



São Paulo, 09 de setembro de 2014.
ABR.044/14 – SIN.011/14

Ao

Sr. Rafael Pedreira Vinhas

Gerente-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos – GGEOP

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições finais referentes à Câmara Técnica para “Qualificar a entrada do beneficiário no plano de saúde: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência de doença ou lesão prévia ao contrato”

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo e o Sindicato Nacional das Empresas de Medicinas de Grupo, doravante denominado Sistema ABRAMGE/SINAMGE, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições finais a respeito da Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes, após a realização da 3ª reunião da Câmara ocorrida no dia 24/07/2014.

- 1. Extinção do processo administrativo para comprovação da fraude/omissão do beneficiário no preenchimento da declaração de saúde.*

O art. 11 da Lei 9.656/98, que trata especificamente da ocorrência de DLP, exige prova na forma estabelecida na regulamentação da ANS do conhecimento do beneficiário sobre a existência de uma DLP para que a Operadora possa proceder a suspensão dos atendimentos ao beneficiário.

Não obstante, atualmente, além de estabelecer as formas de identificação das DLP (declaração do beneficiário, entrevista qualificada, perícia), que serão utilizadas como meio de obtenção de prova de eventual fraude do beneficiário, a norma da ANS vai além e estabelece também a necessidade de um processo administrativo para comprovação da ocorrência de eventual fraude do beneficiário sobre o conhecimento de uma DLP.

Melhor explicando, a prova relativa à fraude do beneficiário independe do processo junto a ANS, o processo é apenas para o reconhecimento administrativo da prova já identificada pela Operadora, portanto, extinguindo-se o processo administrativo junto a ANS as Operadora poderiam proceder a suspensão do atendimento ao beneficiário tão logo obtenham as provas da fraude.

Tal fundamento encontra abrigo e perfeita sintonia com o art. 171 do Código Civil vigente, que estabelece a anulabilidade dos negócios jurídicos quando decorrentes de vícios resultados de erro, dolo, coação, estado de perigo, lesão ou fraude.

A esse respeito, vale destacar que a própria Lei 9.656/98 possui previsão expressa para a rescisão unilateral do contrato de plano individual/familiar em função da ocorrência de fraude por parte dos beneficiários. Embora nessa modalidade seja bem restrita a possibilidade de rescisão unilateral, dada a gravidade da ocorrência de fraude, a própria Lei estabeleceu a hipótese de rescisão nos termos a seguir transcritos:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, SALVO POR FRAUDE ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que

o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

No mesmo sentido seguiu a RN195/09 e alterações, que possibilitou a exclusão unilateral de beneficiários em contratos coletivos devido à ocorrência de fraude.

Portanto, o processo administrativo para apuração de DLP, instituído inicialmente pela Consu nº 02/98, de competência do Ministério da Saúde, e depois pela RN162/07 e alterações, de competência da ANS, tem amparo legal no art. 11 da Lei 9656/98.

Porém, a partir do momento em que não haverá mais regulamentação disciplinando o processo administrativo, entendemos que passará a ser observada a regra geral definida no art. 171 do Código Civil, no art. 13 da Lei 9.656/98 e no art. 18 da RN195/09, ensejando a possibilidade de rescisão imediata do contrato por fraude, em caso de planos individuais, ou a imediata exclusão do beneficiário do contrato, em caso de planos coletivos, a exemplo do que já ocorre em fraudes não relacionadas a DLP (como quando um beneficiário empresta a carteira a outra pessoa não beneficiária para usufruir da assistência).

2. Arquivamento do Processo relativo à DLP em função do cancelamento ou exclusão do beneficiário do contrato do plano

Imperioso destacar que esse tópico somente se justifica na eventualidade da ANS recuar quanto à extinção do processo administrativo para apuração de fraude relacionada à omissão de DLP.

O principal argumento apresentado pela ANS para arquivar os processos sem resolução de mérito nesses casos é que, a partir do cancelamento do contrato ou saída do beneficiário do plano, não haveria interesse público que justificasse a movimentação da Administração Pública, não podendo a ANS trabalhar tão somente para atender o interesse particular da Operadora em obter provas do enriquecimento sem causa do consumidor.

Ocorre que, data vênia, o interesse público que fundamenta a atuação da ANS em processos relacionados a fraude/omissão do beneficiário, não está atrelada a permitir a negativa de cobertura e a suspensão ou rescisão do contrato. Essas são as consequências decorrentes da atuação da ANS, mas não sua causa de agir. O interesse público relativo ao caso vai muito mais além do que a relação entre as partes. Ele se substancia, diretamente, na necessidade de proteção coletiva dos demais beneficiários daquela mesma Operadora, em respeito ao princípio do mutualismo que rege todas as relações na saúde suplementar, vez que sobre eles recairá o desequilíbrio causado pela fraude ocorrida, seja na necessidade de reajustes nos contratos ou até na ocorrência de insolvência da Operadora em um cenário mais gravoso.

Por outro lado, o interesse público no caso ainda se sustenta, indiretamente, na necessidade de proteção e segurança de todo o sistema de saúde suplementar, com combate das práticas nocivas ao sistema.

Por essa razão, entendemos que o fim da relação entre o beneficiário e a Operadora não pode servir de fundamento para a extinção do processo pela ANS, vez que essa prática atenta contra o sistema do mutualismo, preceito fundamental da saúde suplementar, bem como atenta contra a sustentabilidade de todo o sistema.

3. Fim da possibilidade de perícia

Como ressaltado em contribuições anteriores, a perícia é um instrumento de auxílio na identificação de doenças e lesões preexistentes. É um facilitador que em certos casos se mostra de fundamental importância para a identificação de determinada DLP.

Ademais, a perícia é também um meio de segurança para o próprio beneficiário, por ser um instrumento mais técnico, é também mais preciso na identificação de eventual doença ou lesão que o beneficiário possua.

Ao longo das discussões da Câmara Técnica, o que se pretendeu esclarecer foi que embora de extrema relevância, a perícia não poderia ser o único instrumento capaz de identificar a DLP. Para exemplificar essa premissa, foi citado nas reuniões o caso de um

paciente com hipertensão que comparece à perícia medicado e informando não ter nenhuma doença. A perícia poderá não identificar naquele momento a situação clínica omitida pelo paciente.

Por essa razão, a vedação da realização de perícia seria, além de uma grave violação aos princípios constitucionais pátrios, especialmente ao contraditório e a ampla defesa, um retrocesso na transparência e boa-fé na relação entre a Operadora e seus beneficiários, ainda um dificultador desarrazoado na identificação de DLP.

4. Cenário 1 proposto pela ANS para ingresso dos beneficiários em planos de saúde

No que tange ao primeiro cenário apresentado pela ANS, dois aspectos primordiais devem ser ressaltados.

O primeiro se refere ao aumento da burocratização e custo do processo de ingresso do beneficiário. Isso porque, esse formato prescinde de uma etapa adicionada ao início do processo, onde o beneficiário deverá entrar em contato com a Operadora indicando seu interesse no plano, para posteriormente, depois de tomadas diversas medidas pela Operadora, o beneficiário vir a ser convocado para assinar a efetiva proposta de adesão ao plano.

O segundo se refere a incompatibilidade material desse processo com alguns dos principais formatos de venda de planos de saúde, tal como a venda por meio de corretores. Isso porque, o primeiro contato com o beneficiário deverá ser diretamente na Operadora que deverá agendar data para o beneficiário comparecer a EQ para, somente após a EQ, o beneficiário ser convocado para assinar a efetiva proposta de adesão.

5. Cenário 2 proposto pela ANS para ingresso dos beneficiários em planos de saúde

No que tange ao segundo cenário apresentado pela ANS, merece atenção a marcação da EQ. De acordo com a ANS no momento da assinatura da proposta de adesão pelo beneficiário, já seriam indicados 03 locais, datas e horários disponíveis para a realização da EQ.

Nesse caso, nossa recomendação seria que a Operadora ao receber a proposta de adesão do beneficiário deveria contatá-lo para agendar a EQ, ofertando os 03 locais, datas e horários disponíveis para realização da EQ dentro do prazo estabelecido para início da vigência do contrato.

6. Contribuições relativas a ambos os cenários propostos pela ANS

Em ambos os cenários a ANS estabelece um prazo de 10 dias para início da vigência em caso de planos individuais e de 30 dias em caso de planos coletivos.

Entendemos que o prazo estabelecido para planos individuais é muito exíguo, não sendo suficiente para realização de todo o fluxo proposto e necessário para qualificar o ingresso do beneficiário no plano. Por essa razão, seria necessário fixar ao menos um prazo máximo de 30 dias, deixando a critério das Operadoras fixarem prazos inferiores caso possível.

Outro ponto comum em ambos os cenários propostos é a assinatura de um Termo de Ciência do Plano de Saúde. Nossa solicitação é de inclusão de um campo específico, bem delimitado, individualizado e claro, porém na própria proposta de adesão. O objetivo simplesmente é de evitar o aumento da burocratização do ingresso dos beneficiários no plano, com o aumento de mais um documento obrigatório além dos vários já exigidos.

Não obstante, há previsão da possibilidade do beneficiário levar exames anteriores para a EQ, mas é necessário especificar que a Operadora não está vinculada a esses exames, podendo, a seu critério, realizar outros exames ou testes que julgar necessários para a identificação de DLP, sempre observando o prazo para início da vigência do ingresso do beneficiário no plano.

Ambas as propostas estabelecem que ao final da EQ, o profissional orientador e o beneficiário deverão assinar a Declaração de Conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente. Contudo, é necessário estabelecer uma exceção a essa regra, para os casos em que for necessária a realização de outros exames ou testes com o beneficiário

(perícia), ficando acertado que tal declaração será assinada ao final do processo de perícia, antes do início da vigência do beneficiário no plano.

Por fim, é importante esclarecer que o fluxo apresentado não levou em consideração os casos de total inexistência de discussão sobre DLP, como atualmente ocorre em planos odontológicos e coletivos empresariais para mais de 30 beneficiários quando o ingresso ocorre no ato da contratação ou em até 30 dias do vínculo. Nesses casos, embora não ocorra a marcação de EQ, o lapso temporal entre a manifestação do interesse do beneficiário em ingressar no plano e a sua vigência, é de fundamental importância para a qualificação do primeiro contato do beneficiário com a Operadora e da preparação das necessidades administrativas inerentes ao ingresso.

7. Pleitos constantes nos ofícios encaminhados para as reuniões anteriores, que reiteramos em oportuno

- a) Ampliação do escopo do formulário de declaração de saúde no que tange a possibilitar questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos, pois independente de identificação de DLP também tem papel fundamental para as políticas de PROMOPREV;
- b) Necessidade de desburocratização do processo de inclusão de beneficiários e a formatação para ingresso por meio eletrônico, permitindo que o início de vigência ocorra em prazo compatível com as necessidades administrativas prévias;
- c) Restrição de atendimento por 24 meses em qualquer tipo de contratação, ante a omissão legislativa;
- d) Definição, pela Dipro, do papel das Administradoras de Benefícios no primeiro contato com o beneficiário, considerando as vedações de atividades definidas pelo art. 3º da RN nº 196/09;
- e) Não se configurar como violação à Súmula Normativa nº 19 os critérios definidos pela Operadora que serão considerados na população alvo que realizará a perícia;

f) Necessidade de revisão dos critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam nos planos grávidas visando a cobertura obstétrica;

g) Revisão da Nota nº 014/2013/GGEFP/DIPRO, relativo à taxa de adesão;

Havendo oportunidade de apresentação na reunião que ocorrerá no dia 02/10/2014, informamos nosso interesse a esse respeito.

Agradecemos a compreensão quanto ao exposto, ressaltando a importância e relevância dos temas em discussão.

Renovamos nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de
Grupo – ABRAMGE



Arlindo de Almeida
Presidente

Sindicato Nacional das Empresas de
Medicina de Grupo – SINAMGE



Cyro Alves de Britto Filho
Presidente