

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2019.

Ao
Excelentíssimo Senhor Ministro do Superior Tribunal de Justiça
Dr. Ministro Luis Felipe Salomão

Ofício nº: 004341/2019 - CPPR
Recurso Especial nº: 1733013/PR (2018/0074061-5)
Proc. Nº: 1583528002, 00546078520138160001, 546078520138160001.
Recorrente: Victória Teixeira Bianconi
Recorrido: Unimed de Londrina Cooperativa de Trabalho Médico

O **IBA – Instituto Brasileiro de Atuária**, em consonância com seus objetivos estatutários de promover o desenvolvimento da cultura dos fundamentos e princípios da Ciência Atuarial, figuras básicas que lastreiam a atividade dos atuários, regulamentada pelo **Decreto-Lei nº 806/1969** e **Decreto nº 66.408/ 1970** e em consonância com a determinação de **permanente contribuição** com o aprimoramento das relações atuariais com o **bem-estar da sociedade** e **contribuição técnica com os órgãos reguladores**, mantém em sua estrutura:

1 – Comissões Técnicas: composta por atuários dos diversos Setores, inclusive e especialmente no setor acadêmico, tanto em Universidades Federais, quanto em Privadas; e,

2 – Comitês Técnicos de Pronunciamentos Atuariais nos diversos segmentos, tais como: saúde, seguros de vida e de danos (patrimoniais), previdência complementar aberta e fechada; regimes próprios e etc.

Em atenção ao processo em referência, em que o IBA foi convidado a manifestar-se como *Amicus Curiae*, no qual figura como autora/recorrente VICTORIA TEIXEIRA BIANCONI e como ré UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, **de forma independente** e exclusivamente dentro do propósito de apresentar os **fundamentos técnicos** utilizados pelos profissionais que atuam junto a este segmento, respeitosamente, vem a presença de V. Ex^a apresentar alguns esclarecimentos de cunho técnico atuarial relativos aos fundamentos da matéria atuarial e sua relação com o caso em tela, assim como sua relação com a operação de planos de saúde. Neste sentido coube ao IBA manifestar-se com exclusividade sob o aspecto técnico científico no exercício da profissão de atuário e responsabilidades correlatas, atendendo aos quesitos “a) se o rol da ANS é meramente exemplificativo” e “e) consta nos cálculos e projeções atuariais do plano de custeio a despesa, e a

possibilidade de haver dano ao equilíbrio financeiro e atuarial, em caso de cobertura e procedimento, material ou medicamento que não integra o rol de cobertura da ANS”.

A – Breve Introdução:

Para melhor compreensão dos esclarecimentos a serem prestados, faz-se necessária uma breve introdução a respeito do período histórico da saúde suplementar brasileira, por ser essa representada, de forma distinta, em dois momentos. O primeiro, refere-se ao marco legal da Lei que dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde, registrada sob nº 9656/98, que entrou em vigor em 02/01/1999, ou seja, antes dessa normativa, os planos de saúde eram regulados pelas normas estabelecidas no Código Civil vigente à época, e no Código de Defesa do Consumidor.

Assim sendo, os **contratos de planos de saúde que foram assinados a partir de 02/01/1999 são denominados de “Planos Regulamentados”**, uma vez que passaram a ser submetidos às normas da legislação mencionada; enquanto que os contratos de planos de saúde assinados **antes de 02/01/1999 são denominados de “Planos Não Regulamentados”**.

Em que pese a Lei dos Planos de Saúde ser de 1998, com vigência em 1999, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada por meio da Lei nº 9961/00, ou seja, após a Lei nº 9656/98. Diante do exposto, os contratos de planos de saúde passaram a ser regidos por normativos diferentes, levando-se em consideração a sua data de contratação.

Em suma, os **Planos de Saúde Regulamentados**, são os decorrentes dos contratos assinados a partir de 02/01/1999 e, para esses casos, aplicar-se-ão a Lei dos Planos de Saúde e conseqüentemente as normas advindas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dentre elas, a referente ao Rol de Procedimentos vigente à época do evento.

Em contrapartida, os denominados **Planos de Saúde Não Regulamentados**, são os decorrentes dos contratos assinados antes de 02/01/1999 e, para esses casos, aplicar-se-ão as regras estabelecidas no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor.

Por fim e não menos importante, cumpre esclarecer que a ANS, criou também a figura do **Plano de Saúde Adaptado**, que consiste na adaptação de “Planos de Saúde Não Regulamentados”, mas que posteriormente passaram a contemplar as regras estabelecidas nas normativas da ANS, ou seja, a serem submetidos às regras do órgão regulador. Importante salientar que esses Planos Adaptados, com relação às coberturas estabelecidas, **mantém as garantias contratuais e ainda a garantida no Rol de Procedimentos da ANS**, vigente à época do evento.

B – Dos Princípios:

O IBA, na qualidade de entidade agregadora e promotora do aperfeiçoamento da Ciência Atuarial e dos profissionais ligados a esta atividade, editou em 14/05/2014, pelo seu Comitê de Pronunciamentos Atuariais, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2014, o “Pronunciamento Atuarial CPA 001 – Princípios Atuariais”, cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial e que fundamentam as operações de seguros, previdência, saúde, capitalização, resseguros e demais áreas de trabalho do atuário, tendo por fundamento prático consolidar, junto a todos os seus *players*, os requisitos atuariais básicos que sustentam e permitem estabelecer as premissas, os parâmetros e metodologias de custeio, sempre focados na segurança da operação junto ao segurado/beneficiário. Esta delimitação contida no CPA-001, segue o alinhamento e conceitos internacionais. Posteriormente, editou em 29/05/2019, por meio da RESOLUÇÃO IBA Nº 02/2019, o “Pronunciamento Atuarial CPA 010 – PRINCÍPIOS ATUARIAIS PARA FORMAÇÃO E REVISÃO DE PREÇOS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR”, cujo objetivo é estabelecer os princípios que regem a atividade atuarial específica para o segmento de saúde suplementar e que fundamentam as operações de planos de saúde.

Dentre estes Princípios, cabe especial destaque ao denominado **Mutualismo**, pois todas as definições e construções matemáticas de variáveis, parâmetros e cálculos atuariais derivam e convergem para este Princípio Milenar. Seu enunciado pode ser descrito de diversas formas, sendo uma das mais consagradas a seguinte:

“Tornar as incertezas individuais em certezas coletivas.”

É importante destacar que nesta delimitação estão contidos alguns fundamentos atinentes ao caso em apreço e que, de forma estruturada, permitem decifrar o seu devido equacionamento. As figuras básicas são as seguintes:

- a) No termo “**incerteza**” está contida toda a fundamentação da aleatoriedade do Risco, ou seja, há um rigoroso modelo matemático, relativo ao cálculo atuarial, que conjuga as Leis de Probabilidade, com os requisitos atinentes as perdas financeiras decorrentes e necessariamente atreladas, já que todas as operações de seguros têm por premissa básica repor uma perda de cunho econômico-financeira; e,
- b) A figura da “**certeza coletiva**” nos indica que o equilíbrio e a manutenção do Fundo de Mútuo, são relativos aos segurados ou beneficiários, pois à rigor a eles pertencem, sendo o segurador ou operadora de plano de saúde um mero gestor e depositário fiel deste recurso popular, mediante adoção de

metodologia que assegure o valor de contraprestação média suficiente para sustentar os riscos e consequentes benefícios contratados.

Já no CPA-001, sobre este princípio, consta: “Do Mutualismo: Princípio fundamental que constitui a base de toda operação de seguro. O mutualismo na atividade atuarial nasce da convergência de duas virtudes cardeais da humanidade: boa fé e solidariedade. A credibilidade da palavra do segurado, ao declarar suas condições pessoais na contratação e/ou adesão, e do segurador, ao prometer proteção, é pilar essencial para a atividade de seguro, haja vista que as partes repartem entre si o preço da proteção ao patrimônio, às rendas, à vida ou à saúde, em face da imprevisibilidade do risco. O mutualismo, por definição, é a associação entre membros de um grupo no qual suas contribuições são utilizadas para propor e garantir benefícios aos seus participantes, portanto está relacionado à união de esforços de muitos em favor aleatório de alguns elementos do grupo. ”

A história dos seguros relativo à vida remonta ao período romano, havendo relatos de situações críticas (degradantes) em que os familiares de importantes personalidades foram conduzidos, quando da perda (morte) do provedor dos recursos financeiros atinentes. **Ex^a, a figura de prover recursos financeiros é básica para o entendimento de um (1) dos dois tópicos atinentes ao caso em apreço.** *Permita o destaque, DMV.*

Veja que o risco relacionado aos planos de saúde possui o seu custeio alicerçado às mudanças naturais que ocorrem ao longo da vida das pessoas, enquadrando-se em riscos agrupados em faixas etárias, estando permanentemente alinhado aos respectivos riscos de demandas de atenção à saúde previamente estimados no momento em que o atuário se dedica a tarefa de realizar o cálculo atuarial de precificação do plano de saúde, com características previamente definidas. Neste cálculo é considerada a aleatoriedade da demanda de atenção à saúde, parâmetros estes milenares amparados no princípio do mutualismo e no regime de repartição de risco, mas sempre baseados nos riscos previstos para cobertura, de modo a tratar-se de algo passível de estimativa por meios estatísticos e atuariais.

As premissas de custeio, que determinam o valor das contraprestações são baseadas em dois aspectos fundamentais: (1) a frequência que é estimada com base na observação passada de quantidade de eventos de atenção a saúde demandados para cada faixa de risco e o (2) custo relativo a essas demandas de atenção à saúde. Assim, a determinação de quais serão as coberturas a serem contempladas no plano de saúde é condição *si ne qua non* para que seja possível a aplicação de métodos de estimativa atuarial sobre a quantidade de eventos cobertos pelo plano. Tais condições são previstas em documento denominado Nota Técnica que registra de forma precisa e minuciosa, todos os critérios e parâmetros de cálculo.

Conforme preconiza a Agência Nacional de Saúde Suplementar na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, para os planos

regulamentados, deve ser apresentada a ANS a Nota Técnica de Registro de Produto, sendo assim um documento sujeito a fiscalização por parte do órgão regulador. Já com relação aos planos não regulamentados, pode-se afirmar que métodos de cálculo atuarial foram necessários e o atuário responsável por sua precificação tomou por base o conjunto de coberturas previsto para o plano no momento da sua precificação, de acordo com as coberturas previstas no contrato do plano de saúde.

C – Riscos dos Planos de Saúde

A prática atuarial deve pautar-se em princípios técnico atuariais, mas também na legislação vigente à época de sua aplicação. Para os planos regulamentados a determinação de coberturas mínimas a serem contempladas na precificação de um plano de saúde estão estabelecidas pela Lei nº 9.656/98 em seu artigo 1, parágrafo primeiro:

“Art. 1º

(...)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (...)

grifo nosso

Ainda quanto ao rol de coberturas de planos regulamentados, a ANS regula as operadoras por meio de resoluções normativas no sentido de determinar quais são as coberturas obrigatórias mínimas que devem ser abrangidas nos contratos de planos de saúde regulamentados e adaptados, de forma expressa e taxativa, sendo determinado um rol detalhado que identifica e unifica a terminologia e codificação a ser praticada pelas operadoras de planos de saúde para contratos regulamentados e adaptados. Sendo essa a base utilizada pelos atuários para proceder com o cálculo atuarial de precificação de planos de saúde, que representa o risco assumido contratualmente pelas operadoras de planos de saúde. Com relação aos planos não regulamentados, como não haviam parâmetros de cobertura mínima estabelecidos, cabia ao atuário pautar-se exclusivamente nas coberturas previstas nos contratos ou regulamentos desses planos para a finalidade de precificar tais produtos.

Observa-se que inúmeros aspectos afetam a condição de saúde de uma população, e as consequências das inovações tecnológicas e científicas na área da saúde são claramente evidenciadas pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Isto também ocorreu no mundo, como brilhantemente nos apresentou o Prof. Hans

Rosiling, no trabalho divulgado sob o título: “200 países, 200 anos, 4 minutos”, que pode ser obtido no site: https://www.youtube.com/watch?v=Qe9Lw_nlFQU.

Considerando que a definição das coberturas obrigatórias mínimas para contratos de planos de saúde regulamentados e adaptados ocorre de forma expressa e taxativa, o Órgão Regulador, frente às condições de saúde da população e as consequências das inovações tecnológicas e científicas na área da saúde, atualiza a cada dois anos o Rol mínimo de coberturas. Entendendo que este é o período necessário para cumprimento com o devido rigor de todas as etapas do processo de revisão, respeitando a segurança para os beneficiários de planos de saúde e permitindo ser ouvidas as sociedades de especialidades médicas, ANVISA e demais entidades competentes sob o aspecto de efetividade dos métodos de tratamentos.

Em sua página na internet, o órgão regulador esclarece dúvidas informando que a alteração do Rol de procedimentos pode gerar impacto no custo do plano de saúde e que este poderá ser repassado em forma de reajuste. Com a certeza da característica taxativa do Rol de procedimentos, a ANS juntamente com atualização bianual, a ANS calcula o impacto no preço dos planos regulamentados e adaptados decorrente das substituições e/ou inclusões das novas coberturas previstas no Rol de procedimento atualizado.

Quando há inclusão de procedimentos na atualização do Rol, automaticamente terei aumento na mensalidade do meu plano de saúde?

Não. Caso seja constatado que as novas inclusões de procedimentos causaram impacto econômico-financeiro nos custos do plano, o percentual decorrente da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá compor o reajuste por variação de custos, aplicado anualmente aos contratos.

http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=457&historico=20189033

Ao esclarecer o consumidor sobre o tema reajuste, o Órgão Regulador também formaliza que alterações do Rol de Procedimentos também causam impactos na precificação:

“O Índice ANS baseia-se na média dos reajustes de contratos coletivos (RPC) informados à agência para determinar o teto dos reajustes a serem aplicados a planos individuais. O índice é calculado anualmente com base nos reajustes aplicados nos 12 meses anteriores à apuração e é divulgado para aplicação durante os 12 meses após a divulgação. Tal metodologia,

conhecida como "Yardstick Competition", apresenta fragilidades que podem causar distorções nos reajustes de planos individuais. O grupo analisou alternativas a essa metodologia que visam garantir a sustentabilidade econômico-financeira das carteiras de planos individuais, enquanto corrige as seguintes fragilidades: >> Defasagem temporal entre período de apuração e a aplicação do reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo com estimativa do impacto de mudanças no ROL >> Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência e imprevisibilidade) >> Cálculo não é baseado no perfil de risco da carteira individual >> Risco de vício estrutural (variações imprevisíveis - positivas ou negativas - por não se basear na variação de custos médico hospitalares)."

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/audiencias_publicas/ap13/ap13_relatorio_impacto.pdf

A ANS também permite que as operadoras de planos de saúde ofereçam a seus beneficiários coberturas adicionais, ou seja, além daquelas previstas no rol de procedimentos mínimos definidos pela ANS, mas desde que estejam expressamente definidas nos instrumentos contratuais dos planos de saúde e nas características do produto registrado na ANS, conforme previsto no artigo 13 e anexo II da Resolução Normativa nº 85, de 07 de dezembro de 2004. Além disso, no item 13 do anexo II dessa Resolução, a ANS define como serviços e coberturas adicionais aqueles serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e **determina que os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da Nota Técnica de Registro de Produto elaborada pelo atuário.**

O Instituto Brasileiro de Atuária, em seu CPA-10 item 47, orienta que:

"Coberturas padrão e adicionais - A cobertura padrão é a assistência à saúde, definida no art. 1º. da Lei nº 9.656, e especificada no rol de procedimentos mínimos definido pelo órgão regulador. As coberturas adicionais também devem ser descritas e demonstrados seus parâmetros e formulação utilizados; "

Dessa forma, o atuário ao desenvolver os cálculos atinentes ao preço de um plano de saúde para ser comercializado pela operadora, **levará em consideração as características registradas na ANS e sua previsão contratual para estimar o custo das coberturas acordadas no produto.** Ou seja, se o produto regulamentado ou adaptado não estiver registrado na ANS com cobertura adicional ou não houver tal previsão contratual, significa que a cobertura obrigatória a ser seguida pela operadora

será tão somente aquela mínima definida pelo rol de procedimentos da ANS, e a precificação se utilizou dessa premissa para ser elaborada.

A realização de qualquer procedimento que não esteja descrito na Nota Técnica de Registro de Produto registrada na ANS e nos instrumentos contratuais, poderá implicar em riscos financeiros para a operadora, **pois seu custo não terá sido contemplado no preço da contraprestação quando da avaliação atuarial.**

E ainda, caso o contrato não seja regulamentado e nem adaptado, conforme conceituado anteriormente neste documento, o cálculo atinente ao preço do plano levou em consideração as características previstas contratualmente para estimar o custo das coberturas acordadas no produto. Ou seja, este produto não segue o Rol de procedimentos definido pela ANS. O que significa que a cobertura obrigatória a ser seguida pela operadora será tão somente aquela definida em contrato, e a precificação se utilizou dessa premissa para ser elaborada.

D – Princípio do Mutualismo, do Risco assumido e a Precificação

A caracterização do **Mutualismo**, anteriormente analisado, evidencia que o valor de contraprestação correspondente aos riscos assumidos segue um **cálculo matemático e determinístico**, segundo as **Leis de Probabilidade e os fundamentos técnico-atuariais adotados**, o qual busca sempre a manutenção do equilíbrio entre receitas e despesas, ou seja:

*O denominado **Regime de Repartição Simples**, considerado por alguns como tecnicamente o mais justo, pois estabelece o preço (contraprestação) conforme o **nível médio de risco atinente ao nível de cobertura previsto.***

Assim, os produtos regulamentados e adaptados, registrados e precificados pelos atuários, consideram o Rol de Procedimentos definido pela ANS, como cobertura obrigatória que devem ser abrangidas nos contratos de planos de saúde, de forma expressa e taxativa. Entendendo que, caso seja prevista alguma cobertura adicional, toda e qualquer deve estar descrita e demonstrada nos instrumentos de registro do produto no Órgão Regulador e nos instrumentos contratuais registrados em cartório e pactuado com clientes, para que seus parâmetros e formulação sejam aplicados na precificação.

E os produtos não regulamentados, foram precificados pelos atuários, considerando apenas os procedimentos definido em contrato, como única e exclusiva cobertura obrigatória que devem ser abrangidas pelo planos de saúde, de forma expressa e

taxativa. Entendendo não serem previstas cobertura adicionais ao longo da vigência do plano.

Sendo assim, é razoável afirmar que a demanda por tratamentos não previstos no produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar não são considerados pelo atuário no momento de realizar o cálculo de precificação do plano de saúde. Visto que seria impossível prever neste cálculo algo que não foi previamente determinado como coberto pelo contrato de plano de saúde e definido no registro do produto na ANS.

Desta maneira, é razoável afirmar que a realização de procedimentos não previstos no produto, poderá implicar em dano ao equilíbrio financeiro e atuarial da Operadora.

Considerações Finais

Dentro dos limites da Ciência Atuarial, procuramos expor de forma isenta os principais aspectos técnicos que fundamentam a modalidade de planos de saúde, em especial no que tange a sua precificação, evidenciando que a abordagem exposta juntou aspectos atinentes ao segmento de assistência à saúde.

Agradecendo e reiterando nosso objetivo maior em prol do desenvolvimento estruturado deste importante setor, ratificamos nossa saudação.

Atenciosamente,



Letícia Doherty
Presidente do IBA



Raquel Marimon da Cunha
Diretor Técnico de Saúde

ANEXOS:

CPA 001 – Princípios Atuariais.

CPA 010 - Princípios Atuariais para Formação e Revisão de Preços no Âmbito da Saúde Suplementar