

ASJUR – 824/2012

Rio de Janeiro, 11 de junho de 2012

**À
CÂMARA DOS DEPUTADOS
COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

**ANEXO II – SALA 152-C | PAVIMENTO SUPERIOR
BRASÍLIA – DF
CEP 70160-000**

Referência: Encaminhamento do Relatório Prévio à PFC 41, de 2011.

Prezados Senhores,

A UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO, sociedade cooperativa, constituída nos termos da Lei nº. 5.764/71, inscrita CNPJ nº. 42.163.881/0001-01, com sede na Avenida Armando Lombardi, nº. 400, salas 101 a 105, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, com área de atuação no Município do Rio de Janeiro, vem pelo presente expediente prestar as informações pertinentes ao Ofício supra mencionado, tendo por intuito auxiliar na análise da PFC em questão.

O SISTEMA COOPERATIVISTA E A UNIMED - RIO

Inicialmente, cumpre esclarecer que a Unimed-Rio é uma cooperativa de médicos com 40 anos de tradição e mais de 850 mil clientes, o que a faz líder do mercado de planos de saúde do Rio de Janeiro. Criada e dirigida por médicos e nascida do desejo de melhores condições para a prática da medicina, tem por objetivo assegurar nível de excelência para o maior número possível de pessoas.

Para cuidar bem de tantas vidas, a Unimed-Rio conta com 5.220 médicos cooperados, sócios da empresa, em quase 50 especialidades, distribuídos por todas as regiões do município.

Para a Unimed-Rio, não basta cuidar da saúde. É preciso atuar em projetos que resultem em benefícios reais e duradouros para a sociedade. Por isso, a cooperativa vem ampliando cada vez mais suas ações no campo social, investindo em projetos que resultem em benefícios para a comunidade em geral. Além disso, oferece constante apoio ao esporte e à cultura através da realização de patrocínios com entidades privadas.

A cooperativa tem por missão institucional oferecer soluções éticas e de qualidade em saúde, compartilhando com cooperados, colaboradores, parceiros estratégicos e clientes o desafio da sustentabilidade.

A Unimed-Rio está inserida no Sistema Nacional Unimed, conjunto de cooperativas médicas Unimed, que atende atualmente a 37% de todos os possuidores de planos de saúde no Brasil.

Quanto ao atendimento em nível nacional, os clientes da Unimed contam com mais de 108 mil médicos, 3.124 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios e credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos.

Além de deter 37% do mercado nacional de planos de saúde, a Unimed possui lembrança cativa na mente dos brasileiros. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a Unimed é pelo 17º ano consecutivo a marca Top of Mind quando o assunto é plano de saúde. Outro destaque é o prêmio plano de

saúde em que os brasileiros mais confiam, recebido pela décima vez consecutiva, na pesquisa Marcas de Confiança.

BREVE HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O mercado de saúde suplementar ganhou relevância no Brasil a partir da década de 1960, principalmente em razão da crescente deficiência do sistema público de saúde, que se mostrou incapaz de garantir à população brasileira tratamento médico adequado, fazendo com que a assistência privada passasse a ocupar cada vez mais o papel do Estado.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 expressou que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. No entanto, em seu artigo 199, estabeleceu que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, consagrando, portanto, a importância do mercado de saúde suplementar no Brasil.

Entretanto, até meados da década de 1990 não havia ainda legislação específica sobre a matéria ou mesmo qualquer regulação estatal sobre a atividade dessas empresas privadas que atuavam no mercado de saúde suplementar.

Para fechar esta lacuna, o Estado, por meio da promulgação da Lei 9656/98, decidiu intervir na liberdade de contratar entre as empresas privadas que operam planos de saúde e os consumidores, estipulando direitos e obrigações para ambas as partes. Tornando-se esta lei o marco da regulação dos planos



de saúde no Brasil, inaugurando um novo sub-ramo do direito, referente à suplementação privada dos serviços de saúde.

Assim sendo, a entrada em vigor da Lei 9656/98 iniciou, no Brasil, a regulamentação da relação jurídica existente entre usuários e operadoras de planos de saúde, regulação até então inexistente.

Ou seja, pode-se afirmar que antes da Lei 9656/98, os contratos de assistência médica eram regulados por normas gerais dos contratos e por normas do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, sem considerar, as particularidades relativas aos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde.

Em 1999, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) foi criada através da Medida Provisória nº 1.928, reeditada como Medida Provisória nº 2.003-1, de 14 de fevereiro de 1999, e convertida na Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Com a regulamentação do setor por intermédio da Lei 9656/98 e das resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, houve uma homogeneização, ampliação e padronização da cobertura assistencial nos contratos de planos de saúde, com a fixação de uma cobertura mínima de procedimentos médicos que devem ser obrigatoriamente custeados pelas operadoras de planos de saúde.

A Lei 9656/98 em seu art. 10, §4º determinou que a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, seria definida por normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e



uma das atribuições da agência reguladora passou a ser elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Assim, além das coberturas elencadas no próprio texto da Lei 9656/98, periodicamente a Agência Nacional de Saúde Suplementar edita o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde, onde estão elencados todos os procedimentos médico-hospitalares que devem ser obrigatoriamente garantidos aos consumidores.

O Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde constitui a materialização da incorporação de tecnologias em saúde no país. Isso porque a listagem dos procedimentos constantes do Rol tem sido atualizada por meio de câmaras técnicas específicas, onde, com a participação dos diversos segmentos do mercado da saúde suplementar, são discutidas as alterações propostas.

A última edição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – e o atualmente vigente – foi trazida pela Resolução Normativa RN nº. 211/2010 e que foi objeto de regulamentação pela Instrução Normativa IN nº 25 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

Outra regra bastante importante trazida pela regulamentação do setor foi o impedimento de suspensão ou rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (art. 13 Lei 9.656/98).



Além disso, restou garantido aos indivíduos que contribuem para o plano de assistência médica em decorrência de vínculo empregatício o direito de continuar a participar do plano caso venham a ser demitidos sem justa causa, ou na ocorrência de aposentadoria, preenchidos determinados requisitos legais. Esses benefícios estão previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, que restaram recentemente regulamentados pela RN nº. 279/2011.

Dentro das inúmeras regras trazidas pela Lei 9656/98 houve também uma preocupação do legislador em estabelecer regras gerais em relação aos prestadores integrantes da rede credenciada e a primeira dessas regras está expressa no art. 17 da Lei 9656/98, que determina que a inclusão de entidade hospitalar como contratada, credenciada ou referenciada no plano implica compromisso perante os consumidores.

Como se isso não bastasse, convém salientar que os prazos de carência eram livremente fixados pelas operadoras antes da existência da regulamentação do setor e da ANS, de acordo com as diretrizes e concorrência do mercado. No entanto, após a vigência do mencionado diploma legal, os prazos máximos de imposição de carências foram pré-estabelecidos no art. 12, inciso V, da Lei 9.656/98.

Outra regra benéfica ao consumidor trazida pela referida Lei é a expressa em seu art. 13, I, que proíbe a recontagem de carências.

Uma das principais inovações trazidas pela Lei 9656/98 foi a proibição de exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação, após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual. Ou seja, passados 24 (vinte e quatro) meses de vigência do plano



de saúde contratado as operadoras de planos de saúde estão obrigadas a dar cobertura integral à patologia preexistente.

Pode-se colocar como um dos benefícios da regulamentação do setor a Portabilidade que é a possibilidade do beneficiário de plano individual/familiar mudar de plano ou operadora de plano de saúde, sem precisar cumprir novos prazos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária, regras estas que foram trazidas pela Resolução Normativa RN nº 186/09 e recentemente atualizada pela RN 252/2011 que ampliou as possibilidades de realização da portabilidade.

Na linha de contratação sem contagem de novas carências, pode-se citar a Instrução Normativa IN nº. 21/2011 que veio estabelecer que a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

Além dos aspectos relativos às coberturas assistenciais e aos atendimentos médicos, a Lei 9656/98 e a regulamentação trazida pela ANS também passou a definir as regras para aplicação de reajustes às mensalidades dos consumidores, sempre com efeitos benéficos aos mesmos.

Outro ponto a ser lembrado é o relativo aos reajustes anuais. Os reajustes anuais nos planos individuais são definidos pela ANS que estipula um percentual único a ser aplicado a todos os contratos individuais/familiares. Costumeiramente, esses reajustes não tem sido suficientes para cobrir os



custos médicos e a evolução tecnológica do período, acarretando mais uma significativa vantagem para o consumidor.

Nesse particular, há de se considerar a importância da possibilidade de a ANS passar a permitir a livre fixação dos reajustes anuais, com base em índices inflacionários setoriais, a exemplo do que ocorre de um modo geral nas demais atividades econômicas, permitindo o resgate do equilíbrio contratual e a sustentabilidade da operação.

Quanto ao reajuste por mudança de faixa etária, a Lei 9656/98 também estabeleceu regras permitindo que as operadoras de planos de saúde estabeleçam valores de mensalidades diferenciados em razão da idade do consumidor. Para tanto, o art. 15 da Lei determina que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS.

Além das faixas pré-estabelecidas, cabe citar regra especial em relação aos maiores de 60 anos criada a partir da Resolução Normativa RN nº. 63/2003, segundo a qual não poderá haver reajuste em razão da idade depois dos 59 anos para os planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

O ponto que ainda estava carente de regulamentação por parte da ANS era o prazo das operadoras para a autorização de procedimentos e consultas e que até então consumidor não tinha parâmetro do tempo em que a operadora levaria na análise entre a solicitação e a autorização.

Esta carência, todavia, foi recentemente suprida com a edição da RN nº. 259/2011 que entrou em vigor em 19.12.2011. Segundo esta nova Resolução, as operadoras de planos de saúde deverão garantir aos consumidores o



atendimento às consultas, exames e cirurgias nos prazos máximos definidos pela ANS, que vão de três a 21 dias, dependendo do procedimento, contados da sua solicitação.

A RN nº. 259/2011 também tem por objetivo garantir que o consumidor tenha acesso oportuno a tudo o que contratou, além de estimular as operadoras de planos de saúde a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura.

Verifica-se, portanto, que com a edição da RN nº. 259/2011, muitas das reclamações que originaram o ofício encaminhado por V.Exas. e ora respondido, serão supridas, sendo certo que, a partir de agora, com a regulamentação desse assunto muito provavelmente haverá uma significativa diminuição da quantidade de reclamações relacionadas ao tema.

Com este breve relato, pode-se concluir que com a regulamentação do setor pela Lei 9656/98 e pelas resoluções editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, houve uma homogeneização e padronização da cobertura assistencial nos contratos de planos de saúde, estipulando regras invariavelmente favoráveis aos consumidores.

Por outro lado, não se pode perder de vista a atuação sempre marcante da Agência Nacional de Saúde Suplementar na fiscalização das operadoras de planos de assistência à saúde, seja implementando normas regulamentadoras favoráveis aos consumidores, seja aplicando as penalidades próprias àquelas operadoras que eventualmente transgridem o normativo legal.

DOS QUESTIONAMENTOS ENCAMINHADOS PELA CÂMARA DOS DEPUTADOS

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?

Resposta:

Desde a criação da ANS a atuação desta autarquia certamente vem mostrando inúmeros benefícios e certa segurança aos consumidores de planos de saúde, conforme já demonstrado no relato anteriormente apresentado acerca da evolução da regulamentação do mercado de saúde suplementar.

Não se pode esquecer que a principal função da agência é a composição dos interesses dos diversos segmentos do mercado, de forma a manter sua higidez e equilíbrio.

O art. 4º da Lei 9.961/01 estipula várias atribuições a ANS que, de certa forma, estão vinculadas à defesa do consumidor, mesmo sendo a atuação principal da agência no sentido de zelar pelo cumprimento das cláusulas contratuais e dos comandos legais.

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?



Resposta:

Embora a ANS atualmente disponibilize vários canais para reclamação do consumidor como o Disque ANS e as Notificações de Investigação Preliminar – NIP, além de disponibilizar artigos em seu *site* na internet, verifica-se que a qualidade das reclamações encaminhadas para as operadoras ainda é ruim. Este fato demonstra que deveria ser atribuída maior atenção às informações prestadas pela ANS aos consumidores sobre a legislação e normativas vigentes, buscando um maior nível de conhecimento e conscientização dos usuários de planos de saúde e as várias instituições que lidam com este tema através de trabalhos impressos, divulgação de informativos nos meios de comunicação e/ou treinamentos diversos.

Costumeiramente, depara-se com reclamações infundadas, que certamente não seriam intentadas acaso houvesse um esclarecimento preliminar por parte da Agência quanto aos direitos, mas também quanto às limitações dos direitos dos beneficiários dos planos.

Cabe salientar, a exemplo do que ocorre em outras atividades econômicas, que nem sempre o consumidor do plano de saúde possui razão quanto à sua reclamação. De um modo geral, o que vimos no mercado é a ampla atuação das inúmeras operadoras na busca de garantir o atendimento médico e hospitalar com qualidade para os seus beneficiários, gerando altos índices de satisfação como comprovam as pesquisas de opinião efetuadas no mercado que indicam índices de satisfação superiores a 90% da população pesquisada.



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

Resposta:

Conforme já anteriormente mencionado, nem todas as vezes que um beneficiário de plano de saúde registra uma reclamação na ANS está correto; assim sendo, seria imprescindível que fosse dispensada mais atenção às informações prestadas pela ANS aos consumidores sobre a legislação e normativas vigentes, buscando um maior nível de conhecimento e conscientização dos usuários de planos de saúde e as várias instituições que lidam com este tema através de trabalhos impressos, divulgação de informativos nos meios de comunicação e/ou treinamentos diversos.

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.

Resposta:

O plano que costuma gerar mais reclamações é o denominado plano Coletivo por Adesão, haja vista tratar-se do plano com maior participação na carteira de planos da Unimed-Rio.



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?

Resposta:

A ANS já atua na relação com os prestadores cabendo como exemplo citar a edição de norma sobre a obrigatoriedade de contratualização entre operadoras e prestadores de serviço em saúde (RN 71); Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos; Grupo de Trabalho de Remuneração de Hospitais; Programa de Incentivo à Divulgação da Qualificação dos Prestadores (RN 267); Programa de Divulgação dos Indicadores da Rede Hospitalar (QUALISS); Programa de acreditação de operadoras; Norma de plano de recuperação assistencial e direção técnica (RN 256) e Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS).

Conclui-se que a maior intervenção da ANS nesse segmento poderá trazer prejuízos ao setor, acarretando o risco de engessamento do mercado.

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?



Resposta:

É fácil verificar que o modelo de verticalização de prestadores de serviços médicos-hospitalares milita favoravelmente aos interesses dos consumidores na medida em que aumenta significativamente a oferta de leitos e prestadores, assim como, em razão da supressão do intermediário na relação, pode acarretar custos menores para a operação do plano, equalizando melhor a relação entre as partes, bem como significar a própria sustentabilidade da operação.

Observa-se, portanto que a verticalização, pelos seus benfazejos efeitos ao mercado de saúde suplementar deveria ser incentivada através da criação de incentivos fiscais e/ou incentivos relacionados às exigências de provisões e margem de solvência, de modo a viabilizar às operadoras a realização de investimentos significativos na criação e disponibilização de novos serviços aos consumidores, sobretudo no que diz respeito à oferta de leitos hospitalares.

Essa demanda é relevante se considerado o notório déficit de leitos hospitalares na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, é sabido que muitos hospitais do Rio de Janeiro destina um grande percentual dos seus leitos para tratamentos de alta complexidade, deixando os pacientes que carecem de internação de complexidade mais baixa carentes de leitos.

Desse modo, não restam dúvidas de que a criação de incentivos à verticalização permitiria a realização de investimentos por parte das operadoras de planos de saúde, gerando maior disponibilidade de acesso aos beneficiários, o que somente trará benefícios aos consumidores dos planos.



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

Conforme já falado anteriormente, desde a sua criação a ANS vem cuidando da regulamentação do setor e sempre preocupada com o acesso do consumidor aos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde e com a participação da sociedade na confecção destas normas.

Para melhor demonstrar este cuidado da Agência pode-se citar a criação da Agenda Regulatória que tem o compromisso de ser uma ferramenta de planejamento em que se estabelece um cronograma de atividades prioritárias, com uma abordagem organizada e estruturada, a fim de garantir maior transparência e previsibilidade na sua atuação e assim, promover o desenvolvimento saudável e sustentável do setor regulado

Como exemplos de temas a serem discutidos e previstos na Agenda regulatória da ANS pode-se citar: Modelo de financiamento do setor, Garantia de acesso e qualidade assistencial, Modelo de pagamento a prestadores, Garantia de acesso à informação, Assistência ao idoso, dentre outros.

Todos os aspectos abordados no item “Breve histórico da Regulamentação do Mercado de Saúde Suplementar”, constante deste arrazoadado, demonstram os notórios avanços regulatórios em favor dos consumidores, muitos deles, inclusive, trazendo custos extras para as operadoras, que restaram impedidas de repassá-los aos consumidores, o que somente contribuiu para o aperto na margem da operação.



Em conclusão, verifica-se que o setor já se encontra amplamente regulado, tendo na ANS uma agência regulatória com forte atuação fiscalizatória, sendo certo que a sobreposição de outros órgãos com a mesma função fiscalizadora poderia acarretar um custo ainda maior para um setor já impactado com forte influência tecnológica e custos crescentes.

Essas as considerações que gostaríamos de prestar em resposta aos questionamentos que nos foram encaminhados, pelo que aproveitamos o ensejo para enviar-lhes os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,



Unimed-Rio

Paola F. Lisboa
Advogada-Unimed-Rio
OAB/RJ 151506