

DIREX – 0740/2011

São Paulo, 09 de dezembro de 2011.

C. Câmara dos Deputados

Comissão de Defesa do Consumidor

Anexo II – Sala 152-C – Pavimento Superior

CEP: 70.160-000 – Brasília (DF)

A/C Ilmo. Senhor Presidente em Exercício

Deputado Wolney Queiroz

Referência: Ofício PRES. N. 432/11

Ilustríssimo Presidente,

UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO estabelecida na cidade de São Paulo (SP), na Avenida Brigadeiro Luis Antônio, 792 – 10º andar, inscrita no CNPJ/MF sob número 43.202.472/0001-30, nesta oportunidade na forma de seus atos constitutivos, por seu Diretor Presidente que esta subscreve vem, com o devido acatamento e em virtude do recebimento do ofício em testilha, de lavra dessa D. Comissão de Defesa do Consumidor, para apresentar os seguintes esclarecimentos:

01. Preliminarmente – Tempestividade da Resposta:

Ab initio, faz-se necessário esclarecer a essa Ilustre Comissão acerca da tempestividade da manifestação ofertada a qual, muito embora remetida via postal, o foi sem os documentos necessários à elaboração da resposta, conforme demonstrado na solicitação – via e-mail – dirigida à Sra. Mônica R. Campello, servidora dessa Comissão, na qual o advogado da empresa solicitou o encaminhamento da documentação completa, no que foi atendido, também por via eletrônica, aos 06 de dezembro p.p., sendo indeferida a devolução de prazo solicitada.



Atendimento ao Cliente:	Administração:	Comercial:
Tel. 11 3113-0800 - Fax 11 3115-2111	Tel. 11 3113-1100 - Fax 11 3104-1555	Tel. 11 3113-3001 - Fax 11 3104-8973

Nesse sentido, muito embora o ofício em testilha não contemple a imposição de penalidade pelo atendimento intempestivo, a manifestante aproveita o ensejo para patentear sua habitual colaboração com os agentes públicos e, em especial, com os membros do Poder Legislativo, sabedora que é de seus deveres de colaboração para o aperfeiçoamento do mercado de saúde suplementar.

02. Preliminarmente – Considerações acerca do Sistema Cooperativista:

Como medida de franquear subsídios aos Excelentíssimos membros desta Comissão de Defesa do Consumidor, a manifestante pede a devida *venia* para tecer, em poucas linhas, comentários acerca do tipo societário adotado pela UNIMED PAULISTANA, bem como sobre o sistema cooperativista.

A UNIMED PAULISTANA é uma SOCIEDADE COOPERATIVA atuante no mercado de saúde suplementar a precisos 40 anos, nascendo da reunião de um grupo de médicos que buscavam excelência no atendimento aos pacientes e valorização das atividades exercidas pelos profissionais de saúde.

Enfrentando reveses de mercado e a notória instabilidade econômica que marcou a década de oitenta, a UNIMED PAULISTANA chegou aos dias atuais com mais de 2.300 (dois mil e trezentos) médicos cooperados, atuando em prol dos beneficiários e dos próprios componentes do sistema, responsabilizando-se por uma carteira de clientes da ordem de (1,8 mi.), considerando os atendimentos a usuários próprios e de intercâmbio¹, e permeando sua atuação com espeque nos princípios norteadores do cooperativismo.

Igualmente, a UNIMED PAULISTANA pauta sua conduta pelo respeito ao paciente, aos médicos cooperados e à comunidade, promovendo diversas atividades relacionadas à responsabilidade social e à promoção da saúde citando, como exemplo, a FUNDAÇÃO GOL DE LETRA, a ABRINQ e a GRAAC, todos beneficiados – há tempos – pela política social adotada pela manifestante.

Também impende destacar que, nos termos da legislação aplicável às sociedades cooperativas, estas não buscam o lucro, mas sim a distribuição dos resultados aos cooperados, sejam eles positivos ou negativos, competindo mencionar que – à exceção do sistema UNIMED – essa não é a prática largamente propalada no mercado de saúde suplementar, sendo o sistema UNIMED, como já observado, exceção à regra.

¹ Usuário de Intercâmbio: Paciente que celebra contrato com Unimed diversa da manifestante, mas ao qual é dispensado atendimento médico, em ocorrendo necessidade quando na área de abrangência territorial constante do

Estatuto social da Unimed Paulistana.
Atendimento ao Cliente:

Administração:

Comercial:

Tel. 11 3113-0800 - Fax 11 3115-2111 Tel. 11 3113-1100 - Fax 11 3104-1555 Tel. 11 3113-3001 - Fax 11 3104-8973

Nesse sentido, há que se destacar, de maneira estreme de dúvidas, que a UNIMED PAULISTANA não possui médicos “credenciados”, mas sim COOPERADOS, os quais se responsabilizam, após o ingresso na cooperativa, pelo atendimento aos usuários, tudo com estrita observância aos normativos legais aplicáveis ao mercado e de lavra do Poder Legislativo e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Pelo exposto, os valores e a missão da UNIMED PAULISTANA se confundem com o valor mais caro ao sistema cooperativista, consubstanciado na responsabilidade social que emerge a três diferentes primas, a responsabilidade perante os profissionais da saúde, perante os usuários e perante a sociedade.

03. Proposta de Fiscalização e Controle nº 41, de 2011:

Nos termos demonstrados pela documentação coligida ao ofício em resposta, esta Insigne Câmara dos Deputados propõe, por meio do Ilustre Deputado, Roberto Santiago, que a Comissão de Defesa do Consumidor fiscalize a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – a respeito de sua atuação regulatória e fiscalizatória sobre as operadoras de planos de saúde, em especial sobre o cumprimento de autorizações para a realização de cirurgias, exames e outros procedimentos e do prazo destes atendimentos aos usuários.

Com fulcro nos motivos norteadores da proposição, a UNIMED PAULISTANA considera válida, mas atenta para o fato de que a questão tratada tem dois desdobramentos os quais, certamente, devem ser considerados pela Veneranda Comissão, com vistas ao aperfeiçoamento da regulação exercida pela ANS.

Como é cediço, em atividades nas quais o Estado conceda ao particular o múnus de atuar em seu nome, exercendo atividade autorizada, faz-se necessário, como garantia ao administrado, que a atividade seja regulada, propiciando o respeito aos direitos dos usuários dessas atividades e contribuindo para o desenvolvimento econômico e social. Essa é a finalidade da regulação de mercado a qual, por vezes, supera a tênue linha que divide o procedimento regulatório com a conformação do mercado.

Nesse sentido, o primeiro dos desdobramentos abordados na missiva em curso se refere à finalidade específica da proposta em discussão, qual seja, o mencionado *“cumprimento de autorizações para realização de cirurgias, exames e outros procedimentos, e do prazo destes atendimentos aos usuários”*.

Loco citato, muito embora a manifestante, ao recusar qualquer autorização procedimental aos usuários, o faz com arrimo na lei (e nunca ao arrepio desta) a alegada – e noticiada – inobservância de prazos para atendimento aos usuários já é

objeto de deliberação na ANS, conforme se depreende da RN 268, que entrará em vigor no dia 19 de dezembro de 2011, e estabelecerá prazos para o atendimento de



solicitações formalizadas pelos usuários solucionando, em tese, eventual controvérsia agasalhada por esta Comissão.

Contudo, a louvável proposta em discussão clareia a atuação da ANS, impondo a abordagem do segundo aspecto da proposta e suscitando a atuação do Poder Legislativo, como medida de aperfeiçoamento do mercado e desenvolvimento da ordem econômica, sempre sob os prismas da razoabilidade, legalidade e motivação dos atos da administração pública, algumas vezes preteridos pela própria ANS.

É senso comum e ideia defendida desde os primórdios da tripartição dos poderes, passando pelos ideais republicanos esposados por Montesquieu e culminando com o Pressuposto Lógico Transcendental de Hans Khelsen, de que a atividade do Estado encontra certos limites, todos eles previstos na lei (assim entendido o conjunto de normas e princípios que compõe o sistema normativo nacional) e de observância obrigatória à administração pública.

Corolário dessa regra é que, ao administrador é facultado exercer suas atribuições sempre observando os estritos limites da lei, ou seja, agindo sob o manto do Princípio da Legalidade.

Ao administrado, a seu turno, é permitida a prática de todos os atos, desde que não encontre vedação, também nos limites da lei.

Aliás, é a própria lei que confere, tanto aos administradores quanto – e principalmente – aos administrados, garantias defensáveis por meio dos *Wrights* e consubstanciadas na motivação das decisões, no devido processo legal e, emprestando o conceito da prática penal, *nullum crimen, nulla poena sine lege*, ou seja, não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.

Contudo – e s.m.j. – a agência reguladora falha, principalmente nesse particular, inobservando os preceitos básicos relativos à motivação e dosimetria das penas que aplica, atuando – novamente, s.m.j. – de maneira repressiva e preterindo a discussão em prol do mercado e seus usuários, refutando o dialogo com vistas ao estabelecimento de parâmetros de conduta, afastando-se cada vez mais dos ideais que permearam a sua criação e funcionando como agente “autuador”, e não regulador.

A guisa de esclarecimento, convidamos os membros desta Comissão à leitura da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 124, de 30 de março de 2006, de lavra da ANS, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

O artigo 2º, da mencionada Resolução Normativa, é claro ao estabelecer gradação nas sanções administrativas, conforme:



Art. 2º Para efeitos desta Resolução, os infratores da legislação a que está submetida a atividade de operação de planos privados de assistência à saúde estarão sujeitos às seguintes sanções administrativas:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora;

IV - suspensão de exercício do cargo;

V - inabilitação temporária para o exercício de cargo em operadoras de planos de assistência à saúde; e

VI - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

§1º As sanções previstas nos incisos I a III deste artigo são aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, independentemente daquelas estabelecidas nos incisos I, IV, V e VI, que são aplicáveis aos seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

§2º Aos prestadores de serviço de saúde é aplicável a sanção prevista no inciso II.

Contudo, a prática demonstra que, por vezes, o agente regulador se afasta das próprias normas que edita, impondo tão e somente sanções pecuniárias e desconsiderando elementos balizadores da atuação estatal – notadamente a gravidade da infração, sua prática reiterada e seu potencial lesivo.

Nesse sentido e sob a luz da proposta de fiscalização e controle em apreço, acreditamos que a atuação da Comissão de Defesa do Consumidor é extremamente bem vinda e salutar ao mercado, principalmente se pautar – como sempre pautou ao

Afirmamos que a ANS deveria pautar sua conduta de maneira menos repressiva e mais preventiva, buscando a conciliação dos interesses de todos os componentes do mercado e ouvindo as operadoras antes da edição de normas. Igualmente, também deveria atentar para a dosimetria das penas que aplica, observando o disposto no transcrito artigo 2º, da RN 124, de 30/03/2006.

Também devemos afirmar que, em nossa opinião, o mercado carece de fiscalização mais rigorosa por parte do Poder Executivo, acerca das condutas adotadas por parte da Agência Reguladora, que tem como escopo fiscalizar e regular o setor de saúde suplementar de forma imparcial.

04.4. Atualmente, existem 3 classificações de planos privados de assistência à saúde, conforme art.2º, da RN/ANS nº. 195/2009: (i) individual ou familiar; (ii) coletivo empresarial; e (iii) coletivo por adesão. Qual ou quais destes planos geram mais reclamações por parte dos consumidores/beneficiários? Justificar.

Os planos que geram mais reclamações por parte dos beneficiários são os coletivos empresariais, motivados por eventual morosidade na autorização, impedimento de participação e reajuste de valores.

04.5. Como melhorar a relação entre as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e os prestadores de serviços médico hospitalares? A Agência Nacional de Saúde Suplementar deve intervir nessa relação?

Para a melhora da relação, o que produziria reflexos salutares aos consumidores e ao mercado, passa pela análise criteriosa de fusões e aquisições, de modo a se evitar a cartelização do sistema referenciado.

Se a ANS (ou esta Ilustre Comissão) não intervir, a livre concorrência deixará de existir no mercado e, nesse sentido, o papel da Câmara dos Deputados pode ser fundamental para estabelecer o cumprimento da Política Nacional das Relações de Consumo. Hoje é possível identificar que as grandes empresas estão dominando o mercado, incorporando as menores operadoras, além dos laboratórios e hospitais e, conseqüentemente, impondo seus preços e condições, em detrimento do usuário e do equilíbrio econômico do setor.

04.6. O modelo de verticalização de prestadores de serviços médico-hospitalares da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde atende aos interesses dos beneficiários?

O modelo de verticalização de prestadores de serviços médico-hospitalares da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde é uma boa alternativa para atender aos interesses dos beneficiários, desde que a Agência estabeleça padrões para coordenar as atividades constituídas entre as Operadoras e os Prestadores de



Serviços, o que será atingido somente sob os auspícios desta Comissão de Defesa do Consumidor.

04.7. Existiram avanços regulatórios em favor dos beneficiários, após a edição da Lei 9.656/98?

Sem dúvida, a ANS lançou luzes sobre um setor, a regulação de planos de saúde inseriu a atividade governamental com vistas a correção das falhas de mercado e das condições contratuais que afetavam aos consumidores e às próprias empresas, repercutindo negativamente na opinião pública. Hoje é possível constatar significativa melhora com a regulação do mercado, que se empenhou em rever e corrigir suas falhas como a imposição de seleção de risco, exclusões de cobertura, prazos de carência irregulares, indefinição nas regras de relacionamento entre operadora e consumidor, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, dentre outras.

É sabido que o sistema ainda apresenta falhas, mas inegavelmente se aprimorou, sendo referência – inclusive internacional – a regulação e proteção conferida aos consumidores de saúde suplementar no Brasil.

Pelo exposto e certos de termos contribuído com os trabalhos desta Comissão de Defesa do Consumidor, reiteramos nossos protestos de elevada estima e distinta consideração, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos complementares que se fizerem necessários.

Cordialmente,



Dr. Paulo José Leme de Barros

Diretor Presidente