análise de abertura seja negativa, tudo de novo. Então é muito custoso pra gente, porque isso gera um custo administrativo para o contribuinte, enorme e também para a operadora. Dando segmento aqui ao processo, caso essa documentação esteja ok, o processo é aberto e aí começa o contraditório e ampla defesa. O beneficiário recebe a cópia de todos os documentos encaminhados, por isso que nós solicitamos até mais de uma via, porque vai para o beneficiário, ele tem o prazo para apresentar as contra-razões dele e depois nós fazemos a análise dos documentos enviados para as operadoras e a defesa que o beneficiário enviou ou não, porque essa, obviamente que essa defesa não é obrigatória. Caso a alegação seja procedente, nós temos a possibilidade do recurso de qual, perdão, que ela seja improcedente, tem a possibilidade do recurso ser de qual pela operadora. Caso ela seja procedente, nós temos a possibilidade do recurso ser de qual pelo beneficiário. E caso, ao fim, ao cabo, todo esse procedimento longo aqui, nós tenhamos a finalização, o final, “o trânsito in julgado” da alegação procedente, pode haver a exclusão desse beneficiário do plano. Então como a gente fez questão de trazer esse fluxo aqui, é um procedimento longo, extremamente burocrático e que onera não só as operadoras, porque tem um custo aqui grande de documento, tem um custo desse acompanhamento, agora onera principalmente a administração, porque isso aqui gera um custo administrativo enorme pra gente, mas é a nossa obrigação fazer, enquanto tiver na norma a gente vai

fazer, mas a nossa discussão é trazer o seguinte, se for o caso, como que a gente pode otimizar isso aqui? Como a gente pode tornar isso aqui mais célere? E também deixar claro, trazer essa discussão é importante a participação dos órgãos de defesa do consumidor, para que o beneficiário tenha ciência de que eventualmente se ele deixar de alegar uma DLP, uma doença \_\_\_ que ele saiba, que ele tá sujeito a ter um processo administrativo em andamento, que realmente é uma situação desagradável, mas que pode acontecer. Bem, trazer os conceitos, vamos passar para a segunda parte da apresentação que é o... Agora vai ser um pouco menos monótona, que eu acho importante, mas antes de a gente trazer os nossos estudos, esse dado que a gente trouxe é importantíssimo. No ano passado, a agência fez uma pesquisa de satisfação com as operadoras e esse resultado chamou bastante a nossa atenção, inclusive na época a gente já tinha esse interesse, até porque o projeto da agenda regulatória é do início de 2013, mas mais do que nunca a gente se achou uma certa “obrigação” de abrir essa Câmara Técnica com base no resultado dessa pesquisa de satisfação que foi feita no passado com as operadoras. O serviço, claro, foram perguntados outros itens, que não trouxe aqui por motivos óbvios, mas o item principal que desafeto aqui essa Câmara Técnica, é o julgamento de primeira instância dos processos de DLP. E dentro desse ensejo, nós vemos aí que das 116 operadoras que tiveram oportunidade de participar da pesquisa, elas, a maioria delas, 44% aqui no amarelo, um pouco mais claro, julgaram o serviço insatisfatório. 25% disseram que é muito insatisfatório, certo? Então o primeiro item já foi muito insatisfatório, o segundo foi muito satisfatório, o terceiro classificado aqui roxo, 22.4 disseram que é satisfatório, 6% indiferente, ou seja, não emitiram opinião e 2.6% disseram que é muito satisfatório. Então como a gente verifica aqui, a gente verifica que tem um problema, certo? Principalmente por causa desse segundo item aqui. Que é em relação ao atendimento das expectativas. Uma coisa que é importante trazer aqui a baila, que a gente até conversou muito com a área que foi responsável por essa pesquisa, é que a pergunta como ela foi feita, ela traz um viés que pode ser confundido com mérito. Então essa foi a leitura que a gente fez, pelo menos lá na área, mas de qualquer forma os números não são bons como a pesquisa mostra, porque quase 78% das operadoras, dessas operadoras que responderam a pergunta, disseram que em relação ao processo, não atendeu. O processo não atendeu as expectativas delas. 21, quase 21% disseram que atendeu e 1.7, menos de 2% que superou. Então dentro desse ensejo a gente verificou que a gente tem vários problemas. Um que a gente verificou no procedimento, que a gente trouxe no slide anterior e essa pesquisa só trouxe clarear o que quê vale a pena discutir sobre o processo DLP. E como o processo de DLP está intimamente ligado no primeiro contato que o beneficiário tem com a operadora, é isso que a gente quis trazer para a Câmara Técnica. Como a gente pode qualificar essa entrada do beneficiário no plano de saúde, seja ele individual, seja ele coletivo. Aqui, as principais reclamações, só título de conhecimento, a excessiva demora na análise comprometendo eventuais medidas que a seguradora poderia tomar em sua decisão a seu favor, o segundo, a ANS não considera os documentos comprobatórios às operadoras, as respostas são padronizadas e muitas vezes indeferem o processo alegando a ausência de documentos que estão anexados aos autos e isso a gente vai trazer dois slides mais pra frente para deixar claro, transparente para todos, como é feita essa análise hoje, que é uma análise estritamente documental, sem de forma objetiva, sem

análise do mérito. Avaliação de como deve ser como a lei exige que seja. Avaliação sem coerência com o laudo médico solicitante e todas as provas que foram apresentadas, não tivemos êxito. Então aqui foram, tiveram outras contribuições, mas a gente pegou as quatro principais pra trazer aqui a discussão da Câmara Técnica. Aqui é um dado importante e aí a gente vai começar já nos dados, que eu vou até me deter um pouco mais, obviamente que mais pra frente na hora dos debates, se houver necessidade de voltar o slide, a gente volta, não tem problema, mas chamar a atenção para alguns itens aqui importantes. Voltando lá no processo de, naquele procedimento de DLP que a gente apresentou nos slides anteriores, a gente falou desse pedido inicial da operadora pra abrir o processo. O que a gente verifica ao longo dos anos é que das solicitações que são recebidas lá na agência, na GGOP, mais de 60% indeferidas e arquivadas. Volto a dizer, os critérios que estão para a abertura de processo, estão na norma desde 2007. A RN162 desde 2007. Todos os incisos lá dispostos, tem discriminado que tem que cumprir. O que a gente verifica aqui é que esse número, não vou dizer que tá crescendo, porque tem uma variação aqui em 2012, mas em 2010 a gente arquivou, esse arquivamento é bom que se esclareça, acho que não viram o processo, então vamos até trocar miúdos. Esse é o número de pedidos dessa coluna aqui e essas aqui são as arquivadas, ou seja, que não viram o processo. Então 67% foi arquivada, em 2011, 73% foi arquivado, em 2012, 68 e ano passado nós chegamos ao número de 79%. Volto a dizer o que eu disse, isso para a administração pública, e obviamente para as operadoras, gera um custo administrativo muito grande pra gente, para o contribuinte. O trabalho homem hora que a gente tem lá, é um trabalho imenso, justamente em relação a isso. É importante frisar que esses dados, a gente extraiu isso em dezembro do ano passado, do nosso sistema lá, obviamente que esse ano já tiveram alguns pedidos, a gente ainda não trouxe aqui, porque ele foi extraído no final do ano passado. Esse dado aqui é importante, porque demonstra assuntos que a gente tem que discutir. Quais são os principais motivos para não abrir processo? Para arquivar as solicitações, 1) a documentação tá incompleta, ou seja, aqueles requisitos que são colocados lá na RN162, a solicitante não envia a documentação de acordo com o checklist que tá lá. E o segundo que é até mais preocupante, que a documentação que é enviada, ou seja, a solicitante enviou a documentação, mas ela não atendeu da forma como tá prevista na regulamentação, ou seja, não tem assinatura, não tem data, não tem cópias legíveis, esse último item aqui inclusive, a xérox não pode vir cortada, eu costumo assinar quase todos, assim de 10 processos, seis são devolvidos por causa disso. Então é uma coisa assim que chama bastante a atenção até porque a gente trouxe aqui para a Câmara Técnica justamente pra deixar claro qual o problema que a gente pode discutir aqui, que a gente quer trazer, até pra melhorar o fluxo, pra deixar mais claro o fluxo e pra discutir se esse é o fluxo que a gente quer manter, porque realmente esse índice é bem alto em relação ao pedido de abertura. Esse dado aqui, a gente omitiu de forma proposital, os dados das operadoras, justamente para não criar polêmicas, mas esses dados são reais, certo? A gente omitiu os nomes por motivos óbvios, mas os dados são reais e isso aqui foi feito com base no nosso sistema lá de DLP. De 2011 a 2013, nós verificamos que nós temos um ranking das operadoras que mais pediram processo de DLP. E a gente verifica o seguinte, que alguns dados aqui são interessante. Primeiro, essa operadora aqui é a... Ela, de todos os processos de DLP que foram abertos, ela teve participação de 20%.

Se você for somar as outras 76 operadoras, a gente aqui tem um ranking de 86 que pediram, o mesmo número que essa operadora pediu, foram as outras 76. Então a gente verifica aqui que essa operadora tem uma participação de 20% nos processos e as outras operadoras, 76 tem 20%. Um dado também importante que essa terceira operadora aqui tem uma eficiência de abertura bem grande, acima de 53%. E outra operadora aqui, essa operadora I, ela de 31 solicitações, ela não abriu nenhum processo, ou seja, 0% de abertura de processo. Por que quê esses dados são importantes? A gente, a área técnica não está preocupada, claro, se chamam atenção, eles não estão preocupados única e exclusivamente, porque isso aqui causa preocupação, com essas, vamos dizer, essas 10 operadoras aqui e é bom que se diga, um dado importante que a gente vai trazer mais a frente, aqui não tem só plano individual. Aqui tem muito plano coletivo. A gente não tá preocupado com isso, a gente tá preocupado com o seguinte, essas outras 76 operadoras que no mercado que a gente tem em torno de 1.400 operadoras, cadê as outras? O que quê tá acontecendo com as outras 1.300 e poucas operadoras? Chamam muita atenção isso, porque realmente, a gente verificar que a lei tem um propósito claro que o beneficiário declara o que ele já sabia, a DLP, e por acaso ele tenha omitido, pode configurar fraude, gerar um processo, não vou dizer que todas as operadoras teriam que abrir um processo de DLP, mas primeiro, ao longo do histórico de três anos né, três, dois anos, esse número aqui total de operadoras, porque hoje nós temos 86, deveria ser muito maior. Pelo menos é o que a razoabilidade indica. Outro detalhe é o seguinte, a gente discutir, essa operadora A, B e C, por que quê elas tem um índice de abertura, de participação desse total tão grande? Por que tantos processos? Assim, pergunta que se coloca: Esse é o procedimento correto? Tá vindo um problema, vamos dizer, grave de entrada de beneficiários no setor ou não é tanto assim, porque se houvesse problema grave, esse número aqui de total de operadoras nesses três anos, nesses três, dois anos, seria muito maior. Não seriam 86, seriam 400, 500, então é justamente esses sistemas aqui que chamam muito a nossa atenção. Só um minutinho, eu vou terminar, depois a gente abre para perguntas, se não a gente não consegue terminar. Então como a gente fala aqui, das operadoras representam 80% do total de demanda. Essas 10 aqui de A até J, com uma média de pouco mais de 16 solicitações no período. As demais representam quase 4, 3.8 solicitações no período. Esses dados são importantes, a gente omitiu de forma clara as operadoras, porque... Pra evitar qualquer problema, enfim, e também porque o objeto aqui não é discutir comportamento de A, B, C ou D. O objetivo aqui é discutir comportamento de setor. Como está sendo o comportamento do setor nessa entrada do beneficiário? Aqui é um dado importante que a gente verificou, que em relação ao dado entre o tempo de ingresso do beneficiário no plano de saúde e abertura de processo. Aqui embaixo, esse foi um estudo feito pela nossa DDS, pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial, que a gente pediu lá, a gente agradece lá a GPIN, que foi feito no mês passado, em março, nós temos aqui a solicitação de abertura nessa linha e o tempo de ingresso beneficiário que vai de 0, mês né, menos de um mês, até 25 meses da abertura. Pra gente verificar qual a média, qual o tempo médio que a operadora pede pra... Entre o beneficiário assina o contrato ou adere o contrato e a operadora pede a abertura do processo. A gente verificou que o pico, geralmente fica aqui em torno de 10 meses. A gente fez uma análise até de certa forma um pouco justificada nesse caso que leva em relação também a questão da carência, porque



nos seis primeiros meses via de regra, tirando as exceções de alguns contratos coletivos o beneficiário tem que cumprir a carência de seis meses. Mas o que a gente verifica aqui é que tem esse pico também em seis meses, e ele vem um crescimento pra dez, que pode demorar também aqui a questão da operadora fazer o procedimento burocrático do beneficiário que é comunicar o termo de alegação, enfim, temos uma queda aqui e também depois os pedidos se mantêm mais ou menos constantes até o fim, porque sabe (ininteligível) que a operadora tem 24 meses pra abrir o processo. Então aqui em 25 meses terminou o prazo para ela abrir o processo de DLP. Esse dado é importante justamente pra gente demonstrar qual é geralmente o tempo mínimo que a operadora demora pra supostamente verificar uma possível omissão por parte do beneficiário. Como eu já havia adiantado, aqui que é um dado importante, justamente pra gente poder saber o que a gente tá discutindo, porque, quando às vezes se pensa muito em processo de doenças ou lesões pré-existentes, há uma ligação ao plano individual. E o que a gente tem verificado, esse estudo ainda mostra de 2010 até o ano passado, esse ano a gente não trouxe os dados, a gente havia até colocado no slide, mas como a gente ainda tá em abril, poderia gerar uma certa distorção, então a gente preferiu omitir os dados de 2014, que já tiveram alguns processos abertos esse ano. O que a gente verifica é o seguinte, que cada vez mais, e aí também tá ligado a oferta de planos individuais, os processos de solicitação de doença, solicitação pré-existente, processo de DLP né, ligado, os beneficiários a planos de vida, acho que vem caindo e a gente teve um crescimento ano passado muito grande de beneficiários ligados a contratos coletivos para adesão. O coletivo empresarial, ele sempre teve auto e ano passado, ano retrasado, 2012 né, foi o Top One, os beneficiários ligados a planos empresariais, foram o que tiveram o maior número de processos de DLP abertos lá na agência. Então esse dado é importante até pra gente saber o que a gente tá discutindo. A gente tá discutindo os processos não só ligados a planos individuais, mas também a planos coletivos. Em que pesem as regras lá da RN195 preverem alguns casos de isenção de CPT até para os planos coletivos empresariais. Próximo slide é, esse dado aqui é um dado importante, porque traz a proporcionalidade. Obviamente, é bom que fique claro que a gente sabe que o maior número de beneficiários, hoje nos planos de saúde, estão no coletivo empresarial. Não só... A gente separou aqui pelo empresarial com menos de 30 avisos, PME, mas a gente sabe que hoje o maior número de beneficiários está no plano coletivo empresarial, mas aqui a gente traz numa proporção entre os beneficiários que estão nos planos de saúde e os processos que foram abertos. A gente verifica que no individual familiar, isso nos três últimos anos, de 2010 a 2013, o individual familiar, a gente tem quase uma proporção entre os beneficiários e os processos que foram abertos, no entanto, no coletivo empresarial com menos de 30 vidas, o chamado PME, a gente tem uma diferença bem grande entre a proporção, volto a dizer, não só números absolutos entre os beneficiários que estão nos planos coletivos empresariais com menos de 30 vidas, PMES, e as aberturas de processo como tá a segunda barra aqui. No coletivo pré-adesão nós temos uma diferença maior entre os beneficiários, a proporção entre os beneficiários que estão nos planos coletivos para adesão e os processos que foram abertos. Isso aqui é importante, a gente cortou de forma proposital os PMES para demonstrar justamente que pode haver algum problema acontecendo com essa linha aqui de ter uma abertura de processo de DLP tão grande. Até pra ver o seguinte, porque é sempre bom endossar isso,

que a agência sempre fala, o contrato coletivo, independentemente do número de vidas seja PME, seja com vários beneficiários, seja coletivo por adesão, seja empresarial, é um contrato firmado com uma pessoa jurídica e o beneficiário adere. Então até que ponto esse comportamento aqui PME, tá se assemelhando até o individual? É claro, a gente sempre deixa claro que o contrato individual é uma coisa e o contrato coletivo pré-adesão. Mas esse número chama bastante a atenção, principalmente em relação ao processo de DLP. E o mais importante, que é a discussão que a gente quer trazer aqui, como está sendo a entrada desse produto? O que a gente quer discutir nessa Câmara Técnica é isso. Como esse produto, como o beneficiário desse produto, porque o beneficiário tá aderindo o contrato que foi feito com a PME, ele tá entrando. Como tá sendo isso? Como tá sendo esse contato? Porque o que a gente verifica é que tem um número muito grande de processos em relação, número não, uma proporção entre o número grande de processos de beneficiários nesses produtos. Aqui é título de conhecimento, nos últimos três anos, a gente fez um gráfico aqui de pizza sobre os principais grupos de doença que a gente recebe, que é de processo que a gente abriu lá na ANS sobre alegação de doenças, possíveis doenças e lesões pré-existentes não declaradas pelo beneficiário. Então a gente tem um número grande aqui que tá no... Esse dado não foi muito conclusivo, que é 215, outros motivos, mas logo depois com 192, que são as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, logo em seguida, 112, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 97 com doenças do aparelho circulatório, 81 com homoplasias, 75 doenças do aparelho (ininteligível) desculpe, 63 com doenças do aparelho digestivo e por fim, 56 com doenças do aparelho respiratório. Agora a gente entra aqui para discriminar desses principais itens, quais foram os principais pedidos. Dentro do âmbito das doenças endocrinológicas nutricionais metabólicas, 164 processos foram sobre obesidade. 12 sobre diabetes e méritos e 16 de outros. A gente demonstra aqui que tem realmente um número muito grande nesse grupo de doenças, doenças nutricionais sobre a questão da obesidade. O próximo slide, que é as doenças do sistema osteomuscular no tecido conjuntivo, pulando a questão do outros que são diversos itens, nós pulamos para 17 de transtornos de discos intervertebrais e 16 de transtornos internos nos joelhos. Depois de artrose cervical e dorsalgia. Também demonstra em que pese esses outros abranger a grande maioria, o segundo item que vem são os transtornos de discos intervertebrais e por fim, das doenças do aparelho circulatório, tiver um predomínio bastante grande das varizes de membros inferiores, 36. E outros vem em segundo, mas logo em seguida vem a doença isquêmica crônica do coração e a hipertensão arterial. Então a gente fez questão de trazer esses estudos até pra ver o seguinte, voltando a dizer, como está sendo essa entrada do beneficiário no plano? Seja o beneficiário que firma o contrato direto com a operadora, o individual ou aquele beneficiário que vá aderir ao contrato já firmado. Como está sendo isso? A gente vê um predomínio principalmente nesse caso de obesidade muito grande. E aqui também no aparelho circulatório de varizes. A pergunta que se coloca é a seguinte: Como é esse contato com o beneficiário? O beneficiário tá ciente dos seus direitos? Como representante, o responsável pela venda faz essa abordagem? Como é o contato com a pessoa jurídica? Como é passado os direitos e deveres dos beneficiários que podem aderir essa pessoa jurídica? É isso que a gente quer trazer em discussão. A gente tá trazendo dados do processo de DLP pra demonstrar que nós temos problemas. E o problema

principal é a origem que é a entrada do beneficiário. Como a gente pode melhorar isso? O que a gente quer ouvir e a Câmara Técnica, o objetivo é esse, é ouvir propostas, ouvir sugestões pra gente construir uma qualificação de entrada mais clara, mais transparente, mais objetiva, para que o beneficiário saiba o que ele está contratando e ele saiba dos seus direitos e deveres. Esse é o nosso objetivo aqui. Por fim, e isso é um dado que também espanta a gente, a gente fez questão de trazer, mas é um dado que realmente espanta, porque a gente verifica todo número absoluta chama atenção, ano passado nós tivemos 100%, a gente trouxe aqui o índice, aqui os números absolutos dos processos, foram julgados procedentes e improcedentes, o passivo, esse passivo aqui tem alguns processos que estão em recurso, que às vezes demanda um pouco de tempo, então em resposta do beneficiário, muitos deles também estão suspensos, porque o beneficiário não foi notificado e a gente suspende por um ano até que apareça o endereço dele, mas o dado mais importante aqui é essa questão aqui da improcedência. A gente trouxe aqui o índice de improcedência que em 2010 foi de 93%, em 2011 e 2012 permaneceu em 99%, ou seja, nos últimos três anos, de todos os processos analisados na área, nós tivemos só dois julgados procedentes e isso é um dado que também chama a atenção porque volto a dizer, todo número absoluto é complicado, agora a pergunta que se coloca é a seguinte: Como está sendo essa entrada? Realmente, está sendo oportunizado, está sendo dito ao beneficiário o que ele tem que declarar, tá deixando claro para o beneficiário que aquilo é um dever dele, se ele saiba a DLP dizer para o responsável pela venda ou para a operadora, isso que é importante que a gente traga. Isso aqui é consequência do processo, clareia a discussão, no entanto a gente tem que discutir a fase preliminar. Como tá sendo esse contato do beneficiário ou da pessoa jurídica com a operadora? Como tá sendo essa intermediação? Como o responsável pela venda, seja ele quem for, seja como ele chegue, seja pela pessoa jurídica ou pelo beneficiário, como está sendo o esclarecimento ao beneficiário ou a PJ contratante. Isso aqui demonstra que a gente tem um problema, porque a gente tem 100% no passado, 100% dos processos que chegaram a ser julgados pela área, foram julgados improcedentes. Agora, a grande pergunta é: Como tá sendo esse contato inicial. Essa é a principal discussão, voltando, repetindo, endossando, o que a gente quer trazer nessa Câmara Técnica. Até pra deixar claro aqui, porque tudo dentro do âmbito da transparência e de equalizar a informação, a gente fez questão de trazer aqui para os senhores e senhoras como é feita a análise atualmente dos processos de doença ou lesão pré-existente lá na GGOP, lá n DIPRO. A gente trouxe aqui os primeiros, principais critérios gerais de como a gente julga hoje em dia. Até porque é o nosso dever agir com transparência não só com o mercado como um todo para a sociedade, porque é ela que a gente presta contas. Os principais motivos para a improcedência são: A declaração de saúde, DS, não possui pergunta referente a DLP alegada, segundo item, e aí esse caso aqui tem mais... Ligado à obesidade, obesidade mórbida, como a gente demonstrou no slide anterior, é um dos principais itens de abertura de processo. O beneficiário informou peso a altura compatíveis com a MC de obesidade e obesidade mórbida, certo? Ou seja, na época que ele preencher a declaração de saúde, a operadora que recebeu, seja ele individual ou coletivo, aderente no plano coletivo, já havia possibilidade de verificar que ele tinha uma tendência, um IMC de obesidade e obesidade mórbida. E passados, sei lá, seis meses, dez meses, ou até 24 meses, tá aberto o

processo de doença ou lesão pré-existente na agência. Isso realmente coloca uma pulga atrás da orelha da gente. É razoável isso? Porque o beneficiário, a operadora já tinha condições de supor, mesmo que ele não soubesse, que ele tinha um quadro clínico de obesidade e obesidade mórbida. O laudo do exame do relatório médico que não comprova o diagnóstico da DLP alegada, que são geralmente grosso modo, aqueles casos “há indícios de que acontecia o tal procedimento, porque eu não vou entrar no mérito aqui de A, B, C, D ou E. O relatório médico que é juntado no processo pela solicitante, se é uma definição clara do diagnóstico, nenhum relato consubstanciado, demonstrando que o beneficiário sabia ser portador daquela doença, ou seja, às vezes vem um prazo estipulado, ah, mais ou menos tanto tempo que o beneficiário sabia da doença, mas não tem um histórico demonstrando que realmente o beneficiário com dolo, ele omitiu aquela doença. E isso é uma coisa importantíssima, justamente porque eu volto a dizer, nas primeiras coisas que eu disse: A gente julga de acordo com as provas apresentadas. A lei 9784 é clara. A nossa função como servidor público é cumprir a norma. O relatório médico apresentando somente o tempo de evolução da patologia sem a data do diagnóstico, isso acontece com muita frequência, o laudo de exame e o relatório médico que comprova o diagnóstico ou lesão, mas com data posterior a assinatura ou adesão contratual, aqui não tem nem maiores esclarecimentos, geralmente e é o que acontece via de regra, que o beneficiário acaba vindo a saber do diagnóstico dele com uma data posterior a assinatura e não tem uma comprovação indubitável de que ele sabia daquela doença antes dessa data e a solicitação e isso aqui, realmente tem uma ligação com o segundo grande item que a gente trouxe lá das doenças intervertebrais, que é a solicitação de exames para fins de diagnóstico, que é o típico caso da hérnia de disco, que o beneficiário faz uma ressonância, é verificado essa hipótese de diagnóstico aqui, que é a hérnia, e é aberto o processo ato contínuo pela operadora, então é um dado. O beneficiário sabia disso? Porque, às vezes a pessoa, “ah eu sinto dores”, mas ela sabia aquilo? Essa discussão de forma objetiva, clara, sem entrar no mérito, sem entrar no caso isco, sem entrar na discussão médica, é o que a gente faz, é a nossa função lá. Volto a dizer, nosso julgamento é objetivo, claro e ligado a prova dos autos. A prova disso dentro do âmbito da transparência, que a gente traz os critérios que a gente usa para a procedência, porque como eu disse, nos últimos três anos, apenas dois foram julgados procedentes. O laudo do médico, o relatório que acompanha ou acompanhava o beneficiário, comprovando que este fez acompanhamento periódico para a patologia alegada, aqui dispensa maiores comentários, que a gente traz aqui, vamos dizer, o “histórico” todo que aconteceu com o beneficiário ao longo daquele período que esteve sob os cuidados do médico, o laudo do exame realizado anteriormente a assinatura do contrato, acompanhado de laudo relatório explicitando o diagnóstico das doenças, aqui é fundamental explicitar ao beneficiário. Volto a dizer, não é obrigação do beneficiário ter conhecimento de termos técnicos, mas é obrigação, é dever deles, tá na lei 9656, declarar se ele sabe. Então, se ele sabe, ele faz a declaração para a operadora caso a pergunta esteja na declaração de saúde. Se ele não sabe, se não tá explicitado, acaba ficando impossível pra ele fazer essa declaração. Um caso que até acontece com bastante frequência, que infelizmente nesse caso aqui, nós temos a configuração da fraude, o que lamenta a gente, porque realmente o beneficiário assume que ele cometeu um ato de fraude, mas enfim, ele afirma ser portador da doença

ou lesão. Por que quê é lamentável pra gente? Porque realmente o beneficiário tem um dever e ele tem que dar cumprimento aquele dever, na medida em que ele não dá aquela declaração, porque ele sabia, mas ele não fez uma declaração de saúde, realmente tá configurado que a lei 9656 fala lá que a fraude do beneficiário, que realmente aí tem as conseqüências posteriores que é a exclusão do contrato, porque aquela boa fé objetiva foi quebrada. Aquela boa fé objetiva do contrato foi quebrada. E a questão da auditoria médica, caso haja um relato bem fundamental de forma qualificada. Por exemplo, a gente trouxe um exemplo aqui pra ilustrar o nosso entendimento. No caso do relato do médico perito e auditor, houve relato de diagnóstico efetuado, contendo assinatura do beneficiário ou responsável. Isso é um dado importante de chamar atenção, essa assinatura do beneficiário responsável, que é justamente a demonstração do conhecimento dele. Que o legislador, ele falou claramente lá na lei 9656 que seja do seu conhecimento. Então na medida em que ele assinou, trouxe essa declaração clara de que ele sabia daquela doença, é demonstrado que efetivamente aquele pleito, aquela solicitação tem procedência. Então o nosso objetivo aqui foi trazer o que a gente leva em consideração para julgar o mérito. E isso de forma objetiva, de forma clara, de forma transparente e tratando todos os processos de forma igual para que seja analisado efetivamente se o beneficiário tinha conhecimento daquela doença ou lesão pré-existente. Pessoal, basicamente os nossos estudos tiveram até alguns estudos que a gente pensou fazer, mas dada a dificuldade de coletar dados e o tempo exíguo, a gente não trouxe, a gente até... Se eu conseguir terminar esses estudos nas próximas Câmaras Técnicas, mas eu acho que o pontapé inicial aqui, a gente focou obviamente os estudos na questão do processo de DLP, que é o dado mais palpável pra gente, desde o resultado da pesquisa que foi feita com as operadoras até os dados que a gente tem hoje, que já foram apresentados, só que eu acho que a discussão inicial, a discussão principal que tem que ser feita não é a conseqüência, não é isso, a discussão principal que tem que ser feita é como está sendo esse ingresso, como o beneficiário está tendo esse primeiro contato com a operadora. Seja no contato direto com a operadora no plano individual, ou aderindo o contrato no plano coletivo. Então conforme eu havia dito, aí eu vou passar a palavra aqui para a Cristiane Arruda que é a nossa coordenadora desse projeto da agenda regulatória, ela vai trazer aqui os principais questionamentos que a gente gostaria de fazer nessa Câmara Técnica e isso não significa que a gente não pode discutir outros assuntos caso os senhores e senhoras tenham outros assuntos, outros itens que queiram discutir na Câmara, a Câmara tá aberta a qualquer tipo de sugestão, mas a gente trouxe isso aqui como uma forma de ter uma balizador para discussões futuras. E a nossa intenção é depois do COF a gente voltar aqui para que a gente possa abrir, ouvir opinião, ouvir outras sugestões, ouvir como a gente vai seguir o procedimento da Câmara Técnica e apresentar uma agenda para a próxima reunião no mês de junho a gente vai trazer e com a proposta que a gente tem para essa segunda reunião. Eu vou passar aqui para a Cris, Cris, por favor.

**P/Cristiane Arruda** – Boa tarde a todos, bem, o Rafael já colocou a primeira pergunta, que a forma que o grupo técnico que tá trabalhando esse projeto desde o ano passado, encontrou de iniciar essa discussão, de aprofundar essa discussão sobre a qualificação da entrada de beneficiários no plano de saúde, sobre a ótica das doenças ou lesões pré-

existentes e como o Rafael bem colocou, nós não estamos falando só de plano individual quando a gente fala de processo de doença ou lesões pré-existentes. Então a primeira questão que nós trazemos aqui para a reflexão dos senhores é sobre o ingresso em plano individual e o ingresso em plano coletivo. Se deve haver diferenciação na contratação e o ingresso de beneficiários em planos individuais ou na adesão de beneficiários em planos coletivos até 30 vidas que são os contratos que estão sujeitos a alegação de doenças ou lesão pré-existentes. Essa é uma discussão que a gente vai retomar após o Coffe Break, individualmente passando cada uma dessas questões, uma a uma pra vocês poderem fazer as suas contribuições. A segunda questão é sobre a participação da administradora de benefícios no ingresso dos beneficiários nos planos de saúde. Retomando novamente, nós não estamos falando só de plano individual e nós sabemos a administradora de benefícios enquanto uma pessoa jurídica que participa da relação contratual firmada entre a pessoa jurídica contratante e a operadora, ou como participante, ou até mesmo como estipulante representando a pessoa jurídica, qual é o papel da administradora de benefícios na qualificação do beneficiário, da entrada do beneficiário no plano de saúde. Como ela pode colaborar para qualificar o ingresso do beneficiário no plano de saúde. Ela pode orientar o consumidor a esclarecer e essa orientação que ela possa dar, poderia reduzir o nível de reclamação dos beneficiários, e isso é interessante de a gente pensar também. Bem, a terceira questão é sobre as ações que podem ser adotadas para identificar as doenças ou lesões pré-existentes que o consumidor saiba ser portador no ato da contratação. O que quê pode ser feito no ato da contratação para que ele possa ser, para que seja possível realmente identificar que ele saiba ser portador de alguma doença. Ele pode ser orientado e a perícia, uma ação que pode ser realizada hoje ela é realizada e quais seriam os limites da perícia, quando ela pode ser realizada, qual é a população alvo dessa perícia né? A operadora vai fazer perícia no consumidor de qualquer faixa etária, vai poder fazer em todos ou não. E o beneficiário pode se negar a fazer essa perícia se a operadora exigir? Essas questões que são colocadas são importantes de a gente refletir nessa Câmara Técnica. Bem, sobre a aplicação da CPT, quais são as coberturas que devem ser suspensas na aplicação da CPT? Atualmente nós sabemos né, são suspensas as cirurgias, qualquer cirurgia, os procedimentos de alta complexidade relacionados à doença e os leitos de alta tecnologia relacionados à doença declarada. Sobre as cirurgias né, qualquer cirurgia deve ser suspensa durante a aplicação da CPT? Uma cirurgia simples também, qualquer cirurgia... Os procedimentos relacionados à órgão afetado ou a doença, como a norma coloca, são procedimentos relacionados somente a doença declarada. Mas é importante trazer a discussão de que em algum momento pode-se até mesmo correr o risco de vir atingir o órgão. Como a gente traz ali no exemplo, aplicação de CPT para qualquer problema oftalmológico, se a pessoa possui astigmatismo, então não é razoável, mas é importante refletir essa questão. Bem, como nós vimos nos estudos que o Rafael apresentou, a obesidade e doenças metabólicas estão em primeiro lugar no ranking de doenças mais alegadas nos processos de DLP. Então é importante a gente pensar em qual impacto das operadoras, o impacto que elas assumem na cobertura da cirurgia bariátrica. Também é uma questão que a gente quer ouvir dos senhores, qual é o impacto dá na cobertura da cirurgia, na redução de estômago, cirurgia bariátrica. Bem, uma questão interessante também é sobre o prazo para se identificar uma possível fraude por

parte do beneficiário na declaração de saúde. O beneficiário que sabe estar doente, o beneficiário que entra no plano já visando utilizar, quanto tempo ele levaria para solicitar um procedimento? Pra identificar, buscar refletir sobre o prazo razoável para identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário. Bem, e a última questão que nós trouxemos hoje, é sobre que documentos podem comprovar que o beneficiário sabia ser portador da doença ou lesão no momento da contratação ou do ingresso no plano de saúde. Essa questão é sobre o mérito, o julgamento, o mérito do julgamento do processo e como o Rafael colocou, não é fácil comprovar que o beneficiário sabia quais são as provas, quais são os documentos, que documentos seriam realmente, poderiam comprovar que ele sabia ser portador da doença no momento da contratação. Bem, são essas as questões que nós colocamos... Somente essas. Que nós trouxemos para a reunião de hoje. Obrigada.

**P/Rafael** – Bem, como já foi adiantado aqui, realmente as questões são bastante complicadas, isso não significa que não tenham só essas, tá? A gente sabe que tem muitas outras, mas como, essas sete, isso é subitem, já são difíceis, imagina se nós trouxéssemos, sei lá, mais cinco, mais seis, mais sete. E então a câmara técnica que tem previsão de acabar as seis, a gente vai sair daqui meia noite. (risos) então não pode perder. O que que a gente sugere aqui, até pra discussão ficar mais frutífera, é nossa intenção trazer a discussão até para tentar dar um pontapé inicial, não é nossa intenção esgotar todas essas perguntas, mas se for o caso a gente debater alguma delas ou trazer outras e ouvir a opinião dos senhores e senhoras, abrir a palavra. A gente só queria fazer uma pausa rápida para o Coffe, justamente porque a gente tem um horário... Já passou do horário pra ser sincero, a gente dá uma paradinha para o Coffe e daqui a 20, 30 minutos a gente volta as perguntas, volta os slides pra gente enriquecer a discussão. Obrigado, até já.

(intervenção feita fora do microfone)

Bem pessoal, vamos recomeçar, conforme a gente havia dito no início, a proposta que a gente traz agora aqui é no seguinte sentido: A gente vai voltar as perguntas que foram feitas mais devagar, porque caso alguém não tenha tido a oportunidade de anotar, enfim, queira se deter e aí o seguinte, a nossa ideia depois de ler novamente as perguntas, volto a dizer, é não deixar limitada a discussão a essas perguntas que são alguns itens que a gente sabe que já são extremamente complexos, mas que não só eles esgotam o assunto, tem outras situações, outros casos complicadores que a gente, caso os senhores e senhoras tragam, a gente gostaria de discutir. Então a gente vai fazer o seguinte, vai voltar as perguntas agora, item por item até para que as pessoas possam anotar, antes de passar o slide eu vou perguntar, isso não impede que caso queira voltar. Ah, volta lá no slide a pergunta, a gente volta, não tem problema, eu to aqui com o aparelhinho, então vamos fazer assim, depois a gente abre as perguntas. O microfone já tá a disposição, eu só peço a gentileza, quando a pessoa for fazer a ponderação, a pergunta ou colocar a situação para, por favor, fazer a identificação para que todo mundo saiba e que a gente possa fazer a anotação no histórico, na gravação da ata da Câmara Técnica. E depois das perguntas, a nossa proposta é a seguinte, apresentar o encaminhamento para a próxima reunião, que deve ser em junho, antes da copa, para que a gente tenha um tempinho

razoável né, esse mês praticamente todo, que o mês começou a dois dias atrás e mais o mês de maio para que a gente possa amadurecer, discutir as propostas para que elas possam ser apresentadas na próxima reunião. Então eu vou voltar as perguntas, já voltamos aqui. A primeira pergunta que a gente trouxe é a seguinte, deve haver diferenciação no ingresso de beneficiários em plano individual ou coletivo até 30 vidas? Próxima, dois, como a administradora de benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso do beneficiário no plano? Dois subitem, orientar o consumidor na contratação do plano, reduzir o nível de reclamação. Vamos passar para o próximo, três, que ações podem ser adotadas para identificar as doenças ou lesões que o consumidor saiba ser portador no ato da contratação. Subitem, orientação? Outro subitem, perícia, e a discussão da questão da perícia. Pode haver quando? Quais os limites? Qual é a população alvo? O beneficiário pode se negar a fazer a perícia? Passando para o próximo, pergunta quatro. Que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da CPT, Cobertura Parcial Temporária, cirurgias? Procedimentos relacionados a órgão afetado ou a doença? Um exemplo, a aplicação da CPT para qualquer problema oftalmológico em decorrência de astigmatismo. Quinta pergunta, qual é o impacto assumido pela operadora na cobertura da cirurgia bariátrica. Pergunta específica, e o último slide com perguntas. Seis, qual seria o prazo razoável para se identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário? Subitem, um beneficiário que sabe estar doente e adere ao plano visando uma utilização rápida, aguardaria tanto tempo para solicitar um procedimento? Isso aqui é uma premissa. Qual seria esse tempo? E sete, que documentos podem comprovar que o beneficiário saiba ser portador importante, na pergunta tá sublinhado o “saiba ser portador”, da doença ou lesão no momento da contratação ou do ingresso no plano de saúde. Essas são as perguntas que a gente trouxe, volto a dizer, tá aberto para outras colocações, outras perguntas, o objetivo da Câmara Técnica é justamente a discussão. A gente não quer estipular conceito, estipular, fechar qualquer tipo de discussão até porque a ideia de eventual alteração normativa é ir em um caminho longo. Então teremos mais duas reuniões e todo procedimento que envolve consulta pública, enfim, ainda temos muito caminho pela frente pra discutir esse assunto, porque não é simples, e a ideia é que aqui seja o pontapé inicial para a gente colocar as discussões. Então, quem gostaria? Por favor, querida.

**P/Poliana** – É, boa tarde a todos, meu nome é Poliana, eu sou da PROTEST Associação de Consumidores. Eu fiquei com algumas dúvidas, qual assim, a verdadeira intenção da agência quando trouxe esse sistema aqui para a Câmara Técnica. Primeiro, quando você, Rafael iniciou a sua apresentação, você falou muito do processo administrativo, então a minha primeira pergunta é: Nós vamos discutir aqui o processo administrativo ou o ingresso do beneficiário? Que eu acho que são duas situações bem distintas e que a gente precisa realmente, porque uma é consequência da outra. Então acho que a gente precisa primeiro definir qual que vai ser a intenção, porque eu acho que não temos que discutir aqui, por exemplo, dados que como você trouxe de, ah não foi avaliado porque a Xerox estava cortada, não tinha assinatura, acho que não é o norte que deveríamos dar aqui. O segundo ponto como defesa do consumidor, acho que primeiro o norte que devemos ter é que nós estamos lidando com um consumidor vulnerável, a gente tem que partir desse principio e que em regra geral é a boa fé que nos deu as relações de consumo. Como a



gente acredita tanto por parte do consumidor como do fornecedor né. Então a principio em regra é a boa fé. Então quando a gente estabelece “existe uma fraude, está tendo uma fraude” que prazo razoável para se identificar uma fraude, acho que a gente está levando para um caminho que nós já estamos determinando aqui que sim, existe fraude, quando eu acho que nós temos que tratar isso como exceção. Não estou falando que o consumidor não preenche de forma incorreta mesmo sabendo que ele tenha doença, claro que existe, mas nós temos que tratar isso como exceção, porque em regra geral ele é um consumidor vulnerável e em grande parte né. Na maioria das vezes eles não tem conhecimento da doença, ou da correlação, às vezes ele tem uma dor na coluna, uma dor nas costas que ele não sabe qual doença é aquela né. E imputar a responsabilidade exclusivamente a ele do preenchimento de um formulário que muitas vezes também é preenchido até mesmo pelo corretor, a gente sabe disso, o consumidor somente assino porque existem interesses distintos ai nessa relação no momento da contratação. O corretor quer vender e o consumidor quer comprar, quer contratar o plano de saúde, mas o corretor simplesmente “assina esses papéis aqui para mim” e o consumidor de boa fé, mesmo sabendo até que ele tenha doença, ele nem leu. Porque se quer foi dado conhecimento a ele. Orientação, orientação é dever de todos fornecedores em todas as relações de consumo. Então assim, a gente não tem que estabelecer de quem que é o dever de orientar o consumidor, o dever de orientar é de todo mundo que está nessa cadeia. Então acho que a gente está definindo coisas assim muito principiológicas, muito básicas que já estão definidas. Eu tenho uma pergunta também, porque quando você fala do processo administrativo, das LPS, o número é baixíssimo, como eu já imaginava, eu até queria conhecer, e eu senti falta de conhecer os dados das NIPS de negativa. Então quantas NIPS a agencia tratou que a operadora justificou a negativa de cobertura por carência pela existência de uma doença pré-existente, porque eu acho que isso é extremamente importante, porque eu conheço vários casos, tanto em órgão de defesa do consumidor, como no próprio judiciário, a gente sabe que as doenças pré-existentes tem ai movimentado também o judiciário e na maioria dos casos não existe um processo administrativo por trás disso, as operadoras não entraram com esse processo na agencia, nem sequer o cancelamento do plano. Existe sim a negativa de cobertura, sobre a negação de uma doença pré-existente, então eu gostaria de conhecer esse dado. Eu não vou responder assim todas as perguntas, nós vamos nos manifestar por escrito, mas acho que basicamente é isso, assim, qual norte que nós vamos dar aqui à câmara e gostaria mesmo de conhecer os dados dos níveis de negativa com relação à justificativa de doença pré-existente.

**P/Rafael** – Ok, obrigado. A gente vai abrir para mais uma pergunta, depois eu respondo, acho que até fica mais objetivo, porque se não fica um ping pong para a gente deixar claro, por favor.

**P/Benício** – Benício, Conselho Federal de Odonto. Primeiramente eu gostaria de parabenizar a agencia por trazer esse tema de discussão, porque o que se sabe, o que se vê no dia a dia, as noticias que se tem, é o ingresso, esse ingresso como bem que falou a Poliana, é que o ingresso no qual tem o comerciante do lado, o vendedor que ele ganha em cima daquilo que ele está vendendo e ele quer vender. E a outra questão da pura

desinformação do beneficiado. Daquela pessoa que vai usar o plano, olha, é muito difícil para as pessoas que tem um certo conhecimento diagnosticar uma doença que ele tenha, imagina só um operário de uma fábrica, ele ser passado a responsabilidade para ele, para diagnosticar determinada doença e ele vai assinar aquilo. Ele assina sem ler, sem nada, como ela disse em boa fé, então essa é uma questão que eu entendo que a gente tem que analisar pelo que foi apresentado ai, saber a relação entre os agravos e a judicialização e liberar. E liberar determinados pontos só para existir entre aquilo que possa ser comprovado por diagnóstico para pessoas capacitadas para aquilo. O resto tudo é fantasia. Obrigado.

**P/Rafael** – Obrigado. Como havia dito, antes de mais nada eu gostaria de deixar claro que foi falha minha, eu esqueci de dizer que a apresentação, tudo que a gente colocou aqui, vai estar disponível no site da agencia. Não sei ainda de vai ser no slideshare ou no site, depois o pessoal da comunicação vai passar mais, lá na página como é de \_\_\_\_\_ em divulgar a apresentação. Poliana, é seguinte, o principal objetivo e até a sua pergunta foi importantíssima para deixar isso bem claro, que é o que a gente está pensando mesmo. Nosso objetivo, em hipótese alguma é discutir processo de DLP, o processo de DLP é uma consequência do problema maior que a gente tem que é a entrada do beneficiário. Então o principal escopo dessa câmara técnica aqui, é discutir como a gente pode tratar essa entrada do beneficiário. As consequências, os dados que a gente trouxe, eles demonstram problemas graves no processo. E esses problemas só refletem como está sendo essa venda, como está sendo essa entrada do beneficiário. Seja ele contratando um plano individual ou ele aderindo um plano coletivo. Então, até que fique bem claro, pode ter ocorrido essa confusão e eu fiz questão até de dizer durante a apresentação porque pode efetivamente conduzir essa confusão, mas a ideia é discutir a qualificação de entrada. Porque tudo que vem depois, todo esse programático, os gráficos, os dados, tudo isso é problema dessa entrada. O processo de DLP não existiria, bem claramente, se a entrada tivesse ocorrendo de uma forma, vamos dizer correto, não teria tanto problema que a gente verifica na mídia, de reclamações, problemas, várias coisas, se esse processo estivesse \_\_\_\_\_, estivesse correto. Então esse é o objetivo da câmara técnica, o que a gente quer discutir é isso. Sobre essa questão da orientação, o que você colocou está perfeito. O código de defesa ao consumidor já coloca isso. O que a gente trouxe aqui é exatamente essa discussão desse primeiro contato, tanto do beneficiário e ao torno da pessoa jurídica com operadora com responsável pela venda. Como que a gente pode melhorar isso? Está bom hoje? Pode melhorar? Está ruim? Vamos rever? Eu acho que os dados que a gente trouxe para essa DLP pode ter sido cansativo, mas eles demonstram que, se o processo não esta bom, então a entrada não está legal. Tem problema na entrada. Então os dados alarmantes que a gente trouxe no processo de DLP, demonstram que, é esse o sistema que a gente quer? Vale a pena continuar com isso? Essa é a pergunta da câmara técnica, o que a gente quer trazer a \_\_\_\_\_ é isso. E a gente quer desmistificar certas coisas, de que esse é um problema do plano individual, não é. A gente demonstrou que não é, são essas coisas que a gente quer trazer para a discussão, então o objetivo da câmara técnica é esse, pode ter acontecido uma certa confusão com os dados que a gente trouxe, mas é esse o objetivo. Em relação aos dados da NIP, a gente vai

trabalhar, não vou dizer que a gente tem um compromisso, mas a gente vai se esforçar ao máximo para na próxima reunião a gente trazer esses dados, a gente até apresenta antes das apresentações eventuais que houveram inscrições na próxima reunião. Benício, você colocou a questão da liberar... Não ter DLP caso o beneficiário saiba, isso é uma discussão válida, vale a pena ter isso? Você ter uma entrada muito mais qualificada, muito mais complicada, uma entrada que se delongue no tempo, não seja aquela entrada no momento do ato que o beneficiário foi lá, pagou, recebeu e tem um tempo para ele fazer. Agora, até que ponto essa entrada também não desprotege o beneficiário. Porque na medida que ele procura um plano de saúde, ele gostaria de uma resposta imediata, até porque daqui há 24 horas, acabou a carência para a urgência emergência. Ao ponto que você coloca um prazo, sei lá, chutando uma semana para isso, isso não tem consequência para ele? Ou que seja 30 dias, 60 dias, 90 dias. Essa discussão, por isso que é importante, é importantíssimo, tanto as operadoras opinarem trazerem contribuições quanto os órgãos de defesa. Porque achar uma solução meio termo e boa para ambas as partes, para que efetivamente a boa fé seja mantida, esse é o objetivo que a agencia quer, esse objetivo que a sociedade quer, é a parte mais difícil. O próximo... Senhor, por favor.

**P/Eduardo Oliveira** – Eduardo Oliveira da FBH. Boa tarde a todos, realmente vocês tem parabéns de estar trazendo esses temas polêmicos, está certo e que em parte tem certa dificuldade para a gente responder. Eu vou me ater a, entendo eu que não somos \_\_\_\_\_ para responder por escrito, como sugestão para os senhores, essa é a ideia?

**P/Rafael** – Não, a ideia é que a gente trouxe as perguntas já para colocar o norte na discussão, mas o slide vai estar a disposição, até porque vai ter outras oportunidades para a manifestação.

**P/Eduardo Oliveira** – Tudo bem, existem dois temas, eu pediria que pusesse o número um, a pergunta número um, se deve haver diferenciação, aqui é uma questão de coerência. Eu tenho dificuldade de responder isso sem saber se esse tipo de, o tratamento do pagamento dos reajustes dessas pessoas, serão iguais ou diferenciados. Porque eu acho que elas têm que caminhar coerentemente juntas. Então se eu imaginar que o plano coletivo terá um caminho semelhante ao do individual, eu acho que então deve aqui também ser semelhante. Eu acho que é difícil ficar uma coisa de um lado, outra coisa do outro lado. E tem uma outra também que fala aqui da administradora de benefícios e que a nossa companheira falou em corretor, e aqui falo em administradora de benefícios, e no passado embora eu seja mais da linha de hospitais, a gente também teve algum contato com as operadoras de plano de saúde e sempre foi um problema difícil de ser administrado que é o canal corretor. Então as boas operadoras tem um bom canal corretor e usufruem por ter um bom canal corretor que significa aquele que vende e sabe vender bem e o que ele está vendendo bem. Mas evidentemente que é uma coisa muito difícil. No caso da administradora, o corretor não emitia boletos, mas me parece que a administradora tem essa atribuição, mas ela não tem a responsabilidade de cuidar do usuário. Então eu acho que tinha que haver ai uma coerência legislativa nessa relação. Que no passado a operadora assumia, mas era a que era responsável por pagar e receber. E aqui tem uma

colocação que eu não sei, acho que uma coisa ajuda a resolver outra, essa é a minha opinião.

**P/Rafael** – Alguém mais? Desculpa, é que ela tinha levantado a mão. Desculpa

**P/Cândida Carvalheiro** – Bom é Cândida Carvalheiro, presidente da associação brasileira de ostomizados. Também falando das perguntas, uma coisa que me incomoda demais quando falam, o preço do plano individual é um, parece que a gente está pagando por aqueles outros que entraram lá no plano de 30 e aí a mulher fala que paga só 200 reais, aí quando você vai nas unidades credenciadas daquele plano, está cheio, não tem nem lugar, está virando um SUS, por quê? O mesmo que você paga plano de mil e poucos reais, está aquele lá que o plano coletivo... Não sou contra que exista plano coletivo, mas tem que ser realmente, não pode ter uma diferenciação assim, tão brutal, se ele vai ser atendido na mesma rede, ou então tem uns planozinhos também que eu nem sei como a ANS deixa sair para ser vendido, que não tem nem lugar para ser atendido, não tem nem médico de todas as especialidades e está aí vendendo o plano. Então eu acho que realmente é uma boa pergunta dessa coisa de diferenciação. E ainda tem pior, que está se querendo comprar plano individual e ninguém querendo vender. Pior é isso, nem tendo saúde ou tendo saúde, é individual e ninguém quer mais vender. E quanto mais velho, pior ainda, e até faço uma pergunta: Se a pessoa já é com uma deficiência que não é doença, ele não pode fazer um plano para ele? Porque mesmo deficiente ele vai ficando mais velho, ele vai ter uma gripe... E aí? As meninas lá estão fazendo campanha porque foi jogar o ski e ficou toda quebrada e o plano era dos Estados Unidos e agora estão vendo o plano que é da olímpica. Então eu acho que realmente a ANS é uma agência para normatizar isso tudo junto com os planos, acho que tem que pensar muito bem. E administrador de benefício, também não estou entendendo como ele falou, porque antigamente você ia e fazendo com o corretor do plano que você estava interessado, que ia na sua casa, ele explicava alguma coisa, assim mesmo, agora que eu estou mais espera né, parece que só depois de velha que a gente fica esperta. Porque na época eu não li nada daquilo, assinei, até fiquei puts grila, agora que eu fui lá com uma letrinha miserável, precisa da lupa, para poder entender o que que eu assinei lá em mil não sei das quantas. Então realmente acho que tem que ter alguma coisa seria em Paris, mas temos que pensar como é que essa pessoa que quer ter seu plano e onde ele vai procurar para comparar no mercado qual o melhor e o que que ele pode ter para ele, \_\_\_\_, as ações para identificar, gente isso eu acho uma coisa horrível, sabe por quê? Tem médico que nem sabe a doença da gente, custa pra caramba para descobrir, e aí eu fico imaginando, como é que você... Então vai ter que ser uma pessoa loira, de olhos azuis, com uma perfeição completa que vai poder ter um plano de saúde no futuro, porque como é que você vai identificar todas as doenças ou lesões que você pode ter? Eu acho isso e estou com a menina, infelizmente o Brasil é assim, todo mundo é desonesto até que prove o contrário. Então, eu sinto isso, é no banco, é no supermercado, no condomínio, outro dia a síndica me falou, aqui é uma bagunça esse condomínio, quer dizer, todo mundo faz tudo errado e vai pensando quem é que é o certo. Então eu acho que tem que... Ou então o médico tem que dizer qual era a doença, porque ele sabia que existia essa minha doença, eu não sabia. Então, como é que, quando eu fiz

o plano eu também não sabia que tinha doença, só fui ter depois, apareceu depois. Porque nem os médicos, eu fiquei cinco anos sem saber, podia ter então processado todos os meus médicos, porque eram tudo médico bambambam, e eles falavam assim, faz NIF, faz exame de NIF, você está com algum verme, e eu não estava com verme coisíssima nenhuma, eu estava com uma retocolite ulcerativa inespecífica comendo o intestino todo e cinco anos magra, magra, evacuando e perdendo sangue e ele dizendo que eu tinha verme. Toma remédio para verme, aí que sangrava mais ainda e eu não entendia e não sabia desse tipo de doença, se ela é existente e como é que apareceu. Então, algumas coisas a medicina então vai ter que ajudar nisso aí, o que que é realmente doença pré-existente para poder uma pessoa não ter plano né? Se não vai acontecer igual o filho do \_\_\_\_\_, os caras que ajudou a salvar lá no... E aí o plano não quer pagar para respiração. Se o cara ficou lá com um problema de pulmão tentando tirar todo mundo da torre caída e agora o plano não quer cuidar dele. Vamos lá, nas coberturas quatro, cobertura... Isso aí também eu acho, olha... Ser suspensa terrível né. Acho que isso aí tem que se pensar, você disse que é advogado, será que isso pode? A cinco, o impacto da bariátrica, nossa eu vi aquele André, menino, falando na televisão, está magrinho, você viu o André aquele artista? Ele tá magrinho gente. Ele fez, te garanto, pelo plano, ou a globo pagou né. Mas a globo também é esperta, ela deve ter algum plano. Será que é Bradesco, Sulamérica que está aí, deve ter esses contatos. Então, aí eu fico pensando, ele não era gordinho, ele foi ficando gordo, né? Quem conhece na televisão, ele fez malhação ele era bonitinho magrinho, aí de repente ele foi para o vídeo show, já estava ficando gordo e ficou gordo demais. E são coisas modernas, e aí o plano não quer e estar mostrando a televisão que vai ficar todo mundo gordo, aí eu quero ver como é que vai ser quando a população toda ficar obesa mesmo, como é que vai ser os planos. Então eu acho que isso tem que estar incluído e não pode ser negado. E outra coisa, a cinco, estou chegando no final. Cinco, era bariátrica. Ah gente isso aí de identificar uma fraude, gente eu quero ver um caso que provou mesmo sabe? Porque é inacreditável, e às vezes é possível até a pessoa mesmo estar com mais idade, como hoje atendi uma pessoa na associação, aí falei para ela, “filha, você não tem nenhum plano, nem esses furreco aí?”, ela “não senhora dona Cândida” e não tem na rede um lugar para eu, eu não consigo nem falar. Agora com esse secretário eu não passo nem da porta, porque a tenente do corpo de bombeiro não deixa nem eu passar, para conseguir uma vaga para ela, então eu acho que sabe? Tem que ter alguma coisa especial, casos especiais os planos, de você, às vezes vai morrer rápido, mas pelo menos tem uma morte digna. Então vamos, isso acho que tem que ter. E os documentos aí quando fala em documento... A última, o Brasil é o Brasil dos documentos, você toda hora tem que ter um documento e aí você pergunta, quem é que vai te dar esse documento, então se existir documentos que todo mundo tem que dar na hora de contratar, eu acho que tem que ser uma coisa simples, aceitar porque as vezes o médico te dá uma declaração, assina o nome dele, bota o CRM dele, nesse mês não aceito isso aqui não. É colega dele, é CRN e ele não aceita que o outro médico escreveu, então alguma coisa aí também tem que ser cuidadosa nessa relação de documentos para comprovar se a pessoa quer ser um médico, eu acho que o Brasil ele faz tudo complicado que aí as pessoas, eu mesma as vezes falo, não fala nada do que tu tem não, porque se não tu não vai ter plano. Então eu acho que isso tem que ser mais fácil, porque se não,

não vai acontecer nada, tá? Então essa humilde contribuição para que a gente possa ter essa normativa vem clara para todo mundo.

**P/Rafael** – Tá bom. É seguinte, alguns itens aqui foram importantes, seria importante só que, a colocação livre, mas a gente tentar se objetivar um pouco mais para dar a oportunidade de todo mundo falar.

(pessoa fala fora do microfone – ininteligível)

**P/Rafael** – Eu sei, eu sei. Só que tem várias pessoas aguardando também. Vamos lá, doutor Eduardo, em relação ao seguinte, uma coisa que é importante ser frisada é relação aos contratos coletivos de até 30 vidas, a agencia está bastante atenta a isso, tanto que hoje em dia a relação reajuste, nós já temos o PUB de risco, em que é verificado, a área econômico financeira está lá da diretoria de produtos vem feito o monitoramento até bastante competente sobre isso e a agencia está realmente bem atenta a essa situação. A pergunta trouxe aqui, justamente por quê? Chamou muito a gente a atenção, aquele item em relação ao número, a proporcionalidade, a proporção dos processos que foram abertos nos coletivos abaixo de 30 vidas e o número de beneficiários que estão neles. Então por isso o porquê da pergunta, que fique bem claro. A questão do reajuste, todo mundo sabe que hoje o reajuste individual é estipulado pela agencia e o índice de coletivo, para o de risco que a gente chama de até 30 vidas, ele não é estipulado pela agencia, não é monitorado pela agencia, porem tem uma regra de que a operadora tem que fazer o agrupamento. Um título de esclarecimento em relação à administradora de benefícios é por que quê foi mencionado administradora de benefícios e que fique claro, a própria norma, nove e meia, ela deixa clara que administradora de benefício não é corretor. E independentemente do termo corretor, eu acho que o termo mais correto para falar, principalmente responsável pela venda, porque ele é um profissional, então profissional de vendas. A administradora está ai, por quê? A exceção do plano individual, do plano coletivo, via de regra, até porque a participação do administrador de benefício no plano coletivo, não é obrigatória, ela ultimamente tem sido um player importante. Então às vezes, um beneficiário, ele vai procurar essa administradora, e quanto mais essa administradora puder colaborar nessa qualificação de entrada do beneficiário no produto, isso torna a relação mais objetiva. Ela melhora essa relação, e é isso, justamente por isso que a gente trouxe o tema da administradora. Senhora Cândida, uma coisa é importante frisar é o seguinte, o próprio legiador já deixou claro que não pode haver qualquer discriminação no ingresso do beneficiário no plano de saúde. Então seja ele idoso, seja ele portador de deficiência, a agência já até sumulou isso de conhecimento público. O que a gente quer discutir aqui, são sete perguntas e tem outras, é justamente o seguinte: Como a gente pode melhorar essa entrada? É certo, é fato que ninguém pode ser impedido de contratar, porém o que a gente quer saber o seguinte, como a gente pode evitar que haja possíveis alegações de (ininteligível) que o beneficiário não saiba ou não tem condições de saber, como a gente pode tornar essa relação inicial mais transparente, esse é o objetivo da câmara técnica. O processo de DLP, da forma que ele foi apresentado, ele é apenas uma consequência desse problema na entrada. Então é isso que a gente quer discutir. Flávio, você tinha levantado, por favor.

**P/Flávio** – Obrigado Rafael. É Flavio (Biter?) representando fina saúde. Primeiro parabenizar a ANS pela iniciativa, a gente enxerga com muito bons olhos essa iniciativa de trazer para a sociedade a discussão de termos antes do ato normativo, isso enriquece e a gente está sempre a disposição para contribuir. Acho que precisa talvez resgatar o tema carência, o tema CPT que está previsto na lei desde a sua origem feita lá em 1998 né, justamente para defender o sistema daquela contratação que visa um comportamento consumidor, digamos assim, mal intencionado, que está contratando um plano com objetivo quase exclusivo para fazer um tratamento de \_\_\_\_\_ imediata. Isso, vários estudos mostram que isso traz um peso para o sistema, que acaba resultando no maior custo e no maior índice de reajuste ou de variação, ou então, não é uma lei, não é algo brasileiro, é algo que existe mundialmente e é mundialmente uma técnica, mundialmente atuarial, mundialmente aceito. No que tange a questão então da alegação da pré-existência, então é também um direito oferecido, então esse prestador que de uma forma \_\_\_\_\_, se sentiu lesado por aquela omissão daquela informação, e então está de novo também previsto na regulamentação, na lei, legislação e na regulamentação, e agradecer pelas informações, a gente realmente nota que é um processo que não tem logrado extra né, seja porque ele parece ser muito moroso, aliás, aproveito para fazer uma pergunta, nós vamos ver aqui nesses gráficos, qual o tempo médio que a ANS demora para a avaliação desse processo administrativo né, tendo também em vista, que o máximo digamos assim, da inclusão de uma cobertura parcial temporária, que seria o efeito da alegação de uma pré existência de dois anos né. Então se um processo demora de maneira significativa, ele perde a sua eficácia no sentido de ser uma medida justamente que visa isso que eu falei originalmente que é, a de você inibir esse comportamento oportunista daquilo que pretende contratar para utilizar né. Então, gostaria de saber essa informação, fica claro que o processo hoje não logra seu objetivo. E permitam uma constatação que a análise que a ANS faz com relação a esse processo administrativo, ele é muito legalista sem observar um mérito daquilo, o que que o médico está alegando, se analisar, às vezes por realmente pequenas incorreções, não incorreções, mas tenho conhecimento de processos em que foi devolvido porque foi tirado uma cópia de um fax e copia de fax não preencher o checklist que a área buscou, ou a CID que foi formado pelo médico que não tinham os últimos dois dígitos mas que claramente o relatório mostrava, dava conclusão de que aquele paciente era sabedor dado essa lesão pré existente ao contrato, enfim. São só esses dessa avaliação muito legalista sem a avaliação realmente do mérito que a ANS poderia com árbitro, ponderar em relação a essa divergência de alegação entre aquele beneficiário e a operadora. E por fim comentar que assim como a administradora de benefício e assim como o contratante, ela atua na verdade como contratante, como estipulante. É ele que contrata junto com as operadoras, após o plano de saúde para aquela população delimitada naquele contrato e certamente ele tem um papel fundamental no esclarecimento à aquele grupo elegível a aderir aquele contrato e que assim como corretor devem acho que fazer parte dessa nossa análise. Ai são, do ponto de vista prático né, quem efetivamente estão em maior proximidade com aquele consumidor que vai aderir. É uma questão de mercado e pelo próprio modelo como hoje é feito essa operação. Tanto é que também senti falta aqui, enquanto você comentava da regulamentação, existem também algumas INs que definiram manual que obrigatoriamente deve ser encaminhado para o contratante

previamente, que informa os seus direitos e deveres com relação ao tema, investido num arcabouço aqui também de outros atos regulatórios, que também acho que deveria fazer parte para essa análise e essa revisão. E por fim, concluindo, queria propor que fosse então oferecida na próxima reunião, a possibilidade da \_\_\_\_ saúde poder encaminhar sugestões e eventualmente apresentá-las aqui oralmente e fazer uma defesa oral dessas sugestões.

**P/Rafael** – Obrigado. Agora, por favor, depois a gente volta. Só um minutinho o microfone está...

**P/Otelo** – Otelo, eu sou representante da (CUT?) Sindicato dos médicos \_\_\_\_\_. Primeiro uma pergunta para o Rafael, quando você citou aquelas 10 operadoras processos, faria uma pergunta. Qual é a incidência naqueles 10, do porte das operadoras, essa é uma pergunta, está certo? E outros são comentários que eu acho que é importante a questão do porte só para a gente ter uma noção, porque aqui é uma seção de informações. Em questão da responsabilidade e dos responsáveis pelas vendas que já foi comentado aqui, é uma coisa importante. O Ministério Público de São Paulo da cidadania, ele em várias ocasiões em que a gente teve a oportunidade de conversas com eles, eles dizem o seguinte: Olha, não mais do que 10%, esse número talvez até esteja superestimando, eu acho que é menor esse número, eles conseguem tocar para frente isso, está certo? A sensação que a gente tem que a gente é protegido pelo Ministério Público, ela é desmentida pelo comentário do procurador e ele tem realmente, no dado, ele quase que desaconselha a entrada pro \_\_\_\_ por causa do tempo e por causa da impossibilidade por devido número de processo. Claro, não se refere só as questões aqui de saúde suplementar, porque todas as outras estão envolvidas, então também não pode existir prioridade. Então essa é uma preocupação. Então nesse sentido eu acho que deveria haver uma outra via que nem essa de via \_\_\_\_\_, uma espécie de um compromisso em que houvesse uma responsabilização pelos atos que a gente percebesse que fosse cometido. Entendo que não é uma situação fácil de receber, e uma sugestão final, a questão daqueles questionários que se faz a qualificação e se tenta documentar a doença pré-existente. Isso é uma dificuldade, já foi citado pela câmara a questão que é praticamente impossível, muitas vezes, a maioria das vezes, os médicos têm dificuldades de preencher guias, você fazer um laudo é uma coisa, você fazer um atestado é outra e você fazer uma perícia é outra, quer dizer, então situações totalmente diversas, as vezes o médico se recusa e quando faz, faz erradamente, por quê? Porque não está acostumado com um laudo pericial, isso é uma pergunta importante. Então esses questionários deveriam ser feitos de uma forma em que eles fossem objetivos, claro que também é uma coisa a se pensar, e isso traria eu acredito que um benefício nesse processo.

**P/Rafael** – Bem, antes de passar a palavra ao senhor aqui... Vamos lá. Eu vou tentar responder, eu anotei tudo aqui, se persistir mais alguma dúvida... Flávio, seguinte eu acho que a discussão da carência é totalmente válida, só que o que acontece? Primeiro que a carência está na própria lei 9656, essa discussão pode ser válida e foi feita em relação aos planos coletivos através da 195 que tiveram diferenciação entre os planos, mas assim, é claro que a carência é um fato pós a entrada. O que a gente gostaria aqui, até para deixar



bem claro o nosso objetivo e voltando a endossar, ratificar e deixar bem claro, é como a gente pode melhorar essa entrada. Eu acho assim, é função nossa, da agência, discutir como aumentar os espectros de informação para o beneficiário. Também não adianta dar muita informação para o beneficiário, porque a informação tem que ser qualificada, agora quanto mais nós tivermos agentes, seja operadora, seja as administradoras de benefício, disseminando essa informação para que fique claro e quais são os direitos e quais são os deveres do consumidor do beneficiário quando entra no plano saúde, quando a gente conseguir disseminar essa informação a gente vai evitar que eventuais alegações de má fé, de fraude ocorram. Por que a gente sabe que podem acontecer alguns casos pontuais de que efetivamente o beneficiário, que nem você falou, possa entrar justamente para fazer aqui o procedimento e nós temos certeza absoluta de que isso tem um impacto atuarial grande nas operadoras, especialmente dependendo do porte delas, no entanto é importante deixar claro o seguinte, como a gente pode tornar essa entrada mais qualificada que você até despenda, perca mais tempo nessa entrada, você possa tornar essa entrada mais transparente, para que esse impacto seja mitigado. Por que o investimento na entrada pode ter consequência no futuro, acredito eu que isso é um estudo de razoabilidade. Eu não sou atuário, temos aqui um excelente, mas isso é uma coisa, até certo ponto, óbvia. Em relação ao processo, a gente fez questão de trazer os dados de processo, justamente para demonstrar que há um problema sério. O problema é que as operadoras já haviam identificado quando responderam a pergunta. A pesquisa que a gente fez com as 116 operadoras. Então, a gente trouxe exaustivamente até os dados de processo para demonstrar, o processo está ok? O processo merece ajuste? Em relação ao tempo médio, mais uma vez, a gente pode até fazer essa pesquisa, trazer aqui. Agora, tem algumas variantes, e aí não to nem apresentando justificativa porque a nossa atribuição aqui é entregar a prestação do serviço que não é solicitado no menor prazo possível. Agora tem algumas variantes que de certa forma é mais cara essa velocidade do processo. Seja por causa da notificação do beneficiário que o AR volta, seja porque a abertura do processo é procrastinada no tempo por causa da documentação e outras variantes que podem viciar esse número, mas não tem problema, a gente faz o estudo e traz aqui, eu acho que é importante dentro dessa ótica. E mais importante ainda é discutir o que a gente pode melhorar para que o processo seja mais eficiente. Para que a operadora tenha a resposta dela e que o beneficiário também não fique naquela ansiedade de ter... Quanto tempo vai demorar para julgar o meu processo. Uma coisa importante sobre a CPT é o seguinte. A 162, na ótica 162, a CPT tem que ser oferecida no ato da contratação, nosso entendimento, a gente esclarece isso até o beneficiário de forma exaustiva nos ofícios que a gente manda, é que o processo DLT uma vez jogado para excedente a operadora abre a possibilidade de rescindir o contrato com ele. Apenas e única, exclusivamente com ele, no caso, por exemplo, de um contrato familiar que tem o marido, a esposa e os filhos. No caso se for jogado pro excedente em relação a esposa, os outros continuam e ela pode ser excluída do processo, a operadora tem essa possibilidade. Então o processo hoje em dia, o único escopo dele é esse. A operadora quando faz a obrigação, aí sim, ela tem que oferecer obrigatoriamente a CPT, ou facultativamente o agravo. Em relação aos documentos, uma coisa que é importante deixar clara em relação ao fax é o seguinte, eu até sei de cabeça isso porque acontece com muita frequência. Desde 2007 está claro que

não podem ser enviadas cópias por fax, então está disposta lá na norma, assim, a proposta de alteração está aqui em discussão, a gente pode propor alterações, só que assim, se está na norma é para ser cumprida. Acho importante as palavras de que, o papel da administradora nessa papel de informação importantíssimo e quanto mais a gente puder trazer, a gente fez questão de chamar as administradoras aqui, justamente para trazer a baía da discussão e o que ela pode acrescentar nessa entrada. Em relação as INs, o manual de contratação e guia de leitura contratual que foram trazidos pela R195 para esclarecer o tipo de contratação, a gente tentou aqui, até porque o hall de normativas é bem extenso, tentou focar na questão DLP, mas assim, não há nenhum \_\_\_\_\_ também de voltar e discutir essa questão de aumentar esse espectro de formação, até porque hoje em dia, já é obrigatório para os planos coletivos que os beneficiários recebam. E em relação a participação da (fina?) saúde, a gente está lotado, o próximo espaço a gente vai trazer. Doutor Otelo, em relação, respondendo a pergunta das operadoras, eu volto a dizer, a gente não trouxe os nomes para não criar nenhum constrangimento, mas sim, não há só operadoras de grande porte, mas há sim operadoras de grande porte. Eu não sei se eu compreendi corretamente, o senhor falou do papel do médico, é isso? Qual seria a responsabilidade dele?

**P/Otelo** – É, a Cândida quando ela falou, ela fez uma crítica, a questão é uma crítica pertinente, mas a gente tem que entender isso porque existem atestados, existem laudos e existem pericias. São três coisas diferentes, quer dizer, então muitas vezes isso aí confunde um pouco na hora de você fazer uma avaliação final do caso. Então precisa ter esse devido cuidado, porque é verdade que as vezes a gente demora dez anos para fazer um diagnóstico e de repente quando descobre você não tem muito o que fazer em certa circunstancia, mas isso é uma característica, medicina é uma ciência como se diz, verdades transitórias, está certo? Então hoje é uma coisa, amanhã pode não ser. Então eu acho que faz parte da medicina.

**P/Rafael** – Entendi. Mas eu acho que essa discussão, inclusive a gente fez questão de trazer os conceitos da pericia e da entrevista qualificada, isso é importante, porque efetivamente, você pode ter uma doença que nem o médico verifique naquele primeiro ato, ora, se nem auxiliado pelo profissional médico o beneficiário soube informar aquilo, não é razoável que depois venha se alegar, e essa é a ótica inclusive que já está na 162, porque quando há uma entrevista qualificada, há uma pericia, não pode ser aberto o processo de DLP. Infelizmente isso pode acontecer, infelizmente que eu falo por que, o beneficiário, infelizmente pode saber de uma doença posterior mas realmente uma declaração pertinente. Em relação a declaração de saúde, é um tema bastante complicado, porque realmente as vezes a declaração traz termos técnicos muito complicados para o beneficiário, para a pessoa de conhecimento comum ter acesso e a gente também compreende do outro lado da operadora a dificuldade dela tentar abarcar naquela declaração, todas as perguntas que poderiam indicar que o beneficiário declara aquilo que ele sabe, então é uma coisa extremamente complexa, e é um tema inclusive que eu acho que vale a pena trazer a \_\_\_\_\_ aqui para a discussão da câmara técnica, como a gente. E aí volto a dizer, do momento do âmbito dessa entrada, quanto mais a declaração de saúde

fica clara, fica transparente, evita ambiguidade, evita perguntas técnicas e tem uma pessoa, um responsável pela venda ou até a própria operadora de forma ativa, passiva, procura o beneficiário, ou a pessoa jurídica para esclarecer, para tirar dúvidas, enfim, deixar claro como funciona essa relação, essa boa fé objetiva entre as partes, isso que a gente pode trazer aqui em discussão. Por favor.

**P/Luiz** – Boa tarde, meu nome é Luiz, eu sou do São Cristovão Saúde. Primeiro quero parabenizar vocês, é interessante, vocês estão... No meu ponto de vista são sete itens muito importantes, nós sofremos diariamente com esses sete, nem temos a resposta para a grande maioria deles. Eu queria fazer uma constatação, por ser uma operadora de médio porte, nós estamos aproximando \_\_\_\_\_ né, e nós temos, tudo aquilo que a gente vê, não significa que uma gang vai ver a mesma coisa, são situações diferentes, mas nós temos um estigma, nós somos muito fortes na venda de PF, então... E é uma coisa interessante. Em partes responde um pouco a questão número um e eu sei que existe na lei, mas é a questão da urgência e emergência. Nós estamos no anúncio que vai quebrar a operadora, a gente está cansado de ver aquele beneficiário, ele compra um plano para usar a urgência e emergência (ups?) no dia seguinte, quer dizer, o valor que ele paga, primeiro ele paga para o corretor, é muito mais barato do que se ele fosse um médico. Então uma das formas da gente tentar minimizar isso seria a questão de você colocar carência, como é hoje no \_\_\_\_\_ de três a 30 vidas. Então eu acho interessante, eu sei que existe a lei né, mas é um ponto de diferenciação para nós muito importante. Item três, eu acho que a questão entre eles no nosso ponto de vista, ou talvez resguardando que nem sempre a nossa visão por terem sido beneficiados é a visão dos grandes, por exemplo, nós questionados bastante a entrevista qualificada, em relação até que ponto vale isso, até que ponto um médico pode ajudar o beneficiário e a própria operadora a definir uma DLP assim por diante né, a gente não consegue juntar né. Talvez o caminho de sair daí é melhorar o questionário. E quando você fala fazer perícia, ou então, se nós, o médico pudesse fazer algum exame, algo a mais para tentar identificar alguma coisa. Isso é uma interrogação para nós, a gente discute toda hora isso, vale a pena. Nós vamos perder um pouco mais de tempo, nós pegamos grupos para fazer entrevistas qualificadas né, mas eu digo assim, a número três é, no meu ponto de vista é o começo de tudo. É a pergunta, uma das mais importantes que eu vejo. E o resto é específico né, quem vem do PF sabe desse problema de quem não usa o plano depois de 24 horas. Muito obrigado.

**P/Sérgio Vieira** – Boa tarde a todos, é Sérgio Vieira da Abrantes, também com redor ai os parabéns a ANS por tocar no assunto. As minhas três considerações que eu vou colocar, é no sentido de acrescentar nos três itens ao seis, porque para trazer uma ponderação nós vamos discutir internamente, evidentemente teremos a oportunidade de colocar. E quero pedir desculpa a dona Cândida que vou cita-la, mas sei que dentro da sua boa fé a senhora falou uma frase importante para o assunto, que por vez da vontade de dizer ao cliente para não dizer que não tem nada, se não o plano não aceita. Eu acho que a senhora está com a sua boa fé, ta? Mas...

(pessoa fala fora do microfone – ininteligível)

**P/Sérgio Vieira** – É (risos). Não, não tenho dúvida que a sua intenção é ajudar as pessoas, mas por outro lado isso demonstra que nós temos realmente um caminho muito árduo, porque a questão de seleção adversa de risco é algo que existe e que nós temos que ter a boa fé de todos envolvidos, corretor, operadora, administrador e também consumidor. E não há menor dúvida que ocorre oportunismo, ocorre. Então não há como pensar em evoluir nesse mercado, em especial quando se diz da oferta de planos individuais, se não tiver o mecanismo que a gente possa disciplinar melhor a entrada em todos os sentidos. Então daí que é a nossa consideração, que a gente tem que aperfeiçoar, mas a permanência a DLP, CPT, é inquestionavelmente nossa ponderação. Duas outras considerações, tudo isso que está colocado, faz parte, viabiliza ações educadoras, disciplinadoras, orientadoras, esclarecedoras, o tempo de início do contrato. Porque a lei não fala em tempo de início do contrato, a lei fala que após 24 horas do início do contrato, e há um normativo que definiu que o contrato se inicia 24 horas depois da assinatura do contrato para adesão, primeiro pagamento... Qual seja, não dá para a operadora criar um equilíbrio de administrativo, de operacional, de nada. E daí que entendo eu que esse número DLP desanimador para mim que não tinha conhecimento, é desanimador, é uma capitulação do mercado. Não adianta nada, vou desistir, só me envolve, só me dá trabalho, depois estou sujeito a uma ação de danos morais e etc. E é melhor eu conviver e tocar e algumas é melhor parar de vender. E há esse tipo de reflexão. Então aquilo que seria para equilibrar, ele está sendo inócuo. Então o tempo de início do contrato eu acho que é passivo de ser colocado em discussão porque não está partindo da boa fé de todo mundo, ninguém está sendo oportunista de entrar em um plano para usar no dia seguinte. Então que se viabilize um tempo de início de contrato para que possamos usar para maneiras mais educacionais e orientativas. E uma outra questão, quando se imagina que há uma DLP, \_\_\_\_\_ no processo administrativo interno da ANS, com todo respeito aos advogados, isso é questão médica, isso teria que ser diluído através de uma junta médica, isso é técnico, é médico. Então não há como afastar uma junta médica para chegar a essa conclusão. E com prazo, como o próprio conselho federal de medicina e os normativos do CRN prazo \_\_\_\_\_, isso não pode durar um ano, isso não pode em hipótese alguma, isso tem que ser muito pragmático, objetivo, conclusivo e rápido. Então o que nós colocamos é que isso seja \_\_\_\_\_ através de uma junta médica dentro evidentemente da regulamentação que é do conselho federal de medicina. Então a nossa contribuição hoje, seria sugerir que se coloque esses três itens, obrigado.

**P/Rafael** – Bem pessoal, em relação ao primeiro questionamento envolvendo o caso da entrevista qualificada, realmente, tanto a declaração de saúde, quanto a entrevista qualificada, quanto a perícia, são temas que hoje em dia, em que pesa em estar no normativo até já a bastante tempo, elas ainda geram muita polemica. Seja por que, quais são os limites disso? Por que certo tipo de beneficiário é submetido a entrevista e outros não são? Esses limites das possíveis discriminações da pessoa que quer contratar o plano ou quer aderir no plano coletivo, são discussões extremamente complicadas e é o que a gente quer trazer aqui, porque até que ponto, já que partindo da premissa que a operadora não pode impedir o ingresso de nenhum beneficiário, ela poderia até, e aí já entrando no questionamento que o Sérgio trouxe, do tempo, do início do contrato, até que ponto, caso

admita-se a possibilidade desse tempo ser diferido, que seja, uma hipótese, sei lá, uma semana entre a proposta e a assinatura de que não haja um tratamento discriminatório e quais os limites para isso, quais os limites também admitindo, trazendo também o caso do Sérgio no caso da junta médica, quais os limites seriam para isso? O beneficiário teria direito a opinar nisso? Porque a dificuldade dessa relação em que se presume a boa fé de ambas as partes é chegar a um consenso que não haja prejuízo para nenhuma das duas, em caso de haver uma distorção, ou caso de ter uma doença pré-existente ou até que o beneficiário nem sabia, mas no caso da entrevista qualificada na junta médica ele verifique. Então esses itens são importantíssimos, eu acho que da mesma forma como eu já adiantei a fina saúde, a gente ai dar a oportunidade, e quanto mais contribuições os participantes da câmara trouxerem até na próxima reunião que a gente vai abrir a oportunidade a gente fica grato e é esse enriquecimento da discussão que a gente busca aqui para que a gente chega numa terceira reunião com pelo menos alguns... Não vou dizer um consenso final, mas pelo menos que a discussão serviu para determinar alguns postulados. É isso que a gente objetiva aqui. Por favor.

**P/ Paulo Jorge** – Boa tarde. Paulo Jorge da fina saúde também. Eu parablenzo também aqui, me junto a todos que estão parabenizando essa atitude da agencia, eu acho que a premissa que a gente desenhou aqui para começar essa conversa exatamente acho que está sendo justo desde o inicio, nós estamos falando de boa fé de ambas as partes, nós estamos falando de um sistema que quando a gente usa a palavra fraude é uma palavra muito forte, muito pesada, talvez até feia e obviamente todos aqui tem ciência e consciência que estamos falando de números muito pequenos que esses casos acontecem. Mas o que é importante chamar a atenção de todo mundo é que, a não observação de uma regra de entrada definida na lei em um plano de saúde, traz prejuízo ao beneficiário do plano de saúde, há quem hoje já contribui para o plano de saúde. Você não observar regras mínimas de prazo para a cobertura de doenças e lesões pré-existentes traz um desequilíbrio para o sistema e como já foi dito traz uma possibilidade de um aumento na variação de custos que vai ser arcada pelo conjunto de beneficiários que hoje já pagam pelos seus planos. Então aqui na minha opinião inclusive não se trata da gente estar falando de uma parte ou de outra, nós estamos falando de criar regras e formas talvez, de tornar essas regras mais factíveis, para que os beneficiários dos planos de saúde não arquem com variações de custos que foram provocadas por algumas pessoas, não são em número grande, mas que no imediatismo de buscar um tratamento em 24 horas para o seu problema, ou eventualmente em um prazo um pouco maior, burlem determinadas regras e façam com que esse atendimento aconteça em um prazo mais curto. Então minhas sugestões bem claras aqui é o seguinte, eu ratifico a sugestão do Sérgio, acho que deveria haver um prazo diferido para a entrada do beneficiário, a declaração de saúde, a assinatura dela, a assinatura de uma proposta que contenha ali, por exemplo, toda a coleta de dados obrigatórios que hoje a própria agencia define como obrigatórios, ela não pode ser entendida como a assinatura de um contrato ou inicio da vigência. Sobre pena de que esse beneficiário ele quando está mal intencionado nos poucos casos ele busca o atendimento e a satisfação do problema dele em 24 horas. Ele entra hoje em uma emergência, ele faz exame, ele faz exames complementados, ele faz

Raio X, ele eventualmente até acha que atendeu a toda a sua necessidade em 24 horas. E isso traz prejuízo para o conjunto de beneficiários que hoje pagam pelos seus planos. Então eu acho que o prazo é importantíssimo para que haja um tempo e para que iniba essa prática por parte de alguns beneficiários estimulada por alguns profissionais de vendas. Eu acho que se a gente for pensar nessa pergunta três que eu concordo que é a mais importante de todas, a perícia é uma ferramenta muito importante, mas ela talvez não consiga ser aplicada para o conjunto de todos os beneficiários hoje que entram, o crescimento anual de beneficiários nesse mercado é muito grande, então ela como um ponto facultativo, associado óbvio a uma possibilidade de uma declaração de saúde mais clara na linguagem do cliente, perguntando claramente algumas situações, eventualmente até da utilização de medicamentos, para que ali haja a possibilidade do cliente, que como se tu também, a dona Cândida, como a dona Cândida falou, ele não sabe do que se trata, mas ele sabe que ele toma um remédio para alguma coisa, ele eventualmente não sabe exatamente qual é o nome daquela doença, nem muito menos se aquilo faz parte do sistema (oxito?) e muscular que muita gente aqui talvez não saiba exatamente o que que significa. Então eu acho que isso que já traz um esclarecimento maior para o beneficiário preencher, associado a possibilidade de se pedir uma perícia médica e aí sim, a operadora abriria mão da cobrança da DLP, da CPT, da aplicação de uma CPT, nos casos obviamente que não forem assinalados, talvez seja uma coisa interessante para se pensar. A gente está pedindo ao final dessa reunião, uma cópia dessa apresentação porque eu acho que é muito importante a gente contribuir de maneira formal e, eventualmente até no próximo encontro o Flávio falou, ter a oportunidade de expressar aí algumas coisas na nossa reunião. Obrigado.

**P/Rafael** – Obrigado Paulo, tem mais alguém? Mais alguém gostaria? Bem, a novela vai começar (risos). Bem, Paulo seguinte, eu acho assim, você trouxe alguns pontos que eu acho importantes para a reflexão, que é a questão do tempo de início, a questão da declaração de saúde, a questão da perícia, da entrevista qualificada. Eu acho que o objetivo da câmara técnica é justamente esse, a gente verificar como está sendo esse ingresso. Hoje em dia, está ok? A gente está vendo que tem problemas, então assim, uma forma de trazer mais para frente esse início da vigência, você procrastinar um pouco no tempo esse início, vale a pena discutir isso? Essa discussão é válida? O objetivo da câmara técnica é esse, trazer propostas nesse sentido, justamente por que a gente quer receber e para efetivamente justificar por que, a gente tem que ver o lado também do consumidor de que até que ponto o consumidor está disposto a ter um deferimento do tempo no início do contrato, porque as vezes ele... Tem o caso efetivamente, infelizmente como você bem usou a palavra fraude, é uma palavra ruim, mas o legislador colocou ela lá de forma proposital, justamente para demonstrar que é um caso extremo, mas também tem o caso da pessoa que está desinformada e enfim, não tem o acesso. E esse primeiro contato, esse papel do primeiro contato, da primeira vez que o beneficiário vai procurar operadora ou chega na operadora, é isso que a gente quer discutir, qual os critérios, qual os documentos que a gente tem que assinar para evitar, que nem a dona Cândida falou, que seja uma montanha de documento para quem não sabe nada, enfim. E outra coisa é que o beneficiário ele tem que ler, ele tem que saber o que ele está contratando, isso é

uma coisa importantíssima. A compra de plano de saúde, é uma coisa que afeta o principal bem dele que é a vida, então quanto melhor estiver informado nesse momento, é isso que a agencia busca, é isso que eu acredito que as operadoras buscam, que os beneficiários querem e que a sociedade como um todo quer, que efetivamente evite qualquer ruído, qualquer problema. Alguém mais gostaria de fazer alguma contribuição? Dona Cândida já está segurando a bolsa (risos). Bom pessoal, como eu havia prometido, só para a gente fechar aqui, quais são os próximos passos que a gente está propondo aqui para a câmara técnica? A próxima reunião a gente já agendou para o dia cinco de junho, a gente teve um cuidado grande já que a gente sabe que vai ter um evento grande em junho que vai impactar no deslocamento, enfim, a gente não vai nem sair de casa, que é a copa do mundo que vai trazer... Então a gente tem essa preocupação, por isso que a gente trouxe essa data no inicio do mês de junho, para que a gente possa fazer a nossa segunda reunião. E qual é a nossa proposta para essa segunda reunião? Além de buscar trazer esses estudos que foram solicitados nessa reunião e até outros que a gente não teve tempo hábil de apresentar hoje, mas é que os participantes da câmara, possam ter a oportunidade de fazer a apresentação oral aqui para expor o ponto de vista, para expor as propostas. E nós estamos solicitando que essa inscrição, esse envio de contribuições seja feita até o dia dois de maio, infelizmente vai ser um pouco menos de um mês, que seria o ideal... Oi? Não a gente não enforca, a gente infelizmente não enforca nem dia 22 de abril, não. Sexta feira, dia dois de maio. Dia primeiro é feriado, mas dia dois tem expediente normal, sexta feira. E a nossa proposta que é até o dia dois que seria essa proposta final, os representantes possam enviar as contribuições e pedir a inscrição para que a gente possa no dia cinco de junho poder as entendidas e enfim, os órgãos de defesa do consumidor fazer a apresentação, por que quê a gente pede com essa data? Justamente para que a gente tenha tempo para organizar o cronograma da próxima reunião da câmara, atendendo a todas as solicitações. Então a gente dá esse prazo ai um pouquinho menor de 30 dias, mas dada o problema de data que a gente vai ter no país esse ano a gente está solicitando isso. Então é isso pessoal. A gente agradece aqui em nome de toda a agência... Oi? Perdão querida.

(pessoa fala fora do microfone – ininteligível)

**P/Rafael** – Pois é, a gente gostaria e até ficou faltando o slide, a gente pede desculpa, que mandassem as contribuições para o nosso email lá que é o [ggeop.dipro@ans.gov.br](mailto:ggeop.dipro@ans.gov.br), realmente ficou faltando o slide, foi uma falta nossa, e se tiver qualquer duvida também sobre o canal de comunicação, o email, “não to conseguindo, tá voltando” o nosso telefone que é o 2105-0422 para o encaminhamento além do oficio que é o endereçamento normal aqui a gerencia geral de estrutura operação dos produtos. A gente agradece a atenção de todos, agradece a disponibilidade e a agencia fica bastante feliz que esse assunto possa ser colocado em discussão porque é um assunto muito complicado, é um assunto que tem impacto direto na sociedade e acredito que na próxima reunião a gente vai ter contribuições bastante valorosas para que a gente possa melhorar esse problema que a gente está verificando. Obrigado a todos, uma boa tarde e até a próxima reunião.