



São Paulo, 28 de abril de 2014.

ABR.009/14 – SIN.004/14

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 referentes à 1ª reunião da 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 a respeito da Reunião da Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes, ocorrida no dia 03/04/2013.

Inicialmente, cumpre mencionar que a apresentação realizada por V.Sa. na primeira reunião da Câmara Técnica demonstrou com clareza que o atual processo envolvendo doenças ou lesões preexistentes não tem demonstrado eficaz, com elevado índice tanto de arquivamento por documentação incompleta ou não atendimento à forma prevista para apresentação, como de improcedência.



Portanto, registramos nossos cumprimentos à ANS por instituir uma Câmara Técnica com propósito de implementar nova política ao ato de contratação do plano que se mostre mais eficaz para o cumprimento do art. 11 da Lei nº 9.656/98.¹

Foram solicitadas contribuições referentes a sete questionamentos apresentados pela GGEOP/DIPRO, além de outros que possam ser relevantes à matéria.

No entanto, antes de posicionarmos quanto a esses questionamentos, manifestamos nosso posicionamento quanto à necessidade de revisão da data de ingresso do beneficiário ao plano, que é relevante para que as ações relativas ao cumprimento de regras relativas a doenças e lesões preexistentes.

Atualmente, o anexo da IN-DIPRO nº 23, de 2009, assim estabelece:

Tema V - Duração do Contrato

A) Nos contratos de planos individuais/familiares:

1. as operadoras deverão informar que o contrato vigorará por prazo indeterminado, bem como o início da vigência;
2. **considerar-se-á, para início de vigência contratual em planos individuais, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro**, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei 9656/1998;
3. a operadora poderá estipular que o prazo de vigência mínima do contrato será de um ano (artigo 13, parágrafo único, da Lei 9656/1998), observando o disposto no Tema XVII, "a", deste manual, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (artigo 1º, I, da Lei 9656/1998);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;

¹ Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.



3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998. **As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;**
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador. (grifo nosso)

Ao celebrar como momento inicial de vigência a data de assinatura da proposta de adesão (da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro) no caso de planos individuais/familiares ou livre negociação em planos coletivos, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora, impede que a operadora identifique a necessidade de aplicar as regras vinculadas a doenças ou lesões preexistentes antes da vigência contratual.

Isto porque, há uma incompatibilidade normativa, onde a própria RN nº 162/07 estabelece que identificada uma doença ou lesão preexistente, pela declaração do beneficiário, na entrevista qualificada ou em perícia, caso a Operadora não ofereça a cobertura integral, deverá nesse momento ofertar a Cobertura Parcial Temporária e que, a não oferta da CPT na adesão contratual, impossibilita posterior aplicação da CPT, ao mesmo tempo em que outra norma exige que a vigência ocorra no momento da assinatura da proposta, do contrato ou do primeiro pagamento, quando muitas vezes a Operadora ainda sequer tomou conhecimento do conteúdo da declaração de saúde ou pode realizar uma perícia no beneficiário.

Dessa forma, pleiteia-se que, assim como ocorrem em diversos seguros, seja um direito da operadora proceder com a perícia ou a realização de exames prévios à vigência contratual, devendo ser definido um lapso temporal para a realização desses procedimentos e o início da vigência contratual.

Salienta-se que em respeito ao art. 14 da Lei nº 9.656/98, a operadora não poderá recusar o ingresso do beneficiário em razão da doença ou lesão preexistente, mas poderá antecipadamente ao início da vigência da cobertura informar sobre as restrições de acesso que terá por 24 meses em virtude da doença ou lesão preexistente.



Além disso, a RN nº 162/07 é expressa quanto à carta de orientação ao beneficiário ser parte integrante obrigatória dos contratos de planos de saúde e estar localizada na página anterior ao formulário de declaração de saúde contendo a identificação do responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde, o que confunde com os casos em que o beneficiário deseja ser orientado por um médico.

Art. 3º. Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.

§1º A Carta de que trata o caput deste artigo é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter:

I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e

II - 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 que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.

§2º Em todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada na página imediatamente anterior ao formulário de Declaração de Saúde e deve ser entregue juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, no momento de seu preenchimento.

Deve-se ainda ponderar que a atual regra de vigência contratual estabelecida em planos individuais/familiares torna extremamente complexo o processo para garantir o atendimento (posto que o beneficiário ainda não possui a carteira de identificação e seus registros cadastrados no sistema da operadora para as autorizações que forem necessária), havendo, inclusive, divergência normativa entre o momento de entrega de cada documentação, ainda que não atrelada a matéria DLP, se não vejamos:

A RN nº 195/09 estabelece que nos formulários para proposta de contratação ou adesão devem conter referência expressa à entrega do MPS (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde) e o GLC (Guia de Leitura Contratual), com data e clara identificação das partes, enquanto a IN-Dipro nº 20/09 estabelece a entrega do GLC juntamente com a carteira de identificação do plano:

RN nº 195/09:

Art. 24 Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive classificadas na



modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC. (...)

Art. 25 Os formulários utilizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Benefícios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

IN-DIPRO nº 20/09:

Art. 4º O MPS deverá ser entregue anteriormente à assinatura da proposta de contratação, segundo o tipo de contratação:

I - nos planos individuais: ao beneficiário titular; ou

II - nos planos coletivos: ao representante da pessoa jurídica contratante ou Administradora de Benefícios e aos beneficiários titulares até a assinatura da sua proposta de ingresso no plano.

Art. 5º O GLC deverá ser entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular, independentemente do tipo de contratação.

Uma vez permitido que haja um lapso temporal, definido por Resolução Normativa, para o início da vigência contratual, será possível melhorar o primeiro contato do beneficiário com a operadora e propiciar uma relação mais harmoniosa entre as partes.

Por outro lado, havendo recusa do pretense beneficiário em realizar a perícia, poderá a operadora recusar seu ingresso.

Outra questão relevante trata-se do preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde, na qual hoje são vedados questionamentos sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos. Caso sejam permitidos esses questionamentos, a operadora poderá eleger com mais precisão quais pessoas deverão ou não realizar a perícia ou algum exame específico, aumentando a eficiência na identificação das doenças e lesões preexistentes e a qualidade da documentação nos processos abertos junto a ANS para apuração de eventual omissão, além de consequentemente reduzir os casos de omissão no preenchimento da declaração de saúde.

Uma última questão importante a ser pontuada antes de tecermos nossos comentários sobre as perguntas apresentadas na primeira reunião é o tratamento do processo administrativo sobre DLP pela ANS. Nos termos da Lei 9.565/98 c/c RN nº 167/07, a Operadora não pode negar nenhuma cobertura antes do julgamento da ANS quanto a



eventual omissão do beneficiário referente a doenças e lesões preexistentes. Ocorre que, para abrir esse processo, após identificar indícios de fraude de beneficiário, a Operadora ainda tem que comunicá-lo desse indício e aguardar ao menos 10 dias contados do recebimento dessa comunicação para vir a solicitar à ANS a abertura do processo. Acrescenta-se a isso o lapso temporal necessário para o julgamento do processo pela ANS, atualmente bastante elevado, temos que a Operadora é compelida a arcar com custos bastante elevados para coberturas que seriam objeto de CPT, mesmo depois de identificar indícios de fraude do beneficiário.

Em função disso, considerando a impossibilidade de negativa de cobertura sem o posicionamento da ANS, faz-se extremamente necessário uma maior atenção da Agência em relação os processos de DLP, tanto no que se refere à agilidade de julgamento quanto à revisão da estrutura do processo no que tange a seu arquivamento.

Por exemplo, atualmente, pelo fluxo do Processo Administrativo apresentado, após a análise da documentação na abertura do processo, caso a ANS considere que a documentação não está "ok", o processo é arquivado. Da mesma forma, quando o beneficiário que omitiu a informação deixa o plano por qualquer razão durante o trâmite do processo junto a ANS, o processo também é arquivado.

A pretensão é de que antes de qualquer arquivamento do processo sem julgamento de mérito, que a Operadora seja intimada a se manifestar e, se for o caso, complementar informações, na forma autorizada pelo art. 23 da RN nº 162/07. Assim, evita-se que a Operadora tenha que iniciar todo o processo novamente aumentando ainda mais o tempo e o prejuízo em face de cobertura de procedimentos que seriam objeto de CPT.

Da mesma forma, sugere-se criar uma análise prévia, como uma medida liminar, quando pela documentação apresentada pela Operadora estiverem presentes o perigo da demora (*periculum in mora*) e a razoabilidade das alegações (*fumus boni juris*), autorizando a Operadora a negar as coberturas que seriam objeto de CPT. Caso posteriormente, a alegação da Operadora venha a ser julgada improcedente, a Operadora poderia assegurar o reembolso dos procedimentos custeados pelo beneficiário, nos limites da tabela utilizada pela Operadora com sua rede credenciada.



Com relação às perguntas apresentadas na primeira reunião para discussão, seguem as nossas contribuições:

1. Deve haver diferenciação no ingresso de beneficiários em plano individual ou coletivo até 30 vidas?

Os contratos coletivos com até 30 beneficiários tem comportamento semelhante ao de planos individuais. Não se conhece, inclusive, quais estudos técnicos foram realizados para se chegar ao número de 30 beneficiários e não 50 ou 300 ou qualquer outro número de beneficiários que indique ser necessário tratamento diferenciado, como hoje ocorre nas normas relativas a pool de risco, carência, DLP, nota técnica atuarial.

Portanto, não é possível afirmarmos que o número de 30 beneficiários seja o mais adequado, mas é fato que a relação com pequenas e médias empresas assemelham mais à dos planos individuais do que dos planos coletivos destinado a milhares de beneficiários.

No entanto, com relação especificamente à doenças ou lesões preexistentes, a nosso ver, deveria ser permitida a restrição de atendimento por 24 meses em qualquer tipo de contratação uma vez que o art. 11 da Lei nº 9.656/98 não restringiu esse direito apenas a planos individuais/familiares ou coletivos com menos de 30 beneficiários.

2. Como a Administradora de Benefícios pode colaborar para a qualificação do ingresso do beneficiário no plano?

- *orientar o consumidor na contratação do plano?*
- *reduzir o nível de reclamação?*

Atualmente identificamos diversas Administradoras de Benefícios substituindo a operadora no processo referente a doenças ou lesões preexistentes, inclusive procedendo com a oferta do médico que orientará a entrevista qualificada bem como realizando perícia.

Entendemos que a Dipro deve, primeiramente, considerar qual é exatamente o papel das administradoras de benefícios nesse primeiro contato com o beneficiário,



principalmente levando em conta as vedações de atividades definidas pelo art. 3º da RN nº 196/09.²

Por outro lado, a Administradora de Benefícios pode exercer apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, e, limitando-se a esse permissivo normativo, auxiliar na orientação do beneficiário antes da contratação do plano sobre as regras atinentes a doenças e lesões preexistentes.

3. Que ações podem ser adotadas para identificar as doenças ou lesões que o consumidor saiba se portador no ato da contratação?

- *Orientação?*
- *Perícia*
 - *Pode haver?*
 - *Quando?*
 - *Quais os limites?*
 - *Qual a população-alvo?*
 - *O beneficiário pode se negar a fazer a perícia?*

A orientação adequada ao beneficiário demanda tempo e não deveria ficar restrita ao profissional que vende o plano de saúde. Para tanto, deveria haver o lapso temporal sugerido entre a manifestação de interesse do beneficiário em aderir ao plano e o início da vigência contratual para que fossem realizadas orientações aos que assim desejassem bem como realizada a perícia nos casos estabelecidos pela operadora.

Dessa forma, entende ser essencial a possibilidade de questionamentos sobre hábitos de vida, sinais e sintomas, bem como uso de medicamentos para que a operadora pudesse definir a população que passaria pela perícia.

Nesse caso, entende-se que o beneficiário não poderia se negar a fazer a perícia caso fosse convocado para tanto. Portanto, havendo a recusa e já tendo efetuado algum pagamento, seja para o corretor, para a administradora de benefícios ou para a

² Art. 3º A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.



operadora, poderia ser restituído de parte do pagamento descontadas as despesas administrativas envolvidas, porém não poderia lhe ser garantido o ingresso no plano e o início da cobertura contratual por algo que ele próprio se recusou a executar.

A proposta não é cercear o ingresso até porque esse é de interesse da operadora, que necessita movimentar sua carteira de beneficiários. Portanto, a perícia poderia contar com regras claras como o beneficiário ser previamente informado dos locais em que são realizadas antes da assinatura da proposta de adesão, sugestão de que se o beneficiário não puder comparecer no local e data definido sua adesão ao plano fica suspensa até o comparecimento conforme sua disponibilidade, a possibilidade de apresentar exames como alternativa à perícia, etc.

Outra questão relevante a esse respeito é não considerar como violação à Súmula Normativa nº 19 os critérios definidos pela operadora que serão considerados na população alvo que realizará a perícia, uma vez que todos os beneficiários terão acesso ao plano de saúde, porém a realização em todos os beneficiários torna-se extremamente onerosa e desnecessária, sendo razoável a eleição de uma população alvo que seja mais condizente com a possibilidade de possuir uma doença ou lesão preexistente.

Chamamos mais uma vez a atenção que a realização da perícia terá a finalidade de aplicar regras específicas para a doença e lesão preexistente, nos limites permitidos pelo art. 11 da Lei nº 9.656/98, porém não haverá recusa de ingresso do beneficiário pela preexistência da doença.

4. Que coberturas devem ser suspensas durante a aplicação da CPT?

- *Cirurgias?*
- *Procedimentos relacionados ao órgão afetado ou à doença?*

Ex: aplicação de CPT para qualquer problema oftalmológico em decorrência de astigmatismo.

Entendemos que diante da constante revisão do rol de procedimentos e modificação dos procedimentos considerados de alta complexidade, bem como situações que podem ter custos elevados e hoje não são abarcadas pela cobertura parcial temporária (exemplo das internações psiquiátricas), acreditamos que a suspensão de cobertura por 24 (vinte



e quatro meses) deveria ser para todo problema vinculado àquela doença ou lesão, ressalvadas as consultas e exames laboratoriais simples.

5. Qual o impacto assumido pela operadora na cobertura da cirurgia bariátrica?

A cirurgia bariátrica possui impactos maiores do que apenas o pagamento da cirurgia, em virtude das complicações posteriores que podem ocorrer (tratamentos psicológicos, nutricionais e cirurgias plásticas).

Além disso, tem-se constatado um aumento expressivo de pacientes que nitidamente aumentam o peso para cumprir com as diretrizes de utilização e assim ter acesso à cobertura ao invés de melhorar seus hábitos de vida e efetivamente tentar reduzir peso com dieta balanceada e acompanhamento nutricional.

Acredita-se, no entanto, que o elevado índice de processos administrativos vinculados à obesidade mórbida tem relação com a dificuldade da própria operadora em compreender quais os limites de sua atuação diante de uma informação prestada pelo beneficiário sobre peso e altura nas declarações de saúde.

6. Qual seria o prazo razoável para se identificar uma eventual fraude por parte do beneficiário?

Um beneficiário que sabe estar doente e adere ao plano visando uma utilização rápida, aguardaria quanto tempo para solicitar um procedimento?

Considerando as disposições do art. 11 da Lei nº 9.656/98, acredita-se que a operadora possa, durante os 24 (vinte e quatro) primeiros meses de adesão verificar a ocorrência de fraude. Porém, havendo critérios claros para a realização de perícia, certamente propiciará uma redução significativa nos processos administrativos envolvendo fraude.

Além disso, a intenção do beneficiário ao negar uma doença pode não ser uma utilização rápida, mas apenas que possa estar coberto em caso de complicações no seu estado de saúde sem ter que aguardar 24 meses.



7. *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?*

Considerando que o que se propõe é a existência de um lapso temporal entre a intenção da contratação do plano e a realização de exames ou perícia, todos os procedimentos realizados nesse período serão suficientes para comprovar que o beneficiário saiba ser portador uma vez que lhe será previamente comunicado dos resultados.

Além disso, dentro de parâmetros vinculados ao processo administrativo, a ANS poderia solicitar informações diretamente ao médico assistente, para definir pela existência ou não de fraude.

Por fim, solicitamos sejam também revistos os critérios de cobertura para as beneficiárias que ingressam no plano de saúde grávidas, ciente de que a utilização de da cobertura garantida pela segmentação obstétrica propicia um aumento de sinistralidade que é semelhante ao do ingresso de beneficiário portador de doença ou lesão preexistente.

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