

OFÍCIO PRESI Nº 003/2011

Rio de Janeiro, 9 de dezembro de 2011.

Assunto: Resposta aos questionamentos do Anexo I - PFC 41, de 2011.

Senhor Presidente,

A FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade representativa de operadoras de planos privados de saúde e seguros saúde, vem, em atenção ao Ofício Pres. Nº 429/11, que solicita o encaminhamento de respostas aos questionamentos propostos pelo relator da Proposta de Fiscalização e Controle nº 41/ 2011, informar o que se segue.

1. A Lei nº 9.656/98 e as normas regulamentares editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar contemplam, a contento, os direitos dos consumidores-beneficiários e as obrigações de todas as partes envolvidas no setor privado de saúde suplementar?

A Federação entende que a Lei Reguladora e a normatização posterior atendem a contento o direito dos consumidores/beneficiários da assistência suplementar à saúde e estes foram beneficiados com muitas melhorias na prestação desses serviços. Da mesma forma, contemplam satisfatoriamente as obrigações dos consumidores e das operadoras.



Ilmo. Senhor
DEPUTADO WOLNEY QUEIROZ
Presidente em Exercício
Comissão de Defesa do Consumidor- Câmara dos Deputados

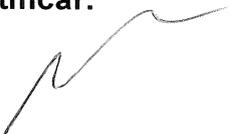
2. Quais mudanças seriam importantes para aperfeiçoar a legislação dos planos privados de assistência à saúde particularmente no que tange aos consumidores que hoje não são atendidos ou reclamam da inadequação do atendimento oferecido?

Mudanças que objetivam o aperfeiçoamento da legislação foram feitas continuamente pela ANS. A Resolução Normativa nº 259/11, por exemplo, que entrará em vigor no próximo dia 19/12/2011, procurou atender aos anseios dos beneficiários de serem atendidos com maior celeridade, estipulando prazos para a realização de consultas e procedimentos, e visando a melhoria da prestação dos serviços de assistência privada à saúde. Acresça-se que a Resolução Normativa nº 279/11 deixou mais claro o direito dos beneficiários de permanecerem nos planos quando demitidos sem justa causa ou aposentados, desde que tenham contribuído para o pagamento das mensalidades enquanto empregados. Registre-se ainda a Resolução Normativa nº 254/11, que possibilita aos beneficiários adaptarem seus planos contratados antes da lei à regulação por ela estabelecida.

3. Quais mudanças seriam importantes para aperfeiçoar a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar?

Diante do cenário das alterações propostas pela própria ANS, a FenaSaúde se posiciona pela instituição de mecanismos de mediação para a resolução de conflitos entre operadoras e consumidores. Essa Federação reconhece os benefícios dos mecanismos de solução rápida de conflitos que já vêm sendo instituídos pela ANS.

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 deste(s) plano(s) geram mais reclamações por parte dos consumidores-beneficiários? Favor justificar.



Não existem estatísticas oficiais sobre qual o tipo de plano mais reclamado. A ANS divulga o índice de reclamações por Operadora de Plano de Saúde mensalmente. No Índice de Reclamações divulgado pela ANS no período de novembro/2010 a abril/2011, o percentual de reclamações por porte de operadora foi representado da seguinte forma: 28,13% (grande porte), 43,12% (médio porte) e 28,75% (pequeno porte).¹ Já os órgãos de defesa do consumidor mantêm cadastros atualizados de reclamações fundamentadas contra fornecedores de produtos e serviços, inclusive do setor saúde e os divulga anualmente. A divulgação indicará se a reclamação foi atendida ou não pelo fornecedor. Note-se que nas estatísticas do PROCON, o setor de saúde não é o mais reclamado: no Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas do ano de 2010, a participação da área saúde foi de apenas 1,30%, conforme dados apurados no SINDEC.²

Os contratos antigos ou não regulamentados não contam com as coberturas asseguradas pela regulamentação. São estes contratos não regulamentados que geram muitas demandas judiciais, como indica a pesquisa de Jurisprudência do Setor³. Segundo esta pesquisa, a maior parte das demandas judiciais se origina de planos anteriores à regulação. É provável que esse comportamento se repita nas reclamações aos órgãos oficiais, ANS e PROCON'S.

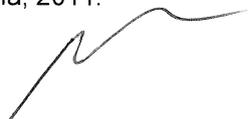
Em pesquisa encomendada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS⁴ ao Instituto Datafolha, realizada nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus, no período de 24 de janeiro e 04 de fevereiro de 2011, com foco na satisfação de beneficiários de planos de saúde, 80% consideraram-se satisfeitos ou muito

¹ <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes>

² Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas 2010. Relatório Analítico / Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC). – Brasília: DPDC, 2011.

³ Unimed-BH, Judicialização da Saúde Suplementar, Belo Horizonte, 2008.

⁴ Avaliação de Planos de Saúde – IESS/ Datafolha, 2011.



satisfeitos com seu plano de saúde. Os percentuais de satisfação dos beneficiários que utilizaram serviços do plano nos últimos doze meses, de acordo com o tipo de utilização do plano foram assim representados: consultas: 89% satisfeitos com o atendimento recebido e 80% satisfeitos com a agilidade para o agendamento das mesmas; exames: 94% estão satisfeitos com o atendimento recebido e 83% estão satisfeitos com a agilidade para o agendamento dos mesmos; internação: 91% estão satisfeitos com o atendimento recebido e 90% estão satisfeitos com a agilidade para o agendamento da mesma; serviço de atendimento (call-center) da operadora: 83% consideram o atendimento recebido muito bom ou bom.

Desta mesma amostragem, 83% dessas pessoas que utilizaram os serviços de assistência à saúde pelo plano de saúde consideram que o seu problema foi resolvido todas ou a maior parte das vezes e 95% dos beneficiários que precisaram utilizar serviços de assistência à saúde pelo plano de saúde tiveram todas as suas solicitações aprovadas pela operadora do plano. Foram entrevistadas 1626 pessoas que possuem plano de saúde.

As PNADs do IBGE de 2003 e 2008 sondaram a percepção do beneficiário em relação à qualidade do plano de saúde em cada um desses anos. Os dados mostram que 23% considerando o plano como muito bom, percentual que não variou entre 2003 e 2008. Considerando o plano como bom 50% dos beneficiários, correspondendo a 28,5 milhões de pessoas. Ainda é importante ressaltar que, entre 2003 e 2008, houve um acréscimo de 1 p.p. neste nível. Consideram o plano como ruim ou muito ruim 2%, percentual que se manteve inalterado no período.

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 nesta relação?

A Federação entende que se trata de relação de direito privado e como tal, deve prevalecer a liberdade de contratar.



Não há amparo jurídico que justifique esta interferência. A regulação de reajustes médicos é cláusula contratual que deve ser pactuada livremente entre as partes, de forma a privilegiar a livre concorrência neste mercado. A procuradoria da ANS já se manifestou sobre o assunto e compartilha do mesmo entendimento.

Apesar deste posicionamento, a ANS, as operadoras e prestadores têm desenvolvido fóruns para discussão das formas de revisão e atualização dos honorários médicos, objetivando a melhoria nas condições de remuneração dos prestadores.

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?

Existem vários modelos de gestão no mercado e os dois mais comentados de maneira polarizada são a verticalização e a horizontalização. Não existe o modelo ideal, pois o próprio sistema de saúde suplementar mostra que os dois modelos podem coexistir e são efetivos na gestão da atenção à saúde e no controle de custos. Dentre as maiores empresas do mercado, encontramos os dois modelos, com elevado grau de eficiência.

7. Existiram avanços regulatórios em favor dos beneficiários, após a edição da Lei Nº 9.656/98?

A Lei nº 9656/98 trouxe importantes aperfeiçoamentos do mercado de assistência suplementar à saúde: regras para constituição, abertura, operação e encerramento de atividades das operadoras; exigência de capital mínimo e garantias financeiras para a preservação da solvência; regulação de prazos de carência; proibição de seleção de risco, rescisão unilateral de contratos, fixação de limites de atendimento; determinação de cobertura obrigatória de todas as doenças da Classificação



Internacional de Doenças – CID. Tais regras proporcionaram maior segurança tanto para os consumidores quanto para as operadoras.

A Fenasaúde participou de todas as consultas públicas que a ANS promoveu previamente à edição de Resoluções Normativas, com considerações sobre os termos propostos, com a avaliação de impactos e com muitas sugestões. Em diversas Resoluções, mas particularmente no que toca às regras referentes aos demitidos e aposentados, algumas contribuições importantes da Fenasaúde não foram contempladas nos normativos editados.

Inúmeros avanços regulatórios foram instituídos em favor da melhoria na prestação da assistência à saúde. Como exemplos, a nova definição de faixas etárias de acordo com o Estatuto do Idoso; as regras de portabilidade (mudança de plano sem que haja novo cumprimento de carência) para os planos privados de assistência à saúde; as atualizações periódicas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ampliando a cobertura obrigatória de procedimentos para os beneficiários da assistência suplementar à saúde. Para tanto, ampliou-se o número de diretrizes de utilização e foram utilizadas as diretrizes clínicas elaboradas pela AMB. Desta forma, resguarda-se a segurança dos beneficiários e aprimora-se a prestação da assistência à saúde.

Considerações finais

A Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSeg e suas Federações estabeleceram uma agenda de trabalho sobre a prioridade que deve ser dada à relação com o consumidor.

Reunidos sob inspiração dos 20 anos de promulgação do Código de Defesa do Consumidor, e convictos de que os próximos 20 anos exigirão do mercado segurador ainda maior empenho e qualidade na prestação de serviços a seus



clientes, a CNSeg e suas Federações estão repensando os mecanismos de melhoria na relação entre consumidores e seguradoras/operadoras de planos de saúde, para rever as práticas de todos os participantes do mercado segurador, em vista das necessidades dos próximos vinte anos.

O mercado segurador tem inúmeras responsabilidades na relação com o consumidor e quer estar preparado para enfrentar e superar seus desafios construindo relações de transparência e confiança.

Estamos buscando construir uma linguagem que permita melhor comunicação com o consumidor, a reflexão sobre a sustentabilidade das operações privadas em saúde; a educação financeira.

Os desafios são complexos, diversificados, mas estimulantes: melhorar a comunicação com os consumidores; facilitar a compreensão dos contratos e ao mesmo tempo atender a tecnicidade determinada pelos órgãos reguladores; aumentar a confiança do consumidor e os mecanismos de diálogo e ampliar a cultura do mercado segurador para todos os segmentos sociais.

Atenciosamente,



MARCIO SERÔA DE ARAUJO CORIOLANO
Presidente



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Of. Sec. n. 382/2011

Brasília, 13 de dezembro de 2011.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Carlos Sampaio
Gabinete nº 207 – Anexo IV

Assunto: **Encaminha resposta da Fenasaude ao Ofício Pres. nº 429/11, relativo à Proposta de Fiscalização e Controle nº 41/2011.**

Senhor Relator,

Encaminho a Vossa Excelência, para análise, o Ofício Presi nº 003/2011, da Federação Nacional de Saúde Suplementar, em atenção ao Ofício Pres. nºs 429/11, contendo as respostas aos questionamentos feitos por meio do Anexo ao Relatório Prévio à Proposta de Fiscalização e Controle nº 41/2011, aprovado por esta Comissão em 9.11.2011.

Atenciosamente,

Lilian Albuquerque
Secretária