

# ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

6 de março de 2017

## PROGRAMAÇÃO:

- 13:30 - Credenciamento (20min)

- 13:50 - Abertura (10min)

**Expositor:** Amauri Artimos da Matta, Promotor de Justiça e Coordenador do Procon-MG

- 14:00 - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Comentários à Lei dos Planos de Saúde (1h30)

**Expositores:** Daniel Meirelles Fernandes Pereira, Assessor da Diretoria de Fiscalização da ANS

Olavo Monteiro Gomes, Gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória da ANS

- 15:30 - Intervalo (20min)

- 15:50 - Esclarecimento de dúvidas (1h10)

- 17:00 - Encerramento

## Público-alvo

Órgãos e entidades civis de defesa do consumidor, advogados, estudantes de direito e demais interessados no tema.

## Local

**Auditório Procuradora de Justiça Simone Montez  
Pinto Monteiro (Salão Vermelho) PGJ/MG**  
Av. Álvares Cabral, 1690 , 1º andar, bairro Santo Agostinho  
Belo Horizonte, MG

**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA

*TRANSCRIÇÃO DO*

**ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO: AGÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

**06/03/2017 - Parte 1**

*Presidência:*

**Amauri Artimos da Matta**

**MESTRE DE CERIMÔNIAS:** O Procon de Minas Gerais e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, têm a satisfação de saudar a todos os presentes nesse primeiro encontro sobre consumo e regulação. Esta ação educacional tem por finalidade capacitar, atualizar e esclarecer as dúvidas de todos os presentes, bem como dos representantes dos órgãos e entidades que integram o Sistema Estadual de Defesa do Consumidor.

Convidamos, para a Mesa, o coordenador do Procon-MG, promotor de Justiça Amauri Artimos da Matta.

**[aplausos]**

**MESTRE DE CERIMÔNIAS:** Convidamos também o gerente de atendimento e mediação e análise fiscalizatória da ANS, Olavo Monteiro Gomes.

**[aplausos]**

**MESTRE DE CERIMÔNIAS:** E o assessor da diretoria de fiscalização da ANS, Daniel Meirelles Fernandes Pereira.1711289

**[aplausos]**

**MESTRE DE CERIMÔNIAS:** Gostaríamos de informar que as perguntas serão feitas logo após o intervalo, no momento para esclarecimento de dúvidas. Fará a abertura deste evento o promotor de justiça Amauri Artimos da Matta.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTa:** Boa tarde a todos. Eu pedi à Celinha só para pegar a programação. Dando sequência nesse trabalho que a gente tem feito, a gente até denominou de... são palestras de consumo e regulação. A gente tem feito convites aos órgãos reguladores e a nossa ideia é fazer a discussão sobre os temas que são do dia a dia do consumidor e, principalmente, possibilitar a todos esse aprendizado.

Eu queria dar, mais uma vez, aqui, aos representantes da ANS, o Dr. Daniel Meirelles Fernandes Pereira, que é assessor da diretoria de fiscalização da ANS, o Dr. Olavo Monteiro Gomes, que é gerente de atendimento, mediação e análise fiscalizatória da ANS, dar, mais uma vez, uma boa tarde a eles, uma boa tarde a todos, e dizer da nossa satisfação de recebê-los aqui em Minas Gerais, no Procon estadual, e da parceria que a gente pretende fazer com a ANS. Nós estivemos no Rio de Janeiro há uns dias atrás, conversamos com o diretor presidente da ANS, com a diretora de fiscalização, e a nossa mensagem foi de parceira, de manter um contato que seja bem próximo da ANS. O nosso sistema, que abrange Defensoria Pública, Ministério Público, Juizado Especial de relações de consumo, Procons Municipais, entidades civis de defesa do consumidor, delegacia especializada nos crimes contra o consumidor, e mais um cem números de órgãos e de pessoas que, no dia a dia, fazem contato conosco e estão sempre, de alguma forma, ou nos passando

informações também, conhecimento, ou precisando da nossa ajuda, da nossa orientação. Então, assim como nós já fizemos um primeiro dia de discussão, que foi com a Agência Nacional de Petróleo, falando sobre a revenda de combustíveis e a fiscalização que ela realiza nos postos revendedores, a gente, hoje, tem um segundo evento de consumo e regulação, que vai tratar da lei dos planos de saúde. A gente terá, aí, a participação do Dr. Daniel, do Dr. Olavo. E esse evento, como os outros, eles vão ser gravados, vão ser degravados e, posteriormente, todo esse cabedal de conhecimento que ele gerará será encaminhado para todo sistema para que todas as pessoas que não puderam vir a Belo Horizonte possam receber tudo o que foi falado, tudo o que foi discutido aqui e, a partir disso, a gente possa colocar mais um tijolinho nessa construção, que é a defesa do consumidor, e, principalmente, a disseminação de informação, que é o nosso foco principal, é o foco da divisão de educação para o consumo do Procon Estadual.

Eu pediria que, no momento em que forem feitas as perguntas, as pessoas se identificassem para que constasse a identificação na degravação e pediria também que ninguém economizasse com as perguntas, porque as perguntas, elas vão incentivar o debate e, principalmente, pensar no outro que não está aqui, nos nossos colegas da defesa do consumidor que não estão aqui e que poderão, assim que nós encaminharmos o material, ler e aprender também com tudo o que foi discutido nesta tarde.

Com isso, eu queria desejar a todos um evento muito legal e convidar, eu convidaria o Olavo ou o Daniel? Daniel? Convidar o Daniel para fazer uso da palavra, para ficar à vontade. Nós temos todo o tempo, Daniel, possível aqui para ouvi-lo, e sinta-se em casa, ok?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Obrigado, Dr. Amauri.

**MESTRE DE CERIMÔNIAS:** Dr. Amauri, Dr. Daniel, só pedir licença, que eu gostaria de convidar para fazer parte também dessa Mesa a promotora de Justiça, a Dra. Andréa de Figueiredo Soares.

[aplausos]

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** A colega Andréa é promotora de Belo Horizonte, especializada na área de saúde, e, naturalmente, na área também de planos de saúde. É um prazer, Andréa, que você participe aqui com a gente desta Mesa.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Boa tarde a todos. O meu nome é Daniel, anteriormente falado. Eu queria agradecer, em nome da Dra. Simone Freire, da diretoria de fiscalização da ANS, o convite do Dr. Amauri para esse evento de hoje, que é de suma importância para a ANS. Nós sabemos que a ANS, apesar de ser a agência reguladora do setor, as normas, tanto da lei quanto os nossos normativos, são constantemente fiscalizados não só pelo Ministério Público, pela Defensoria, como os órgãos integrantes do sistema de defesa do consumidor. Por

isso, qualquer evento nesse sentido, de forma a esclarecer, de forma a possibilitar uma melhor compreensão aos normativos é sempre prioridade para a ANS. Vamos fazer um breve comentário, breves comentários sobre a Lei nº 9.656, o nosso marco regulatório do setor, lei que entrou em vigência em 1998, só que, antes disso, precisamos passar por um breve histórico da regulamentação do setor em nosso país. [Pode dar play].

Vamos lá. Em 1960, é onde a literatura diz que surgem os primeiros planos de saúde no Brasil, principalmente em decorrência de uma precariedade de uma prestação de serviço público, grandes empresas resolvem contratar empresas especializadas em garantir a assistência à saúde, principalmente na região do ABC paulista, com as grandes metalúrgicas à época. Foi considerado o nosso primeiro marco do setor de saúde suplementar no país. Em 1988, com a vinda da Constituição Federal, é reconhecido expressamente a prestação de serviço de saúde por particulares, abrindo todo um mercado de saúde suplementar no país. Em 1990, entra em vigor o nosso CDC, que veio iluminar a relação consumerista no país, dando segurança jurídica e todos os princípios protetivos necessários à tal relação. Obviamente, com a vinda do CDC, fatalmente, os olhos se voltariam à saúde suplementar pela quantidade de contratos realizados e o tamanho do nosso mercado. Em 1998, então, após amplo debate no Congresso Nacional, entra em vigor a Lei nº 9.656, marco regulatório do nosso setor, conhecido como a Lei dos Planos de Saúde. Após, em 2000, entra em vigor a Lei nº 9.961, criando a ANS. Em 2001, a Lei nº 10.185, que veio especializar as seguradoras que prestavam seguro-saúde, foram obrigadas a constituir uma pessoa jurídica própria para operar tal tipo de serviço. Colacionei, nesses slides, alguns fatos que levaram à criação de uma lei específica para os planos de saúde. Um crescimento no setor por 40 anos sem qualquer tipo de regulamentação; contratos sem parâmetros definidos, de livre pactuação, onde literalmente eram pactuadas qualquer coisa. Tínhamos, na época, contratos, por exemplo, com carência de 30 anos, 35 anos de carência para certos tipos de procedimento. Um absurdo, né, gente? Porque valia exatamente o que era pactuado, então a gente sabia que nem sempre os consumidores tinham uma força a ponto de barganhar certos tipos de contratos mais benéficos. A multiplicidade de prestadores aqui, entendidas as próprias operadoras, diversas pessoas celebravam tais tipos de contratos, inclusive pessoas físicas, hospitais, como não tinha nenhuma regulamentação, isso ficava a bel-prazer da livre pactuação. Uma diversidade de características desses planos: planos com reembolso, rede obrigatória, rede referenciada, indicação expressa do plano de saúde ao invés de uma livre escolha. Além disso, grandes casos de falta de atendimento, que eu posso citar aqui na década de 90, casos relacionados à HIV, onde era negado em massa procedimentos sob alegação de doenças pré-existentes, e os efeitos do Código de Defesa do Consumidor, que vieram, como eu falei anteriormente, iluminar todo esse tipo de relação e buscar uma norma mais específica para esse setor. Uma exceção, desde 1966, era em relação às seguradoras que prestavam esse tipo de seguro-saúde. Como o Decreto-Lei nº 73 foi um marco dos seguros, eles continham algumas cláusulas específicas sobre esse tipo de operação, cláusulas ligadas a seguros. Então, cláusulas sobre coparticipação, franquias, um foco mais financeiro. Mas era um tipo de regulação já para um tipo específico, que eram as seguradoras.

A nossa Lei nº 9.656, ele foi uma lei meio anômala, o processo dela. Ela é meio monstrego. Eu não sei se vocês já tiveram oportunidade de pegar para ler. Ela tem um art. 1º, depois, ela pula para o art. 8º. Nós temos um art. 35, se eu não me engano, vai até o 'm'. Tem 35 'a', 35 'b', 35 'c', 'd', 'e', 'f', 'g'. Isso fruto do processo

legislativo dela, que foi um processo diferenciado. Em 1997, após amplo debate no Congresso, foi aprovado na Câmara o primeiro projeto de lei sobre o tema, com foco eminentemente econômico, tá? Como já era praticado nas seguradoras, ou seja, apenas os institutos ligados a seguros, institutos como institutos financeiros, como eu falei antes, de coparticipação, de franquias, de reservas, de garantias expressas. A atividade era um foco desse projeto de lei. Em 1998, após um debate no Senado, optou-se, vislumbrou-se a necessidade de dar um foco assistencial ao plano de saúde, dada as suas características, que a gente não estava lidando, aqui, com um seguro de automóvel, um seguro de residência, que têm suas importâncias também, mas a gente estava lidando com vida. Então, optou-se por dar um foco assistencial ligado à saúde a esse projeto de lei. Como se eles aprovassem com as alterações, teria que voltar para a Câmara novamente, as lideranças do Congresso decidiram aprovar o projeto mesmo assim e, no dia seguinte, veio uma primeira medida provisória do governo, dando esse caráter misto, esse caráter duplo de regulação: um caráter econômico e um caráter assistencial. Em 1999, com o início de vigência daí, pode se perceber que, basicamente, dois órgãos regulavam o setor: a Susep, Superintendência de Seguros Privados ligado ao Ministério da Fazenda, cuidava da parte econômica; e o Dess, que é o Departamento de Saúde Suplementar, que cuidava da parte assistencial, ligado ao Ministério da Saúde. Durante um ano, dois anos aproximadamente, até o surgimento da ANS, foi esse tipo de regulação que foi feita. Por que é que foi alterado? Porque vislumbrou-se o peso da parte assistencial sobre a parte puramente econômica, dado o mercado que nós trabalhamos. Em 2000, após sucessivas medidas provisórias, que era uma característica na época, na época, tinham aquelas medidas provisórias que eram renovadas de 30 em 30 dias e, por isso, a cada renovação de medida provisória, incluía-se um artigo novo na lei, por isso que nós temos o 35 lá com diversas, 35 'a', 35 'b', 'c', 'd', que cada vez que eles paravam para olhar: "Opa, esquecemos alguma coisa", e incluíam um artigo no final. "Opa, esquecemos mais alguma coisa", incluíam um artigo no final. Até que essas alterações da lei foram até 2001, com a entrada em vigor da emenda constitucional que transformou em medida provisória, que agora só podia renovar por mais, se eu não me engano, 30 mais 30, e estabilizou-se o texto como é hoje, com poucas mudanças após.

O texto, como é hoje, foi alterado, e esse buraco do art. 2º ao art. 7º, ele decorre basicamente porque ele tinha diversas competências da Susep, né, nessa lei. Quando veio a Lei nº 9.961, criando a ANS, foi necessário fazer a adaptação para estabelecer a ANS como único órgão regulador de plano de saúde, por isso, a lei, ela não é tão sistematizada a ponto de você conseguir ver em capítulos certos, subtemas devido a esse processo de incluir artigos no final que tratam sobre diversos temas possíveis. Então, nós temos no art. 8º, por exemplo, um artigo sobre alteração de funcionamento, lá para o meio da lei, lá para o art. 16, a gente fala mais um pouco sobre alteração de funcionamento, e por aí vai. É tudo dividido na lei.

Dito isso, passemos à análise dos artigos mais importantes que a gente considera da lei. O primeiro é o que define a abrangência da Lei nº 9.656, ou seja, aonde a Lei nº 9.656 chega, o que ela pretende regular. E ela exclui o âmbito de regulação dela, no art. 1º, com o seguinte texto: "Submetem-se às disposições dessa lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam plano de assistência à saúde". Basicamente, o artigo continua, mas essa é a parte mais importante do artigo. Podemos ver que a lei, ela restringe a pessoas jurídicas, ou seja, pessoas físicas não podem atuar como operadoras de planos de saúde nesse mercado, de direito privado. Ou seja, a lei optou em não entrar na regulação de pessoas jurídicas de direito público que

operam esse tipo de plano de saúde, exclusivamente de direito público, ele excluiu do âmbito de regulação dessa lei. E o mais importante: “que opera um plano de assistência à saúde”, logo, pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde são objeto da Lei nº 9.656. O mais importante, aqui, é a gente definir o que é plano de assistência à saúde, que é o que vai definir se aquilo é uma operadora ou não. A definição está no inciso I do art. 1º, uma definição extensa, que buscou elencar toda aquela diversidade de característica de produtos que nós tínhamos quando eu falei dos antecedentes da Lei nº 9.656. Tentou-se abarcar o maior número possível de características a ponto de trazer para a regulação. Eu separei algumas, aqui, mais importantes, como prestação continuada, prazo indeterminado, finalidade de garantia à assistência à saúde, sem limite financeiro, o acesso à atendimento de profissionais de serviço de saúde livremente escolhidos, integrante ou não de rede credenciada contratada ou referenciada, uma assistência médico-hospitalar odontológica e o pagamento integral ou parcial por parte da operadora mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador. Eu faço algumas ressalvas, aí, a esse conceito. Primeiro, prestação continuada. A prestação continuada demonstra que não, que esse tipo de contrato não visa uma situação específica. Necessariamente, o objeto, por ser uma garantia de assistência à saúde, necessariamente tem que ser uma prestação continuada, esse contrato. O prazo indeterminado. A finalidade do contrato, que é garantir assistência à saúde. Ou seja, aqui, entenda-se, com os nossos diversos normativos, que a finalidade é prestar assistência, não necessariamente aquela assistência melhor possível, mas garantir assistência à saúde, dentro da possibilidade. Sem limite financeiro, isso foi uma alteração radical da Lei nº 9.656, diversos contratos anteriores continham limites financeiros, que é uma característica inerente dos contratos de seguro, um teto, isso veio trazendo diversas características boas para o setor. Acesso a atendimento de profissionais livremente escolhidos, isso é outro interessante, cabe sempre ao beneficiário a escolha dos seus profissionais, seja uma escolha dentro de uma rede pré-estabelecida, seja uma escolha por profissionais fora da rede, mediante o reembolso, por exemplo. O objeto, que é a assistência médico-hospitalar e odontológica e o pagamento integral ou parcial. Por que parcial? Porque, aqui, já contempla aqueles mecanismos financeiros de regulação, típicos de seguro que a gente falou, como coparticipação, franquias, casos que não haverá o pagamento integral por parte da operadora. [Espera aí que travou aqui].

No inciso II do art. 1º, no inciso II do art. 1º, conceitua-se operadora de plano de saúde, operadora de plano de assistência à saúde, considerado como aquelas que operam estes produtos que a gente acabou de falar no inciso I com estas características, bem como por extensão aos produtos previstos no § 1º, ou seja, esse artigo optou por trazer para a regulação da lei qualquer outro tipo de produto que, além da garantia de cobertura financeira de riscos, tenha uma dessas características: custeio de despesas, oferecimento de uma rede credenciada, reembolso de despesas, mecanismos de regulação, qualquer restrição, vinculação de cobertura financeira. Por que isso? Percebe-se, dado a liberdade contratual das pessoas, a gente percebeu-se, à época, a criatividade em tentar burlar a regulação. Por isso, optou-se por esse § 1º, para definir a ANS, para definir o âmbito de regulação da ANS e restringir qualquer tipo de operação sem o conhecimento da agência. Percebam que a operadora de plano de saúde não necessariamente é aquela registrada na ANS, mas qualquer uma que opere esses produtos; a obrigação é o registro no órgão regulador da ANS.

Em termos regulatórios, nós separamos as operadoras dos planos de assistência à

saúde em seis grandes grupos. As cooperativas, reguladas conforme a Lei nº 5.764, sua forma de Constituição e sua forma de operação; as cooperativas em saúde, que podem ser odontológicas ou médicas; as filantrópicas, assim definidas como aquelas com declaração de utilidade pública, com registro no órgão competente; as seguradoras em saúde, aquelas que já operavam desde o Decreto-Lei nº 73 e que, em 2001, foram obrigadas a se especializar como seguradoras de em saúde, são aquelas seguro-saúde, aquelas que tinham Daniel Seguros e houve uma Constituição de uma operadora específica como Daniel Saúde, para operar esse tipo de plano de saúde, isso ocorreu em decorrência da Lei nº 10.185; as autogestões, que são empresas internas que buscam garantir assistência à saúde exclusivamente de seus empregados, são empresas que a gente chama de empresas de RH, que estão cada vez crescendo mais com essa distribuição interna de saúde; as medicinas de grupo, que são uma forma residual, tudo que não for as outras quatro, é considerado medicina de grupo, que são a maioria das empresas do setor; e as mais recentes administradoras de benefício, que são considerados operadoras, mas não operam 'finalisticamente' o produto de garantia à saúde. Elas atuam mais como verdadeiras corretoras, fazendo a intermediação entre essas operadoras e os beneficiários ou empresas.

O terceiro conceito que a lei define, no inciso III, é um conceito de carteira. Ela fala é o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou serviço de assistência à saúde. Tal conceito é importantíssimo porque, diversas vezes, a regulação utiliza formas de transferir essa carteira, dado a particularidade do serviço. Nós não operamos, aqui, um plano de seguros de casa que a gente pode simplesmente chegar para o beneficiário e falar: "Olha só, estamos tirando esse produto, procure outro". Às vezes, temos pessoas internadas, temos pessoas em tratamento. Então, a lei resolveu dar um olhar diferenciado a esse tipo de carteira. A ANS, na Resolução nº 112/2005, ela define que essa carteira pode ser transferida de duas formas: uma voluntária, a pedido da própria operadora, que resolve ou sair do mercado ou se livrar de uma parte da carteira dela, que ela entende que tenha um valor de mercado e ela resolva alienar essa carteira, tal alienação depende da autorização do órgão regulador, da ANS, e uma transferência compulsória de carteira, em determinados casos que a ANS determina, principalmente antes do cancelamento do registro da operadora, de forma a realocar os beneficiários e não gerar qualquer prejuízo a esses mesmos.

Outro conceito básico são o tipo de contratação do plano de saúde, que isso é amplamente debatido, importantíssimo. Basicamente, temos dois tipos de contratação, que é o individual e o coletivo. Individual é aquela contratação feita diretamente pela pessoa física. Individual familiar, tá, pessoal? A pessoa física ou aquela família contrata diretamente um plano de saúde. É o mais comum, digamos assim, do entendimento. E a outra modalidade é a coletiva. Na modalidade coletiva, uma pessoa jurídica contrata um plano de saúde. Esse coletivo, ele pode ser um coletivo empresarial ou um coletivo por adesão. O empresarial é quando uma empresa contrata um plano de saúde para garantir aos seus empregados ou alguma classe estatutária que ela representa. O coletivo por adesão são grandes associações de caráter profissional, classista, setorial, que buscam essa contratação nesse plano de saúde para atender seus associados.

Outro conceito básico: segmentação dos planos. A lei define como sendo quatro a segmentação que os planos podem ter: ambulatorial, hospitalar, obstétrico e

odontológico. Ambulatorial envolve consultas e serviços de diagnóstico terapia, com laboratórios e os exames. O hospitalar envolve internação hospitalar e procedimentos cirúrgicos. Obstétrico, partos. E odontológicos, cuidados à saúde bucal. Além disso, o conceito de urgência e emergência, que foi acrescido na lei em 2009, pela Lei nº 11.935, optou-se por colocar um conceito legal de urgência e emergência, definiu no 35 'c': "Emergência, para a lei, é aquilo que envolve, implica em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, ressaltando caracterizado em declaração do médico assistente". Ou seja, quem caracteriza a emergência é a própria declaração do médico assistente, o médico solicitante do procedimento. Urgência, assim entendido os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Percebam que esses conceitos não são exclusivos. Pode existir uma urgência com emergência, pode existir uma emergência sem uma urgência. [Pode passar].

Agora, efetivamente passado esses conceitos básicos, vamos entrar em alguns institutos regulatórios trazidos pela Lei nº 9.656. O primeiro deles, que o mercado de saúde suplementar, por ser um mercado regulado, ele impõe barreiras de entrada e barreiras de saída das operadoras. Para operadoras entrarem nesses mercados, elas têm que obter uma autorização de funcionamento do órgão regulador, cumprir alguns requisitos previstos em lei e outros em nossas resoluções, que, basicamente, buscam garantir a solvência das suas obrigações, o cumprimento do regulamento sobre cobertura assistencial, entre outros. Além do mais, como eu falei, dada a particularidade do setor, a particularidade da carteira, também não aceitamos simplesmente uma operadora sair do mercado do nada. Então, caso uma operadora venha a sair do mercado, ela tem que requerer autorização para o encerramento de suas atividades também no órgão regulador. Tais disposições ainda devem ser encaradas sem prejuízo de medidas compulsórias determinadas pela ANS. Em casos específicos de grandes falhas, de grandes desconformidades regulatórias, a ANS possui institutos tais como: o cancelamento compulsório da atuação e funcionamento e a liquidação extrajudicial para tirar essa operadora ruim, digamos assim, do mercado.

O controle de produtos é um outro instituto regulatório previsto na lei. Produto é assim definido aquele plano, aquele plano oferecido pela operadora. Ou seja, uma operadora, ela possui diversos produtos registrados na ANS, cada produto com uma característica própria. Eu posso ter um produto com uma característica de coparticipação, um produto com pagamento mediante reembolso, um produto com uma rede credenciada. Cada alteração de característica pode ser registrada na ANS como um produto diferente. E todos esses produtos, para serem comercializados, necessariamente devem estar registrados na ANS. A ANS faz o controle de entrada desses produtos e o controle de saída desses produtos também como da operadora. Destaco ainda o monitoramento da garantia de atendimento realizada pela ANS, que, diante de graves desconformidades e não atendimento no prazo adequado das solicitações realizadas pelos beneficiários, a agência suspende a comercialização de determinados produtos. Essa análise é feita por produto. Então, se eu tenho um produto 'X' que, nesse produto, diversas solicitações são feitas pelo beneficiário e essas solicitações não são cumpridas ou são cumpridas de forma intempestiva, a ANS roda trimestralmente a garantia de atendimento, suspendendo esses produtos pelo prazo até o próximo ciclo, até a regularização. A operadora é impedida de comercializar esses produtos. O que não impede, o que não implica na retirada de beneficiários desses produtos, tá? Só não pode entrar novos beneficiários nesses produtos. Não tem qualquer prejuízo para quem já está nesses produtos. [Pode

passar].

O plano referência, ele é instituído pela lei e ele serve como um standard da operação das operadoras. A lei, quando veio definir o que é que o produto tinha que ter no mínimo, ela veio definindo o que é que tinha que ter no plano referência e ela estabeleceu o plano referência como padrão dos produtos. Ou seja, o plano referência é um mínimo que as operadoras devem ofertar aos clientes. Alguns tipos de operadoras são dispensados do plano referência, como as autogestões e as filantrópicas, devido às suas características, porém, essa foi a forma da lei definir qual o tipo de cobertura mínima, quais as características mínimas que todos os produtos devem ter. O plano referência, ele, basicamente... as exigências mínimas desses produtos são previstas no art. 12 e as exceções permitidas por lei são no art. 10.

O art. 12, ele vem falando o que todo produto deve ter no mínimo para ser registrado na ANS. Os quatro primeiros incisos falam sobre as segmentações: ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, ou seja, todos os produtos devem, no mínimo, ter essas quatro segmentações, que não são exclusivas, você pode perfeitamente ter um produto ambulatorial, hospitalar, obstétrico e odontológico com todas as derivações possíveis desses quatro. O inciso V vem fixando o prazo de carência, o prazo máximo de carência no caso. O prazo, as suas alíneas definem o prazo máximo de 300 dias para partos a termos, ou seja, dez meses. Isso impede que, por exemplo, uma pessoa que já esteja grávida faça um plano de saúde exclusivamente para ter um parto, porque isso foge à natureza de seguro, isso seria quase um financiamento. Por isso que existe esse prazo de carência de 300 dias. O prazo máximo de 180 dias para os demais casos. E o prazo máximo de 24 horas para cobertura dos casos de urgência e emergência, aqueles definidos lá no art. 35 'c' que a gente já falou. O inciso VI, ele fala sobre a possibilidade do reembolso nos casos de urgência e emergência quando não for possível a utilização dos serviços próprios contratados, credenciados e referenciados pela operadora. A lei, sabiamente, sabendo que, às vezes, ocorre alguma dificuldade na rede ofertada pela operadora, ela abriu a possibilidade de casos de urgência e emergência, o beneficiário optar-se por um prestador que ele entendesse necessário, que ele precisasse naquela urgência, e a operadora ser obrigada a reembolsá-lo nestes casos. Ressalto que esse tipo de reembolso, ele é obrigatório em todos os produtos, ainda nos produtos que não prevejam o reembolso como característica para pagamento, esse tipo de reembolso do inciso VI é previsto, especificamente nos casos de urgência e emergência. O inciso VII, a inscrição de filho adotivo menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante, foi uma opção política à época de inscrever esse tipo de filho.

As exceções legais. São as exceções que a lei prevê que as operadoras não serão obrigadas a custear procedimentos relacionados a esses assuntos, como tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais, procedimentos clínicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento, fornecimento de medicamentos importados ou nacionalizados, entre outros casos. São exceções legais à cobertura das operadoras de assistência à saúde. Além disso, além daquelas exigências mínimas previstas, que a gente falou no art. 12, o § 4º, ele tem a seguinte redação: "A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por norma editada pela ANS". Tal norma tem o nome de rol de procedimentos

e eventos em saúde. Qual é a função do rol, como a gente chama? O rol define todos os procedimentos mínimos que a operadora deve cobrir em todos os tipos de produtos, ou seja, se qualquer procedimento estiver no rol, ele deve necessariamente ser coberto. Esse rol é atualizado de dois em dois anos. Atualmente, ele está previsto na RN nº 387/2015, em 2017, sairá uma nova RN atualizando esse rol, devido à mudança na dinâmica da medicina, novos procedimentos sendo incorporados, e é de extrema importância a participação de todos os órgãos ligados à medicina, ligados à odontologia na construção desse rol, porque essa é a base da cobertura oferecida pelos planos de assistência à saúde. Isso é a base.

Doenças e lesões pré-existentes. O art. 11 vem trazer o regulamento sobre doenças e lesões pré-existentes, que todos já sabem, mas não necessariamente as especificidades. É permitido à operadora negar procedimentos relacionados às doenças e lesões pré-existentes sob certas óticas. Em caso de DLPs, ela pode incluir no contrato, caso seja verificado na declaração de saúde, um negócio chamado CPT, cobertura parcial temporária, ou seja, uma restrição para aqueles procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos, eleitos de alta tecnologia, relacionados àquela doença específica, já pré-existente. Essa CPT, ela tem um prazo de até 24 meses e todos esses tipos de procedimentos poderão sofrer uma negativa lícita por parte da operadora por assim previsto em lei. Ressalto que a possibilidade do instituto do agravo, que é um acréscimo ao valor da contraprestação, de forma a afastar essa CPT, ou seja, eu, como beneficiário, eu tenho uma doença, uma lesão pré-existente, e a operadora me indica uma CPT. Eu tenho a opção de negociar com a operadora um valor maior para eu ser atendido nesses tipos de procedimentos específicos, mesmo na minha lesão pré-existente. Claro que isso vai ser um cálculo atuarial relacionado ao custo que isso vai levar e isso vai ser uma livre negociação entre as partes com a operadora. Ressalto, ainda, que é só em procedimentos de alto complexidade, eventos cirúrgicos e os leitos de alta tecnologia. Isso, poucas pessoas sabem, as pessoas acham, geralmente, que doenças e lesões pré-existentes autorizam ela a fazer qualquer tipo de negativa. Não, só em relação a esses tipos específicos de procedimentos.

Suspensão e rescisão unilateral do contrato são institutos que a lei prevê. Em certos casos, a operadora pode rescindir o contrato unilateralmente com o consumidor. Basicamente, são duas hipóteses, que é uma por conta de fraude, geralmente, essa fraude, ela é descoberta no preenchimento da declaração de saúde, quando o beneficiário omite determinada doença ou omite determinada característica que deveria, por obrigação, declarar, e o não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, ou seja, somente nessa hipótese de não pagamento, ou seja, o não pagamento tem que ser no período superior a 60 dias, consecutivo ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, e o consumidor deve, necessariamente, ser notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência. Se qualquer um desses requisitos não for satisfeito, essa decisão unilateral é ilícita, é ilegal. O inciso III fala sobre a vedação, a suspensão ou rescisão do contrato em qualquer hipótese durante a ocorrência de internação do titular.

O art. 14, ele fala sobre um, dispõe sobre um tema interessante, que é o impedimento do beneficiário em participar do plano. A lei estabelece que, em razão da idade do consumidor ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser

impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, o que poderia levar a uma interpretação, ao contrário senso, que, salvo nessas duas hipóteses, poderia haver um impedimento na participação de plano de saúde por parte de beneficiários. É claro que esse artigo na Lei nº 9.656 tem que ser interpretado conforme as formas do Código de Defesa do Consumidor e seus institutos previstos, que não pode existir um impedimento imotivado, um impedimento discriminatório de qualquer beneficiário.

O reajuste, que é outro assunto polêmico na agência. Basicamente, o art. 15 trata sobre o reajuste. Um reajuste específico, que é o reajuste de variação de faixa etária. A ANS, ela trabalha com dois tipos de reajuste: um por variação de faixa etária, tendo em vista uma melhor adequação do risco à idade no nosso setor. O nosso setor, basicamente, ele verifica o risco conforme a idade, presume-se que pessoas mais idosas precisarão de mais atendimento à saúde. E um reajuste financeiro anual decorrente de inflação, de variação de custos normais a qualquer tipo de mercado. Esses são os dois tipos de reajustes tratados pela lei e pela ANS. O art. 15, da Lei nº 9.656 trata do reajuste por variação de faixa etária, a RN nº 63/2003 da ANS define melhor esse reajuste, define, inclusive, as faixas etárias correspondentes, que são autorizadas pela agência para serem adotadas pelas operadoras. E o art. 4º da Lei nº 9.961, a lei de criação da ANS, define, é a base legal para o reajuste financeiro anual, aquele reajuste por variação de custos realizados anualmente e autorizado pela ANS nos casos dos planos individuais. A RN que trata o assunto é a RN nº 171/2008, se vocês quiserem se aprofundar sobre as normas, todos os institutos e disciplinas estão ali descritos. Basicamente, a agência, ela autoriza anualmente o reajuste dos planos individuais e ela apenas é informada dos reajustes dos planos coletivos.

O art. 35 'e' também é interessante porque sofreu uma suspensão de vigência por decisão liminar do STF na ADI nº 1.931, basicamente, porque a redação, como vocês podem ver ali, a partir de 5 de: "Fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência dessa lei", a redação do 35, ela causou uma retroatividade nos contratos celebrados antes da lei. O STF, em decisão liminar, suspendeu a vigência desses artigos, tanto do 35 'e' e dos seus incisos quanto do § 2º, quando ele fala: "independente da data de sua celebração". Desde 2003, se eu não me engano, esse processo está suspenso. Ainda não foi julgado definitivamente pelo STF, mas a informação é relevante sobre o 35 'e'.

Regimes especiais. Regimes especiais são instrumentos regulatórios dados pela Lei nº 9.656 que derivaram, principalmente, do mercado de seguros para a ANS intervir, de alguma forma, na operação das operadoras de planos de assistência à saúde. São dois principais instrumentos regulatórios: a direção fiscal e a direção técnica. Ou seja, a direção fiscal, ela tem um caráter nitidamente econômico, ela busca sanar anormalidades econômicas e financeiras; e de ação técnica, tem um caráter administrativamente assistencial. Ela busca essas anormalidades administrativas graves que colocam em risco a assistência à saúde. Como é que funcionam esses institutos? A ANS, ela nomeia diretores, fiscais e diretores técnicos, que são, em regra, custeados pelas mesmas operadoras, só que, em casos excepcionais, esse custeio pode ser feito pela própria ANS. E nós colocamos um diretor técnico, um fiscal dentro da operadora. Dentro, para ser os olhos da ANS e induzir as práticas que nós queremos transformar, de acordo com o foco de cada um. Então, são instrumentos bastante utilizados, geralmente, eles vêm antes de medidas mais

drásticas celebradas pela agência, medidas como saída do mercado. Então, quando verificamos qualquer tipo de anormalidade que possa caminhar para uma desconformidade maior, uma negativa em massa de atendimento, uma falta de um ativo garantidor financeiro que provoque uma grave crise na operadora, nós já instauramos esse tipo de regime, colocamos um diretor fiscal técnico na operadora para ser os nossos olhos e a nossa mão. Muitas vezes, esses diretores fazem diversas determinações que devem ser cumpridas pela operadora.

A fiscalização da ANS, prevista na Lei nº 9.656, são previstas, basicamente, seis tipos de penalidades: advertência, multa, suspensão do exercício do cargo, inabilitação temporária para exercício de cargo, inabilitação permanente para exercício de cargos e cancelamento da autorização de funcionamento, alienação de carteira. Essas são as medidas que a fiscalização da ANS impõe. As multas variam de R\$ 5 mil a R\$ 1 milhão, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19, que fala especificamente sobre operadoras sem registro na ANS. Nesse caso, não tem teto de multa. A multa é uma multa diária e ela incide enquanto aquela empresa esteja operando irregularmente o plano de saúde. Os normativos da Casa, que tratam do tema, são duas resoluções, a Resolução nº 388/2015, que trata das normas processuais e dos processos de fiscalização, definindo como vai ser o trâmite, qual é o prazo de defesa, em quanto tempo o fiscal deve lavrar um auto. Todas essas especificidades. E as sanções propriamente dita e a dosimetria da pena são reguladas pela RN 124/2006, 'comina' os tipos infrativas da ANS.

Outros institutos regulatórios previstos na nossa lei são os termos de compromisso lato sensu, que envolvem o Tcac, que é o termo de compromisso e ajuste de conduta e o termo de compromisso stricto sensu, que são os dois termos negociais que a lei autorizou a ANS a celebrar. Ressalto que essa autorização, que esses termos já eram previstos na nossa lei, isso é uma característica diferente de outras agências reguladoras, muitas nem têm essa previsão, outras têm previsões internas sobre isso. A nossa lei optou por definir esse instituto com relação à ANS. O Tcac, o primeiro, ele envolve, basicamente, um processo administrativo já instaurado. A redação é clara quando diz: "O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso pela ANS se a operadora ou prestadora assinar termo de compromisso de ajuste de conduta perante a diretoria colegiada", ou seja, são naqueles casos que é instaurado um processo administrativo sancionador que, possivelmente, cominaria numa multa, só que entende-se que o interesse público, presente naquele caso, não estaria presente só com a cominação da multa e, sim, com um acordo realizado entre a ANS e as operadoras de planos de saúde, é claro com diversas melhorias na operação de forma a atender o interesse público. A gente não pode suspender e cancelar uma multa simplesmente do nada. O interesse público tem que prevalecer. Temos casos utilizados, por exemplo, casos que nós incluímos diversos prestadores de referência na rede da operadora, criamos períodos de um ano, um ano e meio em que essas operadoras tinham que ficar com uma operação padrão, diminuir os seus níveis de reclamação, diminuir as suas respostas dentro do prazo. Isso é muito mais interessante para a agência do que cominar multa. A agência não está interessada em aplicar multa, a agência está interessada em melhorar o setor como um todo, em impor melhorias perceptíveis aos beneficiários.

O termo de compromisso é outro instituto que tem o mesmo sentido, só não tem relação com o processo sancionador especificamente. Nós usamos quando

queremos imprimir práticas coletivas gerais, sem ser relacionadas a um processo específico. A própria lei autoriza esses dois institutos da agência e ambos estão regulados pela RN nº 372/2015 da ANS. Quem quiser se aprofundar mais sobre o tema normativo específico.

O art. 30 traz uma norma sobre demitidos e, posteriormente, art. 31 sobre aposentados, que dizem basicamente o seguinte: “Ao consumidor contribuir para os produtos, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando de sua vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral”, ou seja, aquele servidor demitido, aquele servidor demitido, no caso de rescisão ou exoneração de contrato de trabalho, sem justa causa, ele pode continuar como beneficiário daquele plano de saúde, desde que, claro, assuma seu pagamento integral. Não podemos obrigar a empresa a continuar custeando. O § 1º vem definir o tempo de permanência, define que o período de permanência, na condição de beneficiário que se refere ao caput, será de um tempo de permanência nos produtos que eles ficaram, com o mínimo assegurado de seis meses e o máximo de 24 meses. Então, a norma vem no sentido de proteger aqueles demitidos por justa causa a continuarem, pelo menos, até conseguir um novo emprego, uma nova função, assim assistido por aquele plano de assistência à saúde. Claro que isso tudo tem que ser feito em conformidade com o pagamento realizado, por isso que é definido um prazo específico e ele tem que assumir o custeio de forma integral.

Outra norma em relação aos aposentados. Os aposentados que, pelo prazo mínimo de dez anos, contribuírem para esses produtos, também é assegurado o direito de manutenção, como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, também desde que assuma o seu pagamento integral. No mesmo sentido dos demitidos, essa norma veio proteger os aposentados que já estão há tanto tempo naqueles produtos coletivos, relacionados às suas empresas, a permanecerem justamente na época que eles mais precisam nesses produtos. É claro que envolve o seu pagamento integral, como eu falei anteriormente, que a empresa não poderia ficar arcando com um custeio em relação a seus não empregados e, basicamente, as normas que disciplinam anteriormente são repetidas, como vocês podem ver no § 2º, 3º, eles fazem remissão às normas. Aquele que não tem dez anos, existe uma previsão específica no § 1º, bota a razão de um ano para cada ano de contribuição, ou seja, aquele que tem oito anos de, teve oito anos, se aposentou, poderia ficar mais oito anos naquele produto.

Basicamente é isso aí, pessoal. São os institutos mais importantes, fizemos um en passant pela lei e agora vamos abrir para perguntas. Não, depois do intervalo, né?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** O intervalo acho que é 15h30, né? Eu acho que a gente pode já começando a aquecer, né? Então, fica aberta, agora, a possibilidade das perguntas. A gente tem, aqui, atendentes do Procon Assembleia, do Procon Municipal, do próprio Ministério Público. Quer dizer, a gente tem, aqui, uma série de pessoas que lidam diariamente com o atendimento ao consumidor. Eu vou, então, abrir. O microfone, por favor. E aí, eu vou pedir que todos se identifiquem, porque está sendo gravado. É uma chatice a gente ficar

falando toda hora, porque, senão, a gente não capta na degravação e não sai na transcrição do evento. Até falei, Andréa, a importância de a gente gravar e degravar para repassar para todos, né? E aí, mesmo as pessoas que não puderam vir, né, para todo o Estado, a gente vai passar para todos.

**SR. RICARDO:** Boa tarde a todos. O meu nome é Ricardo e eu sou da assessoria jurídica do Procon Estadual de Minas Gerais. Boa tarde, Daniel. Parabéns pela sua explanação.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Obrigado.

**SR. RICARDO:** Eu queria fazer, por hora, três indagações ao senhor. A primeira delas é referente à cobertura de medicamentos. Então, alguns julgados que eles determinam que o medicamento que o paciente faz jus ao tratamento médico ou tratamento cirúrgico, que ele se submeteu, passa a ser obrigação da operadora de plano de saúde. E algumas decisões falam, inclusive, o tratamento ou a utilização do medicamento em domicílio. Eu gostaria da opinião do senhor sobre isso.

A outra questão seria em relação, quando o consumidor vai entrar para o plano de saúde, ele tem que fazer aquela declaração de saúde, declaração, e há também uma insistência, agora, da jurisprudência em dizer que, se essa declaração de saúde não for acompanhada por um profissional médico da seguradora ao menos, ela pode se tornar inválida. Então, se discutir, a partir dessa declaração não acompanhada por um médico, a pré-existência de uma doença ficaria em termos, difícil para o plano de saúde, seria um instrumento inválido.

E a outra questão, que não ficou claro para mim, é a questão de transplante. Alguns julgados também, eles colocam, mesmo havendo alguma restrição no plano de saúde, no contrato, que se o tratamento, aquela enfermidade é o transplante, eles têm que fazer. Obrigado.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Eu vou responder. Boa tarde. Em relação à primeira pergunta, né, dos medicamentos. Antes de mais nada, a gente tem que analisar a data da celebração do contrato. Então, as respostas são as seguintes. Se o seu contrato foi celebrado antes da lei, valem as coberturas asseguradas no contrato. E, conseqüentemente, as exclusões, certo? Então, não segue o rol da ANS se o contrato foi celebrado antes da Lei nº 9.656. Esse é o primeiro ponto. Se o contrato foi celebrado depois da Lei nº 9.656, a partir de primeiro de janeiro de 1999, a gente tem que analisar duas questões. Existe, no rol, a lista de medicamentos cobertos, que a operadora deve cobrir. Atualmente, são aqueles medicamentos antineoplásicos para tratamento de câncer. São esses os medicamentos que têm cobertura obrigatória. Os outros medicamentos só terão cobertura obrigatória desde que o beneficiário esteja internado em regime hospitalar. Então, durante a internação, está tudo coberto, medicamento.

Em relação ao home care que você falou, o home care também tem duas questões: não há a obrigatoriedade de fornecimento de home care no rol da ANS. É uma

liberalidade das operadoras ofertarem ou não. Se tiver previsão contratual em home care, ela tem que ofertar o home care. Agora, tem uma diferença aí. Muitos médicos, quando o paciente está internado, eles dão alta ao paciente, e aí, em substituição à internação, eles prescrevem o home care. Então, nesse caso, quando o home care é em substituição à internação, todos os medicamentos são cobertos. Entendeu a diferença? Se for só uma cobertura contratual, são os medicamentos relacionados, isso não tem um caráter de internação. Agora, quando a pessoa estava internada e o médico substitui a internação por home care, ele, conseqüentemente, tem que ter direito a todos os medicamentos que teria estando internado no hospital, entendeu?

Em relação à sua outra pergunta, foram os transplantes, né? Nem todos os transplantes têm cobertura obrigatória. Aí, também tem aquela mesma ressalva, tem que analisar a data de celebração do contrato, se foi antes da lei ou depois da lei. Se foi antes da lei, tem que ver a cobertura prevista no contrato e as exclusões. Muitas vezes, os contratos antigos são muito vagos. Eles não trazem as exclusões. Então, nesses casos, estão todos cobertos, entendeu? Se não existir nenhuma cláusula que exclua expressamente a cobertura daquele transplante, tem cobertura. Os contratos novos, não são todos os tipos de transplantes que têm cobertura de acordo com a lei e o rol da ANS. Aí, a gente tem que analisar quais são os que estão previstos, entendeu?

A sua outra pergunta era sobre a declaração. Existe um documento, Manual Orientador de Declaração no preenchimento. A questão da presença do médico, ela não é obrigatória. O que acontece? Se a operadora não fizer a perícia naquele momento ali, se ela abrir mão da perícia médica naquele momento que ele está preenchendo a declaração de saúde, ela não pode fazer mais, entendeu? A diferença é essa. Então, assim, ela pode, você vai contratar um plano, está assinando a declaração. A operadora pode dizer: "Quero fazer uma perícia médica contigo". Tranquilo. Agora, se ela abre mão daquilo naquele momento, ela não pode fazer depois aquilo, ela não pode alegar: "Ah, eu quero que ele passe agora pela perícia". Ela não pode.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Eu vou fazer um comentário. Esse comentário do Olavo sobre o rol e sobre a diferença da data do plano foi o que desencadeou aquela decisão do STF, porque a lei, ela veio estabelecendo uma retroatividade para o rol, para todos os contratos firmados. E foi justamente isso que o STF suspendeu. Então, antes da vigência da lei, os contratos que foram celebrados antes da vigência da lei, prevalecem porque estava pactuado no contrato. Então, após a vigência da lei, aí sim, entram as normas de direito público cogente e o rol da ANS como definição dos procedimentos mínimos. Próximo.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ:** Vamos seguir aí, gente? Mais alguma pergunta?

**SRA. CRISTIANE:** Boa tarde, o meu nome é Cristiane, eu sou da assessoria jurídica do Procon Estadual de Minas também. Eu tenho duas dúvidas. A primeira é em relação à taxa de disponibilidade obstétrica, que é polêmica, né? Eu queria que os senhores falassem um pouco sobre ela, para quem não conhece. E qual o tipo de fiscalização a ANS tem feito? Se alguma orientação tem sido dada aos médicos, que

nós sabemos que é obrigação do médico, independente de se discutir a legalidade ou não da taxa, que ele informe a paciente na primeira consulta do pré-natal. E nós sabemos que muitos profissionais não fazem isso. Então, eu queria saber qual a posição da ANS sobre a taxa e qual o tipo de fiscalização e orientação ela tem feito em relação a ela?

A segunda dúvida é em relação ao empregado que, no caso de a empregadora romper o vínculo com a operadora de saúde e celebrar um vínculo com uma outra operadora, mas o empregado, ele quer manter o vínculo com a primeira, seja porque ele tem um médico da sua confiança, ele quer continuar com a primeira. Isso é possível? E quais são as condições para que isso seja feito? Obrigada.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Em relação à taxa de disponibilidade, ela vem sendo cobrada para parto, né? É muito comum os obstetras exigirem uma taxa, que o beneficiário pague uma taxa para que tenha a garantia que ele estará disponível no momento do parto, né? Para a ANS, a cobrança dessa taxa é ilegal. O médico, ele não pode cobrar essa taxa do beneficiário. O beneficiário não pode pagar nenhum tipo de taxa se ele for beneficiário de plano de saúde. Então, nesses casos, se houver a cobrança do médico credenciado da operadora, se ele cobrar essa taxa, a gente penaliza a operadora. A operadora, ela não necessariamente tem que garantir aquele médico do beneficiário. Qual é a obrigação dela? Ela tem que ofertar outro médico que realize o mesmo procedimento, entendeu? Se ela comprovar, se a operadora de plano de saúde comprovar que ela ofertou outro médico, não há penalidade para ela, entendeu? Agora, não pode haver a cobrança de taxa de disponibilidade, sob hipótese alguma. A operadora tem que ofertar outro prestador ou a operadora negocia diretamente com aquele médico, é uma outra possibilidade. Ela negocia diretamente com aquele médico. Ou ela oferta outro prestador para o beneficiário. Mas o beneficiário não deve pagar, não pode pagar nenhum tipo de taxa para esse médico.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** No microfone, por favor.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Essa questão é bem polêmica porque o CFM, né, tem uma declaração que essa taxa era, os médicos podiam cobrar, mas, sob o âmbito da ANS, a gente entende que não pode haver a cobrança. A operadora deve garantir ou o mesmo profissional, ela negociando direto com ele, ou outro prestador para realizar o parto.

**SRA. CRISTIANE:** Uma dúvida decorrente dessa, em relação à taxa, é que eu escuto de muitos médicos que eles cobram a taxa porque a tabela mínima de procedimentos--

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Defasada.

**SRA. CRISTIANE:** Está defasada, é. Eu queria saber se a ANS acompanha isso, se existe alguma fiscalização para que esse preço, né, da tabela seja cumprido pelas operadoras ao pagar o profissional, porque a raiz do problema, eu acredito

estar aí, né?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É, o reajuste dessas tabelas. A ANS, ela não monitora no seguinte sentido. Ela não diz qual deve ser o reajuste entre a operadora e os prestadores. Isso tem que estar contratualizado, a ANS exige que isso esteja contratualizado, mas a ANS não disciplina a questão: "Vai ser 'X' o reajuste". Ela não tem essa competência legal para determinar. É livre negociação entre as partes, os prestadores e operadoras. Caso o beneficiário chegue para a gente, pelos nossos canais, abram uma demanda dizendo que pagou, teve que pagar uma taxa, a gente abre uma demanda de reclamação contra a operadora. Quem vai arcar com isso é a operadora, porque ela responde pelos atos praticados pela sua rede de médicos prestadores, entendeu?

Em relação ao empregado que gostaria de permanecer no plano de saúde, tem uma questão: o plano de saúde coletivo empresarial, como o Daniel botou aqui no slide, ele exige o vínculo daquela pessoa, seja ou a empresa ou estatutário. Tem que ter um vínculo empregatício ou estatutário. Se ele perde esse vínculo, ele pode fazer uma portabilidade, mas, aí, não para um coletivo empresarial, para um outro plano daquela empresa, o coletivo por adesão, desde que ele tenha algum vínculo associativo, o que é muito difícil, entendeu? Se ele quer, o individual, você não precisa do vínculo, você é livre. Você vai lá, quer contratar. Agora, o empregado, não. Você tem que ter o vínculo empregatício que te une àquele plano coletivo, entendeu? Agora, existem as possibilidades das portabilidades, né? Você pode procurar um coletivo por adesão, por exemplo, se você é advogado, né? Você está vinculado à OAB. Você pode procurar um coletivo por adesão, fazer a portabilidade daquele coletivo empresarial que você tinha para um coletivo por adesão, né? Mas tem que ter o vínculo. O vínculo tem que estar presente.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Mais alguma pergunta?

**SRA. MARIA HELENA:** Boa tarde. Eu sou a Maria Helena e eu tenho um plano médico desde 1997, que ainda não foi regulamentado nessa lei da ANS, que eu não conhecia essa lei. Aí, o plano, ele é reajustado por faixa etária. Aí depois, né, do meu marido, quando ele fez 66, os percentuais são muito altos. E, assim, quando ainda for regularizar junto à ANS, eu tenho que pagar mais quase 23%. Eu gostaria de saber se tem como excluir essa faixa de 61 e 66, porque a ANS parece que permite reajustar a faixa etária até 59. Tem como excluir essas duas faixas etárias?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Deixa eu fazer só uma informação. Muito obrigado por sua pergunta. Nós também temos um público, né? O público também foi convidado para participar desse evento. Eu pediria ao Olavo e ao Daniel, se pudessem fazer uma exposição que seja resumida sobre a questão do reajuste por faixa etária.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Certo.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** E sobre o artigo da lei que

trata das condições para que isso aconteça, o Parágrafo Único que fala do período de dez anos, me parece.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Sim.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ:** Que a pessoa estando no plano, ela, a pessoa maior de 65 anos, não poderia ter o reajuste. Em última análise, é o art. 14, não, não, não, desculpa. É o art. 15 da Lei dos Planos de Saúde. Simplesmente, de forma bem assim clara, né, para o público poder entender, para o público presente. Obrigado.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Vamos lá. Como eu disse antes, nos contratos antigos, anteriores à lei, vigora o que está previsto em contrato, inclusive, em relação a reajuste. Isso foi uma definição expressa, estava lá no art. 35 'e' que foi suspenso pelo STF. Então, nesses contratos antigos não adaptados, por que eu digo não adaptados? A ANS, ela oferece a possibilidade de as operadoras adaptarem esses contratos antigos à regulação recente. Caso eles exerçam essa opção, o contrato vigora com todos os direitos e prerrogativas da 9.656. Caso eles não adaptem, continuam prevalecendo as normas pactuadas em contrato. A ANS, hoje, estipula dez faixas de reajuste, sendo a última de 59 anos em diante. Isso em decorrência da vigência do Estatuto do Idoso, uma interpretação, à época, de que era vedado esse tipo de reajuste, por isso a última faixa, a última faixa de variação é de 59 em diante. Provavelmente, o seu plano, por ser antigo, prevê faixas diferenciadas no próprio contrato. Aí, como não houve adaptação no produto, valem essas faixas.

A norma que disciplina o assunto, que é a RN nº 63, ela tem diversas especificidades. Ela estipula, por exemplo, eu não me recordo diretamente porque não é um assunto afeto à minha diretoria, mas ela estipula um teto entre uma norma e outra. Ela diz que o reajuste na última faixa não pode ser superior às faixas anteriores, mas só aprofundando em relação à norma para você ver esses detalhezinhas das previsões internas da ANS hoje. Como eu falei, por ser um assunto de outra diretoria, eu não domino muito bem esse tema atuarial de tema financeiro. O Olavo, talvez, por trabalhar na fiscalização, possa responder melhor.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É, exatamente. No seu caso, para você seguir as faixas definidas em lei e a regulamentação da ANS, você teria que adaptar o seu contrato à lei.

**SRA. MARIA HELENA:** [pronunciamento fora do microfone].

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ:** Maria Helena, só um instantinho, no microfone, por favor. Você sabe, Maria Helena, a data do seu contrato? Se foi anterior a 2 de?

**SRA. MARIA HELENA:** É de 1997.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É antigo.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** É de 1997, ok. Então, é um contrato antigo.

**SRA. MARIA HELENA:** É isso mesmo. Só que, como eu não tinha conhecimento da lei, aí foi reajustando por faixa etária, e agora, quando eu for adaptar, eu tenho que pagar quase mais 23%. Está ficando inviável pagar o plano. Eu pago esse plano há 18 anos.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Ok. Maria Helena, posso te dar uma sugestão?

**SRA. MARIA HELENA:** Sim.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** A gente poderia, depois, fazer uma análise do seu contrato.

**SRA. MARIA HELENA:** Eu estou com ele aqui.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Bacana. A gente faz uma análise e depois te orienta, e, havendo necessidade, a gente faz uma consulta para a ANS.

**SRA. MARIA HELENA:** Ah, tá, porque senão, daqui a pouco, também vai pegar a minha faixa etária, que eu já estou chegando lá.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Ok.

**SRA. MARIA HELENA:** Aí, vai ficar mais complicado ainda. Então, tem que fazer uma adaptação e--

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** É, tem que verificar se--

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Vamos pegar, né, Ricardo? Depois, a gente pega o contrato dela, vamos fazer uma análise para ela. Aí, Maria Helena, você não saia, quando terminar o evento, você fica para a gente poder ver isso para você, tá bom?

**SRA. MARIA HELENA:** Combinado.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Agora, se você quiser perguntar, eu só estou antecipando que é para te ajudar. Mas se você tiver mais alguma pergunta, fique à vontade.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Em relação ao que o Dr. Amauri relatou, no Parágrafo Único do art. 15, né? Para ela ter direito a essa previsão, a essa garantia expressa no Parágrafo Único do art. 15, tem que ser um plano celebrado após a lei, ou seja--

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Ok.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É vedado o reajuste por faixa etária a partir de 60 anos, desde que você esteja nesse plano novo há pelo menos dez anos, entendeu?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Então, o entendimento, eu acho que é uma coisa importante, os contratos novos, a partir do momento que a pessoa ficou, permaneceu no contrato, a vigência do contrato for no mínimo de dez anos, é isso?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Correto.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Quando ela atingir 60 anos, qual que seria a faixa, então, que já não haveria mais o aumento?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** A última faixa seria de aumento, 59 anos.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Então, a partir de 59?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Não pode mais haver aumento.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Por faixa etária?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Por faixa etária.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Só o aumento...

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Só o reajuste anual.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATT:** Só o reajuste anual.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Que é aquele que a ANS estipula. Se for individual e se for coletivo, que é o que a associação, são as partes que negociam.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Isso é uma questão importante, porque a gente não ouve falar nisso. Eu, por exemplo, nas discussões que a gente tem, a gente sempre ouve falar em reajuste por faixa etária sempre na regra geral de, mas, quando a gente discute, principalmente com os colegas que estão na defesa do consumidor, eu nunca tinha percebido esse detalhe desse período, aí, de dez anos.

Uma outra questão, aproveitando, aqui, a pergunta da Maria Helena, uma outra questão interessante é que a gente, Olavo, Dr. Daniel, a gente sempre discute o fato de que os contratos coletivos, eles não teriam regulação no que diz respeito aos reajustes. Apenas os contratos individuais, eles seriam reajustáveis anualmente por índices que a ANS fixa. Uma questão que eu queria tirar uma dúvida é que o art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no seu inciso XVII, ele diz que é competência da ANS “autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda”. Mas ele não limita, né, se seria apenas individual e não coletivo. Eu queria ver a posição de vocês, porque me parece que há uma possibilidade legal de a ANS fazer reajuste nos planos coletivos ou determinar o reajuste dos planos coletivos. Que o que acontece, na prática, é que, hoje, a gente não encontra um plano individual, né? É muito difícil você encontrar um plano individual, exatamente porque, a partir do momento em que o plano coletivo não é sujeito a reajuste, as próprias operadoras, elas começam a migrar para o plano coletivo. Então, eu queria também ouvir vocês sobre isso, inclusive, se vocês pudessem atualizar a proporção de planos coletivos em relação aos planos individuais, né, e como é que está essa discussão dentro da ANS, que é uma discussão também tormentosa que acontece praticamente todos os dias nos grupos de discussão dos consumidores.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Claro, vamos lá. Essa é uma discussão tormentosa dentro da ANS também. A ANS, hoje, por uma questão de política regulatória, ela optou em só aprovar o reajuste dos planos individuais, considerando, basicamente, que, nos planos coletivos, as empresas, as pessoas jurídicas contratantes teriam como barganhar melhores reajustes com as operadoras e os beneficiários, não, pela sua hipossuficiência. Essa é a atual política regulatória da agência, que pode ser revista, que pode ser, que pode ser alterada, mas é a que está presente hoje na Casa.

Em relação aos planos coletivos, realmente, são bem maiores os números de planos coletivos em relação ao individual. Eu não estou me lembrando aqui os números exatos, Olavo, consegue dar uma proporção?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Eu tenho naquela apresentação que eu te passei. Ela está aqui?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Aquela apresentação que o

Dr. Olavo passou inicialmente...

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Eu tenho esses dados atualizados.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** O pessoal aí da escola.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Mas, só continuar falando aqui, mas, apesar desses reajustes coletivos, foi verificado diversos abusos em reajustes de planos coletivos, especialmente os de empresas com pequenas vidas. Nesses casos, a ANS, ela, por normas internas, ela criou o pool de risco, ou seja, ela determina que todo reajuste de planos até 30 vidas seja feito no mesmo percentual, de forma a minimizar esse impacto de pressão da operadora em cima dessas pequenas empresas. O problema é que isso, realmente, varia de empresa para empresa. Nós temos grandes empresas com, sei lá, 100 mil vidas, 120 mil vidas, que tem reajuste praticamente zero, muito abaixo do que a gente determina, e temos empresas pequenas com reajuste maior. Então, assim, é uma opção regulatória. Ao invés da gente, talvez, se a gente botasse a mais, talvez, esse ajuste poderia aumentar, entendeu? Como envolve regulação econômica, a opção atual da agência foi por definir um teto para os planos individuais e só controlar, digamos assim, só ser informado, só regular de uma forma mais passiva o dos planos coletivos, com exceção desse pool de risco dos planos coletivos de até 30 vidas. Mas como eu falo, isso é uma opção regulatória da diretoria colegiada e que pode ser revista a cada necessário, mediante provocação ou outra determinação.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Mais alguma pergunta? No microfone, por favor.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Eu tenho dados aqui... desculpe.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Eu pedi, Olavo, para ver se a gente consegue baixar.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Ah, se puder colocar ela ali... ah, está ali.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Ver se a gente consegue baixar a sua apresentação, que, aí, você pode fazer os seus esclarecimentos.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Ótimo, ótimo. Tem um [ininteligível].

**SRA. PALOMA:** Primeiramente, boa tarde a todos. O meu nome é Paloma, eu sou estudante de Direito e eu gostaria de saber qual a obrigatoriedade dos planos de saúde quanto aos procedimentos que não estão listados no rol da ANS? Como foi dito, o art. 10 tem algumas exceções, porém, no caso de algum procedimento que não seja considerado estética e já tenha saído do rol da ANS? Qual o posicionamento de vocês quanto a isso?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Os procedimentos que não estejam previstos no rol da ANS, essa é a pergunta?

**SRA. PALOMA:** Exatamente.

SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA: Então, a lei, ela define como procedimentos mínimos os procedimentos previstos no rol. Qualquer procedimento que não consta no rol da ANS, ele pode ser livremente pactuado no contrato. Uma operadora, ela pode perfeitamente cobrir um procedimento que não está no rol. Só que não há a obrigatoriedade dessa cobertura. Então, assim, existem contratos, especialmente como eu falei, contratos celebrados com pessoas jurídicas maiores, que incluem procedimentos que não estão previstos no rol, mas não há essa obrigatoriedade. Se não está previsto no rol, a operadora não tem obrigatoriedade de cobrir esse tipo de procedimento, desde que não haja previsão contratual específica albergando esse tipo de cobertura.

**SRA. PALOMA:** Mesmo que não seja considerado estética?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Mesmo que não seja considerado estética. Entra no âmbito de abrangência ali do rol, de procedimento. O rol de procedimentos, se vocês puderem ver também, ele tem diversas diretrizes e utilização. Ele não só define procedimentos, como ele define certas formas de como serão utilizados esses procedimentos, entendeu? Isso tudo por critérios médicos. Uma parte específica da ANS, composta necessariamente por médicos, define isso, de forma a não vulgarizar aquele tipo de procedimento, entendeu? Um procedimento mais invasivo, por exemplo, ser feito mediante uma simples constatação ou tal do gênero, mas, em tese, em suma, é isso aí. Se não está previsto, a gente define o mínimo, se a operadora quiser cobrir aquilo a mais, é a critério dela, mas não há obrigatoriedade desde que não haja previsão em contrato dizendo sobre isso.

**SRA. PALOMA:** Então, esse mínimo significa que esse rol, ele é taxativo, caso tenha algum código que não esteja abrangido na tabela...

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** O rol é taxativo.

**SRA. PALOMA:** O convênio pode ou não fazer essa abrangência?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Não, o convênio não é obrigado a cobrir, entendeu? A gente não vai nunca também impedir, por exemplo, se um plano de saúde quiser ofertar um procedimento, ainda que estético a uma carteira específica, a gente não vá impedir que ele conceda isso. Ele sabe do risco financeiro dele, se ele se compromete a isso naquela carteira, beleza. Mas não há obrigação estabelecida pela ANS naquela cobertura ali, naquele tipo de procedimento específico, entendeu?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Eu estou até lembrando aqui, Dr. Daniel, teve uma discussão, acho que ela é bem passada, eu não sei se vocês se recordam, cirurgias de miopia, com relação a grau.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Isso, exatamente.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Parece que o rol, ele restringiu?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Isso, essa cirurgia de miopia, ela está prevista--

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Pois é, como é que fica isso sob o ponto de vista, assim, da defesa do consumidor, o rol, por exemplo, autorizar e, posteriormente, ele restringir? Como é que fica isso assim no plano da regulação em relação aos consumidores?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Então, vamos lá. Como eu falei, hoje, o rol prevê a cirurgia de miopia com uma diretriz de utilização em relação a um grau específico. A ideia, que a área médica da ANS entende, é que a cirurgia só é adequada nos casos que, realmente, ela cure, porque existem casos de uma miopia tão severas que nem aquele, nem esse procedimento cirúrgico realiza a cura e nem casos pequenos de miopia que podem ser corrigidos sem ser por cirurgia, através do uso de lente corretiva, outro do gênero. Por isso que existe essa diretriz de utilização. Então, assim, existe a previsão no rol da cirurgia de miopia, desde que você esteja em graus específicos previamente definidos naquelas diretrizes de utilização. O que vigora sempre é o que está previsto no atual rol. Hoje, na atual RN nº 387/2015 da agência, que prevê não só os procedimentos, como essas diretrizes de utilização específicas.

**SRA. PALOMA:** Posso complementar a pergunta da miopia, a respeito dessa cirurgia? Eu fico sempre sem entender bem a questão de desde que fique curadora a miopia. Nós temos casos, aí, de graus extremamente elevados que a gente poderia dar qualidade de vida a uma pessoa que conseguisse a redução desse grau. Conheço, inclusive, uma pessoa assim, ela tem um grau, ela chega a 15 graus, salvo engano, o plano não cobre, né? E ela fica, a lente não resolve, o óculos também já não resolve porque o peso dessa lente torna inviável. E ela fica tateando os lugares e eu fico assim: Gente, se reduzisse, ela poderia usar um óculos, ela poderia usar uma lente de contato.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Vamos lá. O rol da ANS, ele é construído por uma área técnica composto basicamente por pessoas ligadas à saúde, só que ele não sai exclusivamente da ANS. Existe um comitê permanente chamado Cosaúde, que é o comitê responsável por incorporar essas tecnologias no rol. Sempre tem algum órgão demandante que demanda a inclusão de certo evento, certo procedimento, certa tecnologia, e esse evento é levado para a discussão no Cosaúde. O Cosaúde, ele tem uma participação democrática, tem representação

dos órgãos ligados aos beneficiários, tem representação das associações médicas, representação nas associações odontológicas e, ali, é discutido tecnicamente as questões relacionadas àquele procedimento. Eu, como profissional do Direito, eu não sei muito opinar em relação ao grau de miopia, se é o certo ou não, mas o ambiente que é discutido esse procedimento dá abertura para ser discutido tudo isso. Provavelmente, o representante dos beneficiários, os representantes das pessoas portadoras de miopia devem ter arguido isso e tem sempre uma resposta a essas perguntas, que eu, sinceramente, como profissional do Direito, não saberia responder. Mas é importante ressaltar que isso não é feito da cabeça de alguém que: "Ah, vamos incluir aqui". Não, isso é um comitê conjunto, democrático, aberto, que inclui esses procedimentos ou não no rol.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É, as atualizações do rol, agora, a gente vai atualizar, a ANS vai lançar uma nova atualização agora em 2017. Já se começou a próxima atualização, entendeu? Então, são feitos estudos de efetividade, os procedimentos; no Cossaúde, tem a equipe técnica que discute a incorporação, a exclusão de procedimentos obsoletos, técnicas que anteriormente eram feitas em modo aberto, já tem técnicas por via laparoscopia, todo esse tipo de inclusão e exclusão é analisado a fundo por esse grupo técnico, né, que ele é permanente. Você já libera uma atualização e já vem uma outra atualização.

Em relação à pergunta, eu consegui, aqui, abrir a apresentação, o panorama de planos coletivos, esse é um dado atualizado até dezembro de 2016, nós temos, atualmente, 66,37% dos beneficiários em coletivos empresariais, ou seja, que estão empregados, né, ou estatutários, então, a empresa, geralmente, banca esse plano de saúde; com a crise financeira que a gente vem passando, esse número reduziu bastante, foi o principal ponto de redução de beneficiários, nós tivemos uma redução de beneficiários nesses últimos dois anos. Em segundo lugar, vem o coletivo, vem o individual familiar, com 19,61% de beneficiários, estão em planos individuais ou familiares. Em terceiro lugar, o coletivo por adesão, que são as associações, né? Que contratam os planos e têm que também ter o vínculo. Então, a maioria é o coletivo empresarial, né?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTÁ:** Obrigado, Olavo. Vamos fazer o seguinte, então: nós vamos fazer um intervalo e, na volta, 16h, a gente volta às 16h, aí, vamos continuar com as perguntas, depois, o Olavo, inclusive, doutor, o senhor pode fazer a sua apresentação para que a gente também tenha uma outra questão, que é a questão da mediação que é feita na ANS, depois, fechamos com mais uma bateria de perguntas, ok?

**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA

*TRANSCRIÇÃO DO*

**ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO: AGÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

**06/04/2017 - Parte 2**

*Presidência:*

**Amauri Artimos da Matta**

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Vamos seguir com as perguntas para que depois, então, o Dr. Olavo possa fazer a apresentação dele sobre mediação, e aí no momento seguinte a gente abre de novo e encerra esse evento. Pois não, nos identificamos para que saia na gravação.

**SR. CRISTIANO FILGUEIRAS:** Boa tarde, meu nome é Cristiano Filgueiras, sou pastor e líder evangélico lá na cidade de Contagem e Nova Contagem. Sou técnico também da parte do consumidor dando assistência aos desfavorecidos.

A minha pergunta é relevante da moça que falou ali dos 97 anos, porque eu encontro muitas pessoas que já tem o plano, que se aposentaram em 97, e com 60 anos de idade, o plano dobrou, triplicou, o salário dela da base de R\$ 1.500,00 mais ou menos, e elas pagam na base de R\$ 450,00, R\$ 500,00 por mês do plano e ficam com medo de suspender, porque já chegou em uma idade muito avançada de 60 anos, 62, e as pessoas também. Outra pergunta que foi falada aí de remédio. Tem muitas pessoas que pagam esse plano também, hoje estão sofrendo diabetes e o plano, acho que não paga também esses remédios, manda diretamente para o posto de saúde. É claro que aqueles que precisam do posto, o posto está ali, o governo vai dar os remédios, mas eu acho que não é justo quando você contribui acima do limite para poder não ter assistência técnica e relevante assim da faixa etária, como é cobrado aí? As pessoas que já estão no plano novo aí, essa porcentagem anual, como é que fica?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Então, são duas questões, pelo que eu entendi. Uma o reajuste por faixa etária dos contratos antigos, e a outra a questão dos medicamentos para quem tem plano de saúde também.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Bom, vamos lá. Em relação ao reajuste, precisa saber sempre melhor no caso concreto, efetivamente, qual é o tipo de reajuste que é praticado. Como eu falei, existem esses dois tipos de reajustes também ponto variação por faixa etária, como variação de custos e tem a questão da data do contrato que influencia na análise também. É difícil falar em tese, o que eu posso falar em tese é o que a gente falou anteriormente, nos contratos antes da vigência da lei, vigora o que está previsto no contrato. Se no contrato está estabelecido uma cláusula com reajuste maior do que previsto hoje, teoricamente esse reajuste é válido, salvo um reajuste extremamente desproporcional que seja vedado pelo Código de Defesa do Consumidor, mas, teoricamente, ele é válido. Em relação a isso, em relação ao reajuste por variação de custo, esse segue a norma da ANS, ou seja, nos planos individuais, vale o que foi aprovado pela ANS; se for nos planos coletivos, vale, ele só informa para a gente o valor que é estabelecido uma livre pactuação das partes. Em relação aos medicamentos, vou passar para o Olavo aqui, que ele falar melhor.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Em relação aos medicamentos, a ANS traz no rol aqueles medicamentos que têm cobertura obrigatória para planos novos, ou seja, celebrados após a lei. Então, a regra tem que ser o seguinte. Se o paciente está internado, ele tem cobertura a todos os medicamentos que o médico prescrever, se ele está em casa, são aqueles que estiverem previstos no rol, que atualmente são aqueles para tratamento de câncer, que reduzem os efeitos colaterais do tratamento

de câncer, são os antineoplásicos. Os outros medicamentos só terão cobertura se o paciente estiver internado, ou seja, em regime ambulatorial ou hospitalar aqueles primeiros medicamentos ali no regime ambulatorial, no pronto atendimento, ele tem direito. Agora, em regra, só quando ele estiver internado que ele vai ter a cobertura daquilo.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Complementando, eu faço o convite para vocês entrarem no site da ANS, a ANS se preocupa muito em divulgar informações tais como reajuste sobre o rol, temos vídeos exemplificativos que tentam elucidar essa questão, tem bastante informação no site se vocês tiverem um tempinho ali, acho que vai ser bem instrutivo, o site da ANS, [ans.gov.br](http://ans.gov.br). Bastante coisa lá.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Deixo eu dar uma informação para o senhor que fez a pergunta. Muitas vezes, aí um caso concreto, é uma questão concreta. Muitas vezes, os contratos antigos, anteriores à lei dos planos de saúde, eles fixavam o reajuste por faixa etária colocando as faixas etárias e dizendo que o reajuste seria ou tomaria por base os índices dos insumos que são utilizados pelo plano, questões que só eles tinham conhecimento e que não eram claras.

Na verdade, para que você possa cobrar um reajuste por faixa etária, é necessário que haja no contrato, a menção das faixas etárias e o percentual de reajuste. Quando o contrato fala que será com base nos valores de insumos das despesas do plano, dos gastos, etc., sem dizer claramente qual é o percentual, a Justiça tem negado o reajuste nesses casos. Então, quando se fala em direito do consumidor, o que o código diz é o seguinte, tanto a faixa etária como o reajuste, tem que ter um percentual certo reajuste e para cada faixa etária. Se não tem isso no contrato, é como você permitisse, em função de um contrato não ser claro, que o próprio plano pudesse, unilateralmente, fixar o percentual do reajuste. Nesses casos, a justiça não permite, ela manda não reajustar em razão da falha do contrato, especialmente na falha da informação do contrato, isso aconteceu muito com contratos antigos, eu me lembro que contratos da Golden Cross eram redigidos dessa forma e várias decisões me parecem que vieram já falando nesse sentido. Mais alguma pergunta?

**SRA. ISABELE:** Oi, boa tarde, eu sou Isabele, estagiária de pós-graduação da Dra. Andrea, e a minha pergunta é sobre essas clínicas populares que vêm surgindo por aí, não sei se é bem esse o nome, me parece que elas não são reguladas pela ANS. O problema é que essas demandas têm surgido para a gente em relação ao reajuste, como é que faz para a pessoa que acabou de sair e quer se recadastrar nesse convênio, e a gente como é que faz para saber qual é a porcentagem certa, quem regula isso, se não é a ANS, porque querendo ou não, é um serviço de saúde de interesse público, mas não é regulamentado? Como é que fica isso?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Você tem o nome do plano?

**SRA. ISABELE:** São inúmeros atualmente, não sei. Eu tenho dois lá no gabinete, mas eu não sei precisar.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Está joia.

**ORADOR NÃO IDENTIFICADO:** O que tem que ser visto em primeiro lugar, clínicas populares, de acordo com a lei, de acordo com o art. 1º que o Daniel apresentou aqui, não é considerado plano de saúde. A gente tem que primeiro fazer essa análise, se ele preenche todos aqueles requisitos, né? A prestação continuada, se ele assume o risco. Então, geralmente, assim, as clínicas populares, elas não são planos de saúde. Então, elas sofrem a vigência e regulamentação das vigilâncias sanitárias, porque são estabelecimentos de saúde que têm que cumprir os requisitos da Anvisa e as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, então essa é a regulamentação.

Agora, caso tenha uma clínica dessas que esteja exercendo a atividades do plano de saúde, que tenha todas aquelas características do art. 1º da lei, mas não tem o registro ANS, aí ela está sujeita sim à regulamentação de ANS, inclusive, é o caso de multa diária que o Daniel mencionou aqui. A gente autua, enquanto ela não efetuar o registro na ANS daquele plano, ela sofre uma multa diária que pode, inclusive, ultrapassar um milhão de reais. Então, se você tiver um caso assim, pode encaminhar para a gente que a gente abre uma demanda para investigar, e o núcleo de Minas vai *in loco*, vai verificar o que é, se tem contrato, se assume o risco, se tem prestação continuada, se é, de fato, um plano de saúde.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Ressalto que nesse caso de operação sem registro, sem prejuízo da responsabilidade criminal administrativa correspondente, tá?

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Nós temos aqui na frente o Rafael, também lá depois você... Pois não.

**SRA. RAFAELA:** Oi, boa tarde, meu nome é Rafaela. A minha pergunta, ela é semelhante à anterior. Na realidade, hoje, com as inovações tecnológicas, estão surgindo várias formas de atuação e uma delas são os aplicativos e agora está extremamente comum ter aplicativo que faz essa ponte entre o paciente e o médico. Existe uma rede credenciada de médicos nesses aplicativos e eles fazem o atendimento. O que eu queria saber da ANS é qual é a visão da ANS sobre esses aplicativos e se, eventualmente, isso pode ser regulamentado, pode ser melhor estudado para ver se há necessidade de interferência da agência.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Rafaela, você tem o nome do aplicativo só para gente ilustrar não?

**SRA. RAFAELA:** Eu acho que tem Dr. Já, Chame Médico, são alguns nomes.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Ok.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** A ANS, ela regula o setor na

abrangência da nº 9.656, tá? O nosso objeto principal são as operações de plano saúde naquelas conformidades que eu falei anteriormente.

O nome da agência, já diz o objeto dela, é uma agência nacional de saúde suplementar, nós não somos uma agência de saúde genérica, nós não cuidamos de toda operação de saúde em território nacional. Em regra, essas operações do prestador, elas são fiscalizadas pelo Conselho de Medicina e pelo Ministério da Saúde a partir dos departamentos responsáveis, salvo se configurar um daqueles casos de operações dos planos de saúde.

Os poucos casos que eu verifiquei nesses aplicativos, eu não vi, em tese, uma operação de plano de saúde, por isso que foge do âmbito de regulação de ANS, mas, em uma análise mais aprofundada, de repente, mediante uma denúncia, posso fiscalizar que, efetivamente, é uma operação, mas em tese, é visto mais como uma intermediação de prestador, uma indicação de prestador, como uma lista, por exemplo, qualquer, como uma lista encaminhada por uma residência com uma indicação de prestador, isso não configura operação em si do plano de saúde, tá?

**SR. RICARDO AUGUSTO AMORIM CÉSAR:** Ricardo do Procon estadual de Minas Gerais, da Assessoria Jurídica. Eu queria fazer uma pergunta em complemento a que já foi feita agora. Existe aquele ou existiu durante muito tempo, aquele cartão de desconto, certo? Que muitos confundiam com o plano de saúde, mas que não tinha nada a ver. A Isabel fez uma pergunta similar desses planos, mas eu me lembro que ano passado, a Senacon, ela encaminhou para os Procons um relatório e uma preparação de reuniões para falar sobre o plano de baixo custo, esse sim regulamentado pela ANS, aí seria talvez uma abrangência bem menor, em um custo bem menor, gostaria que os senhores falassem sobre isso.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Os planos de baixo custo é uma discussão que vem acontecendo no âmbito do Ministério da Saúde foi formado um grupo com integrantes do Ministério da Saúde, tem representantes da ANS, mas ainda não foram criados esses planos não, mas caso eles venham a ser criados, esses sim são regulados pela ANS, entendeu? Mas existem discussões de planos, não existe nada de concreto ainda, o que seriam esses planos de baixo custo, não tem nada de concreto, mas caso venham a surgir, sim, são planos de saúde, mas, provavelmente, com a abrangência menor, seriam só ambulatoriais, discussões assim, não tem nada ainda de concreto, com propostas ainda. A gente ainda não viu, o corpo técnico--

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Hoje não existem planos de baixo custo na regulação de ANS. Hoje não existe nenhum plano definido como de baixo custo, o que acontece foi como o Olavo falou, está sendo discutido uma eventual criação de um plano de baixo custo, mas não tem nada definido ainda, sendo discutido no âmbito interno, no GT da ANS, com participação das diretorias, com a participação do Ministério da Saúde. Então, isso está bem embrionário ainda.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTIA:** E teria que haver alteração legislativa? Porque o plano referência seria o mínimo, né?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Exatamente, dependendo da proposta que saia.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Essa proposta é muito polêmica exatamente por isso, você não pode ferir o art. 10 da lei, que ele traz que o plano referência, ele tem que ofertar tudo aquilo. Então, você não pode subsegmentar, subsegmentar o ambulatorial, o subsegmentar o hospitalar, ou subsegmentar, né? Você tem que ter, pelo menos, uma operadora, ela tem que ter pelo menos o plano referência, mas ela pode comercializar só o ambulatorial. Pode, mas ela tem que ter registrado o plano referência, ela tem que ter tudo. A partir do momento que você subsegmenta, aí tem que analisar com muita calma, muita atenção, como é que esses planos vão ser feitos, porque, sob a luz da lei, assim, é bem complicado assim.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Sequência aí, vamos lá.

**SRA. LILIANE:** Boa tarde, meu nome é Liliane, eu sou estudante de Direito e trabalho no setor de credenciamento da rede hospitalar. A minha dúvida é sobre a RN 364. Na verdade, ela estabelece aí um percentual para os reajustes que não são acordados entre as partes, de prestador, mas ela não fala sobre cooperativa e saiu uma circular que até o dia 9 de março, é o cooperado, ele tem que realizar um cadastro no site da ANS para poder estar incluindo aí entre os 105%, que está estipulado nessa resolução. E da cooperativa, porque, na verdade, é a cooperativa que realiza a negociação para o cooperado. Como é que funciona?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Olha, existe uma diretoria na ANS que é a Diretoria de Desenvolvimento Setorial que trata especificamente dessa questão. A gente da Diretoria de Fiscalização, a gente não recebe essas questões, porque isso não gera uma infração. A gente não penaliza o prestador, não existe uma penalização ao prestador, né? Então, esse relacionamento, você está falando do fator *Quality*, né, que os prestadores têm que preencher no site o...

**SRA. LILIANE:** *[pronunciamento fora do microfone].*

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Assim, pelo que eu tomei conhecimento, digo assim, não é matéria da nossa competência lá na ANS. A gente não lida diretamente com isso e isso não gera uma demanda, isso não exige um descumprimento de uma legislação, não há uma infração ao beneficiário, a gente não trata com isso. A grosso modo, o que eu pude perceber é o seguinte, aquele prestador que é vinculado a uma clínica, a um hospital, a clínica que vai fazer esse preenchimento, já que o profissional liberal, ele faria--

**SRA. LILIANE:** *[pronunciamento fora do microfone].*

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Aham. Agora, aí eu te sugiro, como é uma dúvida bem mais específica, pode fazer a consulta nos canais da ANS, no 0800 7701-9656, que a gente recebe e encaminha direto para a diretoria, e aí em cinco ou sete dias você tem a resposta disso.

**SRA. LILIANE:** Eu até entrei em contato, só que não souberam me passar essa informação. Por isso que eu aproveitei a oportunidade agora para estar esclarecendo.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Aí você entrou no canal prestador?

**SRA. LILIANE:** Isso, e entrei em contato, e não souberam me esclarecer a questão para a cooperativas.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Nesses casos, entra na ouvidoria, fala com a ouvidoria da ANS, fala que você não foi respondida que eles vão adotar as providências.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Porque, em tese, a gente encaminha, quando a gente não tem a resposta, encaminha para a área e depois você vai receber essa resposta.

**SRA. LILIANE:** Ok. Obrigada.

**SR. PRESIDENTE AMAURI ARTIMOS DA MATA:** Ok. O próximo. Tem aqui o Dr. Rafael mais alguém? Não. Nós temos mais então três. Mais alguém? Nós vamos limitar aos três para que o Dr. Olavo possa fazer a apresentação dele. Ele tem horário de voo, senão a gente acaba complicando a situação do retorno dele.

**SR. RAFAEL GUSMÃO DIAS SVIZZERO:** Boa tarde, Rafael, sou coordenador do Procon municipal de Teófilo Otoni e presidente do fórum dos Procons mineiros.

Doutores, é muito comum, e me preocupou, salvo engano, a Isabel estagiária, bem como a Rafaela do Procon estadual. Preocupa muito os Procons municipais a questão das clínicas populares e bem como os aplicativos, porque assim como funciona e como acontece hoje no segmento de seguro de veículos em que cooperativas, associações vendem supostos planos ou supostos seguros sem estar devidamente regulamentados, acontecem da mesma forma, principalmente, no interior de Minas Gerais, no interior do nosso país supostos planos de saúde que vão no interior, vão de porta a porta e fazem essa publicidade, essa comercialização como se plano de saúde fosse.

E, assim, me preocupou a resposta, quando diz assim: Não é plano de saúde, não é da esteira, não é da competência da ANS, mas nem ao menos a fiscalização, a punição, o indiciamento dessas pessoas; calma eu quero é isso, eu quero saber até que ponto, porque a publicidade é feita como se plano de saúde fosse, e já pegando o gancho e fazendo uma segunda pergunta que envolve, o doutor falou a questão do CRM, em Minas, por exemplo, o gente enfrentou isso, foi matéria em um jornal de renome nacional, que fala do agendamento de consulta, de consulta comum

ambulatorial para aqueles associados de plano saúde. Acontece muito e isso é comum, por isso que foi noticiado, foi matéria nacional. Se você ligar em qualquer consultório, a gente pode pegar uma lista aí e ligar aqui agora, eu quero agendar uma consulta, e ela for particular, para amanhã ou depois tem a vaga e por um plano de saúde, para daqui a 60 dias, para daqui a 90 dias. E o que me assustou, o CRM Minas Gerais expediu uma resolução falando que o médico pode criar a agenda dele e a ANS, a gente sabe que é contra isso, inclusive, saiu uma resolução falando que teria até sete dias para agendar. Qual é o posicionamento diante de uma classe que se protegendo baixa uma resolução que contrária a legislação, que contrária a lei de plano de saúde, que contraria o Código de Defesa do Consumidor e inúmeros julgados, e como se posiciona nesse sentido?

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Vamos lá. Em nenhum momento a gente falou que as clínicas populares, ainda que operem plano de saúde, não são fiscalizados pela gente não, deixar claro isso aqui. A gente falou daquelas clínicas populares típicas, digamos, aquele prestador que resolve fazer o preço a R\$ 30,00 e atender a população a R\$ 30,00, em uma consulta, por exemplo, entendeu? Esse tipo de operação não é regulado pela ANS. É claro que tanto as clínicas populares como qualquer outra empresa que entre no conceito de plano assistencial, seja uma clínica popular, seja um hospital, seja qualquer outro tipo de empresa que entre no âmbito de regulação de agência, ele está operando plano de saúde clandestinamente e vai ser autuado, vai ser fiscalizado, como eu falei, sem prejuízo à responsabilidade criminal, administrativa, cível, tudo direitinho, é a maior multa que tem, não tem limite. Exatamente é uma multa que tem diversas, a gente não só multa a operadora de deixa, a gente toma efetivamente ações para a retirada desse prestador do mercado, a gente instaura um processo de liquidação, a gente oficia ao Ministério Público, à época, para tomar as medidas criminais cabíveis, a gente faz tudo para tirar essa operadora do mercado que a gente considera extremamente nociva para regulação. Se nem as operadoras que estão na regulação cumprem totalmente a regulação, você imagina uma operadora que nem está registrada na ANS regulamentada. Então, assim, a gente reitera que qualquer caso que o Procon municipal, estadual saiba desse tipo de operação clandestina, que informe à ANS que a gente vai adotar todas as providências cabíveis, instaurar processos, fazer diligências *in loco*, se for necessário, tudo que a gente faz normalmente. Em relação a outra pergunta, em relação aos prestadores, o Olavo.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Aos prestadores, é o seguinte. A ANS estipulou a RN nº 259/2010 que ela estabelece os prazos que as operadoras devem garantir o atendimento. Então, tem vários incisos que trazem desde exames laboratoriais, três dias, até as outras especialidades chegando no máximo, 21 dias, cirurgia. Então, o que essa RN estabelece? A operadora tem que ofertar qualquer prestador que atenda dentro desse prazo, esse é o cerne da norma. Ela quer que o beneficiário tenha o atendimento com qualquer prestador dentro daqueles prazos da norma, isso é que a ANS atribuiu. Então, qualquer descumprimento disso, existe a penalidade. Em relação ao CRM e ao CFM, a gente não tem competência legal para discordar. Por exemplo, aquela pergunta da taxa de disponibilidade. O CFM estipulou que pode ser cobrada, a nossa postura é que não pode ser cobrada. Então, entra em algum momento um conflito, a gente entende que não pode haver discriminação de marcação de atendimento, mas, assim, a gente não pode se sobrepor ao que o CFM orientou aos médicos, não cabe a gente. O que a gente fiscaliza é, se o beneficiário precisou fazer uma consulta que está prevista em sete dias, ele tem que ter aquele atendimento em sete dias, marcar e realizar, não só marcar essa é

uma outra dúvida, tem que marcar e realizar em sete dias, se esse for o prazo. Em qualquer prestador, se o beneficiário quiser em um e a operadora ofertar em outro, tranquilo. É o que a norma assegura, é a garantia do atendimento. E o que gera a suspensão dos planos? Quando as operadoras descumprem esses prazos da RN nº 259 que passa pela nossa mediação, os planos são suspensos trimestralmente e não pode entrar mais ninguém naqueles planos que estão descumprindo esses prazos, entendeu? Agora, tem essa divergência, às vezes com os CRMs, com CFMs, entendeu? A gente, às vezes não pode se sobrepor assim.

**ORADOR NÃO IDENTIFICADO:** *[pronunciamento fora do microfone]*.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Existem. Existem vários aspectos, da taxa foi um conflito que a gente se deparou. Assim, a gente teve que marcar uma posição muito clara, porque houve um conflito, né?

**SRA. IVONE:** Meu nome é Ivone, eu sou estagiária no Procon e eu tenho duas perguntas. A primeira, eu queria saber quais são os casos mais comuns de ações contra planos de saúde que estão na ANS hoje.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Certo.

**SRA. IVONE:** E a segunda pergunta é que as operadoras, elas, muitas vezes, se negam a resolver os conflitos administrativamente e vai sobrecarregando o judiciário. Eu queria saber se a ANS tem alguma linha de ação para ajudar as operadoras de mudarem essa postura?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** É exatamente o tema aqui da minha apresentação, você chegou aqui no ponto. Deixa eu adiantar ela aqui que eu te dou a primeira resposta, quais são os temas mais demandados, né? Aqui são dados que eu trouxe, aqui. A ANS recebe, tem um total de reclamações assistenciais de 90.245, esse foi o dado de 2016, são demandas assistenciais e solicitações de informações, quando você só liga: "Quero tirar uma dúvida", são 279.268 demandas de informação. Aqui vem a resposta a sua pergunta. Quais os temas mais demandados? Primeiro lugar esmagador é a cobertura, quase 70% versa sobre cobertura. Segundo tema mais demandando contratos e regulamentos. Aqui entra o quê? Grande parte aqui são contratos antigos, que a gente também fiscaliza. Não é porque o contrato antigo não siga algumas disposições da lei que a gente não vá fiscalizar, a gente fiscaliza o cumprimento das cláusulas contratuais. Então, você pode verificar que é o segundo tema mais demandando, são os descumprimentos contratuais. A gente observa se a operadora está cumprindo aquilo que está presente no contrato. Terceiro lugar, mensalidade e reajuste.

Aqui, eu ainda trago mais à frente, eu ainda tenho isso mais por subtemas, eu ainda vou chegar. Eu vou apresentar aqui de forma muito rápida a sua segunda pergunta, que é o que a ANS administrativamente faz para resolver esses conflitos de forma extrajudicial, para que isso não vá parar no judiciário. Se chama hiperferramenta que a gente utiliza é a nossa resolução extrajudicial de conflitos. Então, aqui eu trago

os subtemas mais presentes na NIP(F). Quais são os subtemas? Em primeiro lugar, o gerenciamento das ações de saúde. O que são gerenciamentos? São mecanismos de regulação que as operadoras se utilizam para negar um procedimento e aqui abarcam o quê? Junta médica, órtese e prótese, cotação de material. Então, tudo isso está abarcado aqui em gerenciamento, é o tema mais demandando. Em segundo lugar vem prazos máximos de atendimento que são exatamente a gente fiscaliza se aqueles prazos estão sendo cumpridos. Quais são outros temas? Suspensão e rescisão contratual é um outro subtema, rol de procedimentos, se a operadora está descumprindo o rol da ANS, rede de atendimento, também é um tema bastante demandando e reembolso, né?

Como é que funciona a nossa mediação? De forma bem resumida. A demanda de reclamação chega na ANS pelo site, atendimento pessoal ou no disque ANS. Aqui tem um núcleo, aqui em BH, núcleo da ANS. Assim que essa demanda é registrada, automaticamente essa demanda vai para a operadora, para o site da ANS. A operadora tem que todo dia entrar no site da ANS, no seu portal para tomar ciência dessa reclamação. Essa operadora tem o prazo de dez dias para responder essa reclamação para a ANS. De acordo com a natureza dessa reclamação, a NIP(F), ela vira assistencial ou não assistencial. E o que é que muda aqui? Assistencial ou não assistencial? Se o consumidor disser que o problema não foi resolvido, isso cai para análise da ANS, porque o consumidor, depois que esgota o prazo da operadora, ele tem dez dias para informar a ANS se o problema dele foi resolvido. Então, o consumidor, ele recebe dois e-mails, assim que ele cadastra a demanda e antes de esgotar o prazo, ele tem que responder a gente se o problema foi resolvido para todos aqueles beneficiários que não têm e-mail, a gente liga para saber se o problema foi resolvido. Então, se ele disser que o problema não foi resolvido ou foi resolvido fora dos prazos da 259, a gente vai fazer análise daquela demanda, e aí, a finalização daquela demanda pode ser não procedente, ou seja, o plano de saúde tinha razão, a negativa foi devida, por exemplo, ou existe a possibilidade da reparação voluntária eficaz, que é o quê? A operadora errou, ela infringiu a lei, mas ela tem cinco dias úteis para corrigir aquela conduta dela, ou seja, o beneficiário não teve o procedimento garantido, reclamou e em cinco dias a operadora liga para ele e adota as providências para resolver aquela questão. Então, a gente considera isso RVE, Reparação Voluntária Eficaz.

Se ela depois dessa segunda chance não resolver, aquilo vai para a núcleo e é aberto um processo administrativo. Ou seja, se esgotaram os esforços de mediação. Se o beneficiário disser que sim, foi resolvido o problema dele, essa demanda fica inativada, mas a qualquer tempo, ele pode reabrir. Por quê? Porque muitas vezes a operadora autoriza, agenda e quando ele chega no prestador, ele tem uma negativa. Então, o beneficiário retorna, reabre e a demanda vai para o núcleo de fiscalização. Esse é, em grosso modo, a nossa mediação que ela é totalmente automatizada até o momento que cai para a gente analisar uma a uma. Aqui são os prazos de resposta. Para temas assistenciais que envolvem negativa de cobertura, a operadora tem que resolver o problema em cinco dias úteis após receber aquela notificação lá no site. Para os temas que não sejam de cobertura, ela tem até dez dias úteis para resolver o problema. Então, isso mecanismo de resolução extrajudicial, ele tem se mostrado muito efetivo, a resolutividade dos temas assistenciais, dos problemas assistenciais está em torno de 89% de tudo que entra é resolvido já nessa fase, e a não assistencial, que só tem um ano, que a gente começou com ela ano passado já está em 88 da resolutividade. Então, tem e mostrado bem eficaz esse mecanismo.

Aqui, eu trouxe último dado até dezembro de 2016, é um índice assistencial esse aqui, 89,2% de tudo que entrou foi resolvido só pela mediação extrajudicial da ANS. Aqui, eu trago, essa mediação assistencial, ela existe desde 2009, ela começou com um projeto piloto, não sei se está dando para vocês enxergarem. Está bem pequenininho, né? Em 2009 ela começou com 49% de resolutividade; 2010, 66%; 2011, 66%; 2012, 76%; 2013, 85%; 2014, 82%; 2015, 84%; 2016, 89%. Por que essa resolutividade tem sido muito alta? Não é à toa, porque são dois processos de trabalho da ANS integrados, aqui a Diretoria de Fiscalização que faz esse trabalho. A outra diretoria que o Daniel falou, a parte, lembra que ele falou que os planos são suspensos trimestralmente? A base de dados para eles suspenderem esses planos é o resultado dessas reclamações aqui. Então, trimestralmente, essa diretoria extrai tudo que entrou contra aquela operadora, e aí é feito um ranking, as que são mais reclamadas. Só que não basta elas melhorem sozinhas, elas têm que melhorar junto com o mercado. Então, assim, se em um ano, um trimestre uma operadora tinha 50 reclamações, se no próximo trimestre ela tem 40, mas se o mercado teve 25, ela continua lá no passo topo. Então, tem que todo mundo melhorar, o indicador, ele traz todo mundo para baixo. Então, não adianta, ela não consegue combinar com os outros o quanto que ela tem que melhorar, então é de acordo com o porte, obviamente, pelo número de beneficiários. Então, todo mundo tem que melhorar junto ou piorar junto, e aí é feito esse ranqueamento e os planos são suspensos trimestralmente.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Ressaltando também que as autuações são pesadas, né? A negativa de cobertura de urgência e emergência, por exemplo, tem uma combinação de multa de R\$ 250 mil. Então, assim, já entrou na ANS uma reclamação, ou seja, muito provavelmente será instaurado um processo em cima de operadora. Então, é em jogo para ela resolver, e é o que a gente quer. O que a gente quer é resolver o conflito, independente da multa. A multa para a gente não é interessante, o interessante é a satisfação do beneficiário. Então, foi o que o Olavo falou, é um conjunto

**MINISTÉRIO PÚBLICO  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA

*TRANSCRIÇÃO DO*

**ENCONTRO SOBRE CONSUMO E REGULAÇÃO: AGÊNCIA  
NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

06/03/2017 - Parte 3

*Presidência:*

**Amauri Artimos da Matta**

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Plano de saúde que ficava com quase 60 ou 70% das pessoas que tinham plano saúde na cidade, ou seja, um contingente muito grande, mas a reclamação que chegou, eu sei que o caminho foi outro, a ANS interferiu de uma maneira efetiva, mas a pergunta que me chegou foi o seguinte, olha a ANS determinou essa portabilidade extraordinária, mas eu pago R\$ 200 e qualquer um me oferta a portabilidade por R\$ 800. O que fazer? Ou seja, existe a determinação, mas na prática os consumidores não conseguiam efetivar, e a última questão, desde muito tempo atrás, eu ouço, isso é mais uma questão de opinião, os senhores fiquem à vontade até se não quiserem responder, eu ouço dizer do colapso do sistema de plano de saúde, há muito tempo atrás se fala, é igual colapso do INSS, a gente ouve falar mas nunca aconteceu e eu vi uma matéria agora falando que essa queda de beneficiários, de contratados e o aumento de custo do serviço de saúde poderia representar... Alguns sugeriram o ano de 2022 para isso acontecer, se há um acompanhamento, eu sei que há um acompanhamento, mas qual a perspectiva que a ANS tem disso. Obrigado.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Em relação à acomodação, a ANS estipula o seguinte, se a pessoa contratou enfermaria, ela vai ter enfermaria, se ela contratou quarto individual, ela vai ter quarto individual. Vamos supor que ela tenha contratado quarto individual e chegou lá na hora, não tinha quarto individual ou ela contratou enfermaria e não tinha enfermaria, esse é um exemplo melhor. Ela contratou enfermaria, chegou na hora não tinha nenhum lugar na enfermaria, a operadora tem que ofertar o quarto individual, sem cobrança de custo nenhum para o consumidor, entendeu? Se ela contratou aquilo, não tinha, ela tem direito a acomodação superior. Em relação ao que o estabelecimento de saúde deve ter, por exemplo, a temperatura de ar-condicionado, a parte de higiene, aí, de novo, são as vigilâncias sanitárias que cuidam disso, a ANS não regula o que o hospital tem que ter, a higiene ou a temperatura do ar-condicionado, o leito... não, essa parte são das vigilâncias, a ANS não regula essa parte específica do que o hospital tem que ter.

**SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Deixa eu dar só um 'pitaco' aí. A lei, ela trata de procedimentos que não são cobertos, por exemplo, órteses e próteses desde que não relacionados ao ato cirúrgico.

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Para fins estéticos, por exemplo.

**SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** É um exemplo. Eu imagino se, para o tratamento e para o pós-operatório o ambiente em que o paciente vai ficar tenha que sofrer alguma mudança, eu acho que a gente pode entender que essa mudança vem em decorrência da internação e do tratamento e, portanto, me parece que seria coberto, só uma reflexão.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Vamos lá. Como o Olavo falou, em relação às normas sanitárias tem os órgãos correspondentes, o ar-condicionado, as condições até mesmo físicas da instalação estão reguladas por esses órgãos. Em relação à portabilidade extraordinária, o que a gente faz é a portabilidade extraordinária de carência, o foco é na carência. Então assim, a gente determina que qualquer beneficiário pode migrar de operadora sem cumprir novos prazos de carência. Em relação ao preço, é uma situação complicada. O preço é o estabelecido

no produto dela, só que realmente às vezes, tem que ter uma repactuação, a gente sabe que pelo lado do direito do consumidor é complicado ter um reajuste, mas existem planos, por exemplo, a grande maioria dos planos que quebram é por conta de falhas atuariais, de subprecificação de preço mesmo, tipo um plano que custa R\$ 100 para uma pessoa de 70 anos de idade, entendeu? Pode ser viável, mas não é provável que seja viável, porque uma consulta hoje está custando o quê? Duzentos reais? Então, teoricamente alguém está pagando essa conta. Então assim, porque a gente, em relação aos abusos, mas não há uma determinação que a operadora aceite pelo mesmo preço praticado antes no âmbito da portabilidade extraordinária. O que a gente faz, sim, é a isenção de carência, é o que eu falo, a finalidade da portabilidade é isenção de carência, mas não em relação ao preço. Em relação à terceira pergunta sobre o setor em si. Eu acho que sempre tem essas teorias da conspiração em todos os setores assim, sempre falam: “ah, isso aqui um dia vai acabar”. A ANS, ela constantemente zela pela fluidez do mercado, pelo equilíbrio do mercado. Às vezes reajustes que são autorizados são feitos justamente para coibir esse tipo de operação, realmente, existe assim, existe uma inflação médica alta aqui no país, então, os preços aumentam, os preços das consultas, aumentam os preços dos procedimentos, aumentam até porque têm que aumentar, porque se não aumentar, aí os prestadores vão falar assim: “ah, não, estou recebendo menos”. Então assim, sempre tem um jogo de cada um por seus interesses e cabe à ANS zelar pelo equilíbrio do mercado, ou seja, pelo preço justo da prestação de serviço, às vezes o preço justo fica um pouco mais caro dependendo do procedimento e, às vezes, fica mais barato. E é por isso que existe o reajuste. Mas assim, eu te falo como servidor da ANS, não trabalhamos com previsibilidade apocalipse que o mercado vai acabar, não, muito pelo contrário, a gente trata o setor, a gente considera o setor cada vez mais equilibrado, cada vez mais sustentável e uma dessas nossas funções seria exatamente essa, entendeu?

**SR. OLAVO MONTEIRO GOMES:** Eu trouxe aqui uns dados nessa apresentação que ajuda a gente a refletir um pouco, sobre o caminho do setor. Trouxe aqui uma imagem que é, mais ou menos, assim, como é o nosso sistema de saúde. Muito se fala assim: “ah, a saúde suplementar, os planos de saúde estão fora do SUS”, não é verdade, na verdade a gente está inserido no SUS, porque é um Sistema Único de Saúde universal e gratuito. Esse sistema de plano de saúde, ele é suplementar, nós temos três sistemas hoje: Você tem o SUS que abarca tudo, qualquer cidadão brasileiro tem o direito de utilizar, você tem o sistema complementar, que é o quê? É quando o governo federal, o SUS, ele contrata a rede privada para prestar atendimento gratuito às pessoas, esse é o sistema complementar. E você tem o sistema suplementar, que é aquele bancado pela iniciativa privada. Então, esse sistema, ele está todo abarcado, é um Sistema Único de Saúde. O quê que a gente pode ver, assim, de perspectiva? No ano de 2016, podem observar aqui pelo gráfico, a gente teve uma queda de, mais ou menos, dois milhões de beneficiários de plano de saúde, nós tínhamos no setor de assistência médica, né, 49 milhões em 2015. Em dezembro de 2016 a gente já teve 47.9 milhões, o que não aconteceu com o odontológico, o odontológico você teve quase um crescimento de um milhão de pessoas, né? Por que isso? Aqui a gente pode ver, esse próximo slide ele já explica 66%, quase 67% estão em planos empresariais. Então, com o aumento do desemprego, você tem o aumento da saída dessas pessoas dos planos empresariais, esse é um reflexo direto da crise, do desemprego do país. Mas, ao mesmo tempo, eu trouxe aqui a nossa faixa etária da população brasileira, a maior parte dos beneficiários de plano de saúde no Brasil ainda são jovens. Vocês podem observar aqui, a gente tem de 20 a 29 anos é quem sustenta, está sustentando hoje os planos de saúde, o sistema brasileiro de

plano de saúde, ele é solidário, ele é mutualista, então, os jovens pagam os custos dos mais antigos, vocês podem ver na pirâmide, a gente ainda no Brasil está numa situação confortável dos planos de saúde, a gente ainda tem uma população ativa, economicamente ativa sustentando esse setor. Aí, um dos fatores que a gente se preocupa? Quem vem... É um envelhecimento populacional, né? É como esses planos, como essa população idosa vai ter condições de arcar com esse plano. Então, se discute, inclusive, um programa de incentivo a medicamentos, existe um programa da diretoria que está estudando o fornecimento de medicamentos. Então, a ANS vem acompanhando, tanto economicamente, quanto assistencialmente, esse mercado. Um outro dado aqui: Operadoras do setor, se vocês observarem aqui, a gente teve uma redução do número de operadoras que comercializam plano de saúde. No primeiro momento você pode verificar: Isso é ruim? Está tendo mais concentração no mercado? Depende, porque você tinha muita operadora que não tinha capacidade de atender os beneficiários quando eles estavam doentes, entendeu? Então, com a limpeza do setor no sentido, só ficam as operadoras que, de fato, podem arcar com os custos dos beneficiários. Então, são vários dados que a gente tem que olhar de forma conjunta para chegar a uma conclusão. Aqui é mais ou menos o que eu falei, mas é isso, a gente tem sempre que estar estudando e acompanhando, tudo é muito relativo, não dá para a gente tirar conclusões muito precipitadas sobre o futuro do setor.

**SR. DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA:** Respondido? Mais alguém? Alguma pergunta? Aproveitando, eu quero reiterar, pessoal, o convite ao site da ANS que tem muita informação lá, tem bastante... tem folder, tem *flyer*, tem simulação. Então, entrem no site da ANS, tem vídeos agora informativos novos, que a gente fez sobre os temas mais relevantes, bastante informação lá, inclusive todas nossas resoluções que vocês podem procurar por tema. Vou reiterar o convite para todo mundo interessado aí.

**SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Bom pessoal, colega Andrea. Queria... Fala, fala aí.

**SRA. ANDREA DA SILVA SOUZA:** Boa tarde a todos, não é? Já sabem, o meu nome é Andrea e eu gostaria, em primeiro lugar, de agradecer aos representantes da ANS que não só fizeram uma excelente, uma brilhante explanação quanto solucionaram muitas dúvidas nossas aqui, com muito boa vontade, proporcionado uma tarde muito agradável, mais do que de estudos, agradabilíssima realmente. E, gostaria de comentar aqui a nossa conversa, a nossa intenção de estreitar os laços com a ANS para que a gente consiga de forma mais rápida solucionar os problemas, as demandas e dúvidas que surgirem e agradeço muito a presença de vocês e aos presentes que, porventura, venho a precisar, né, da promotoria, da 14<sup>a</sup> Promotoria do Consumidor ligados a essa área, eu também estou à disposição, podem me procurar ali na Goitacazes, nº 1.202, através do Procon, que a demanda chegará sem problema. Obrigada a todos, mais uma vez, obrigada.

**SR. AMAURI ARTIMOS DA MATTA:** Andrea, agradecemos também a sua presença aqui, a sua participação conosco. E eu queria então, em nome do Ministério Público, do Procon estadual agradecer a presença dos Drs. Daniel Meirelles e Dr. Olavo Monteiro, e que eles levassem à ANS a nossa satisfação, a nossa gratidão pela presença de vocês que com muita informação, uma brilhante exposição, puderam nos ajudar a compreender diversas questões envolvendo a lei dos planos de saúde.

Para todos os presentes eu espero que o evento tenha sido bom e, nesse sentido, próximo evento deverá ser uma discussão sobre os direitos e deveres dos passageiros no transporte metropolitano e intermunicipal de Minas Gerais, então, nós deveremos trazer um representante de Secretaria de Transporte do Estado de Minas e dentro dessa mesma linha ele virá e irá trabalhar todas as questões envolvendo direito de passageiros no transporte intermunicipal rodoviário, ok? Esse evento, ele está marcado para o dia 17 de março, às 14 horas e nessa linha será discutir com os órgãos reguladores os problemas que vêm acontecendo e também estreitar esse relacionamento.

Com base nessas informações, eu gostaria de agradecer a presença de todos, mais uma vez, aos colegas aqui da Mesa e encerrar esse evento. Muito obrigado.

[aplausos]