



São Paulo, 02 de Maio de 2014
Ofício SINOG 028/2014

Ao

Sr. Rafael Pedreira Vinhas

Gerente-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos – GGEO

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 – Glória

20.021-040 – Rio de Janeiro – RJ

Referência: Contribuições referentes à Câmara Técnica para “Qualificar a entrada do beneficiário no plano de saúde: implementar nova política de tratamento para o ato de contratação, quando da existência de doença ou lesão prévia ao contrato”

Prezado Senhor,

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo, doravante denominado SINOG, vem, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar as suas contribuições a respeito da Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes.

Inicialmente, registramos nossos cumprimentos à ANS por instituir uma Câmara Técnica com propósito de implementar nova política ao ato de contratação do plano que se mostre mais eficaz para o cumprimento do art. 11 da Lei nº 9.656/98.

Contudo, frente a atual realidade de ingresso de beneficiários em planos de saúde e as dificuldades enfrentadas diariamente pelas Operadoras nessa movimentação, manifestamos nosso posicionamento quanto à necessidade de ampliação do escopo atual dessa Câmara Técnica, para abranger, além da existência de doenças e lesões preexistentes, outros assuntos pertinentes ao ingresso de beneficiários em planos de saúde.

Um dos assuntos primordiais para o ingresso de beneficiários em planos de saúde é o momento da vigência do plano.

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

Tema V - Duração do Contrato

A) Nos contratos de planos individuais/familiares:

1. as operadoras deverão informar que o contrato vigorará por prazo indeterminado, bem como o início da vigência;

2. **considerar-se-á, para início de vigência contratual em planos individuais, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro**, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei 9656/1998;

3. a operadora poderá estipular que o prazo de vigência mínima do contrato será de um ano (artigo 13, parágrafo único, da Lei 9656/1998), observando o disposto no Tema XVII, "a", deste manual, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (artigo 1º, I, da Lei 9656/1998);

2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;

3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998. **As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;**

4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador. (grifo nosso)

Ao determinar como momento inicial de vigência a data de assinatura da proposta de adesão (da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro), para os casos de planos individuais/familiares ou livre negociação em planos coletivos, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora, a norma inviabiliza o devido tratamento inicial que deveria ser dado ao beneficiário no ingresso do plano, pois muitas vezes a Operadora ainda sequer tomou conhecimento da venda feita ao beneficiário por um de seus representantes, especialmente em cidades menores no interior dos estados ou em locais de difícil comunicação.

Dessa forma, pleiteia-se que seja definido um lapso temporal entre a manifestação do beneficiário para ingresso ao plano e o início efetivo da vigência contratual, tempo esse

que permitiria a Operadora executar todos os preparativos necessários para o correto atendimento ao beneficiário, tais como análise de eventuais DLP's, realização de perícias se necessário, prestação de informações ao beneficiário, emissão de carteiras de atendimento, inclusão do beneficiário no sistema de atendimento da Operadora, etc.

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

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

RN nº 195/09:

Art. 24 Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC. (...)

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

IN-DIPRO nº 20/09:

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

I - nos planos individuais: ao beneficiário titular; ou

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

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

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

Outro ponto primordial a ser abordado nessa Câmara Técnica seria a desburocratização documental do ingresso do beneficiário no plano. Atualmente, além da proposta de adesão, vários documentos podem ser necessários para o ingresso de beneficiários no plano, tais como: guia de rede, carta de orientação ao beneficiário, declaração de saúde, MPS, GLC, minuta do contrato, etc.

Dessa forma, pleiteia-se a redução desses documentos eliminando aqueles de eficácia reduzida ou inexistente, como o MPS e o GLC, e informatizando (utilização de meio eletrônico para celebração, transmissão e disponibilização) de outros, como a proposta de adesão, guia de rede, minuta do contrato, etc.

A informatização de processos e procedimentos de uma forma geral é uma vertente inafastável no mundo atual. A própria ANS vem adotando essa prática em diversos processos, como o novo padrão TISS, a nova NIP, dentre outros. Com a eliminação da burocracia dos documentos físicos, o processo de ingresso do beneficiário passará a ser mais dinâmico e célere, além de aumentar a qualidade da informação vez que facilita sua constante atualização.

Um último ponto de extrema importância para inclusão no escopo dessa Câmara Técnica seria a forma de comprovação da elegibilidade dos beneficiários para ingresso em planos coletivos.

Isso porque, embora em regra as Operadoras exijam e diligenciem para observância dos vínculos estabelecidos para o ingresso de beneficiários em planos coletivos, quando o pedido de inscrição de um beneficiário é feito diretamente pela pessoa jurídica contratante que declara expressamente a existência de vínculo com o beneficiário na forma estabelecida na norma e nos contratos celebrados, em respeito e valorização do princípio da boa-fé objetiva que rege as relações civis e até para não burocratizar ainda mais a movimentação de beneficiários, as Operadoras tomam a informação como fidedigna e



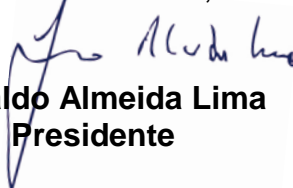
procedem com a inclusão dos beneficiários. Contudo, em alguns casos, posteriormente as Operadoras identificam que a própria contratante dolosamente procedeu à inclusão de beneficiário inelegível junto com outros beneficiários elegíveis declarando a existência de vínculo inexistente com esses beneficiários, induzindo a erro as Operadoras.

Dessa forma, pleiteia-se a criação de exceção à infração decorrente do ingresso de beneficiário inelegível em plano coletivo, nos casos de comprovada fraude da pessoa jurídica contratante na inclusão desse beneficiário, desde que a Operadora, identificada a fraude da pessoa jurídica contratante, proceda com a imediata exclusão do beneficiário indevidamente incluído além de outras medidas pertinentes.

Agradecemos a compreensão quanto ao exposto, ressaltando a importância e relevância dos temas em discussão.

Renovamos nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,


Geraldo Almeida Lima
Presidente