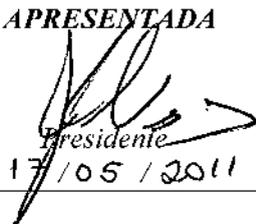


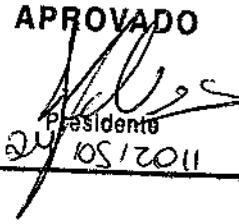


MOÇÃO Nº

00143

Repúdio dos maus serviços prestados pelos planos de saúde.

APRESENTADA

Presidente
17/05/2011

APROVADO

Presidente
24/05/2011

CONSIDERANDO que dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) indicam que 44 milhões de brasileiros usam planos de assistência médica, em uma tentativa de fugir da baixa qualidade do serviço público;

CONSIDERANDO que, além do alto custo das mensalidades e dos reajustes anuais da carteira, o paciente credenciado ainda enfrenta sérios problemas em relação à cobertura dos serviços a serem prestados;

CONSIDERANDO que muitos conveniados já experimentaram a situação de estar internado e precisar de um medicamento ou de ter de se submeter a um exame que não estava coberto pelo plano, tendo de arcar com os gastos decorrentes da negativa do convênio;

CONSIDERANDO que, segundo dados da pesquisa realizada pela PROTESTE com 500 associados em março de 2010, o paciente conveniado a um plano de saúde pode demorar até 210 dias para marcar uma simples consulta com um clínico geral;

CONSIDERANDO que no caso da marcação de consultas com especialistas, como oftalmologistas, ortopedistas, entre outros, a espera é ainda maior;

CONSIDERANDO que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não possui um regulamento específico sobre garantias de atendimento aos beneficiários dos planos de saúde,

Apresentamos à Mesa, na forma regimental, sob apreciação do Plenário, esta Moção de Repúdio dos maus serviços prestados pelos planos de saúde, dando-se ciência desta deliberação à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Sala das Sessões, 17/05/2011


JOSÉ CARLOS FERREIRA DIAS
"Zé Dias"

Ofício nº 261/GGRIN/PRESI

Brasília, 25 de novembro de 2011.

Ao Senhor
Vereador **Júlio César de Oliveira**
Presidente da Câmara Municipal de Jundiaí - SP
Rua Barão de Jundiaí nº 128 - Centro
13201-010 Jundiaí - SP

Assunto: Moção 143/11

Senhor Presidente,

1. Em resposta ao Of. PR/DL 382/2011, referente ao encaminhamento da Moção nº 143/11, de autoria do Vereador José Carlos Ferreira Dias, incumbiu-me o Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Mauricio Ceschin, de informar o que segue.

2. Em relação aos reajustes anuais por variação de custo dos planos regulamentados, lembramos que de acordo com o artigo 4º, incisos XVII e XVIII da Lei 9.961, de 2000, caberá à ANS:

XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela MP nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001);

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes revisões.

3. Nesta esteira, cabe esclarecer que as disposições concernentes aos procedimentos para autorização dos reajustes dos planos individuais/familiares e às regras de reajuste para os planos coletivos estão consubstanciadas respectivamente nas seguintes Resoluções: RDC nº 29/00; RDC nº 66/01; RN nº 08/02; RN nº 36/03; RN nº 74/04; RN nº 99/05; RN nº 118/05; RN 128/06; RN nº 129/06; RN nº 156/07; RN nº 157/07; RN nº 171/08; E RN Nº 172/08. Ressalte-se também que além das autorizações individuais direcionadas a cada operadora solicitante, o percentual máximo a ser autorizado é publicado no diário Oficial da União e na página da ANS na internet, após aprovação do Ministério da Fazenda e da Diretoria Colegiada.

4. Os índices divulgados a cada ano, assim como as autorizações concedidas individualmente a cada operadora estão disponíveis para consulta na página da ANS na *internet*: www.ans.gov.br.
5. Com relação aos reajustes anuais por variação de custo, o artigo 35-E da Lei nº 9.656/98, no período em que esteve vigente, estipulava que os reajustes dos planos contratados anteriormente à sua vigência deveriam ser previamente autorizados pelo órgão regulador competente à época. Somente em novembro de 1999, a Lei 9.656/98 (alterada pela MP 1908-20) passou a competência da autorização dos reajustes por variação de custos para a ANS.
6. Todavia, em 03 de setembro de 2003, o Supremo Tribunal Federal – STF deu publicidade à decisão sobre a Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931-8, resultando na suspensão da eficácia do Artigo 35-E da referida Lei. Com a decisão do STF, em se tratando de reajustes dos planos contratados anteriormente à Lei 9.656/98, passou a valer o que estivesse estabelecido em cada contrato, sob o Código de Defesa do Consumidor – CDC (Lei 8.078/90). Tal disposição também se aplica aos aumentos por mudança de faixa etária.
7. A partir da vigência desta decisão no que se refere aos reajustes por variação de custos, a operadora deveria aplicar o que constasse da cláusula contratual, sendo certo que o percentual de variação divulgado pela ANS somente deveria ser aplicado caso a cláusula não indicasse expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias, ou fosse omissa quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, de acordo com a Súmula Normativa nº 05/2003 da ANS.
8. A ANS realiza seu mister regulatório nos planos coletivos, através do monitoramento da evolução de seus preços (inciso XXI, do artigo 4º, da Lei nº 9.961/2000) e não exige a autorização para aplicação dos índices de reajuste às contraprestações pecuniárias. Neste contexto, as operadoras devem comunicá-lhe os reajustes aplicados, tanto os positivos e os negativos, quanto à ausência de reajuste, de acordo com as regras dispostas nos normativos já citados. Uma vez constatada a ausência do comunicado, instaura-se um procedimento de representação para apurar a responsabilidade da operadora infratora. Ressalte-se que esta Agência monitora permanentemente os planos coletivos desde junho de 2000.
9. Os parâmetros para o reajuste, nos planos coletivos, são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, podem ser negociados entre esta e a pessoa jurídica contratante.
10. Os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança

para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de consumidores têm mais poder de negociação ou de "barganha" do que os contratos individuais ou coletivos com menos de 30 consumidores. Já para os Contratos Coletivos por Adesão, os beneficiários que ingressarem até 30 dias – da data de celebração ou, para novos ingressantes, da data de aniversário do contrato – também ficam dispensados de carência.

11. Em geral, os reajustes resultantes da negociação entre os representantes de contratos coletivos e as operadoras são inferiores à Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) dos planos.

12. Diante disso, desde que obedecidas as regras acordadas no instrumento contratual referentes às cláusulas de reajuste, não se pode definir, a princípio, se existe algum abuso ou irregularidade nos índices e nos métodos utilizados para a correção do valor da mensalidade desses planos.

13. Uma vez aberta demanda de reclamação na ANS, a configuração da legalidade ou não, do reajuste, por sua vez, deve ser analisada em cada caso. Embora as cláusulas de reajuste, como, por exemplo, as de sinistralidade, devam estar expressamente estabelecidas no contrato, o valor do aumento pode não corresponder ao acordado pelas partes.

14. Portanto, o beneficiário que tiver o valor da mensalidade de seu plano coletivo aumentado e suspeitar de alguma irregularidade relativa à aplicação da cláusula de reajuste, pode denunciar tal situação em um dos Núcleos da ANS, os quais possuem atribuição regimental para proceder à apuração destas denúncias. Relatado o caso, inicia-se sua apuração. Os fiscais requisitam à operadora a justificativa metodológica que seja idônea a fundamentar o valor do aumento aplicado à mensalidade do beneficiário. Caso a justificativa apresentada pela operadora não esteja de acordo com o acréscimo pecuniário, caracterizar-se-á a ilegalidade e, com efeito, será lavrado o auto de infração.

15. Outrossim, no que concerne ao preço ao preço dos planos, de acordo com a Lei nº 9.961/2000, artigo 4º, Inciso XXI, compete à ANS monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde; não cabendo a esta Agência a determinação do valor cobrado pelas operadoras.

16. Não obstante, a ANS estabeleceu uma série de regras para a formação dos preços para que fosse assegurado o equilíbrio econômico-financeiro dos planos. Tais regras estão atualmente estabelecidas pela Resolução Normativa nº 63/2003 e pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 28/2000, alterada pela Resolução Normativa nº 183/2008.

17. A ANS faz o monitoramento dos preços dos produtos por meio da Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, na qual é informado o Valor Comercial da Mensalidade. A NTRP é também a justificativa da formação do

preço dos planos; com este instrumento, a operadora comprova através de dados estatísticos que o preço foi calculado com base numa estimativa de despesa e que, por esta razão, será suficiente para cobri-las.

18. De acordo com a Resolução RDC nº 28, de 2000, parágrafo único do artigo 1º, estão dispensados do envio da NTRP os planos exclusivamente odontológicos e os planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora. Estes planos coletivos empresariais estão eximidos dessa obrigação, pois o preço do plano é acordado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, sendo estipulado em cláusulas contratuais, decorrente da livre negociação entre as partes celebrantes do contrato.

19. Para fins de contratação, o preço do produto não pode ser maior que o Limite Máximo, nem menor que o Limite Mínimo de comercialização baseados no Valor Comercial da Mensalidade informado na NTRP, os quais são definidos no parágrafo 2º do artigo 6º da RDC nº 28, de 2000, alterado pela RN nº 183, de 2008, como segue:

“I – Limite Mínimo: corresponde à subtração de trinta por cento do Valor Comercial da Mensalidade (coluna “T” do Anexo II-B da Instrução Normativa – IN nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002); e

II – Limite Máximo: corresponde à adição de trinta por cento sobre o Valor Comercial da Mensalidade (coluna “T” do Anexo II-B da Instrução Normativa – IN nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002)”.

20. Destarte, é permitido à operadora definir os preços de seus produtos desde que estes estejam dentro dos limites de comercialização considerados a partir do valor comercial informado na NTRP.

21. Há ainda o instrumento da Declaração de Suficiência dos Prêmios, em que a operadora declara perante a ANS que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos são suficientes para cobrir os custos de assistência à saúde e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano, devidamente assinada pelo atuário responsável e com número de identificação profissional reconhecido por órgão oficial governamental e pelo representante legal da operadora.

22. Portanto, o papel da ANS é exigir que o preço do plano possua uma justificativa técnica e que a operadora declare que este preço é suficiente para cobrir as suas despesas, cabendo à operadora estipular o preço de forma honesta e não abusiva, de acordo com o que lhe é exigido na regulamentação.

23. No que concerne à consideração da Moção nº 143 de que *"muitos conveniados já experimentaram a situação de estar internado e precisar de um medicamento ou de ter de se submeter a um exame que não estava coberto pelo plano, tendo de arcar com os gastos decorrentes da negativa do convênio"*, temos a esclarecer que:

24. Preliminarmente, é importante esclarecer que a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabelece parâmetros para a cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, não se aplica aos planos contratados antes de sua vigência e não adaptados. Nestes planos, o entendimento do Judiciário tem sido de que a cobertura a ser assegurada é aquela que consta das cláusulas contratuais acordadas entre as partes, e estas podem estabelecer diversas limitações.

25. Com relação à cobertura de medicamentos, nos planos com cobertura hospitalar contratados após 2 de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei 9.656/98, é obrigatório o fornecimento dos medicamentos prescritos pelo médico assistente para administração durante os períodos de internação.

26. A exceção são os tratamentos que empregam medicamentos não registrados no país, ou cujas indicações não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, considerados experimentais e, desta forma, excluídos da cobertura, conforme o Art. 10 da Lei 9.656/98.

27. No que tange aos exames, a Lei nº 9.656/98 estabelece a obrigatoriedade de cobertura, nos planos com cobertura hospitalar, de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação.

28. Os exames e demais procedimentos que fazem parte da cobertura mínima obrigatória estão listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde desta Agência, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, de acordo com a segmentação contratada (hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico, e suas combinações).

29. A cobertura estabelecida neste Rol de Procedimentos é revisada a cada dois anos e tem como princípios norteadores fundamentais as evidências de segurança e efetividade dos procedimentos, a existência de rede prestadora para realizá-los e a articulação com as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

30. Em relação ao comentário do legislador sobre a não publicação de um regulamento específico sobre garantias de atendimento aos beneficiários dos planos de saúde, informamos que esta Agência possui normativos que regem tal tema desde 30 de julho de 2010, quando publicou a Instrução Normativa – IN nº

28 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, que alterou a IN – DIPRO nº 23, de 1º de dezembro de 2009. Tal norma preconizava a garantia de atendimento em prestador não credenciado e o reembolso integral dos custos assumidos pelo beneficiário, caso fosse obrigado a obter o serviço ou o procedimento à sua custa.

31. Ato contínuo, em 20 de junho de 2011, esta Agência publicou no diário Oficial da União (DOU) a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, que amplia as garantias de atendimento aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde e estabelece prazos para a realização de procedimentos. Tal norma esteve em Consulta Pública, desde 03 de março de 2011 e foi amplamente discutida pela sociedade (recebeu mais de 3000 contribuições), sendo objeto de matérias jornalísticas em diversos veículos da mídia, inclusive em renomados representantes da imprensa televisiva, da imprensa e da virtual (Internet).

Atenciosamente,



Fabrícia Fernandes Duarte
Gerente-Geral de Relações Institucionais