

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

PROPOSTA DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE Nº 41, DE 2011

Propõe que a Comissão de Defesa do Consumidor fiscalize a Agência Nacional de Saúde Complementar (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 de atendimento dos usuários.

Autor: Deputado Roberto Santiago

Relator: Deputado Roberto Teixeira

I – RELATÓRIO

Trata-se de Proposta de Fiscalização e Controle apresentada pelo ilustre Deputado Roberto Santiago à Comissão de Defesa do Consumidor, visando à realização de “ato de fiscalização e controle dos procedimentos administrativos e eventuais excessos ou omissões por parte da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), no que diz respeito a atuação desta Agência na fiscalização das operadoras de planos de saúde, em especial em fatos relacionados à autorização para a realização de exames, cirurgias e outros procedimentos e do tempo em que estas autorizações são realmente efetivadas”.

Como Relator da aludida PFC, foi indicado o eminente Deputado Carlos Sampaio, que, em seu Relatório Prévio pela aprovação apresentado em novembro de 2011, houve por bem propor que a ANS e demais entidades que integram a relação contratual fossem instadas a se

B727117B15

B727117B15

manifestarem sobre as indagações que lhes seriam remetidas. Aprovado o Relatório Prévio, foram expedidos ofícios para a ANS e para as oito entidades abaixo relacionadas, afim de que as perguntas formuladas pelo Relator fossem respondidas:

- 1) FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Suplementar
- 2) UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
- 3) UNIMED RIO
- 4) UNIMED PAULISTANA
- 5) DPDC – Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, do Ministério da Justiça
- 6) AMB – Associação dos Magistrados do Brasil
- 7) APMP – Associação Paulista de Medicina
- 8) ANAB – Associação Nacional das Administradoras de Benefícios

II - VOTO DO RELATOR

A primeira observação que se faz necessária é quanto à amplitude das entidades consultadas. Em uma Comissão cujo objetivo precípua é a defesa dos direitos do consumidor nenhuma entidade representativa de consumidores foi consultada.

De fato, das oito entidades relacionadas, três representam o segmento das operadoras — FENASAÚDE, UNIDAS e ANAB.

Duas outras são operadoras de planos de saúde propriamente ditas — UNIMED RIO e UNIMED PAULISTANA —, não sendo entidades representativas, e, embora sejam nominalmente cooperativas

B727117B15

médicas, do ponto de vista do interesse do consumidor, em nada se diferenciam das operadoras privadas.

Outra também não é uma entidade, mas um órgão do governo - Departamento Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor - vinculado ao Ministério da Justiça, e que sequer respondeu à solicitação enviada, pois, certamente, só responderia em se tratando de um Requerimento de Informações.

A única representante da categoria dos prestadores consultada foi a Associação Paulista de Medicina, estranhamente citada como APMP no Anexo I do Parecer.

Por fim, há a Associação de Magistrados do Brasil — AMB cuja participação nesse rol nos causa estranheza, pois não conseguimos atinar a relação que haveria entre uma entidade de representação de juízes e questões relativas aos planos de saúde. Não é estranho, portanto, que a Associação de Magistrados do Brasil não tenha se manifestado sobre as questões apresentadas. De fato, houve um equívoco e a AMB a ser ouvida deveria ter sido a Associação Médica do Brasil. Para sanar o equívoco, o Deputado José Chaves, então presidente desta Comissão, apresentou, em junho, requerimento para retificação do plano de trabalho constante do Relatório Prévio, do que resultou o encaminhamento do Ofício nº 142/12 à Associação Médica Brasileira, em agosto de 2012. Até a apresentação do presente relatório esta entidade ainda não respondeu às perguntas encaminhadas.

No que concerne às questões formuladas, foram elaboradas e remetidas às entidades acima citadas sete questões, a saber:

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?

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?

B727117B15

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

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.

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?

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?

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

Sobre as questões apresentadas, há que se observar, igualmente, que existem inadequações flagrantes.

Ao contrário do que pressupõe uma proposição dessa natureza — Proposta de Fiscalização e Controle — as perguntas formuladas mais parecem compatíveis com uma pesquisa de opinião, uma sondagem para apresentação de sugestões do que uma inquirição sobre o problema central apresentado pelo Autor, qual seja: “a atuação desta Agência — a ANS — na fiscalização das operadoras de planos de saúde, em especial em fatos relacionados à autorização para a realização de exames, cirurgias e outros procedimentos e do tempo em que estas autorizações são realmente efetivadas”.

Ressalte-se que nenhuma das questões suscitadas refere-se ao problema do longo tempo que, segundo a proposição, haveria para a concessão de autorizações para realização de exames e outros procedimentos.

B727117B15

B727117B15

É importante salientar que algumas das perguntas que se reportam ao atendimento dos beneficiários foram respondidas por operadoras ou entidades que representam esse segmento. Há ainda perguntas que se referem ao relacionamento entre as operadoras e os prestadores de serviços, sendo que apenas a entidade que representa os médicos paulistas tenha sido consultada. A Associação Médica Brasileira, outras federadas da AMB e entidades representativas de outros profissionais de saúde e dos segmentos hospitalar e de laboratórios e outros exames foram ignoradas.

Não é de estranhar, portanto, que as respostas apresentadas pelas empresas e entidades consultadas reflitam o viés de cada segmento, sem grandes considerações em relação ao problema central apresentado.

A Associação Paulista de Medicina respondeu a todas as questões apresentadas de forma bastante objetiva e, como era de se esperar, ressaltou a questão frequentemente veiculada pelas entidades médicas de inexistência de regulamentação da relação sempre conflituosa e difícil entre operadoras e profissionais.

Já a UNIDAS, representante do segmento de autogestão, reiterou seu posicionamento apresentado na Subcomissão Especial para avaliar o Sistema de Saúde Suplementar, da Comissão de Seguridade Social e Família, formada no ano próximo passado e que encerrou seus trabalhos sem que fosse votado seu relatório final.

A representante do setor de autogestão renega a regulação efetuada pela ANS, reclamando um tratamento diferenciado, pois, segundo suas alegações, as entidades que representa são “organizadas por trabalhadores e servidores públicos”, sem finalidade lucrativa, atende o maior contingente de idosos e que sequer estaria submetida ao Código de Defesa do Consumidor.

Aproveita, ainda, a oportunidade para reiterar sua queixa contra os prestadores de serviços, pois, segundo a UNIDAS, tal segmento não está sujeito a regulamento algum, atua de forma cartelizada, impondo reajustes abusivos e se descredenciam a seu bel prazer. Ou seja, reclama em direção diametralmente oposta à apontada pela entidade representante dos médicos paulistas.

A FENASAÚDE, por outro lado, aponta para uma posição de satisfação com a atividade regulatória exercida pela ANS, talvez contente com a atual composição da Diretoria Colegiada do órgão, em que três dos cinco diretores são oriundos do “mercado”. Em suas respostas a Federação afirma que a Lei dos Planos de Saúde e a atividade da ANS são satisfatórias, que as Resoluções da agência dispensam aperfeiçoamentos das normas jurídicas setoriais, e pondera ser a relação entre operadoras e prestadores mediada pelo Direito Privado, prescindindo do que qualifica de interferências, ou seja, leis que regulem tal relação.

A UNIDED Paulistana, por sua vez, respondeu às questões apresentadas pela CDC com um documento que mais se assemelha a uma contestação judicial, eivado de termos e maneirismos jurídicos e que denota certo grau de desconfiança sobre o alcance e extensão pretendidos pela PFC. Em sua resposta, reitera a velha e conhecida cantilena de tratar-se de uma Sociedade Cooperativa e que, portanto, não visa lucro, que sua atuação se pauta pelo respeito aos pacientes e cita exemplos de atividades de “responsabilidade social” de que participa.

A partir de tais premissas, desenvolve uma longa argumentação em torno do objeto da PFC, e que denota um receio de enquadramento na aludida demora de “cumprimento de autorizações para realização de cirurgias, exames e outros procedimentos, e do prazo destes atendimentos aos usuários”. Em sua arenga, a cooperativa paulistana cita a RN nº 268, de 2011, que entraria em vigor em dezembro do ano próximo passado, e estabelecendo prazos para o atendimento de solicitações dos usuários, bem como a RN nº 124, de 2006, que dispõe sobre penalidades e infrações à legislação de planos de saúde. Termina por criticar a atuação da ANS, que seria punitiva e por saudar a PFC, desde que seu objetivo seja o de promover a “convergência de interesses” entre operadoras e consumidores, sem multas e punições.

Ao responder as perguntas formuladas, a UNIMED Paulistana releva um tema que as demais entidades não deram importância: uma suposta concentração no mercado de prestação de serviços de saúde que estaria ocorrendo por meio de fusões e aquisições e que levaria à “cartelização do sistema referenciado”. A exemplo das demais entidades, a cooperativa aproveita o ensejo para centrar suas queixas naquilo que, a seu juízo, estaria limitando e prejudicando sua atuação no mercado.

B727117B15

Não encontramos manifestações no processo das demais entidades oficiadas com as questões da CDC.

As seis questões elaboradas e enviadas à ANS foram basicamente as mesmas apresentadas às entidades consultadas:

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?

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

3. 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? Levando-se em conta o texto abaixo, que integra o relatório preliminar que foi aprovado pela Comissão de Defesa do Consumidor, indago quais medidas efetivas foram tomadas em relação a cada um dos itens de reclamações dos usuários que abeixo descrevemos:

“Quais mudanças seriam importantes para aperfeiçoar a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar? Neste sentido, pesquisa recentemente divulgada pelo Conselho Federal de Medicina (citada em www.casasaudavel.com.br, 27/06/2011, acesso em 04/10/2011) indica que quase 60% dos usuários têm reclamações contra planos de saúde. As reclamações mais comuns referem-se à demora no atendimento ou a fila de espera no pronto-socorro, no laboratório ou na clínica (26%).*

*Percentual significativo dos entrevistados também relatou poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios para o atendimento de suas necessidades. Outros 14%** relataram que tiveram que buscar assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), por negação de cobertura ou restrição de atendimento do plano.*

*Em relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados é a dificuldade de se marcar uma consulta (19%)*** e o*

B727117B15

*descredenciamento do profissional médico procurado (18%)****. O excesso de burocracia foi outro ponto importante de reclamação: 13%***** dos usuários reclamam da demora para a autorização dos exames ou a liberação de guias, inclusive de internação.“*

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.

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?

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?

Constata-se, assim, que apenas uma questão, relativa a que mudanças seriam importantes para aperfeiçoar a atuação da ANS foi omitida e a questão concernente ao aperfeiçoamento da legislação que é mais extensa, incluindo algumas estatísticas para embasá-la.

As respostas encaminhadas pela ANS, por sua vez, caracterizam-se por terem sido lacônicas e todas as indagações terem sido remetidas a documentos previamente elaborados para outras finalidades.

Desse modo, a ANS encaminhou relatórios de gestão e outros documentos que historiam o processo de criação de normas para o setor que é do conhecimento do Congresso, já que foram aqui aprovadas.

O calhamaço encaminhado aparenta uma grande quantidade de informações, mas, a rigor, não respondem objetivamente à questão central que motivou a apresentação da PFC em tela.

Nesse contexto, alguns itens constantes dos relatórios encaminhados mostram conexão com a questão do tempo de atendimento para concessão de autorizações para exames e procedimentos.

B727117B15

Mais especificamente, no item “b” do relatório, denominado “Agenda Regulatória”, há alusão ao tema. A referida agenda é, segundo definições contidas no próprio texto, “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 atuação do órgão regulador”.

Os temas eleitos para constarem da agenda foram variados: modelo de financiamento do setor, garantia de acesso e qualidade assistencial, modelo de pagamento a prestadores, assistência farmacêutica, incentivo à concorrência, garantia de acesso à informação, contratos antigos, assistência ao idoso e integração da Saúde Suplementar ao SUS.

Desses, depreende-se que o segundo item, “garantia de acesso de qualidade assistencial”, é o que interessa ao escopo da PFC. O objetivo desse item na agenda seria o de:

“... assegurar que o beneficiário seja atendido de acordo com o que contratou em seu plano de saúde e com a qualidade necessária. Para isso, é preciso: estabelecer um limite de tempo entre a autorização para a realização de exames e tratamentos e sua efetiva realização; definir critérios para avaliar se um plano de saúde oferece profissionais, clínicas, laboratórios e hospitais em quantidade e qualidade adequadas e suficientes para atender aos consumidores; lançar e rever avaliações e regras estabelecidas para a atuação das operadoras de planos de saúde. Os resultados esperados são muitos: cumprimento dos contratos de planos de saúde, crescimento da qualidade dos serviços de saúde prestados aos consumidores e a prestação de informações sobre a qualidade desses serviços à sociedade para estimular a competição no mercado, e fornecer ao consumidor dados que o orientem na hora de escolher um plano de saúde.”

Com vistas à consecução desses desideratos, foram apontados objetivos específicos:

- Determinar prazos máximos para atendimento entre a autorização da operadora para exames e procedimentos e a efetiva realização.
- Definir critérios para análise de suficiência de rede.
- Efetuar a revisão do índice de desempenho da saúde suplementar (IDSS) do Programa de Qualificação de Operadoras, principalmente no que se refere à dimensão satisfação do beneficiário.
- Implantar o programa de acreditação de operadoras de

B727117B15

planos de saúde e o programa de qualificação dos prestadores de serviços que integram o mercado de saúde suplementar.

- Reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela resolução CONSU nº 8.

Assim, para o objetivo precípuo do objeto de fiscalização e controle por parte da Câmara, é apontada a Resolução Normativa nº 259, de junho de 2011.

Observe-se que a citada Resolução antecedeu, em cerca de um mês, a apresentação da Proposta de Fiscalização e Controle, o que denota um desconhecimento por parte da Comissão dos atos emanados pela ANS.

A norma tem por objetivo dispor “sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO”.

A sua disposição mais importante refere-se ao estabelecimento de prazos máximos para a realização de diversos procedimentos. O art. 3º da resolução definiu tais prazos da seguinte forma:

“Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

B727117B15

B727117B15

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI. “

Assim, percebe-se que há, de fato, o atendimento à parte da queixa que motivou a apresentação da PFC. Ao estabelecer prazos máximos, a ANS sujeita as operadoras às sanções previstas em lei, que podem se configurar em pesadas multas.

Há, entretanto, uma omissão flagrante, pois não foram estabelecidos prazos para a resposta da operadora à solicitação de autorização para a realização dos diversos procedimentos.

Os prazos acima se referem à garantia de acesso do beneficiário a um profissional ou estabelecimento que preste atendimento nas várias modalidades e especialidades, mas não ao tempo que a operadora tem para autorizar.

Observe-se que são duas situações distintas: na primeira,

B727117B15

B727117B15

abarcada pela resolução, o beneficiário precisa realizar um procedimento — uma cirurgia, por exemplo — e não há vagas em determinado hospital da região. A operadora deve apresentar no prazo estabelecido outro hospital que seja apto a realizar a pretendida cirurgia.

Já o objeto da reclamação é sobre o tempo que a operadora tem para responder à solicitação de realização de, para usarmos o mesmo exemplo, determinada cirurgia. Supondo ainda que o hospital em que se pretenda realizar o procedimento tenha vagas suficientes, o beneficiário pode ter que esperar por um tempo indefinido até a operadora emitir a autorização.

Nesse sentido, tramita na Casa o Projeto de Lei nº 1.431, de 2011, que “acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde"" cuja explicação da Ementa é: “define um limite de prazo para que a operadora analise e responda ao pedido de autorização para realização de procedimento eletivo”. A proposição tramita apensada ao Projeto de Lei nº 7.419, de 2006. Na proposição o ilustre Deputado Felipe Bornier intenta aprovar alteração da Lei dos Planos de Saúde estabelecendo prazo máximo de cinco dias úteis para a emissão das autorizações sob comento.

Verifica-se, também nesse aspecto, a dissintonia entre a CDC e o processo legislativo, pois o projeto de lei acima citado fora apresentado em maio do ano próximo passado, alguns meses, portanto, antes do início da tramitação da Proposta de Fiscalização em tela.

Finalmente, ressalte-se que o instrumento da Proposta de Fiscalização e Controle pareceu-nos equivocado na sua apresentação e posterior tramitação, principalmente no que concerne ao aspecto da “conveniência e oportunidade”, resultando ineficaz. Medidas mais efetivas e expeditas teriam sido, talvez, a convocação da ANS para esclarecer que tipo de ação empreende para coibir essa prática abusiva e a solicitação de regime de urgência para a tramitação do PL 7.419/11, ao qual está apensado o PL 1.431/11. Assim, julgamos pertinente apresentar requerimento, após discussão no âmbito desta Comissão, para realização de audiência pública com a presença de representantes da ANS, do DPDC/MJ, de entidade de defesa do consumidor e de representante das operadoras para esclarecer as dúvidas que persistem.

B727117B15

Em face do exposto, votamos pelo arquivamento da Proposta de Fiscalização e Controle nº 41, de 2011.

Sala da Comissão, de

de 2013

Deputado Roberto Teixeira
Relator