

### **3ª Reunião da Câmara Técnica da Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes**

**(24/07/2014)**

(transcrito por Rafael de Souza Alberto)

1ª PARTE:

**Rafael Vinhas** – Boa tarde a todos. Obrigado mais uma vez... Vamos dar início a terceira reunião da Câmara Técnica da Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde. A ideia hoje é a seguinte é fazer uma revisão em duas etapas. A primeira parte vai representar as contribuições que foram recebidas, por detalhes, e aí qualquer coisa vocês fiquem a vontade para colocar, explicar, enfim, especificando aqui o que eu quis dizer com a tua parte. Especialmente porque a gente optou na apresentação para colocar as perguntas que foram feitas na primeira parte da última câmara técnica e depois algumas outras contribuições que nós recebemos. Depois do “coffee” a nossa ideia é apresentar as propostas que a gente tem para discutir esse assunto com a entrada o beneficiário. E no início dessa terceira reunião que a gente vai fazer com essas propostas, apresentar propostas da Agência, uma coisa que é importante deixar claro é o seguinte, a intenção entre a ação da Agência, essa discussão até se for o caso, seja estendida, intensificada, alongada, porque é uma questão que envolve uma mudança grande de estrutura. Então o que a gente quer aqui, depois eu quero trazer umas propostas para ajudar no debate, até se for o caso saber quais as formas que a Agência tem que aprofundar nessa discussão com todos os setores para a sociedade. Seja de operadora, os órgãos de defesa do consumidor entre outros que não puderam comparecer hoje , para que possa construir uma proposta que altere a estrutura, mas que seja boa para equalizar esse problema, que todo mundo sabe que vem se arrastando a um tempo e a gente precisa apresentar umas soluções factíveis para que a gente possa ter uma melhoria nessa qualificação da entrada do beneficiário. Então há problemas na entrada do beneficiário, quais problemas podem se estender por toda a execução do contrato ou adesão. E aí tem uma série de situações que podem \_\_\_\_, questão de abertura de processo de DLP, denúncias na Agência e o que a gente busca até a ótica que a Agência tem é a conciliação e se a demanda chega a gente considera \_\_\_\_, mas não seria melhor que ela nem chegasse? Que fosse feita... A resolução já fosse feita de forma no primeiro contato do beneficiário com a operadora ele já tivesse ciente dos seus direitos e também dos seus deveres? Que ele fosse bem informado, que essa informação fosse intensificada? Que ele soubesse o que ele tem que declarar, o que ele não tem que declarar, o que vai acontecer com ele, se ele vai ter uma cobertura se não vai ter e é justamente isso, porque não é uma mudança simples, tanto que esse assunto é uma norma de 2007, a RN 162, a \_\_ anterior é mais antiga ainda e na medida que a gente vai trazer propostas

aqui para discutir com vocês em relação a esse assunto, queria até ouvir de vocês como a gente poderia intensificar essa discussão. Como a gente poderia formar ela mais pacificada para toda a sociedade. E uma coisa também importante de frisar aqui, já antecipando é o seguinte, as propostas que vão ser feitas hoje não são todas especificamente fechadas. É intenção da Agência, até porque desde o início da discussão, a gente tem passado por um processo, antes de publicação de qualquer norma, de consulta pública e que permite ajustes e que sugestões sejam feitas. É com esse objetivo, com esse espírito que a gente vai trabalhar nesta Câmara Técnica e eu acho que quanto mais a gente puder discutir, intensificar, reclinar a norma ou o tema para que saia de certa forma consensuada para que a gente tenha de uma forma ou de outra uma solução para esse problema que a gente verificou, tá na Agenda Regulatória de 2013 e 2014, há uma preocupação da Agência de dar uma resposta para a sociedade do que vem acontecendo nos últimos anos. Então feita a abertura, vou dar início à apresentação, eu vou focar especificamente nas contribuições que foram feitas para as perguntas, que foram feitas no final da primeira parte da segunda câmara técnica, depois eu vou passar para a Cris apresentar as questões para as outras contribuições. Bem, (ininteligível) em relação, essa primeira parte a gente vai como eu já disse focar nas contribuições, na segunda reunião para a terceira reunião, essas entidades enviaram contribuições, que foi a ABRAMGE, a ANAB, a FENASAÚDE, SINOGE e as operadoras Unimed Paulista e Unimed Rio. A gente optou por, na parte das perguntas, colocar pergunta e depois apresentar contribuição da entidade sobre a pergunta que foi feita. Mas qualquer problema a senhora pode \_\_\_ de novo que a gente eventualmente também dá a resposta, não se preocupe. Isso é só quando a gente quiser fazer contribuição... Infelizmente não... (pessoa fala longe do microfone, dificultando a compreensão) ok, mas infelizmente não chegou. Teve problema com os outros. Pode ter acontecido algum problema de comunicação, vamos dar prosseguimento aqui, mas a senhora fique a vontade para fazer contribuição... Quando for o caso, a senhora pode mandar por e-mail e também \_\_\_ a agência. O lapso temporal pré-vigência do contrato. A pergunta que eu me fiz hoje de manhã foi a seguinte, na hipótese de se estabelecer um lapso temporal prévio à vigência do contrato para avaliação da existência ou doenças e lesões preexistentes, qual seria o prazo razoável para essa verificação? A contribuição que chegou da ABRAMGE foi a seguinte, o máximo de 30 dias após a manifestação do interesse do ingresso do beneficiário no plano, deixando a critério da operadora estabelecer em contrato prazo menor. Ou seja, este seria o máximo e a operadora poderia estipular um prazo um pouco menor. Se o prazo permitir a operadora de executar todos os preparativos necessários para o correto atendimento do beneficiário. Exemplo, análise de eventual de DLP, realização de perícias, prestação de informações ao beneficiário, emissão de carteiras de atendimento, inclusão do beneficiário no sistema de atendimento da operadora. A ANAB foi um pouco além, ela colocou no máximo 60 dias a contar do preenchimento da proposta contratual

para a realização da entrevista qualificada, a perícia se for o caso, a emissão de carteirinhas e entrega dos manuais. Com o estabelecimento do lapso temporal entre a celebração do contrato e o início da sua vigência, que servirá também para a qualificação da entrevista e a identificação de DLP, as fraudes tenderão a diminuir significativamente, não havendo necessidade de alterar as regras do processo. Então essas duas contribuições, nós estamos colocando o prazo de 30 ou 60, peço desculpas antecipadamente por ser um pouco chato, mas é importante a gente equalizar a informação de todos para que a gente possa até ter subsídio para discussão posterior. Na mesma pergunta a FENASAÚDE colocou a seguinte frase, o mínimo de 45 dias entre a entrega da documentação na operadora e o início da vigência do contrato para analisar eventual realização de entrevista qualificada ou perícia, informar ao beneficiário as doenças que estarão sujeitas à CPT, aguardar sua ciência e concordância com estes termos para então inseri-las em seus sistemas. Já a operadora Unimed Paulistana colocou 24 horas a partir da assinatura do contrato para a verificação da declaração de saúde em função da previsão legal de cobertura de urgência e emergência, que é um dispositivo legal. E a Unimed Rio colocou 20 dias para a realização entrevista médica qualificada e/ou perícia médica nos quais fosse necessária a confirmação e/ou esclarecimentos acerca da Declaração de Saúde. Ou seja, tivemos aí um prazo de 20, 30, 45, 24 horas e 60 dias. Então se no máximo o lapso teria 60 dias e no mínimo 24 horas há uma diferença grande, mas o máximo que a gente poderia considerar seriam dois meses, são 60 dias para que fosse qualificado a entrada do beneficiário no plano que hoje em dia via de regra tem contrato individual. E os planos coletivos têm uma regra diferente, não tem uma regra específica sobre o assunto. A próxima pergunta é da qualificação da entrada do consumidor no plano. Identificar a necessidade de qualificar a entrada do consumidor no plano, quem deveria orientar o consumidor neste ato? A contribuição que veio foi da ABRAMGE e SINOG, que a primeira orientação do beneficiário deve ser corretor, caso seja inexistente ou da operadora. A orientação adequada ao beneficiário não deve ficar restrita a um profissional que vende plano de saúde, motivo pelo qual se justifica ampliar o prazo para início da vigência contratual para que outros esclarecimentos sejam dados além desse contrato inicial feito pelo corretor. Ou seja, aqui foi colocada a situação que a informação deve ser mais disseminada, inclusive convocando a operadora e é o nosso entendimento hoje pela responsabilidade na informação ao consumidor e faz também o sentido da primeira pergunta com a estipulação do prazo para início da vigência do contrato. Já a ANAB colocou a situação de que cabe às operadoras e administradoras de benefícios, através de critérios próprios, de orientação de contratação. Já para a FENASAÚDE, a operadora, o corretor e a ANS podem envidar esforços e promover campanhas para aperfeiçoar essas orientações. Nesse sentido é importante frisar, a gente concorda, inclusive é a nossa intenção da ANS, cada vez mais a gente quer informar os consumidores, deixar claro que as principais diferenças, que o consumidor tem que declarar,

já está no nosso entendimento, quando mais a gente aperfeiçoar isso, mais \_\_\_\_ para que eles saibam que tá contratando. No entanto é importante além da informação, a informação ser qualificada. Principalmente focada para que ele saiba o que tem que declarar e o que tem que ser feito nessa entrada do plano de saúde. Ainda na mesma pergunta, a Unimed Paulistana falou com relação ao médico auditor, por conhecer melhor o conteúdo da carta de orientação do beneficiário da RN162, pode informar melhor o conteúdo da declaração de saúde com uma linguagem clara e simples aos consumidores que estão procurando plano de saúde para o correto preenchimento desta declaração. OBS: (ininteligível) informar o que já tá previsto inclusive na nossa normativa, no caso da entrevista qualificada ser feita com o \_\_\_\_\_. Já a Unimed Rio diz que cabe à operadora (no caso de venda direta por consultor próprio), ao corretor ou a Adm. de Benefícios a orientação sobre a necessidade do correto preenchimento da Declaração de Saúde. Assim como informar da obrigatoriedade de comparecimento à entrevista médica qualificada e/ou perícia médica quando convocado, da possibilidade, sem qualquer ônus, de ser orientado por médico habilitado para orientação do preenchimento de sua Declaração de Saúde no caso, se assim o preferir. Cabe também aos mesmos orientar a necessidade de ler com atenção a Carta de Orientação ao Beneficiário. Seguindo. Aí dentro do âmbito da qualificação de entrada de consumidor do plano. Considerando que informar o consumidor é uma forma de qualificar a sua entrada no plano de saúde, é razoável deixar claro a modalidade de plano de saúde que está contratando (como pessoa física) ou aderindo (através de uma pessoa jurídica)? A SINOG disse que a A IN/DIPRO 23/09 e alterações já estabelece que essa informação venha expressa na primeira página dos contratos de planos de saúde, compondo as características gerais do contrato. Segundo a ABRAMGE, deve ficar mais clara a diferenciação entre o plano individual ou familiar e o plano coletivo por adesão, deve constar expressamente na proposta de adesão do beneficiário a modalidade de contratação. Isso realmente também é uma preocupação que a gente tem, especialmente porque, volto a dizer, as regras que a gente já tem com relação à questão do vínculo do beneficiário. A gente sempre frisa isso de que além da operadora ser responsável por verificar a elegibilidade da PJ contratante, ela também tem que verificar se aquele beneficiário da PJ tem elegibilidade. Porque não cabe a gente entrar no mérito se o beneficiário se associou a uma associação. Agora, tem entrada por opção de ser ligada pela associação, é outra história que realmente é uma preocupação que a gente tem para evitar (ininteligível) já a ANAB faz a seguinte proposta: essa informação deve estar prevista na proposta de adesão assinada pelo consumidor. Nas contratações via internet, a ANS deve aceitar a assinatura eletrônica. Sobre essa questão da assinatura eletrônica, sem frisar, a gente tem uma norma que já dispõe sobre isso, na questão da \_\_ contratação, tem assinatura digital da empresa que é a \_\_\_\_\_ entidade, mas ela tem uma lei federal que tem que ser respeitada para que qualquer tipo de contratação que

seja feita pela internet, ainda acreditando \_\_\_ em um impedimento de até sete dias e um ponto que já está previsto \_\_\_ consumidor. Já a FENASAUDE falou sim, que essa informação deve ter total transparência. No entanto qualquer alteração dos materiais disponibilizados impacta em custo. É necessário algum prazo para que os materiais atuais das operadoras sejam utilizados sem que haja desperdício. Nós concordamos com isso, inclusive vai um cálculo que a gente abriu aqui no início e falaram que a ideia que vai \_\_\_ a discussão seja realmente mais abrangente e \_\_\_ do que for necessário para que a gente possa chegar a \_\_\_ processo. Não é a intenção ter mudanças radicais sem \_\_\_ forma... É por isso que está aqui aberta a discussão, o assunto para que a gente possa chegar a um processo e publicar uma norma com discussão com a sociedade como um todo. Então realmente é importante uma \_\_\_ que nós temos e é nesse sentido, tanto a mudança que tem que ser feita... Está sendo discutido. Ainda na mesma pergunta, na visão da Unimed Paulistana, é importante para o consumidor saber que há distinções entre as regras de contratação e cobertura para cada tipo de plano, sendo razoável prestar todo tipo de esclarecimento sobre a modalidade do plano de saúde que está sendo contratado de acordo com a Lei nº 9.656/98. Isso a gente não tá entendendo, até para o consumidor saber por que a gente tá contratando mais do que todo mundo. Para evitar até a ideia de que ele está contratando o individual, quando na realidade não é. Já a operadora Unimed Rio entende que a operadora (no caso de venda direta por consultor próprio), o corretor e/ou a Adm. de Benefícios devem esclarecer a modalidade de Plano que está contratando (como pessoa física) ou aderindo (através de uma pessoa jurídica). Deverá haver um documento padronizado pela ANS “Carta de Orientação sobre a modalidade do Plano adquirido” no qual deverá constar obrigatoriamente e assinatura do intermediário entre a Operadora e o beneficiário responsável pela venda do plano e que foi responsável pelas informações sobre a modalidade do plano adquirido. Isso realmente já foi dito na ultima câmara técnica, inclusive a gente já adiantando, tem uma proposta nesse sentido para que o beneficiário seja cientificamente, esteja (ininteligível) o tipo de plano que ele está contratando ou que ele está aderindo, se é um coletivo empresarial, no caso que ele tenha comprado \_\_\_ ou ele \_\_\_ com a associação que ele está. O cara tem que saber, eu sou, por exemplo, arquiteto e estou comprando (ininteligível). Para a gente não ter problemas até que passa pela \_\_\_\_\_ que é um problema \_\_\_\_\_, infelizmente acontece, mas que a gente tem que buscar cada vez mais terminar com isso. Seguindo para a próxima pergunta sobre a DS, declaração de saúde: A previsão de questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos na Declaração de Saúde pode auxiliar o consumidor a reconhecer a existência de doenças ou lesões? Lembrando que hoje o texto da RN 162 tem exatamente essa expressão, e não pode, dependendo sobre o hábito (ininteligível) de saúde. Contribuição da ABRAMGE: sim. A) as pessoas não tem conhecimento técnico necessário para reconhecer a maioria das doenças existentes; B) muitas delas ainda que

doentes não procuram assistência médica ou só procuram em último caso, podendo conviver com diversos sintomas, até combatendo-os com uso de medicamentos rotineiros, sem saber que são consequências de uma determinada doença que já possui; e c) determinados hábitos de vida podem acarretar o surgimento de doenças que o beneficiário ainda não diagnosticou, até por não ter o conhecimento técnico para tal, mas que já possui e até já percebe os sintomas. Aqui, antes de mais nada, até para a gente seguir nossos conceitos, porque é importante a gente colocar os conceitos até para o que a Lei fala. O que é importante frisar em relação à doença preexistente, é que o beneficiário ele tem que saber possuir a doença para declará-la. Isso é uma coisa fundamental. É claro que, obviamente o beneficiário que tem uma formação, que são médicos, é médico ou \_\_\_\_\_, ele tem um conhecimento acima do padrão. Executivo, bem simples, beneficiário fez uma operação no joelho. Estava doendo e fez uma operação no joelho. Quem sabe colocou os pinos no joelho, até os termos... Não são \_\_\_\_\_. Ou o beneficiário teve um problema \_\_\_\_ como todos têm na prótese, ele sabe que fez \_\_\_\_\_, um dos problemas que ele teve. Isso diferencia algumas vezes ou \_\_\_\_ das vezes, o beneficiário que se quer sabe que ele está doente, ou que infelizmente, \_\_\_\_\_ para ser uma controlada e tem que ser combatida \_\_\_\_\_, e tem (trecho ininteligível). Então, só para a gente seguir, até na parte das propostas é importante sempre frisar isso, DLP é uma doença que o beneficiário saiba que tem, ele já sabe que possui e por um momento \_\_\_\_ até porque a gente não pode ter uma previsibilidade (ininteligível) de que o beneficiário vai ter uma doença daqui há seis meses, oito meses, dois anos, três anos, cinco anos, enfim. Isso é uma coisa importantíssima. Segunda, a FENASAÚDE entende que sim, vários questionamentos dentro outros que possam ser adicionados, por serem de mais fácil entendimento, reduzem a possibilidade de equívocos serem respondidos e permitem que se conheça melhor o perfil de saúde do beneficiário para ofertar programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Segundo a operadora Unimed Paulistana, os questionamentos sobre os hábitos de vida, sintomas ou uso de terapia medicamentosa constante corroboram o auxílio eficaz quanto a possível existência de Doença ou Lesão Preexistente. Sempre importante falar, agora, porém, que tais indicadores não são determinantes para dizer que o indivíduo sofrerá ou não com uma doença, podendo apenas consistir em fatores que auxiliam na prevenção e no diagnóstico de eventual doença....É aquela história, o beneficiário tem que saber que está doente, e existem, e aí a pessoa tecnicamente correta (trecho ininteligível) no tempo até praticamente, sei lá, mais de um ano. Isso é importante frisar, que o beneficiário realmente naquele momento que ele firmou o contrato ele não sabia daquela doença. Então é sempre importante dizer que \_\_\_\_ doença que o beneficiário saiba (ininteligível). Próximo...

(pessoa fala fora do microfone – trecho ininteligível)

**P/Voz não identificada** – Só para esclarecer \_\_\_\_\_ se efetivamente \_\_\_\_\_ algumas coisas escritas fica a vontade para colocar depois na contribuição, porque até pelo ponto \_\_\_\_\_ de contribuições que a gente recebeu e pela apresentação da proposta, se a gente parar agora e depois voltar a gente não abre a possibilidade para a discussão que é mais rica no final, tá? A UNIMED RIO diz que estes e outros questionamentos como, por exemplo, se faz acompanhamento médico regular para alguma patologia facilitarão a orientação do correto preenchimento da Declaração de Saúde assim como facilitarão a convocação do beneficiário para entrevista médica qualificada e/ou perícia médica caso observemos a necessidade de confirmação e/ou esclarecimentos acerca da Declaração de Saúde preenchida. Então, especificamente nesse assunto eu criei as perguntas que hoje não estão (ininteligível) então é sempre bom firmar que esse é um assunto extremamente complexo e que sim, merece uma reflexão, merece debate, para que a gente possa verificar se essa instituição deve ser mantida, deve ser (ininteligível), enfim, é sempre importante levar esse tema para que a gente possa \_\_\_\_\_ para a construção de uma norma mais eficaz, mais eficiente. Próxima pergunta ainda sobre a declaração de saúde: No intuito de simplificar seus termos ou de torná-la de mais fácil entendimento pelo consumidor, a Declaração de Saúde deveria ser padronizada pela ANS? A ABRAMGE entende que não, pois poderia engessar excessivamente o documento não atendendo as particularidades de cada caso, por exemplo, as distorções regionais derivadas da extensa região geográfica do Brasil. A Declaração de Saúde poderia ser direcionada pela ANS, tal como hoje acontece com os instrumentos contratuais dos planos de saúde (A IN/DIPRO nº 23/09 e alterações não padroniza o contrato do plano, mas determina todo o seu conteúdo principal e cada assunto necessário). Formato semelhante poderia ser aplicado para a Declaração de Saúde, então, poderia ser direcionada, poderia ser dado um modelo, porém não seria padronizado. A ANAB seguiu a mesma linha ao afirmar que a Declaração de Saúde deverá guardar relação com os critérios adotados por cada operadora para identificar o perfil epidemiológico de seus clientes e investir em programas de atenção à saúde. Ainda na mesma pergunta, o FENASAÚDE também seguiu a mesma linha. Cabe às operadoras a escolha do melhor caminho para regular o seu risco devendo ser mantido o princípio de boa-fé objetiva (art. 422 Código Civil) entre operadora, corretor, beneficiário e ANS. Quanto mais esclarecedora for a Declaração de Saúde, mais transparência haverá no processo. A ANS poderá estabelecer diretrizes, permitindo que as operadoras tenham liberdade de incluir questionamentos que a auxiliarão no conhecimento da situação da saúde de seus beneficiários para melhor atendê-los, possibilitando inclusive a diferenciação em função do perfil de determinado público, região etc.

Então, a mesma linha foi seguida no sentido de que a declaração de saúde não deve ser padronizada, mas poderia ser estipulada pela Agência. Ainda sobre o tema do \_\_\_\_\_, por outro lado há operadoras que colocam pela padronização, então a Unimed Paulistana entende que sim, visando ao resguardo dos interesses de todas as partes envolvidas. Para que a Declaração de Saúde seja justa e válida, é necessária a total imparcialidade em sua confecção. A ANS é o órgão responsável por intermediar a relação Operadora/Beneficiário, atuando desde a sua criação de forma imparcial, não lhe cabendo agir de forma tendenciosa para qualquer das partes. A Unimed Rio também acha que a DS deveria ser padronizada...é fundamental que o beneficiário seja orientado pela Operadora de Saúde (no caso de venda direta por consultor próprio), corretor ou Administradora de Benefícios da importância de informar dados relativos a doenças preexistentes relativos a si e a seus dependentes em sua Declaração de Saúde conforme “Carta de Orientação” prevista na RN 162. Deve ser informado, obrigatoriamente, da necessidade de informar corretamente seu peso e altura assim como de seus dependentes em sua Declaração de Saúde (DS) ..... Ai seguindo, vou terminar de ler, você concordo obrigatoriamente com esse ponto, da declaração é aquele problema que a gente verificou na primeira reunião da obesidade mórbida e não só a metáfora da negação de DLP, mas também o problema de impacto \_\_\_\_\_ por causa do encaminhamento ou não para cirurgias de obesidade. Próxima pergunta sobre a entrevista qualificada e perícia. Há necessidade de realização da perícia para a verificação da existência de doença ou lesão preexistente? Segundo a ABRAMGE, a perícia é um instrumento de auxílio na identificação de doenças e lesões preexistentes, em certos casos é de fundamental para a identificação de uma DLP. Também um meio de segurança para o próprio beneficiário, por ser um instrumento mais técnico e mais preciso na identificação de eventual doença ou lesão que o beneficiário possua. Sozinha não é suficiente para identificar toda e qualquer doença ou lesão preexistente, considerando a complexidade do organismo humano e a diversidade de doenças e lesões existentes, logo deve ser tratada como instrumento auxiliar na identificação das DLP, e apenas um dos meios de identificação, sem que não se possa averiguar posteriormente a sua ocorrência a DLP. Isso é uma coisa importante porque segundo o que foi dito no início,(ininteligível), essa discussão é o seguinte, é o momento para a verificação da DLP, porque é obviamente que o beneficiário quando ele vai entrar no plano, ele tem que ter declarado as doenças que ele tem conhecimento, agora na medida que você provoca no tempo essa possibilidade, naquela oportunidade ele não sabia daquela doença e ela pode ter se desenvolvido nesse período. Então é só uma coisa para discutir, até por que essa oportunidade da entrevista qualificada, de perícia, \_\_\_\_\_ foi a primeira pergunta que ele fez lá (ininteligível) para que essa relação seja o menos conflituosa depois que terminou essa qualificação da entrada. Analisada a qualificação de entrada, essa relação tem que se pautar pelo que foi declarado naquele momento, para evitar justamente que posteriormente venha



dizer que não sabe o que ... Então é importante que a gente saiba, discuta esse momento.... Segundo, para a ANAB, a perícia somente é um dos vários mecanismos que podem ser utilizados para averiguar a existência de DLP não sendo necessariamente obrigatório. Então para a FENASAÚDE, a perícia é extremamente importante, não deve ser eliminada, não é possível detectar por meio dela todas as DLPs, ainda que sejam realizados exames. É importante permitir a imputação de CPT para doenças não detectadas no momento da perícia que comprovadamente o beneficiário tinha conhecimento. Ai eu volto a dizer que realmente é uma situação difícil, eu acho que tem que ser batido, como que uma doença não pode ser identificada numa perícia, numa entrevista qualificada e o beneficiário ter conhecimento, isso é uma coisa que é importante que a gente discuta aqui. Qual seria esse lapso? Como isso vai acontecer? Isso é uma coisa, eu acho que \_\_\_\_\_ a gente tem que discutir como que a gente pode dar solução para essa situação. A Unimed Paulistana entende que, mesmo sendo uma medida complexa no ato de contratar um plano de saúde, é a prova cabal da existência de uma até então suposta DLP. A Unimed Rio entende que deve ser obrigatória a realização de entrevista médica qualificada e/ou a perícia médica em casos específicos nos quais a perícia médica se faça necessária; deve ser feita exclusivamente por médicos da Operadora que tenham conhecimento da Legislação dos Planos de Saúde já que sua função também é esclarecer questões sobre direitos de cobertura e consequências da omissão de informações (RN 162). É importante frisar que mesmo tendo sido realizada perícia médica, diversas patologias podem não ter sido detectadas na entrada do beneficiário no plano, e eu volto aqui mais uma vez a dizer, para insistir bastante e esse assunto é importante de ser discutido, porque se não é detectado, como que seria detectado e como seria o \_\_\_\_\_, como a gente poderia tentar a oportunidade de dizer que o beneficiário não sabia daquela doença e que ela surgiu depois? Isso é uma questão que é importante a gente discutir aqui para que a gente possa tornar essa relação mais objetiva e menos conflituosa possível, para evitar os problemas que a gente verifica hoje em alguns casos, principalmente nos processos abertos na agencia, e não só os processos, (ininteligível) correr para o procom e até com o nosso disk ou pela internet. Ainda... Essa foi uma pergunta que a gente fez que foi uma contribuição feita na primeira e na segunda, sobre a ida do beneficiário para a entrevista qualificada e perícia: O que ocorreria se o consumidor não concordasse em se submeter à entrevista qualificada ou à perícia? A ABRAMGE diz que por ser um direito do consumidor e não uma obrigação, a recusa na realização da entrevista qualificada não geraria ônus ao beneficiário. A recusa do beneficiário em se submeter à perícia deve ser tratada a luz do princípio da presunção de culpa/má-fé, sendo facultado à Operadora recusar o seu ingresso no plano de saúde (não viola o art. 14 da Lei nº 9.656/98, uma vez que foi permitido o ingresso no plano, mas ele optou em não observar as regras necessárias para tanto).

Esse é um assunto que eu acho que a gente também tem que discutir, enquanto a gente for trazendo umas propostas \_\_\_\_\_ falar exatamente esse tema, então esse tema sempre dá problema, por isso inclusive que a agência \_\_\_\_\_ sobre o assunto. Segundo a ANAB, o consumidor deve aceitar os critérios de ingresso, caso contrário, deve ser assegurada às Operadoras e às Administradoras de Benefícios a faculdade de recusar o seu ingresso. Já a FENASAÚDE entende que em analogia ao entendimento de que “a operadora tem o direito de não incluir consumidor/beneficiário que se recusar a fornecer o número do CPF do titular ou do dependente maior de 18 anos” (Nota Técnica nº 42/2013/DIDES/ANS), a operadora poderia não incluir o consumidor que se recusasse à realização da entrevista qualificada ou da perícia, que igualmente impediria a celebração do contrato. Ainda sobre o mesmo tema, a Unimed Paulistana, por sua vez, diz que o beneficiário compromete-se com as alegações assentadas na Declaração de Saúde, sujeitando-se ainda às penalidades previstas na RN nº 162/07, caso seja identificado qualquer indício de fraude no caso de omissão de DLP já conhecida na ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. A Unimed Rio entende que o consumidor deve ser informado pela Operadora, pelo corretor ou pela Adm. de Benefícios no momento em que informa sua pretensão de adquirir/aderir ao plano de saúde que o processo de admissão ou adesão ao Plano só é completado quando ocorrer o comparecimento do beneficiário a entrevista médica ou perícia médica. A não realização de entrevista ou perícia médica, quando necessário, pelo beneficiário convocado acarretaria a não finalização do Processo de entrada no Plano de Saúde. O comparecimento à entrevista médica é pequeno por não fazer parte obrigatória do fluxo a cumprir para que o Processo de entrada no Plano de Saúde seja finalizado. Isso é um assunto importante porque a gente vai discutir (ininteligível) porque isso realmente, o fato de você impedir o beneficiário de entrar no plano, poderia, dependendo do caso, ser entendido como uma \_\_\_\_\_ a sumula e a \_\_\_\_\_ da Lei, então é por isso que nessa linha de construir uma proposta que seja correta e que seja futuramente mais hábil, \_\_\_\_\_, seria importante, então a gente poderia induzir e deixar claro, para estar desde o início da relação, desde o princípio do início da relação, que é o primeiro contato da operadora com o beneficiário, \_\_\_\_\_ como vai se dar toda essa transparência ao longo da futura relação contratual. (ininteligível). A próxima pergunta: Realizada a entrevista qualificada, identificada pela operadora oficial de perícia, seria admissível que o beneficiário realizasse um exame com um médico de sua confiança? Quem arcaria com os custos correspondentes? A ABRAMGE entende que não seria seria admitido ao beneficiário realizar a perícia com médico de sua confiança, pois assim não seria uma perícia. A perícia por sua própria natureza é um instrumento de verificação, de validação, que deve ser realizado sob a luz de certas premissas especialmente desenvolvidas pelo agente a quem se destina, exatamente para garantir sua confiabilidade. O beneficiário é a parte diretamente interessada no resultado da perícia, logo a escolha de profissional de sua confiança não

garantiria essa confiabilidade, imparcialidade dos resultados. A perícia será realizada pela Operadora ou a sua ordem, razão pela qual deverá assumir os custos da sua realização. A gente trouxe também uma questão que vai ser colocada mais lá na frente, que considerando a gente vai apresentar os exames também, então, o público dessa pergunta (ininteligível) isso, levar esses exames a sei lá “eu sei que eu tenho isso” ou “eu não tenho isso”, então é uma espécie de contribuição para a discussão, para essa qualificação mental. Sim, já a ANAB falou que sim, ele pode fazer os exames com médico de sua confiança, mas deve arcar com todos os custos. Já a FENASAÚDE diz que não, que a perícia deve obrigatoriamente ser realizada por médico indicado pela operadora, sob pena de haver conflito de interesse. De acordo com o Código de Ética Médica, artigo 93, o médico de confiança do paciente, neste caso, estaria impedido de realizar a perícia. A Unimed Paulistana já diz que Identificada a necessidade de uma perícia o consumidor deverá arcar com esse custo, e a Unimed Rio diz que não, que a entrevista médica qualificada e a perícia médica quando necessário devem ser feitas exclusivamente por médico da Operadora, já que sua função não é exclusivamente auxiliar o beneficiário a preencher a sua Declaração de Saúde e sim também esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações, questões estas que só podem ser esclarecidas por médicos que tenham conhecimento da Legislação dos Planos de Saúde. Caso haja necessidade de complementação diagnóstica por meio de exames, o ônus dos mesmos será do pretendente ao Plano de Saúde.

Bem, pessoal, essas basicamente são as contribuições, resumo delas, (trecho ininteligível).

P2: (trecho ininteligível)

P1: Calma! (ininteligível)

P2: (...) porque que a (ininteligível) do evento, não era tudo dela?

P1: Pode ficar tranquila!

P2: Mas tava combinado desde junho, às 15 horas. Eles têm tanto e-mail e não se comunicam!

P1: Para uma ter uma apresentação (ininteligível), o e-mail é um e-mail da gerência geral, que a gente vai ver, (ininteligível) infelizmente não veio. Uma orientação que a gente faz (ininteligível), para os participantes, é (ininteligível) porque nós estamos (ininteligível), o nosso orgulho absoluto é receber a contribuição para botar no processo, aquela coisa toda. A gente abre a possibilidade de encaminhar um e-mail, justamente para facilitar o contato, para ter um modo mais rápido, mais eficiente de contato. Mas a gente precisa do documento, até transferir o processo, para que daqui a 10 anos, todo mundo

possa ter acesso para saber que contribuições foram feitas nesse ano de 2014. Mas de qualquer forma, a palavra está aberta depois que a senhora fizer a contribuição, qualquer (ininteligível) que a senhora também tenha vontade de falar, eu vou passar aqui para a Cris, para falar das outras contribuições. Depois a gente dá uma paradinha e volta com as outras propostas.

**Cristiane Arruda:** Boa tarde. Primeira contribuição é sobre a não diferenciação do ingresso de beneficiários em planos de saúde. Mas ainda recebemos duas contribuições sobre esta questão, da ANAB e da Unimed Rio. A ANAB entende que não deve haver nenhuma diferenciação no ingresso de beneficiários em planos individuais ou coletivos de até 30 vidas. O ingresso de beneficiários deve ser facilitado, podendo inclusive ocorrer por meio eletrônico, visando à desburocratização do processo. A Unimed Rio entende que não deve haver qualquer diferenciação no ingresso de beneficiários, sejam eles: a) de plano Individual ou familiar; b) plano coletivo empresarial com número de beneficiários inferior a 30; c) de plano coletivo empresarial com número de beneficiários superior a 30, mas que aderiram fora do período em que ficam isentos de CPT e d) Plano coletivo por adesão, já que todos estes são passíveis de cláusula de CPT.

Bem, a segunda contribuição, sobre a participação das Administradoras de Benefícios na Qualificação da Entrada de Beneficiários no Plano de Saúde, ou seja, a questão da participação das administradoras de benefícios no processo de qualificação da entrada do beneficiário no plano de saúde. A ANAB entende que essas administradoras podem orientar os beneficiários a prestar todas as informações fidedignas sobre o seu histórico de DLP no momento em que preencherem a Declaração de Saúde. As Administradoras de Benefícios podem contribuir com a redução da obesidade mórbida, incentivando as empresas, entidades de classe, sindicatos e associações a investirem em campanhas de hábitos saudáveis e programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. A próxima contribuição é sobre o papel do corretor. Isso foi falado na reunião anterior, mas foi novamente apresentado e citado nas contribuições que nós recebemos agora. Segundo a ABRAMGE, a ANS deve possuir regulação sobre o corretor, para que ele se responsabilize por suas ações, ao contrário do que hoje acontece, na qual não há ingerência da ANS sobre essa atividade e, com isso, as sanções e medidas advindas do processo regulatório, mesmo quando vinculadas a esse profissional, acabam recaindo exclusivamente na operadora. A FENASAÚDE entende que o corretor eleito pelo consumidor é também remunerado para prestar informações, e é de suma importância que esteja capacitado para tal. Sugere que sejam publicadas cartilhas e sejam realizados eventos e ações voltados tanto aos corretores, para capacitá-los a exercer de forma mais adequada a venda do plano de saúde, quanto aos consumidores, para que conheçam seus direitos e deveres. É importante que se reforce nesta campanha a obrigatoriedade do beneficiário

de prestar informações verídicas à operadora, sob pena de ter seu contrato cancelado por fraude. A próxima contribuição é da ANAB também, e sugere disponibilização do formulário da Declaração de Saúde pelas Operadoras/Administradoras de Benefícios nos seus websites, permitindo a utilização da via eletrônica para os consumidores que desejarem fazer o preenchimento pelo site. Essa medida entende que é mais apropriada à realidade tecnológica mental, desburocratiza o processo, torna o processo mais célere, e dá a opção ao consumidor a preencher este documento em meio eletrônico, em ambiente seguro sem a interferência de terceiros. Após o recebimento dessa declaração de saúde as operadoras poderiam analisar as informações, e verificar se há necessidade da adoção da entrevista médica ou da perícia. A ANAB entende também que o processo digital deve possibilitar a mesma certeza quanto à autenticidade e à integridade dos documentos eletronicamente produzidos, bem como garantir a sua proteção contra acesso indiscriminado. Então aqui, é necessário que sejam respeitadas aquelas regras de que o Rafael falou, da contratação via internet, para que isso seja possível. Ainda nesse ponto a Unimed Rio sugere, nos planos coletivos por adesão - um documento conhecido como "Termo de Compra" padronizado pela ANS que visa orientar ao beneficiário que o mesmo dá direito a administradora de representá-lo a partir do momento da adesão ao Plano, no qual deverá constar obrigatoriamente: a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal e data da ciência; a identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e pelas informações sobre o direito da Administradora de representá-lo a partir do momento da adesão ao Plano. Bem, a ideia essa contribuição é que a administradora represente o beneficiário, mas na verdade, o beneficiário está representado pela pessoa jurídica contratante, mas de qualquer forma nós vamos analisar essa contribuição. Bem, sobre ainda esse tema, a ANAB entende que as operadoras podem utilizar diferentes métodos de averiguação, para certificar que o consumidor é portador de DLP e havendo imposição de CPT, devem ser suspensas apenas as coberturas relacionadas à DLP declarada. A UNIMED RIO sugere que deva ser permitida a realização de entrevista médica qualificada por telefone com seu conteúdo obrigatoriamente gravado, apenas para os beneficiários impossibilitados de realizar a entrevista na forma presencial. E mesmo o beneficiário que deseja participar da entrevista qualificada, ele deve manter essa possibilidade, mesmo que ele não fosse convocado, a UNIMED RIO entende que deveria ser dada essa opção ao beneficiário que assim preferir, e nesse caso, seria utilizado o mesmo lapso temporal que era utilizado com os beneficiários que foram convocados para a entrevista qualificada para prestar esclarecimentos sobre a declaração de saúde preenchida.

Bem, a Unimed Rio também outras contribuições como permitir a alegação de omissão de informação de DLP mesmo que a operadora tenha realizado entrevista qualificada ou perícia no momento do ingresso no plano. Pela RN 162, se for realizado perícia não pode haver alegação posterior de DLP pela operadora, a Unimed sugere que seja permitido o comparecimento obrigatório do beneficiário para entrevista médica qualificada de rerratificação ou perícia médica quando há um pedido de procedimento cirúrgico ou procedimento de alta complexidade em que há indício de fraude por omissão de informação de DLP, tendo o beneficiário menos de 24 meses de Plano de Saúde. No caso de um beneficiário que está a menos de 24 meses no plano e solicita um procedimento cirúrgico ou um procedimento de alta complexidade, a Unimed Rio entende que deveria ser obrigatório comparecer primeiro a uma entrevista médica de rerratificação ou uma perícia para que ele possa esclarecer sobre essa doença porque há indícios de fraude. E mesmo, continuando nesse ponto, deveria ser permitido que este procedimento cirúrgico ou de alta complexidade, eletivo, para o qual há indícios de fraude possa ser autorizado pela operadora após o resultado favorável ao beneficiário do processo administrativo na ANS. Por fim, a Unimed Rio sugere ainda que a norma traga uma diferença clara para a entrevista médica qualificada e perícia, embora a RN 162 já traga essa diferença. Bem, ainda com a Unimed Rio, ela sugere alteração no conceito de CPT, porque na forma como ele está na RN 162, a ANS não permite restrição mesmo quando se trata de doença preexistente nos casos de urgência e/ou emergência. Realmente, a suspensão de coberturas na CPT, são apenas para leitos de alta tecnologia a *cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)*, leitos de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos ou de alta complexidade solicitados de forma eletiva. Então, na CPT não há suspensão procedimentos nos casos de urgência e emergência porque nestes casos esses procedimentos estariam acobertados após a carência de 24 horas. E por fim, a Unimed Rio trouxe outra contribuição que é a não manutenção de cláusula de agravo pela dificuldade de calcular um valor justo para o agravo, por esse motivo ele não é utilizado.

São essas as contribuições que estão fora daquelas perguntas.

**Rafael Vinhas:** Pessoal, estas foram as contribuições que recebemos, a gente vai abrir o coffee daqui a 20 minutos. A gente volta trazendo mais cenários à discussão, propostas e depois vamos abrir a palavra para vocês se colocarem, para que fiquem, à vontade para colocar as situações que vocês quiserem, tá? Obrigado, até já.

