

Em relação às propostas apresentadas pela ANS na 3ª Reunião da Câmara Técnica, que trata da “Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes”, a Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor destaca três aspectos, em relação à edição de eventual normativo pela ANS:

1) Da qualificação da entrada no plano de saúde

As operadoras devem incrementar a qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, buscando a redução da assimetria de informações. Nesse sentido, é fundamental qualificar o ato da venda ao consumidor que manifesta interesse de ingresso em um plano de saúde. É dever de quem oferta e direito do consumidor receber informações claras e completas quanto à modalidade de plano de saúde que lhe está sendo ofertada, se o consumidor está ingressando em um contrato de plano de saúde de natureza individual/familiar ou de natureza coletiva, entre outras informações que se mostram essenciais nessa relação de consumo.

Pela obrigatoriedade de observância ao direito à informação, é imprescindível que o consumidor seja claramente notificado do tipo e características do contrato oferecido, a fim de verificar não apenas a sua elegibilidade para ingresso, no caso de planos coletivos; como, também, confirmar o seu interesse de ingresso em eventual plano de natureza coletiva, os quais, até o momento, não tem o seu índice de reajuste regulado pela ANS e possuem condições diferenciadas quanto à possibilidade de rescisão unilateral do contrato; bem como, possibilidades de suspensão do atendimento, por atrasos no pagamento.

Embora a IN/DIPRO 23/09 e alterações já estabeleça que essas informações, quanto à natureza do contrato, venham expressas na primeira página dos contratos de planos de saúde, compondo as características gerais do contrato, cabe tanto à Operadora (no caso de venda direta por consultor próprio), como ao corretor e, também, à Adm. de Benefícios cuidar para que o consumidor seja devidamente cientificado das características do contrato que está aderindo, devendo a informação quanto a natureza do contrato constar em destaque na proposta de adesão; bem como, as informações sobre reajuste e possibilidades de suspensão/interrupção do contrato serem devidamente destacadas nas Condições Gerais do contrato, as quais devem, obrigatoriamente, ser entregues ao consumidor, no ato da adesão contratual, juntamente com uma cópia integral do contrato, independente do tipo de contrato que o interessado esteja aderindo.

O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) estabelece a obrigatoriedade da informação clara e prévia acerca do conteúdo do contrato, sob pena de não obrigar o consumidor:

“Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.”

Portanto, é essencial que o consumidor receba antecipadamente todas as informações vinculadas àquela relação contratual, e isso somente é possível com a entrega prévia do

contrato, ou de uma cópia do contrato que está aderindo, além de um sumário ou extrato com as principais informações e, ainda, com uma entrevista informativa e esclarecedora para ambas as partes. Dessa forma, entendemos que haverá uma evidente redução na assimetria de informações e conseqüente diminuição de demandas e divergências entre consumidores e operadoras.

Importante mencionar que a diferenciação regulatória adotada pela ANS, em relação aos contratos de planos de saúde individuais e coletivos não é bem acolhida pelos órgãos de defesa de consumidores, uma vez que coloca os beneficiários de planos coletivos em demasiada vulnerabilidade, expondo os consumidores a práticas abusivas de mercado, as quais poderiam **e deveriam** ser evitadas, através de uma regulação eficiente, de forma integral, do setor.

2) Da vigência do contrato

No momento da solicitação de ingresso no plano de saúde, o consumidor preenche a Declaração de Saúde. Nesse sentido, será a partir das informações constantes nesse documento que a Operadora poderá fazer uma breve análise se encaminhará o interessado para a realização da Entrevista Qualificada ou irá dispensá-lo de realizá-la, implantando o contrato, sem nenhuma possibilidade de alegação posterior de DLP. Considerando que, de acordo com as informações prestadas nesse documento, a Operadora fará a sua análise inicial, é pertinente que a Operadora elabore as perguntas da Declaração de Saúde de forma que através da análise desse documento, consiga identificar possíveis doenças ou lesões preexistentes.

No entanto, imperativo verificar que, conforme o disposto no artigo 2º, I, da Resolução Normativa nº 162/2007, doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Dessa forma, são razoáveis questionamentos quanto ao uso regular de medicamentos, se o interessado já foi submetido a alguma cirurgia, esteve internado e se tem conhecimento sobre estar com algum problema de saúde ou ser portador de alguma doença; entretanto, não parece razoável que sejam incorporadas, nesse documento, perguntas relacionadas a hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos eventuais, sob pena de que eventuais riscos, ao qual o consumidor esteja submetido sejam interpretados como indícios de alguma patologia da qual o consumidor não seja, **comprovadamente**, portador, naquele momento da adesão contratual.

Destarte, a partir do preenchimento da Declaração de Saúde, a Operadora decidirá ou não pelo encaminhamento do consumidor para a realização de Entrevista Qualificada, assim, é razoável que seja estabelecido um prazo para esta verificação, fixando-se um lapso temporal prévio à vigência contratual para realização da Entrevista Qualificada.

Contudo, não se configura pertinente o estabelecimento de prazos e condições diferenciadas para realização da Entrevista, de acordo com a natureza do contrato, o que, apenas, irá contribuir para aumentar a diferenciação regulatória já criada pela ANS, em relação aos tipos de planos, sem contribuir para a regulação do setor. Entende-se pertinente o estabelecimento de regras e prazos únicos para realização do processo de ingresso do

consumidor no plano de saúde, evitando-se novas e injustificadas diferenciações de tratamento entre planos de saúde.

Recomenda-se a utilização de um prazo único de 20 (vinte) dias, a partir do qual a Operadora analisará a Declaração de Saúde e decidirá pelo encaminhamento, ou não, do consumidor para a Entrevista Qualificada. Em caso do não encaminhamento, o contrato restará implantado, com sua vigência iniciada, a partir da decisão tomada pela Operadora, a qual não poderá exceder ao prazo estabelecido. Em caso da decisão de encaminhamento do consumidor para entrevista, a Operadora terá o mesmo prazo de 20 (vinte) dias para agendamento **e realização** da EQ.

Na assinatura da proposta de adesão, serão indicados ao beneficiário no mínimo 3 datas, locais e horários para realização da EQ, a qual deverá ser realizada no mesmo MUNICÍPIO onde foi assinada a proposta de adesão, salvo acordo celebrado entre as partes para que a EQ ocorra em outro local. Em caso do não comparecimento do consumidor à EQ, será necessária a assinatura de nova proposta de adesão. O consumidor somente poderá remarcar a EQ uma única vez, o que poderá ocorrer em até 48 horas antes da data agendada. Se a operadora não realizar a EQ, o contrato entrará em vigor sem alegação de DLP. O pagamento da primeira mensalidade deverá ocorrer SOMENTE a partir da vigência contratual.

3) Da entrevista qualificada

É facultado ao beneficiário levar exames anteriores para a EQ, sendo vedado à operadora exigí-los para a realização da entrevista. Ao final da EQ será assinada pelo beneficiário e pelo profissional de saúde a Declaração de Conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente, onde serão informadas, **se houver**, as doenças ou lesões que o beneficiário relatou ter conhecimento.

Outra questão que merece ser destacada é possibilidade de divergências entre a opinião da Operadora e a do consumidor durante a Entrevista Qualificada. Assim, em caso de a Operadora decidir sob a possibilidade de imputação de eventual DLP e não tiver a concordância do interessado, devem ser criados mecanismos de proteção, a fim de salvaguardar a possibilidade de ingresso do consumidor no plano de saúde. É necessário proteger o consumidor de possíveis condutas abusivas quando da sua adesão contratual, a fim de que o beneficiário não seja forçado a aceitar uma DLP para ter o seu direito de ingresso no plano garantido.

Sugere-se que, detectadas divergências quanto à existência de alguma DLP, o beneficiário possa solicitar a criação de uma Junta Médica, para dissolução do impasse, a qual deverá ser agendada e realizada, no prazo máximo de 10 (dez) dias, a partir da solicitação. A Junta Médica será realizada às custas da Operadora e deverá contar com a participação de três médicos especialistas, sendo um escolhido (ou aceito) pelo próprio consumidor.