

Histórico do Processo de Transferência de Carteira Parcial da Amil para a APS

16.03.2022

Os documentos do processo administrativo que trata da transferência parcial de beneficiários da operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A. (Registro ANS nº 326305) para a operadora A.P.S Assistência Personalizada à Saúde Ltda (Registro ANS nº 406708) estão sendo disponibilizados ao público a partir de 16 de março de 2022 na página institucional da ANS na Internet.

Os documentos do referido processo estão sendo divulgados de modo a atender as demandas que solicitavam o acesso ao processo com base na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011).

Para que fossem divulgados sem infringir as Leis de informações sigilosas, os documentos do processo administrativo tiveram um tratamento para que fossem omitidas as informações classificadas com acesso restrito por razão de sigilo empresarial (art.169, Lei nº 11.101/2005) ou de informação pessoal (Art.31, Lei nº 12.527/2011).

A transferência parcial de beneficiários da operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A. (Registro ANS nº 326305) para a operadora A.P.S Assistência Personalizada à Saúde Ltda (Registro ANS nº 406708), envolvendo os beneficiários de planos individuais/familiares residentes nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, foi autorizada pela ANS, com data de efetiva transferência em 01/01/2022, no estrito cumprimento aos ditames estabelecidos na Resolução Normativa-RN nº 112, de 28 de setembro de 2005, com análise preliminar da situação assistencial da adquirente e sua capacidade de absorção da carteira objeto da operação.

Esclarecemos que a única transação autorizada por esta agência foi a transferência parcial de beneficiários. A transferência parcial de beneficiários entre as operadoras não deve ser confundida com a transferência do controle societário da AMIL para FIORD, Seferin e Henning von Koss. A ANS decretou a indisponibilidade das quotas representativas do capital social da operadora A.P.S ASSISTÊNCIA PERSONALIZADA À SAÚDE LTDA, de modo que as quotas sociais devem permanecer, por enquanto, sob a titularidade dos seus sócios atuais (AMIL), enquanto as operadoras envolvidas não encaminharem para análise e autorização da ANS a transferência do controle societário.

A operadora APS atua no mercado de planos de saúde desde 1999 e, de acordo com as análises feitas pelos técnicos da ANS, está regular quanto ao processo de autorização de funcionamento, não está sob regime especial de direção fiscal ou técnica, não está em plano de recuperação assistencial e nem em procedimento de adequação econômico-financeira.

A mudança assegura aos beneficiários a manutenção das mesmas regras do plano de saúde firmado com a operadora Amil, sendo mantidos a data de aniversário do contrato e o valor da mensalidade pago atualmente, assim como as regras de reajuste previstas em contrato. Não haverá exigência de cumprimento de novas carências, uma vez que os beneficiários serão transferidos para um plano com as mesmas características do plano contratado com a operadora anterior.

Não poderá haver a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários transferidos, principalmente aos que estejam em internação hospitalar ou em tratamento continuado. Além disso, os beneficiários poderão manter seus agendamentos e autorizações em curso.

O normativo que rege as operações de transferência de carteira (RN 112/2005) prevê, em seu artigo 4º, que a operadora adquirente deve garantir a continuidade contratual dos beneficiários envolvidos, assim como garantir o atendimento aos que estejam em regime de internação ou tratamento continuado e a manutenção da rede hospitalar, sendo que qualquer alteração deve observar o disposto no Art. 17 da Lei 9.656/98.

Assim sendo, desde o dia 01/01/2022 a responsável assistencial pelos beneficiários envolvidos na operação de transferência é a operadora A.P.S Assistência Personalizada à Saúde Ltda (Registro ANS nº 406708), que assumiu o compromisso da manutenção das garantias acima referenciadas através de Instrumento Jurídico analisado por esta área técnica e registrado em cartório, conforme determina a RN 112/2005.

Cabe ressaltar que a ANS, mesmo após a efetivação dessa transferência, dispõe de meios e canais que fiscalizam as garantias dadas pela operadora adquirente de manutenção das condições contratuais e assistenciais aos beneficiários envolvidos, com eventual aplicação de multa, conforme previsto nos normativos em vigor.

As operadoras têm o direito de alienar suas carteiras, observada a regulamentação em vigor, haja vista que as operadoras de planos de saúde são empresas privadas de livre iniciativa. A forma de fracionamento da carteira de beneficiários é estabelecida pela operadora alienante. Entretanto, a transferência parcial de carteira deve observar as especificidades definidas no Art.8º da Resolução Normativa nº 112/2005, conforme transcrito a seguir:

"Art. 8º A alienação voluntária parcial se configura pela transferência de parte dos contratos previstos no inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998 de uma operadora para outra, conforme as especificidades abaixo descritas, ou outra que venha a ser autorizada pela ANS:

I - quanto ao marco legal:

- transferência de todos os contratos novos;
- transferência de todos os contratos anteriores à Lei 9656, de 1998; ou
- transferência de todos os contratos de planos cujos registros provisórios não forem adequados aos dispositivos e prazos para registro de produtos da RN nº 85, de 2004, Redação dada pela RN nº 100, de 2005.

II - quanto à segmentação assistencial:

- transferência de todos os planos de segmentação exclusivamente odontológicos;
- transferência de todos os planos de segmentação ambulatorial;
- transferência de todos os planos de segmentação médico – hospitalar com obstetrícia; ou
- transferência de todos os planos de segmentação médico – hospitalar sem obstetrícia.

III - quanto à abrangência geográfica: transferência de todos os planos de uma determinada abrangência (Nacional, Estadual, Municipal, Grupo de Estados ou Municípios)

IV – quanto aos beneficiários de determinadas localidades: transferência de todos os beneficiários de determinado(s) plano(s) que residem em certa(s) localidade(s)

V – quanto ao tipo de contratação:

- a) transferência de todos os planos coletivos;
- b) transferência de todos os planos individuais/familiares.

VI – quanto à formação do preço:

- a) transferência de todos os planos pré-estabelecidos;
- b) transferência de todos os planos pós-estabelecidos;
- c) transferência de todos os planos mistos.

Parágrafo único. As solicitações de fracionamento da carteira com indícios de discriminação a pessoas físicas ou jurídicas, em razão dos contratos, doenças ou desequilíbrio econômico-financeiro, não receberão autorização para implementação."

A norma de transferência de carteira, RN 112/2005, exige que a Operadora Adquirente não esteja em direção técnica ou em direção fiscal. Além disso, exige que as operadoras envolvidas encaminhem à ANS, com antecedência mínima de trinta dias da data pretendida para efetivação da transferência os seguintes documentos:

- Minuta do instrumento jurídico de alienação a ser utilizada;
- Minutas da comunicação individual aos beneficiários da carteira a ser alienada e do texto para publicação em jornal;
- Termos de responsabilidade;
- Informações econômico-financeira e dos produtos (Anexo I da RN 112/2005); e
- Informações referentes à rede hospitalar (Anexo II da RN 112/2005).

Em relação a rede credenciada, não poderá haver a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários transferidos, principalmente aos que estejam em internação hospitalar ou em tratamento continuado. A rede hospitalar, no momento da transferência, continuará sendo a mesma, de forma que os beneficiários poderão manter seus agendamentos e autorizações em curso. No entanto, é importante observar que é permitido às operadoras alterar a sua rede credenciada, de acordo com o art. 17 da Lei 9.656/98.

No caso de prestador hospitalar, é facultada sua substituição, desde que por outro prestador equivalente, devendo ser comunicada aos consumidores e à ANS com 30 dias de antecedência.

Também é permitido o redimensionamento de rede hospitalar por redução, que é a supressão de um estabelecimento hospitalar da rede do plano sendo os atendimentos absorvidos pelos outros prestadores já pertencentes ao plano, mas este só poderá ser realizado mediante autorização expressa da ANS. Mesmo quando o redimensionamento ocorrer em função de pedido do prestador ou encerramento das atividades do estabelecimento, a operadora deverá solicitar autorização junto à ANS.

Assim, importante frisar que qualquer operadora pode solicitar alterações em sua rede credenciada hospitalar, entretanto as mesmas só serão autorizadas se estiverem de acordo com os normativos vigentes (IN DIPRO nº 46/2014, alterada pela IN nº 54/2018).

No que se refere ao descredenciamento de prestadores de saúde não hospitalares (médicos, consultórios, laboratórios e clínicas), a partir da alteração do artigo 17 da Lei nº 9.656/98, pela

Lei nº 13.003/2014, bem como do início da vigência da RN nº 365 e da IN/DIDES nº 56, ambas datadas de 22 de dezembro de 2014, concernentes à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, o descredenciamento implica a substituição do prestador de serviço de saúde, com observância ao previsto nestes normativos.

A operadora deve observar os critérios de equivalência dispostos na RN nº 365/2014 e manter atualizadas as informações em seu Portal Corporativo e Central de Atendimento, para consulta pelos beneficiários, observados os critérios mínimos definidos na IN/DIDES nº 56/2014.

Acrescente-se que a substituição pode ocorrer pela contratação de novos prestadores de serviços ou pela absorção do atendimento por outros prestadores de serviços já integrantes da rede assistencial da operadora, desde que cumpridos os critérios de equivalência, dispostos nos artigos 6º e 7º da RN nº 365/2014.

Independente das alterações de rede implementadas, lembramos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a oferecer todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, respeitando os casos de Diretrizes de Utilização (DUT), carências e cobertura parcial temporária (CPT), quando houver, de acordo com a cobertura assistencial, abrangência geográfica e área de atuação do produto, dentro dos prazos definidos pela RN nº 259, 2011, não sendo permitida a negativa de cobertura assistencial.

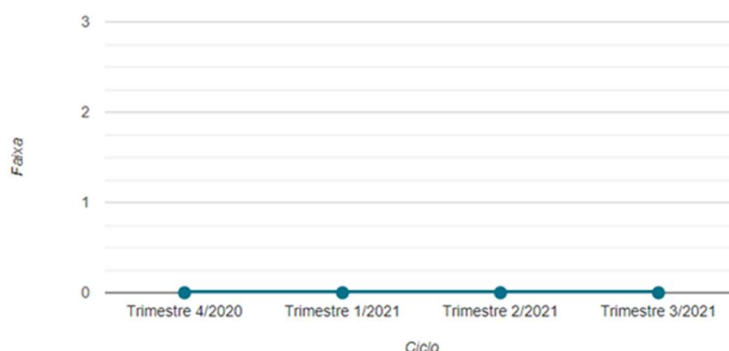
A ocorrência da não garantia do atendimento ao beneficiário nos prazos máximos determinados pela ANS demonstra inadequação da rede assistencial da operadora e/ou obstrução ao acesso à cobertura assistencial, configurando uma irregularidade na operação do produto ofertado ao consumidor, que pode ser caracterizada, em última consequência, como uma infração por negativa de atendimento.

Com o intuito de avaliar o cumprimento das regras dispostas na referida RN e detectar desconformidades que pudessem constituir risco à oferta ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a ANS iniciou, desde a vigência do referido normativo, em 19 de dezembro de 2011, o Acompanhamento e Avaliação da Garantia de Atendimento, um monitoramento realizado trimestralmente, cuja metodologia permite acompanhar e avaliar a operadora tanto em relação ao mercado em que atua quanto em relação aos seus próprios resultados.

A operadora AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., Reg. ANS 326305, no último ciclo do referido Monitoramento, foi classificada na Faixa 2.

A operadora A.P.S Assistência Personalizada à Saúde Ltda (Registro ANS nº 406708), nos últimos 4 ciclos do referido Monitoramento, foi classificada na faixa zero, conforme gráfico abaixo.

Histórico da operadora no programa de Monitoramento



A descrição, na íntegra, da metodologia do Monitoramento da Garantia de Atendimento está disposta na IN/DIPRO nº 48/2015.

No caso de qualquer irregularidade quanto ao compromisso assumido pela APS, seja com relação às eventuais dificuldades de atendimento, seja pelo não cumprimento da manutenção das garantias contratuais tais como: mesmo reajuste, cobertura assistencial, abrangência geográfica, o beneficiário deve entrar em contato com a Agência para os trâmites de notificação e aplicação de penalidades se houver infrações cometidas pela operadora.

A ANS é o principal canal de recebimento de demandas de usuários de planos de saúde no país e atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, através da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta criada pela ANS para agilizar a solução de problemas relatados pelos consumidores e que conta com mais de 90% de resolutividade. Por meio dela, a reclamação registrada nos canais de atendimento da Agência é automaticamente enviada à operadora responsável, que tem até cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial e até 10 dias úteis em casos de demandas não assistenciais. Se o problema não for resolvido pela NIP, poderá ser aberto procedimento administrativo, que pode resultar na aplicação de multa em face da operadora.

Para qualquer dúvida ou reclamação, a ANS está à disposição nos seguintes canais de atendimento ao consumidor:

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais.
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105.
- Central de Atendimento ao Consumidor: https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor

Além disso, a ANS convocou os representantes das operadoras Amil e APS para apresentar um plano de ação em prol dos clientes de planos individuais e familiares da Amil que foram transferidos para a APS em janeiro de 2022. O pedido da Agência foi feito em reunião realizada com a operadora no dia 14/02 e a apresentação do plano de ação foi realizada no dia 16/02/2022, em reunião virtual com a ANS. Tais informações podem ser acessadas na página da

ANS na Internet, por meio do link: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-realiza-reuniao-com-amil-e-aps-sobre-plano-de-acao-para-beneficiarios>.

Os consumidores que não quiserem permanecer na nova operadora poderão realizar a portabilidade de carências, ou seja, mudar de plano de saúde sem o cumprimento de novos períodos de carência. Para isso, deverão cumprir os requisitos abaixo:

- O beneficiário deve estar vinculado ao plano de saúde;
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento da mensalidade;
- A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior à que se enquadra o plano do beneficiário, considerada a data da consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde (no site da ANS);
- Se o plano de destino for de contratação coletiva, o beneficiário deverá comprovar vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual.

As regras referentes à Portabilidade de Carências estão dispostas na Resolução Normativa nº 438/2018 e de forma mais didática também podem ser encontradas na Cartilha desenvolvida pela ANS sobre o tema, disponível no seguinte link: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Cartilha_Final.pdf.