

Ofício 0013/2014/DIREX

Rio de Janeiro, 5 de maio de 2014.

Ao Senhor
João Luis Barroca
Diretor da Diretoria de Produtos- DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84/9º andar - Glória.
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

C/C
Rafael Pedreira Vinhas
Gerente Geral da Diretoria de Produtos - DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84/ 11º andar - Glória
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Assunto: Câmara Técnica de Qualificação de Entrada de beneficiários

Senhor Diretor,

A FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos privados de saúde e seguros saúde vem apresentar suas contribuições, em atenção ao solicitado na 1ª. reunião da CT de Qualificação de Entrada de Beneficiários, ocorrida em 3/4/14.

De início, agradecemos a oportunidade de participar do encontro, no qual se iniciou o debate sobre as melhorias que podem ser feitas para que a entrada dos beneficiários nos planos seja feita com mais informações aos consumidores e de forma que estes possam melhor esclarecer sobre sua real condição de saúde. Os avanços neste sentido significarão uma redução significativa nos processos de verificação de doenças e lesões preexistentes - DLP – e trarão maior segurança e informação para as operadoras, que poderão melhor gerir seus riscos a partir de informações mais precisas e esclarecedoras a respeito dos consumidores que ingressam em suas carteiras.

I) Identificando a questão - Sob o enfoque tradicional da teoria econômica, convém ressaltar que o mercado de saúde suplementar é caracterizado por ampla assimetria de informações que pode levar a falhas no funcionamento do mercado. Sob a presença de falhas importantes como seleção adversa e risco moral, a autoridade regulatória é chamada a intervir no mercado buscando minimizá-las. No caso específico sobre DLP, o legislador definiu a impossibilidade das Operadoras selecionarem os riscos a serem admitidos em suas carteiras com base em idade ou doença pré-existente. Por outro lado, admite que a Operadora, diante da assimetria de informação em relação ao estado de saúde de futuros clientes, possa estabelecer a CPT, de forma a garantir cobertura a todos os eventos não relacionados com a doença preexistente e oferecendo uma carência máxima de dois anos.

A importância desses mecanismos é amplamente reconhecida na literatura como uma medida de proteção da sustentabilidade do sistema. Na ausência desses critérios de identificação de riscos, se instala o fenômeno da seleção adversa. E como demonstrou o Prêmio Nobel de Economia de 2001, George A. Akerlof, em seu trabalho sobre mercados com elevada assimetria de informações, na presença de seleção adversa, há tendência de que os indivíduos de mais alto risco acabem “expulsando” os de mais baixo risco, pois não é possível identificar *a priori* que tipo de risco a operadora estaria assumindo. Nestes mercados, ocorrem perdas de bem-estar social, pois o mercado de seguros não será capaz de oferecer as coberturas que são desejadas pela sociedade. ¹

Não é por outra razão, que o próprio mercado se encarregou de investir em formas eficazes de reduzir esta assimetria mediante declarações de saúde. Estas devem ser reguladas pela autoridade de forma a não se utilizar do instrumento de forma discriminatória tampouco para estimular comportamentos oportunistas por parte de quem deseja um determinado nível de cobertura mas não está disposto a pagar por ela.

Outros instrumentos bastante difundidos na teoria econômica também poderiam funcionar como importantes mitigadores de assimetrias de informação. A diversificação de produtos, por exemplo, também contribui para que os consumidores se revelem automaticamente através de suas escolhas. Ou então, dizendo de outra forma, quando contratos são muito padronizados em suas coberturas, a própria regulação estimula a seleção adversa.

As propostas desta Federação, a seguir apresentadas, se fundamentam na boa-fé objetiva, necessária para a estabilidade, eficácia e credibilidade das regras e de princípios econômicos que devem orientar uma atividade privada que oferece um produto regulado e de extrema relevância social.

II) Papel do Corretor - É importante mencionar que o corretor tem papel importante no momento de preenchimento da declaração de saúde e assinatura da proposta e deve esclarecer ao consumidor sobre a necessidade de prestar informações verídicas à operadora, sob pena de este ter seu contrato cancelado por fraude. Esta iniciativa se coaduna com o princípio da boa-fé objetiva, insculpido nos artigos 466 e 766 do código Civil de 2002.² Isto porque nota-se, em contrapartida, que para “facilitar” a venda, observam-se casos em que não há orientação ao correto preenchimento da declaração de saúde por parte do corretor, por mais que as operadoras os instruem a tal. Ressalte-se ainda que este ente não é regulado pela ANS.

¹ George A. Akerlof (1970) “**The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism**” *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3. (Aug., 1970), pp. 488-500.

² Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.

III) Verificação da Declaração de Saúde e início da vigência do contrato - A Federação entende que a declaração de saúde deve ser ampliada. Da forma como hoje é feita, constata-se que, muitas vezes, o consumidor não reconhece, naquele documento, a existência de alguma patologia já existente e de seu conhecimento, por vezes, deixa de declarar seu real estado de saúde. Isto prejudica o consumidor, que ao recorrer ao plano, pode ser informado da existência de carência de 24 meses para a cobertura de DLP. E prejudica também as operadoras, pois estas, ao exercerem seu direito perante a ANS de abertura de processo administrativo para que se reconheça a existência de DLP não declarada pelo beneficiário, tem aguardado em média 18 meses para que se concluam estes processos, prazo este que é próximo ao estipulado para a carência nestes casos (24 meses). Desta forma, a FenaSaúde entende que o teor da declaração de saúde deva ser revisto, de forma a conter perguntas simples e de fácil entendimento pelos consumidores, com linguagem leiga, mencionando inclusive a utilização de medicamentos, com o intuito de dar tranquilidade a ambas as partes, na identificação correta das doenças preexistentes.

Com o intuito de desestimular o preenchimento incorreto é importante que se considere estabelecer prazo de vacância entre a assinatura da declaração de saúde e ou da proposta comercial e o início da vigência do contrato. Isto permite que a operadora avalie com cautela se o documento foi devidamente preenchido, contendo todos os dados definidos como obrigatórios pela ANS, e se o consumidor informou o seu real estado de saúde. O prazo de no mínimo 15 dias entre a assinatura da declaração de saúde e o início da vigência do contrato seria o tempo sugerido para que esta verificação ocorra.

IV) Retificação da Declaração de Saúde - Outro ponto importante que merece ser considerado é a possibilidade de admissão da retificação da declaração de saúde (DS), a qualquer momento, através de mecanismos que permitam o consentimento do consumidor, seja falado ou por escrito, ou ainda por laudo médico (por muitas vezes utilizado pelo próprio consumidor), no intuito de comprovar o cumprimento de diretrizes previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, definido pela ANS.

Percebe-se que, na maioria dos casos, não há má fé por parte do beneficiário ao omitir determinada DLP. Entretanto, quando a operadora entra em contato com o consumidor, são raras as situações em que a DS retificadora é devolvida à operadora para que seja imputada a CPT.

Sugerimos que a degravação de ligação telefônica possa ser utilizada como meio de prova hábil no processo administrativo, de que o consumidor reconhece a existência de DLP e que está disposto a retificar sua declaração de saúde. Neste passo, é preciso que se considere a isonomia no tratamento das provas admitidas no processo administrativo já que a ANS, no âmbito da NIP, se utiliza do mesmo meio de prova. Neste sentido, é importante mencionar Leandro Machado de Lima³:

3

: <http://jus.com.br/artigos/21746/da-isonomica-valorizacao-das-provas-no-processo-administrativo-brasileiro#ixzz2zvKacPjc>

“Entende-se que ao conferir maior grau de importância às provas apresentadas por uma das partes apenas e tão-somente por esta possuir características tidas como “superiores” à adversa, estar-se-ia infringindo não somente toda a ordem da principiologia processual, como também a própria ordem constitucional vigente.

Em homenagem ao princípio isonômico, ambas as partes devem possuir igualdade de tratamento processual. Em sede de processo de natureza administrativa, não de ser observados com ainda maior rigor todos os meios de prova admitidos em direito e juntados aos autos, sob pena de privilegiar a Administração Pública em detrimento a parte adversária, na tentativa de justificar o atendimento do interesse público, dentre outras razões.”

V) Aplicação da Cobertura Parcial Temporária - Como uma alternativa de diminuir o número destes processos, a Federação entende deveria ser considerada a possibilidade de contagem do prazo de cumprimento da Cobertura Parcial Temporária - CPT a partir do reconhecimento, pela Agência, de que houve DLP não declarada. Desta forma, estar-se-ia resguardando o direito garantido por lei da operadora de imputar a cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes, que deveriam ser declaradas no ato da contratação e, por desconhecimento ou má-fé do consumidor, não o foram, o que ensejou a abertura de processo administrativo para reconhecimento de DLP não declarada. Observa-se que a imputação da CPT pelo prazo restante aos 24 meses da detecção da omissão, na forma como hoje é considerada, significa um forte incentivo a tal prática. Ressalte-se que é direito da operadora rescindir o contrato por fraude ou aplicar a cobertura parcial temporária ou até mesmo, cobrar a utilização indevida.

Desta forma, solicita-se que a ANS considere as propostas resumidas a seguir: a) reconhecimento da importância do papel do corretor no esclarecimento ao consumidor; b) ampliação dos termos da declaração de saúde, e necessidade de seu correto preenchimento; d) estipulação de prazo para início da vigência do contrato; e) permissão de retificação da declaração de saúde; f) consideração do uso da degravação telefônica como meio de prova no processo administrativo e g) permissão da aplicação da CPT a partir da constatação da DLP não declarada, além de outras que porventura surjam no decorrer da Câmara Técnica.

Entende-se que estas medidas contribuirão para o aperfeiçoamento do sistema e reduzirão comportamentos oportunistas que causam danos ao setor.

Atenciosamente,

JOSÉ CECHIN
Diretor-Executivo