



Salvador, 26 de novembro de 2021

Ofício AHSEB 76/2021

ANS

Ilmo. Sr. Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Dr. Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

Prezado Dr. Paulo Rebello:

A Associação de Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia – AHSEB tomou conhecimento, através dos seus associados, que a Sul América Saúde vem implementando um processo de credenciamento em massa no segmento da oftalmologia. Ainda não é possível apresentar um número exato de prestadores de serviços que foram credenciados, porém, já é possível identificar que foram mais de 10 (dez) instituições de saúde na cidade de Salvador - Ba, incluindo aquelas que possuem estrutura cirúrgica e hospitalar.

Este não é um movimento restrito ao Estado da Bahia. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO já notificou a ANS e interpôs ação judicial perante o Tribunal de Justiça do Distrito Federal. A agência já tomou conhecimento destas ações e está acompanhando esta movimentação. Não se trata, portanto, de algo novo.

A AHSEB reconhece o direito de qualquer operadora de plano de saúde redimensionar a rede de prestação de serviços médico-hospitalares. Contudo, o movimento da Sul América não faz sentido diante do contexto da saúde suplementar no Brasil, ficando claro que tal movimento contraria as regras da regulação prudencial promulgadas pela ANS e que o intuito desta movimentação não parece estar em conformidade com as melhores práticas na saúde suplementar.

Assim, a AHSEB vem requerer:

- A Abertura de processo administrativo para apurar os fatos, ressaltando que este processo precisa ser transparente, ou seja, a AHSEB espera participar desta apuração, tendo acesso aos documentos e ao que for produzido pela ANS e pela SUL AMÉRICA.
- A disponibilização de dados e documentos relacionados a relação jurídica mantida entre a SUL AMÉRICA e os prestadores de serviços, conforme será discriminado a seguir.





1. DOS FATOS.

A AHSEB tomou conhecimento de que a SUL AMÉRICA SAÚDE estava descredenciando diversos prestadores baianos. No curso da apuração dos fatos, ficou patente que se tratava de um movimento nacional que se repetiu em diversos Estados. A operadora não apresentou qualquer justificativa para os seus atos. Apenas informou que estaria adequando a rede de prestadores ao número de beneficiários sem fornecer qualquer outra justificativa ou explicação.

A ANS vem acompanhando este movimento da SUL AMÉRICA através do Processo nº 33910.011982/2021-94 interposto pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO. Além de acionar a ANS, o CBO ajuizou uma ação identificada pelo n.º 0710109-28.2021.8.07.0001 em trâmite no Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Esta notificação vem somar ao esforço de conter um movimento que parece estar completamente fora de sintonia do momento em que vivemos.

O processo de redimensionamento de rede só se justifica em momentos em que o mercado está perdendo beneficiários. Nestes momentos, é lícito que as operadoras busquem redimensionar a rede, seja por exclusão ou por substituição, a fim de manter o equilíbrio atuarial fixado na formação do produto. Ocorre que o mercado se encontra numa posição de aumento de beneficiários. Logo, o movimento da SUL AMÉRICA não possui qualquer sentido e precisa ser investigado.

A SUL AMÉRICA ganhou beneficiários nos dois últimos trimestres. No Relatório de Resultado Trimestral - 1º Trimestre de 2021, a operadora informou ter ganho 395.000 (trezentos e noventa e cinco mil) beneficiários. Vejamos:



Destaques Operacionais	1T21	1T20	Δ	4T20	Δ
Segurados de Saúde e Odonto (milhares)	4.330	3.944	9,8%	4.199	3,1%
Segurados de Saúde	2.456	2.299	6,8%	2.402	2,2%
Segurados de Odonto	1.874	1.645	13,9%	1.798	4,3%
Vidas Seguradas (incluindo AP + VGBL) (milhares)	3.791	3.520	7,7%	3.703	2,4%
Volume de Ativos Administrados (R\$ bilhões)	44,7	43,3	3,4%	45,9	-2,5%
Reservas de Previdência Privada (R\$ bilhões)	9,6	7,9	21,8%	9,4	1,8%

Dentre os principais destaques do primeiro trimestre de 2021 (1T21) estão:

- crescimento de 5,4% nas receitas operacionais, totalizando R\$5,2 bilhões, impulsionadas pelos segmentos de saúde, odonto e previdência;
- expansão total de 395 mil beneficiários de saúde e odonto em planos coletivos (+10,4%) em relação ao 1T20, atingindo 4,2 milhões de segurados;
- crescimento orgânico de mais de 306 mil beneficiários (+8,0%) em planos coletivos de saúde e odonto na comparação com o 1T20 e de 134 mil em relação ao 4T20;
- sinistralidade consolidada de 80,6%, melhora de 1,0 p.p., acompanhando o segmento de saúde e odonto que mais do que compensou o efeito da pandemia no portfólio de seguro de vida;
- sólido desempenho operacional com margem bruta de R\$484,6 milhões (+21,5%) e EBITDA ajustado de R\$146,0 milhões (+34,9%), acompanhando o segmento de saúde e odonto, que apresentou margem bruta 32,1% superior em relação ao 1T20;
- no 1T20, ainda foram reconhecidos resultados associados ao segmento de capitalização alienado naquele trimestre, com efeito líquido positivo de cerca de R\$14 milhões no lucro do período, o que não se repetiu no 1T21;

¹Inclui capitalização e outras receitas da Companhia. ²EBITDA Ajustado desconsidera itens extraordinários em despesas administrativas (mais detalhes nas seções 5 e 9). ³Desconsidera o resultado de operações descontinuadas a partir do 3T20.

RESULTADOS TRIMESTRAIS | 1T21
11 de maio de 2021

SulAmérica

1. Principais Destaques (cont.)

Esta é imagem da pág. 07 do documento que segue anexo. O Relatório do 2º Trimestre revela novo crescimento. Vejamos:

Dentre os principais destaques do segundo trimestre de 2021 (2T21) e do acumulado em 2021 (1S21) estão:

- aumento de 8,6% nas receitas operacionais do trimestre e de 7,0% no semestre, impulsionadas pelo bom desempenho de todos os segmentos, com destaque para saúde, odonto e previdência;
- adição de mais de 503 mil beneficiários em planos coletivos de saúde e odonto (+13,6%) na comparação com o 2T20, atingindo 4,2 milhões de segurados;
- crescimento orgânico de 409 mil beneficiários de saúde e odonto em plano coletivos (+11,0%) em relação ao 2T20 e de 28 mil vidas na comparação com o 1T21;
- adição de 344 mil segurados no segmento de Vida em relação ao 2T20, com aumento de 11,9% em receitas;
- índice de despesas administrativas de 5,8% no 2T21, sendo 6,7% o índice ajustado por itens extraordinários, evidenciando o compromisso da Companhia em obter ganhos em eficiência operacional;
- sinistralidade consolidada de 85,8% no 2T21, pontualmente mais alta do que o patamar recorrente, impactada pela ainda elevado volume de casos de COVID-19 em conjunto a uma frequência de procedimentos eletivos mais próxima à normalidade no segmento de saúde, além do maior número de óbitos relacionados à pandemia em seguro de vida;
- alíquota efetiva positiva de imposto de renda e contribuição social (IR/CS) no 2T21, influenciada pela constituição de créditos tributários relacionados ao prejuízo registrado na operação de vida e acidentes pessoais – mais severamente afetada pela pandemia - no primeiro semestre de 2021; e
- lucro líquido de R\$29,6 milhões no 2T21 e de R\$83,6 milhões no 1S21, apresentando redução em ambos os períodos, resultado da maior sinistralidade nos segmentos de saúde e vida, quando comparada aos mesmos períodos de 2020, os quais foram positivamente impactados, no segmento de saúde, pela redução significativa na frequência de procedimentos eletivos e não urgentes, acompanhando o maior nível de distanciamento social naquele período.

¹Inclui capitalização e outras receitas da Companhia. ²EBITDA Ajustado desconsidera itens extraordinários em despesas administrativas (mais detalhes nas seções 5 e 9). ³Desconsidera o resultado de operações descontinuadas a partir do 3T20.

RESULTADOS TRIMESTRAIS | 2T21

Esta é imagem da pág. 09 do documento que segue anexo.

O movimento de crescimento de beneficiários é uma tendência de todo o mercado da saúde suplementar. Esta informação pode ser sustentada pelos seguintes documentos:

- Notícia publicada pela ANS em 06 de setembro de 2021. Nesta data, a ANS publicou a informação de que o setor alcançou o maior número de beneficiários desde 2016.



- A Nota de Acompanhamento de Beneficiários, publicação do IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar revela crescimento de beneficiários em todos os estados da Federação.

Todos estes números revelam que a SUL AMÉRICA, assim como o segmento de planos de saúde, experimentou um crescimento sem precedente. A justificativa é simples. Apesar da severa crise econômica que assola o Brasil, o medo provocado pela pandemia do Corona Vírus fez com que os beneficiários fizessem um esforço hercúleo e contratassem planos para não serem surpreendidos em caso de infecção pelo Corona Vírus.

Além da expansão da base de beneficiários, houve uma redução brutal dos gastos assistenciais. As pessoas adquiriram planos de saúde, mas deixaram de ir ao médico com medo de se contaminar em consultas, exames e até cirurgias. Este fato acabou sendo positivo para as operadoras que acabaram economizando muito em decorrência da diminuição de gastos com consultas, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos. Durante os meses de 2020 e 2021 só foi ao médico, laboratório ou hospital quem não tinha outra alternativa. Estes argumentos podem ser comprovados pelos seguintes fatos ou notícias:

- Em publicação de 08 de julho de 2021, a ANS determinou o reajuste negativo das mensalidades de planos de saúde individuais, justificando esta medida em decorrência da queda das despesas assistenciais advindas com a pandemia do Corona Vírus. Embora a ANS tenha determinado a redução dos planos individuais, a lógica atuarial vale também para os planos empresariais e coletivos. Afinal, o medo de se contaminar com o CORONA VÍRUS numa clínica, consulta ou hospital se espalhou por todos os beneficiários e não apenas pelos que contrataram plano individual.
- Em matéria publicada pelo Valor Econômico em 16 de agosto de 2021, foi informado que o segundo trimestre de 2021 marcou a diminuição da pandemia do CoronaVírus e o aumento do uso dos planos de saúde. Como consequência os resultados que serão apresentados pelas operadoras revelarão perdas financeiras, enquanto os hospitais passarão a revelar um resultado positivo em decorrência da reversão da tendência até então observada.

Por todo o exposto, está evidente que a saúde suplementar não está atravessando um momento de redução de beneficiários, mas de expansão deste número. A conclusão lógica é clara: a SUL AMÉRICA precisa expandir a sua base de prestadores de serviços e não reduzir a quantidade de clínicas oftalmológicas. Conforme se verá adiante, a SUL AMÉRICA está obrigada a manter o equilíbrio atuarial nos seus produtos. Ao reduzir a base de prestadores num momento em que há





a majoração do número de beneficiários, a SUL AMÉRICA cria um desequilíbrio atuarial que beneficia os seus resultados econômico-financeiros e prejudica todos os demais atores, atuando de forma ilegal.

A AHSEB enviou uma notificação para a SUL AMÉRICA em 12/11/2021. Neste ofício, a AHSEB questionou o movimento iniciado pela operadora e requereu o envio de dados e documentos. Destes documentos, o mais importante era a autorização concedida pela ANS para que fossem concretizados os credenciamentos.

A SUL AMÉRICA não apresentou qualquer dado ou documento e ainda enviou uma série de afirmações genéricas sobre o suposto cumprimento das normas, numa resposta em 22/11/21 que não acrescentou nada ao esclarecimento dos fatos. Em verdade, a resposta enviada pela SUL AMÉRICA apenas confirmou a suspeita que as formalidades legais não foram cumpridas, que as normas da ANS foram desrespeitadas e que não existe fundamentação fática ou jurídica para o movimento de credenciamento por parte da operadora.

2. DO DIREITO.

A LEI Nº 9656/98 que dispôs sobre os planos e seguros privados da saúde, trouxe uma definição importante no inciso I do art. 1º. Vejamos:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)





A norma é muito clara ao fixar como primeira e principal obrigação da SUL AMÉRICA SAÚDE a disponibilidade de acesso e atendimento dos beneficiários por profissionais ou serviços de saúde, integrantes ou não de rede própria. Isto significa que o prestador de serviço não é um acessório na estruturação do negócio de uma operadora de saúde, ele é o próprio negócio, pois, na sua ausência, não há atendimento ao beneficiário e não há razão para a operadora existir.

A função da operadora é organizar uma rede de beneficiários que demandem serviços de saúde; organizar uma rede de prestadores de serviços que atendam a estes beneficiários e administrar a dinâmica deste ecossistema, zelando para que os recursos financeiros deste grupo nunca se esgotem e permitindo que aquele grupo consiga manter o acesso aos serviços de saúde pelo maior tempo possível.

A lei estabelece que o primeiro dever de qualquer operadora de plano de saúde é formatar produtos que atendam as regras e a lógica atuarial, impedindo que este grupo venha se exaurir por falta ou insuficiência de recursos, sejam eles financeiros ou de prestação de serviços (como médicos, hospitais e etc.).

Quando a SUL AMÉRICA SAÚDE estrutura um produto que será comercializado, ela é obrigada a elaborar um documento chamado Notas Técnicas de Registros de Produtos – NTRP.

As condições para o redimensionamento de rede de prestadores são as seguintes:

- As normas reguladoras promulgadas pela ANS não podem ser ignoradas ou desrespeitadas.
- Não haja risco de desequilíbrio do sistema de saúde suplementar. Neste caso o risco derivaria do rompimento do equilíbrio entre o número de prestadores de serviço e o número de beneficiários de um determinado plano ou produto. O descredenciamento pode ocorrer desde que seja guardado o equilíbrio entre os números indicados. Tal desequilíbrio representaria, ainda, prejuízo para os prestadores de serviços derivado da capacidade instalada com base nas necessidades de demanda de mercado e a perda repentina no volume de clientes, enquanto a operadora teria um benefício a longo prazo com a redução dos gastos assistenciais.
- Não haja uma perda para o beneficiário e um aumento de lucratividade para a operadora.
- Os prejuízos para os beneficiários. Estes além de terem contratado determinado plano ou produto de uma operadora com base na rede de prestadores de serviços médico-hospitalares apresentada, diversos informam não terem sido comunicados previamente





sobre o volume de instituições de saúde em que não mais poderão dar continuidade aos seus atendimentos.

Uma forma encontrada pela ANS de regular e fiscalizar a atuação das operadoras nas suas relações na saúde suplementar foi através da Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP. A NTRP representa o compromisso assumido por todas as operadoras de planos de saúde que o equilíbrio atuarial será mantido ao longo de toda vida útil do produto comercializado.

A RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO 2000 DA ANS introduziu este instituto no direito à saúde suplementar. Vejamos:

Art. 1º Fica instituída a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, como requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS.

A NTRP é um documento confeccionado pela operadora com o auxílio e sob a responsabilidade de um técnico atuarial que compõe uma equação que deverá ser observada ao longo de toda vida do produto. Vejamos:

Art. 3º O representante legal da operadora e o atuário mencionado no artigo anterior deverão declarar em conjunto, na apresentação da Nota Técnica de Registro de Produto, que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos e produtos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos de assistência à saúde oferecidos e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano ou produto. RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO 2000

Nesta NTRP, a operadora precisa demonstrar que projetou um produto ou serviço capaz de se manter saudável econômica e financeiramente a partir do estudo atuarial dos riscos assistenciais de um determinado grupo. Por sua vez, os riscos assistenciais derivam do mapa epidemiológico que precisa ser traçado da população de beneficiários que será atendido e da quantidade/qualidade de prestadores que serão contratados.

Dentro da NTRP, as variáveis mais importantes são: população atendida pelo plano ou produto; mapa epidemiológico traçado e aplicável deste mapa epidemiológico para o universo de





beneficiários projetado x quantidade/qualidade de prestadores de serviços contratados. Estas variáveis se organizam da seguinte forma:

- A quantidade de pessoas projetadas para serem atendidas pelo plano é a base da equação. Sob esta base, será projetada as duas outras variáveis: o mapa epidemiológico que tentará prever a necessidade de serviços assistenciais e o custo assistencial que será gerado para a operadora. Esta variável é considerada a base da equação, pois, uma variação negativa pode gerar problemas de caixa e de pagamento das obrigações assumidas enquanto um aumento expressivo desta base pode fazer explodir os gastos assistenciais, levando a operadora à desorganização econômica e financeira se não tiver preparada para suportar este aumento. O ramo da saúde suplementar não é um ramo onde o crescimento de número de clientes possa ser encarado como um fator necessário de sucesso.
- O mapa epidemiológico é fundamental para projetar os custos assistenciais. Apenas para ilustrar o argumento, um plano destinado para jovens provavelmente concentrará os seus gastos assistenciais em serviços relacionados a maternidade, pediatria e traumatologia, considerando que é um segmento da sociedade que se acidenta, forma família e procria. Já um plano destinado a idosos terá como principal fonte de gastos assistenciais as doenças crônicas, cuidados geriátricos e internações hospitalares de longo prazo.
- Por fim, a quantidade/qualidade do prestador de serviço. Esta variável é fundamental para o equilíbrio do plano ou produto, uma vez que o tratamento das doenças de forma rápida e eficaz assegurará a perenidade do plano. O inverso é verdadeiro: se o plano ou produto não ofertar prestadores qualificados e num número que atenda a necessidade do grupo, as enfermidades não serão diagnosticadas e tratadas adequadamente e o retardo no tratamento implicará em maiores custos assistenciais, pois doenças avançadas requerem tratamentos sofisticados e num maior volume.

A combinação destas variáveis resultará na sinistralidade. A sinistralidade é a relação que existe entre o valor pago mensalmente pelo beneficiário para a operadora de plano de saúde e a quantidade de serviços usados por este mesmo beneficiário. A sinistralidade determinará a relação entre o que ele paga para a operadora pelos serviços prestados e o custo assistencial que este beneficiário gera. Se esta relação não for positiva, o plano ou produto não manterá o equilíbrio a longo prazo e apresentará problemas em algum momento de sua vida empresarial.

Os prestadores de serviço são uma parte importante na manutenção de baixos índices de sinistralidade. Isto porque um diagnóstico realizado de forma precisa e precoce permite que a doença seja combatida nos seus estágios iniciais, demandando menos serviços e produtos; um





tratamento feito de forma eficaz impede que a resolução do problema seja demorada e consuma mais recursos do que seria necessário em caso contrário.

O art. 8 da RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO 2000 determina que a operadora mantenha atualizada a documentação que, no final das contas, reverá que o equilíbrio atuarial está sendo perseguido e mantido ao longo do tempo:

Art. 8º As operadoras referidas no inciso II do art. 1º, da [Lei n.º 9.656](#), de 1998, que registraram planos e produtos no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde Suplementar, a partir de 2 de janeiro de 1999 até a publicação desta Resolução, deverão complementar a documentação de registro com a Nota Técnica de Registro de Produto, na forma e prazos a serem estabelecidos pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. ([Redação dada pela RDC nº 46, de 2000](#))

A RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004 promulgada pela ANS veio para impedir que a operadora atue de modo a alterar ou romper o equilíbrio atuaria estabelecido no momento do registro do produto. Vejamos:

Art. 20 Para manutenção da situação de regularidade do registro de produto, deverão permanecer inalteradas todas as condições de operação descritas no pedido inicial, devendo a operadora, para tanto:

I - garantir a uniformidade das condições de operação aprovadas pela ANS para todos os beneficiários vinculados a um mesmo plano de assistência à saúde;

II - enviar regularmente à ANS as informações relativas ao plano, previstas na legislação em vigor;

III - não alterar as características do plano fora dos casos previstos na legislação, ou sem observar os procedimentos definidos pela ANS;

IV - manter a capacidade da rede de serviços para garantir atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei nº 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, procedendo às devidas atualizações, conforme os procedimentos previstos em Instrução Normativa; ([Redação dada pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

V - manter atualizada a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, de acordo com as normas específicas da ANS; e





VI - manter um fluxo de produção de serviços assistenciais compatível com o universo de beneficiários assistidos e com a segmentação assistencial do plano.

§3º Na hipótese de suspensão de registro por determinação da ANS, nos casos de descumprimento das condições de manutenção do registro, o produto não poderá ser comercializado ou disponibilizado até que sejam corrigidas as irregularidades, sem prejuízo da assistência aos beneficiários já vinculados ao plano, na forma prevista em instrução normativa da DIPRO, ficando a operadora sujeita às penalidades e às medidas administrativas estabelecidas na Lei nº9.656, de 1998, e na regulamentação setorial. ([Redação dada pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

O art. 20 estabelece outras premissas importantes para o deslinde desta questão. Vejamos:

- Uma vez registrado o produto e assumido o compromisso com o equilíbrio atuarial do produto, este equilíbrio não poderá ser rompido.
- As condições de operação aprovadas inicialmente terão que ser mantidas para todos os usuários vinculados ao plano ou produto.
- As informações e alterações observadas no produto deverão ser informadas à ANS.
- Não é possível alterar as características do plano sem a autorização expressa da ANS.
- Não é possível alterar o equilíbrio atuarial relativa a oferta de serviços assistenciais (médicos, hospitalares, de diagnóstico e etc).
- Os prestadores de serviços são fundamentais na preservação do equilíbrio atuarial estabelecido no momento do registro do produto.

Destaca-se o item V do artigo transcrito: é obrigação da SUL AMÉRICA manter um fluxo de produção de serviços assistenciais compatível com o universo de beneficiários assistidos e com a segmentação assistencial do plano.

Uma vez fixados os critérios e parâmetros para a manutenção do equilíbrio atuarial, a RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004 passa a tratar das possibilidades de alteração ou redução da rede de beneficiários. Vejamos:

Art. 22:

§2º São passíveis de alteração: ([Redação dada pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

I - a rede hospitalar, nos casos de redimensionamento por redução; ([Redação dada pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))





II - a rede hospitalar, nos casos de substituição; ([Incluído pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

III – os itens abaixo, desde que configurem ampliação de cobertura assistencial ou do acesso à rede de serviços e não impliquem em ônus financeiro para os beneficiários:

A - a rede hospitalar, incluindo tipo de vínculo com a operadora e disponibilidade dos serviços; ([Redação dada pela RN nº 100, de 2005](#))

B - a rede de prestadores de serviço não hospitalar, mesmo que não seja característica do produto; ([Redação dada pela RN nº 100, de 2005](#))

IV - nome do produto. ([Incluído pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

§3º O redimensionamento de rede hospitalar por redução e a alteração do nome do produto previstos nos incisos I e IV do § 2º, respectivamente, dependerão de autorização desta ANS, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa da DIPRO. ([Incluído pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

§4º A substituição de prestador hospitalar, prevista no inciso II do § 2º, deverá ser comunicada a ANS e aos beneficiários, com 30 dias de antecedência. ([Incluído pela RN nº 356, de 06/10/2014](#))

Não há dúvida em relação aos seguintes elementos legais:

- A SUL AMÉRICA SAÚDE é obrigada a manter o equilíbrio atuarial de cada produto comercializado.
- Não é possível diminuir o fluxo de oferta de serviços assistenciais.
- A alteração da rede de prestadores depende de autorização da ANS.

A SUL AMÉRICA SAÚDE poderia argumentar que não está obrigada a seguir estas normas e que poderia exercer livremente a sua vontade ao descredenciar qualquer prestador de serviço. Esta não é a realidade dos fatos. Como informado anteriormente, para manter os seus registros de funcionamento, a notificada precisa obedecer às regras da ANS. A outra opção é abdicar dos lucros astronômicos e ir atuar num mercado desregulado.

Engana-se quem acredita que a saúde suplementar é um segmento econômico que confere autonomia plena para os seus atores. A ANS foi criada como uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde e com a função específica de defender o interesse público e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. Vejamos:





LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
(...)

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

O art. 3º da Lei que criou a ANS estabeleceu algumas premissas importantes para o deslinde desta questão. Vejamos:

- Ao vincular a ANS ao Ministério da Saúde, o sistema jurídico vinculou a saúde suplementar ao SUS.
- A atuação da ANS deve garantir a assistência suplementar à saúde.
- O interesse público está acima do interesse privado ou do particular.
- A ANS tem o dever/poder de intervir nas relações entre operadoras e prestadores de serviço.

Portanto, não há dúvida em relação ao direito da AHSEB aos documentos e informações pleiteados.

Em relação a obrigação da notificada de fornecer os dados e documentos solicitados pela AHSEB, esta se encontra fundamentada na Lei de Acesso à Informação. A Lei n.º 12.527/2011. De acordo com esta norma:

Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:

- I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;
 - II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;
- (...)





IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública;

V - desenvolvimento do controle social da administração pública.

O interesse público se justifica por dois motivos. O primeiro vem do evidente interesse público que todo cidadão ou instituição precisa ter em relação ao equilíbrio do sistema de saúde suplementar. E segundo, pelo fato que os prestadores são usados na hora da articulação da NTRP. Logo, é justo que a sociedade tome conhecimento dos dados que demonstram o equilíbrio atuarial que parece estar sendo quebrado pela Operadora.

Prossegue a norma:

Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato;

II - documento: unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato;

III - informação sigilosa: aquela submetida temporariamente à restrição de acesso público em razão de sua imprescindibilidade para a segurança da sociedade e do Estado;

(...)

Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

As informações requeridas não estão sob segredo de justiça e não representam qualquer ameaça a soberania nacional. Logo, podem e devem ser divulgadas pela ANS.

Em anos recentes, a notificada tem evitado e impedindo a divulgação de dados das operadoras com base na Lei de Recuperação Judicial. A agência se vale do art. 169 desta lei para se omitir na revelação de dados. Vejamos o que diz o artigo:

Art. 169. Violar, explorar ou divulgar, sem justa causa, sigilo empresarial ou dados confidenciais sobre operações ou serviços, contribuindo para a condução do devedor a estado de inviabilidade econômica ou financeira:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa.





A utilização deste artigo causa estranheza por diversas razões:

- As operadoras não estavam em recuperação judicial quando os requerimentos foram feitos.
- Estes dados não podem ser escondidos dos prestadores, pois os próprios prestadores são citados na NTRP como parte da demonstração do equilíbrio atuarial de cada produto ou serviço.
- Existe uma causa justa para a divulgação destes dados.
- A SUL AMÉRICA está longe de ter a sua atividade inviabilizada pela divulgação destes dados e documentos.

Por fim, é curioso que a ANS, agência reguladora, busque proteção numa lei que não se aplica aos planos de saúde para obstar a concretização da transparência almejada pela lei de acesso à informação. Vejamos:

Art. 2º Esta Lei não se aplica a:

I – empresa pública e sociedade de economia mista;

II – instituição financeira pública ou privada, cooperativa de crédito, consórcio, entidade de previdência complementar, sociedade operadora de plano de assistência à saúde, sociedade seguradora, sociedade de capitalização e outras entidades legalmente equiparadas às anteriores.

Para sepultar definitivamente a discussão deve prevalecer o interesse público ou privado nesta situação, a AHSEB traz um julgado recente do Superior Tribunal de Justiça que entendeu que as discussões envolvendo as relações privadas na saúde suplementar possui uma natureza pública e não privada. Este entendimento foi revelado quando do julgamento do CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 180.127 - DF (2021/0170441-0).

Ao analisar o processo acima identificado, o STJ se deparou com a seguinte dúvida: uma causa cujo o objeto era a discussão da legalidade do contrato mantido por uma cooperativa que exigia exclusividade de atuação dos médicos deveria ser julgado sob a ótica do interesse público ou privado?

Felizmente o STJ entendeu que, mesmo sendo uma relação privada, contratual e entre particulares, o interesse público subjacente no litígio autorizava o julgamento pela ótica do âmbito público, considerando os bens jurídicos tutelados. Vejamos:





CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 180.127 - DF (2021/0170441-0)
RELATOR: MINISTRO RAUL ARAÚJO SUSCITANTE: PRIMEIRA
TURMA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA SUSCITADO:
QUARTA TURMA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA INTERES:
MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL INTERES: UNIMED IUÍ
SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
ADVOGADO: MARCO TÚLIO DE ROSE E OUTRO(S) - RS009551
INTERES: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
INTERES: UNIÃO EMENTA PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO
NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO CIVIL PÚBLICA AJUIZADA
PELO MPF. ADMINISTRATIVO E ECONÔMICO. PRESENÇA NA LIDE
DA UNIÃO E DA ANS. CLÁUSULA DE EXCLUSIVIDADE PREVISTA
EM ESTATUTO SOCIAL DE COOPERATIVA OPERADORA DE PLANO
DE SAÚDE. DEBATE SOBRE DIREITO À LIVRE CONCORRÊNCIA,
DIREITO À SAÚDE E INTERVENÇÃO DO ESTADO NA ECONOMIA.
RELAÇÃO JURÍDICA LITIGIOSA PREVALENTE DE DIREITO
PÚBLICO. COMPETÊNCIA DAS TURMAS QUE COMPÕEM A
PRIMEIRA SEÇÃO. 1. Para a delimitação da competência interna, o
Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, em seu art. 9º, estabelece,
como critério geral, a "natureza da relação jurídica litigiosa". 2. No caso, a
questão controvertida, estabelecida no âmbito de ação civil pública ajuizada
pelo Ministério Público Federal, traz a debate cláusula indutora de
exclusividade de prestação de serviços médicos pelo cooperado, constante do
estatuto social de Cooperativa Médica operadora de Plano de Saúde, segundo
a qual podem ser penalizados ou premiados os médicos cooperados que
adiram, ou não, à referida cláusula. A União e a Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS – foram incluídas na lide, tendo em vista alegada
existência de interesse público na demanda. 3. No contexto, prevalece a
relação jurídica de direito público, ficando subjacentes as de natureza privada
envolvidas. A causa de pedir na ação civil pública é alicerçada em temas de
direito administrativo econômico, envolvendo as formas de intervenção do
Estado na economia, a regulação e a fiscalização estatais das instituições que
exploram a saúde no plano privado, eventual violação da livre concorrência,
da ordem pública e econômica e o direito à saúde (CF, arts. 170, 173 e 196;
Lei 8.884/94, arts. 20, I e II, 21, IV, V e VI; Lei 9.656/98, art. 18, III). 4. É,
pois, prevalente o caráter de direito público da pretensão deduzida na ação em
que interposto o recurso especial ensejador do conflito de competência. 5.





Conflito conhecido para declarar competente a Turma componente da Primeira Seção.

A AHSEB possui dois objetivos com esta representação.

O primeiro objetivo é exigir uma apuração rigorosa por parte da ANS para que a agência cumpra o seu papel de agente regulador da saúde suplementar. No cumprimento desta obrigação, a ANS deverá dar total transparência aos partícipes do processo de apuração a fim de manter a lisura no processo e sinalizar que não será tolerada ações de planos que venham a lesar a saúde suplementar.

O segundo objetivo é requerer a divulgação dos dados e documentos relativos à oftalmologia e a sua relação com a SUL AMÉRICA. A AHSEB exige que sejam apresentados:

1. Dados.

1.1. Número de beneficiários da SUL AMÉRICA em 2020 e 2021, apresentando o crescimento por produto e por área geográfica.

1.2. Dados assistenciais da oftalmologia em 2020 e 2021 apresentando os dados por procedimento, exame, cirurgia e qualquer outro serviço prestado para os beneficiários da SUL AMÉRICA.

2. Documentos.

2.1. Todas as Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP de produtos que tenham inseridos a oftalmologia. Isto inclui os produtos que estão sendo comercializados e aqueles que tiveram a comercialização suspensa ou cancelada, mas que ainda possuem beneficiários ativos nos produtos.

Estes documentos são a única forma dos prestadores defenderem as suas posições contratuais, pois, sem eles, não há como identificar se o equilíbrio atuarial foi rompido ou não. Além disto, é do interesse público que os assuntos da saúde suplementar sejam tratados de forma transparente e que todos possam participar deste sistema em igualdade de condições.

3. DOS PEDIDOS.

Por todo o exposto, vem a AHSEB requerer que a ANS:

- Informe o número de beneficiários da SUL AMÉRICA no Estado da Bahia, apresentando a segmentação de beneficiários por produto.
- Informe a evolução de beneficiários da SUL AMÉRICA durante os anos de 2020 e 2021, indicando o ganho de novos beneficiários por mês, deste período.





- Informe os gastos assistenciais realizados em todas as áreas da oftalmologia, revelando a evolução destes gastos durante o ano de 2020 e 2021.
- Revele os dados assistenciais relacionados aos anos de 2020 e 2021, discriminando o mapa assistencial e epidemiológico da oftalmologia neste período.
- Informe o número de prestadores de serviços do segmento de oftalmologia por produto da SUL AMÉRICA nos anos de 2020 e 2021.
- Apresente as Notas Técnicas de Registro de Produtos – NTRP de todos os produtos que contém serviços de oftalmologia no Estado da Bahia e que são gerenciados ou comercializados pela SUL AMÉRICA.
- Permita que a AHSEB acompanhe, na qualidade de terceiro interessado, o andamento do Processo nº 33910.011982/2021-94, tendo acesso irrestrito a todos os documentos produzidos neste processo.
- Instaure um processo administrativo a fim de apurar a conduta da SUL AMÉRICA e punir os seus dirigentes caso reste demonstrado a ocorrência de irregularidades ou ilegalidades.

A AHSEB entende que o fortalecimento da saúde suplementar depende de transparência e somente com a disponibilização destes dados é que se verificará se há justiça no processo de reformulação da rede conforme pretende esta Operadora.

Atenciosamente,

Mauro Adan

Presidente da Associação dos Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia – AHSEB

Agnaldo Bahia

Diretor Jurídico da Associação dos Hospitais e Serviços de Saúde do Estado da Bahia – AHSEB

