

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO COM
A FINALIDADE DE INVESTIGAR DENÚNCIAS DE
IRREGULARIDADES NA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS POR EMPRESAS E INSTITUIÇÕES
PRIVADAS DE PLANOS DE SAÚDE.**

RELATÓRIO FINAL

Brasília, novembro de 2003

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	2
1 — AGRADECIMENTOS.....	3
2 — INTRODUÇÃO.....	8
3 — A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	18
4 — HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	36
5 — DEPOIMENTOS E DOCUMENTAÇÃO RECEBIDOS PELA CPI — ASPECTOS RELEVANTES.....	47
6 — CASOS CONCRETOS – DENÚNCIAS.....	167
7 — CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	192
8 — ENCAMINHAMENTOS.....	213
PROJETO DE LEI N.º , DE 2003	217
PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR N.º , DE 2003	231
REQUERIMENTO	233
INDICAÇÃO N.º , DE 2003.....	234

1 — AGRADECIMENTOS.

Para um Deputado no seu primeiro ano de mandato, de sua primeira legislatura, e que teve apenas uma passagem rápida pelo Legislativo Estadual no meu Estado natal, o Maranhão, a relatoria da CPI dos Planos de Saúde constituiu-se numa prova de fogo, num aprendizado valiosíssimo e creio que, por muitos anos ainda, no maior desafio de sua vida parlamentar.

Tratar de um assunto de tamanha importância para a saúde e para o bem-estar de milhões de cidadãos, que tem implicações profundas para o trabalho de outra parcela ponderável de trabalhadores e empresários, de grande complexidade técnica, econômica e política e que, portanto, afeta interesses e expectativas, muitos deles plenamente legítimos, não foi tarefa fácil. Mesmo para alguém que é cardiologista e, por conseguinte, acostumado a lidar com quadros graves, e que desafortunadamente por vezes evoluem para o êxito letal, a experiência não foi das mais tranquilas. O confronto entre nossos desejos, de poder tudo resolvermos, e a realidade, que nos impõe limites e prudência, por vezes pode deixar-nos um travo de frustração.

No entanto, um balanço final revela que, mesmo naqueles pontos que gostaríamos de ver solucionados e que não logramos sucesso, há a vitória de uma razão maior: a da ordem democrática.

De fato, a imagem de que uma Comissão Parlamentar de Inquérito pode tudo, que se trata de um tribunal de exceção, de uma espécie de Santa Inquisição dos tempos modernos, impregnou-se no imaginário popular. Contribuíram para isso, incontestavelmente, as CPIs que levaram à cassação de um Presidente da República, à cassação e à renúncia de numerosos Parlamentares e à prisão de vários indivíduos convocados para depor sob juramento.

Nunca é demais lembrar que, ao contrário, tais Comissões — recursos de enorme serventia à atividade legislativa — submetem-se, assim como todos os demais no Estado Democrático de Direito, ao império da lei. Assim, os poderes de uma CPI, que são muitos e de grande valor para o desempenho de suas funções, são constitucionalmente limitados e definidos pela letra da lei.

Podemos, desse modo, como consequência dos trabalhos de uma CPI, convocar testemunhas, inclusive autoridades, compilar indícios e provas para encaminhamento ao Ministério Público, produzir e apresentar Projetos de Lei de nossa competência e Indicações ao Poder Executivo sugerindo encaminhamento de proposições de sua iniciativa exclusiva e a adoção de medidas de caráter administrativo e de gestão.

Por outro lado, não podemos julgar, condenar, interferir nas decisões do Governo Federal além de nossas competências constitucionais, dar diretrizes a órgãos públicos em suas respectivas áreas de gestão, nem usurpar o poder discricionário vinculado à função do administrador público.

Não podemos, outrossim, simplesmente aprovar leis que teriam como propósito invalidar ou reverter decisões judiciais. Nesse sentido, merece citação explícita a questão relativa aos assim chamados “contratos antigos” de planos de saúde, que tanto polêmica têm causado.

Muitos protestos e pleitos foram feitos à Comissão e percebeu-se a grande expectativa depositada na resolução dessa questão pela CPI. Assim, duas observações se fazem necessárias em relação a esse tema.

A primeira é de que a CPI concluiu pela impossibilidade de a ANS resolver os impasses decorrentes dos contratos anteriores à vigência da Lei 9.656/98 usando seu poder de regulação do mercado, isso é, aplicando multas e outras penalidades ao seu alcance.

Isso não significa que nada pode ser feito para a resolução dos conflitos entre usuários portadores de “contratos antigos” e operadoras. A maioria esmagadora desses instrumentos contratuais foi firmada sob a égide do Código de Defesa do Consumidor e aquela norma tem se mostrado um valioso e poderoso recurso para coibir abusos e para fazer valer os direitos dos cidadãos.

Há ainda uma outra vertente a ser explorada pela Agência e que consta de nossas conclusões e recomendações ao Poder Executivo: a via negociada. Cremos que se os representantes das operadoras, dos usuários e do Poder Público buscarem, de forma franca e aberta, uma fórmula justa e conveniente que atenda às expectativas das partes envolvidas, o quadro de impasse poderá ser superado sem a necessidade de que se recorra freqüentemente ao Poder Judiciário.

A segunda observação que se faz imprescindível é sobre a própria decisão liminar do Supremo Tribunal Federal em relação à Medida Cautelar concedida na Ação Direta de Inconstitucionalidade — ADIN — n.º 1.931. A relatoria recebeu sugestões para apresentação de medidas pela CPI, de resto consideradas inconsistentes pelo corpo técnico da Casa, com o objetivo de reverter a aludida decisão liminar.

Independentemente do pronunciamento final que o STF vier a dar — lembremo-nos que a decisão que ganhou destaque na mídia foi relativa a uma Medida Cautelar e, portanto, pode ser reformulada —, o grande mérito dessa decisão inicial foi o de, não obstante o que possa parecer o mais justo aos olhos da opinião pública, resguardar o ato jurídico perfeito, constitucionalmente protegido e, em última análise, resguardar os próprios fundamentos da Democracia.

Embora à primeira vista a citada decisão possa ter parecido absurda, deve-se observar que, se contratos legitimamente firmados — e que, frise-se, não contenham cláusulas leoninas nem claramente ilegais — fossem passíveis de revogação por leis, os maiores prejudicados seriam os cidadãos mais desprotegidos na sociedade. Quantas decisões do próprio Governo não foram revertidas, quantos direitos não foram protegidos pela norma constitucional que diz que “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”?

Dessa forma, nossa experiência como Relator desta CPI dos Planos de Saúde também foi um grande aprendizado no sentido de valorizarmos as garantias constitucionais fundamentais como pilares de sustentação do Estado Democrático, razão e objetivo da existência do próprio instituto da representação política e deste Parlamento.

Fica também indelevelmente marcada em nossa consciência a imprescindibilidade e a justeza do princípio de separação e de harmonia entre os Poderes vigente em todas as democracias. O equilíbrio e os limites existentes entre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário nem sempre levam a soluções rápidas dos problemas, mais seguramente conduzem e possibilitam conclusões mais justas e estáveis.

Diante de tantas e tão ricas experiências e conclusões é patente que este Relator apreciou e valorizou a missão que lhe foi cometida. Nesse sentido gostaríamos de manifestar nossos agradecimentos aos que, de

início, nos indicaram para tão importante encargo: o Presidente da Casa, Deputado JOÃO PAULO CUNHA, e o Líder do PSB, Deputado EDUARDO CAMPOS.

Em segundo lugar, ao idealizador e Presidente da CPI, Deputado HENRIQUE FONTANA, que, com presença constante e mão firme, mas sem nunca perder a ternura, a polidez e a obediência às normas regimentais, tão brilhantemente conduziu os trabalhos e manifestou suas opiniões e propostas para o aperfeiçoamento do setor de saúde suplementar.

Seria injusto se não mencionasse ainda a colaboração e dedicação dos Exmos. Srs. Deputados membros da CPI que sempre procuraram colaborar de forma construtiva com este Relator.

Temos a certeza de que as propostas e conclusões aqui arroladas não terão a unanimidade e, provavelmente, receberão críticas tanto dos que gostariam de ver uma expansão ilimitada dos direitos dos usuários, como dos que prefeririam deixar o setor ao sabor das regras de mercado.

Mas não menos certeza temos de que a unanimidade é indesejável, porquanto representaria o fim da própria sociedade, de seus conflitos, de suas contradições e dos interesses dos que a compõem.

Nossa convicção mais profunda é de que, com concordância ou não, nosso trabalho aqui expresso foi dedicado, honesto e fruto de empenho, de paciência e de humildade para ouvir, para dar lugar ao contraditório e para buscar o bem comum.

Não poderíamos encerrar essas digressões iniciais sem antes render nosso preito aos que colaboraram para os trabalhos da CPI e para a elaboração do Relatório Final, técnicos e servidores da Consultoria Legislativa e do Departamento de Comissões e de outros órgãos, requisitados como colaboradores.

À Secretária da Comissão, Carla Rodrigues de Medeiros Tavares, e às servidoras Adsan Jacqueline Viana Stemler, Vanderlúcia Bezerra da Silva e Sonia Vera Cruz da Costa., que com suas eficiência e cortesia possibilitaram e facilitaram o desenvolvimento dos trabalhos da CPI.

Aos Consultores Legislativos designados pela Casa, Fabio Vaisman e Hugo Fernandes Junior, nosso reconhecimento pela seriedade,

fidelidade e responsabilidade demonstradas, sem embargo da honestidade e excelência técnicas com as quais nos aconselharam.

Nosso agradecimento ainda ao Consultor Legislativo Marcos Tadeu Napoleão de Souza pela competente colaboração, ainda que pontual.

Aos técnicos requisitados pela CPI, Mário Scheffer, do Conselho Nacional de Saúde, Lígia Bahia, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ, Márcia Maria Garcia Gomes, da Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz — ENSP/FIOCRUZ, Lúcia Helena Magalhães, da Fundação PROCON — SP, nosso profundo reconhecimento pela competência e gentileza em colaborar com o resultado final desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

DEPUTADO DR. RIBAMAR ALVES
Relator

2 — INTRODUÇÃO.

2.1 — CONSIDERAÇÕES GERAIS.

A Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde — CPISAÚDE — foi instituída, em consonância com o disposto no art. 35 do Regimento Interno da Câmara, a partir de iniciativa do ilustre Deputado HENRIQUE FONTANA.

Nas razões apresentadas para embasar a instituição da CPI, foi citado relatório elaborado pelo Instituto de Defesa do Consumidor — IDEC — que avaliou a atuação de empresas operadoras de planos de saúde e que, segundo o eminente Autor, apresentava fatos determinados que davam justificativas à Câmara dos Deputados para lançar mão desse instrumento de ação parlamentar.

Entre os fatos citados, destacam-se: a inserção de cláusulas abusivas nos contratos de adesão, exigência de regularidade de pagamento como pré-condição para o atendimento, carências como punição para eventuais atrasos, troca constante de profissionais e estabelecimentos credenciados e interferências das empresas em procedimentos médicos.

2.2 — DO ATO DE CRIAÇÃO DA COMISSÃO.

Em 1º de abril de 2003, o citado Parlamentar deu entrada junto à Mesa Diretora ao Requerimento n.º 12, de 2003, para constituição de Comissão Parlamentar de Inquérito que recebeu despacho favorável, sendo publicado no Diário da Câmara dos Deputados em 1º de maio do mesmo ano.

O prazo regimental de cento e vinte dias para a realização dos trabalhos iniciou-se em 30 de maio do corrente, data de constituição da Comissão, e estendeu-se até 26 de setembro. Diante da necessidade de prosseguimento dos trabalhos de investigação e ausculta da sociedade, foram concedidas prorrogações: a primeira até 5 de novembro; posteriormente, até 17 de novembro, e, finalmente, até o dia 25 do mesmo mês.

2.3 — DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO.

Conforme preceitua o Regimento Interno da Casa, a CPI foi composta a partir das indicações dos Líderes, em consonância ao disposto no art. 23 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

A CPISAÚDE, desse modo, contou com a participação dos seguintes Parlamentares:

Presidente: Deputado Henrique Fontana (PT)

1º Vice-Presidente: Deputado Arlindo Chinaglia (PT)

2º Vice-Presidente: vago

3º Vice-Presidente: Deputada Yeda Crusius (PSDB)

Relator: Deputado Dr. Ribamar Alves (PSB)

TITULARES		SUPLENTE
	PT	
Antonio Carlos Biscaia		João Grandão
Arlindo Chinaglia		Roberto Gouveia
Dr. Rosinha		
Henrique Fontana		
	PFL	
Júlio Cesar		Ney Lopes
Laura Carneiro		Paes Landim
Robson Tuma		
	PMDB	
Luiz Bittencourt		Asdrubal Bentes
Max Rosenmann		Darcísio Perondi
Saraiva Felipe		Silas Brasileiro
	PSDB	
João Castelo		Luiz Carlos Hauly
Sebastião Madeira		Rafael Guerra
Yeda Crusius		Walter Feldman
	PP	
Dr. Benedito Dias		Enivaldo Ribeiro
Nelson Meurer		José Linhares

	PTB	
Roberto Jefferson Silas Câmara		Arnaldo Faria de Sá José Carlos Martinez
	PL	
Bispo Wanderval Maurício Rabelo		Almir Moura Carlos Mota
	PSB	
Dr. Ribamar Alves		Alexandre Cardoso
	PPS	
Colbert Martins		Geraldo Resende
	PDT	
Mário Heringer		Wagner Lago
	PC do B	
Jandira Feghali		Jamil Murad
	PRONA	
Elimar Máximo Damasceno		Vanderlei Assis

2.4 — DAS REUNIÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO.

1ª Reunião Ordinária, realizada em 10 de junho de 2003, para instalação e eleição de Presidente e Vice-presidentes.

2ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de junho de 2003, destinada à apreciação de Requerimentos.

3ª Reunião Ordinária, realizada em 24 de junho de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos;

2ª parte: Audiência Pública com os seguintes convidados:

Sr. RICARDO MORISHITA, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor;

Sr. GUSTAVO JOSÉ MARRONE DE CASTRO SAMPAIO, Diretor-executivo da Fundação PROCON de São Paulo.

4ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de junho de 2003, Audiência Pública com

os seguintes convidados:

Dr. EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE, Presidente do Conselho Federal de Medicina,

Dr. HEDER MURARI BORBA, Presidente da Federação Nacional dos Médico

5ª Reunião Ordinária, realizada em 1º de julho de 2003, destinada à apreciação de Requerimentos.

6ª Reunião Ordinária, realizada em 8 de julho de 2003, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Srª. MARILENA LAZARINI, Coordenadora Executiva do Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC

Srª. KARINA RODRIGUES, Advogada do Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC.

7ª Reunião Ordinária, realizada em 9 de julho de 2003, destinada à apreciação de Requerimentos.

8ª Reunião Ordinária, realizada em 29 de julho de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos.

2ª parte: Audiência Pública com as seguintes convidadas:

Srª. ÁUREA CELESTE DA SILVA ABBADE, Advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – GAPA

Srª. NEIDE REGINA COUSIN BARRIGUELLI, Presidente da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos e Transplantados.

9ª Reunião Ordinária, realizada em 31 de julho de 2003, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Dr. JOSÉ MÁRIO MORAIS MATEUS, Presidente das Comissões Fixas do Conselho Federal de Odontologia;

Dr. ELEUSES VIEIRA DE PAIVA, Presidente da Associação Médica Brasileira – AMB

Dr. JALDO DE SOUZA SANTOS, Presidente do Conselho Federal de Farmácia.

10ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de agosto de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos.

2ª parte: Audiência Pública para ouvir os seguintes convidados:

Sr. ERIMAR CARLOS BREHME DE ABREU, Representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB;

Sr. DANTE ANCONA MONTAGNANA, Presidente do Sindicato dos Hospitais, Casas de Saúde, Clínicas e Laboratórios de Análises Clínicas e demais estabelecimentos de serviços de saúde do Estado de São Paulo – SINDHOSP;

Sr. PAULO GILVANE LOPES PENA, Diretor do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, do Ministério do Trabalho e Emprego;

Sr. MARIA LÊDA DANTAS, Representante da Confederação Brasileira dos Aposentados - COBAP, no Conselho Nacional de Saúde – PE.

11ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de agosto de 2003, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Srª. ROSANA CHIAVASSA, Conselheira da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB

Sr. DUCIRAN VAN MARCEN, Procurador do Ministério Público Federal.

12ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de agosto de 2003, na Assembléia Legislativa do Estado do Paraná, dividida em duas partes.

1ª parte: Audiência Pública para ouvir convidados e testemunhas:

Exmo. Sr. Deputado Estadual LUCIANO DUCCI, Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná;

Exmo. Sr. Vereador NEY LEPREVOST, Presidente da Comissão Especial para investigar a situação da saúde privada no Município de Curitiba;

Sr. ALGACIR TÚLIO, Diretor do PROCON do Paraná;

Sr. JOÃO HENRIQUE VILELA DA SILVEIRA, Promotor de Justiça de Defesa do Consumidor, representante do Sr. Ralph Luis Vidal Sabino dos Santos, Coordenador de Apoio das Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor;

Dr. REINALDO DE OLIVEIRA, Farmacêutico Bioquímico e Prestador de Serviços;

Sr. JOSÉ FRANCISCO SCHIAVON, Presidente da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná.

2ª parte: Audiência Pública para ouvir testemunhas:

Sr. Sr. WILSON MARTINS MARQUES, Proprietário das Empresas Cliniprev LTDA. e Prever Serviços Postumos Ltda;

SR. REGINALDO CZEZACKI, Proprietário das Empresas Cliniprev LTDA e Prever Serviços Postumos Ltda.

13ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de agosto de 2003, Audiência Pública com o seguinte convidado:

Exmo. Sr. HUMBERTO COSTA, Ministro de Estado da Saúde.

14ª Reunião Ordinária, realizada em 28 de agosto de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos.

2ª parte: Audiência Pública para ouvir o seguinte convidado:

Exmo. Sr. LUÍS FUX, Ministro do Superior Tribunal de Justiça.

15ª Reunião Ordinária, realizada em 1º de setembro de 2003, na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Sr. ARLINDO DE ALMEIDA, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE;

MM LUIZ ANTONIO RIZATTO NUNES, Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil de São Paulo e Professor Especialista em Direito do Consumidor;

Sr. MARCO ANTONIO ZANELATO, Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça do Consumidor;

Dr. LUIZ ROBERTO DEL PORTO, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Análises Clínicas - São Paulo;

Dr. FLORISVAL MEINÃO, Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina.

16ª Reunião Ordinária, realizada em 11 de setembro de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos.

2ª parte: Audiência Pública, com os seguintes convidados:

Dr. CELSO CORRÊA BARROS, Presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – UNIMED do Brasil;

Sr. JOSÉ ANTONIO DINIZ DE OLIVEIRA, Presidente da UNIDAS;

Sr. JOÃO ELÍSIO FERRAZ DE CAMPOS, Presidente da Federação Nacional das

Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG.

17ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de setembro de 2003, na Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Dr. PAULO DE ARGOLLO MENDES, Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul - SIMERS;

Dr. LUIZ AUGUSTO PEREIRA, Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, representando o Dr. Marco Antônio Becker, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul - CREMERS;

Dr. JÚLIO DORNELLES DE MATOS, Presidente do Sindicato dos Hospitais Benéficos, Religiosos e Filantrópicos - SINDIBERF;

Dr. NILSON LUIZ MAY, Presidente da Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul Ltda. – UNIMED;

Dr. BEN HUR GODOLPHIN, Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul;

Dr. PAULO VALÉRIO DAL PAI MORAES, Promotor de Justiça e Coordenador do Centro de Apoio Operacional de Defesa do Consumidor do Ministério Público do Rio Grande do Sul.;

Dr. LÉO CRISTIANO HORN, cirurgião-dentista;

Sra. MARIA DO CARMO ABADÉ, Diretora do Sindsaúde;

Sra. HAYDEE ARGEME, consumidora de plano de saúde;

Sra. JULIANE CARDOSO, representante de empresa de autogestão.

18ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de setembro de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: apreciação de Requerimentos.

2ª parte: Audiência Pública com os seguintes convidados:

Dr. MOHAMED AKL, Presidente da Central Nacional UNIMED;

Dr. CID CARVALHAES, ex-Presidente da UNIMED São Paulo;

Srª. SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES, Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

19ª Reunião Ordinária, realizada em 25 de setembro de 2003, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Dr. CELSO CORRÊA BARROS, Presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - UNIMED do Brasil;

Dr. ALDO FRANCISCO SCHMIDT, ex-Diretor-Superintendente da UNIMED São Paulo.

20ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de outubro de 2003, Audiência Pública com o seguinte convidado:

Sr. JANUÁRIO MONTONE, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

21ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de outubro de 2003, Audiência Pública com o seguinte convidado:

Sr. JANUÁRIO MONTONE, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

22ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de outubro de 2003, dividida em duas partes.

1ª parte: Audiência Pública, para ouvir a seguinte testemunha:

Sr. TSUTOMU MATSUMORA, Presidente da NIPOMED.

2ª parte: apreciação de Requerimentos.

23ª Reunião Ordinária, realizada em 27 de outubro de 2003, na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, Audiência Pública, para ouvir convidados e testemunhas, dividida em duas partes.

1ª parte: Testemunhas:

Sr. MÁRCIO DA SILVA BRANCO, proprietário da empresa ORSAF – Organização de Serviço Assistencial e Funeral, em nova Friburgo – RJ;

Sr. DANIEL BASTOS DA SILVA LIGEIRO, proprietário da empresa Vital Assistência Funerária, em Petrópolis – RJ.

2ª parte: Convidados:

Deputado PAULO PINHEIRO, Presidente da Comissão de Assuntos da Criança, do Adolescente e Idoso da ALERJ;

Dr. SÉRGIO VIEIRA, Presidente da ABRAMGE Regional Rio de Janeiro;

Drª MÁRCIA ROSA DE ARAÚJO, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro;

Dr. GUILHERME XAVIER, Presidente da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro;

Sr. EDUARDO SIMÕES RAMOS, Corretor de Seguros;

Dr. FRANCISCO SILVEIRA, Médico Nutrologista.

24ª Reunião Ordinária, realizada em 4 de novembro de 2003, Audiência Pública com os seguintes convidados:

Audiência Pública com os seguintes convidados:

Sr. Luiz Roberto Silveira Pinto, Presidente da SAMCIL;

Sr. Fernando Moredo, Presidente do Centro Transmontano de São Paulo; e

Sr. Ricardo Silveira De Paula, Presidente da Saúde ABC Convênios Médico-Hospitalares Ltda.

2.5 — DOCUMENTAÇÃO EXPEDIDA PELA COMISSÃO.

A CPISAÚDE, por intermédio de sua Secretaria, expediu trezentos e setenta e nove ofícios dirigidos a entidades privadas, pessoas físicas e instituições públicas, ligados direta ou indiretamente ao setor de saúde suplementar, com o intuito de solicitar comparecimento, de convocar para testemunho ou de requerer informações julgados essenciais ao bom andamento dos trabalhos.

2.6 — DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA PELA COMISSÃO.

Ao longo dos trabalhos da Comissão, foram recebidos mais de quinhentos e noventa mil documentos, em papel e meio magnético, entre trabalhos acadêmicos, resumos de depoimentos, cópias de apresentações, bancos de dados, respostas a requerimentos de informações, e referentes a quebras de sigilos bancários e fiscais decididos pelo Plenário da CPI.

2.7 — INVESTIGAÇÕES REALIZADAS PELA COMISSÃO.

Conforme estabelece o § 3º, do art. 58, da Constituição Federal, as Comissões Parlamentares de Inquérito possuem poderes próprios das autoridades judiciais. Tais poderes não podem ser entendidos, entretanto, como os vinculados à função judicante. Não cabe, assim, às CPIs julgar, definir culpabilidade ou aplicar punição de qualquer ordem.

Deve investigar a fundo os fatos que originaram a sua convocação, bem como outros que vierem ao seu conhecimento durante o desenvolvimento dos trabalhos.

Em capítulo próprio, a CPI analisa as empresas do ramo funerário que oferecem a seus clientes convênios médicos, podendo induzi-los a erro quanto a se tratar de planos de saúde (analisando empresas referidas quando de suas audiências públicas no Paraná e no Rio de Janeiro); enfrenta um caso comprovado de venda de “cartão de desconto” como plano de saúde (NIPOMED), investiga os fatos ocorridos na UNIMED/SP, fruto de sua audiência pública na Assembléia Legislativa de São Paulo; analisa a questão da UNIMED/BH, e sua dívida com a Prefeitura de Belo Horizonte, relativa ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS; analisa a questão da comissão devida aos corretores de planos e seguros de saúde, e seus reflexos na composição dos reajustes de preço das mensalidades (questão igualmente discutida na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro); descreve um possível esquema de abertura de empresas de plano de saúde com a finalidade de prejudicar prestadores e usuários, sobre o qual teve conhecimento na audiência pública da CPI Estadual de Pernambuco sobre Planos de Saúde, da qual participou e, finalmente, relata a questão relativa a possíveis abusos no fornecimento de insumos – órteses, próteses e outros, da qual teve conhecimento durante audiência pública na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.

3 — A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.

3.1 — O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS — E OS SISTEMAS COMPLEMENTAR E SUPLEMENTAR DE SAÚDE.

A atenção médica supletiva recebeu essa denominação, por parte dos meios acadêmicos, em vista da terminologia consagrada pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 — a Lei Orgânica da Saúde. O aludido diploma jurídico, ao se referir ao conjunto de serviços privados de assistência à saúde, fez menção específica, em seu art. 24 e seguintes, aos estabelecimentos de saúde que, devido à insuficiência dos serviços estatais, complementam a assistência médico-hospitalar dentro do Sistema Único de Saúde — SUS. Tal participação se faz mediante contrato ou convênio, sendo que as normas de atuação e valores de remuneração são estabelecidos pelo Poder Público.

Desse modo, o conjunto formado pelos estabelecimentos contratados e conveniados passou a ser conhecido como subsistema ou setor privado complementar.

O setor privado de saúde, no entanto, não é formado apenas por esses estabelecimentos. Há também consultórios, hospitais, clínicas e laboratórios privados que não possuem qualquer vínculo com o SUS no que concerne à prestação de serviços, ainda que estejam sob o poder regulamentar das autoridades sanitárias em cada esfera de governo no que tange às normas de funcionamento e sujeitas à sua fiscalização e a seu controle.

Tais estabelecimentos prestam serviços à população mediante pagamento direto ou pagamento efetuado por empresas, cooperativas, instituições patronais ou mutualistas que intermediam a relação prestador-consumidor.

Por força da existência do citado subsistema dito complementar, esse conjunto de empresas e de modalidades de intermediação da assistência médico-hospitalar passou a ser denominado de "subsistema suplementar", embora a sua importância cada dia maior não seja condizente com uma expressão que denota posição subalterna.

3.2 — HISTÓRICO DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.

A origem do setor de assistência supletiva à saúde no Brasil remonta aos anos 40 e 50, quando instituições e empresas do setor público e privado implantaram esquemas de assistência médico-hospitalar para seus servidores. Em 1944, foi criada a Caixa de Assistência dos Funcionários — CASSI —, do Banco do Brasil, e, em 1945, a assistência patronal aos funcionários do antigo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários — IAPI —, que mais tarde daria origem à GEAP — Fundação de Seguridade Social.

Posteriormente, as empresas estatais, criadas a partir do primeiro governo Vargas, e alguns governos estaduais criaram formas de prestação de assistência à saúde baseadas em serviços próprios, reembolso de despesas médico-hospitalares ou prestação de serviços por terceiros.

Já no final da década de 50, a recém instalada indústria automobilística adota também esse modelo de prestação de serviços de assistência à saúde, particularmente nas grandes montadoras estrangeiras.

A expansão do processo de industrialização no Brasil passa a fazer com que a atenção médica oferecida pelas empresas cumpra um papel extremamente valioso para os empregadores. O primeiro deles refere-se ao de selecionar mão-de-obra mais hígida, com menor probabilidade de vir a gerar problemas futuros, quer no que tange ao absenteísmo, quer no que concerne à produtividade. Essa prática foi e tem sido alvo de críticas de grupos feministas, já que, segundo esses grupos, seria através da seleção da mão-de-obra que se procuraria preterir a admissão de mulheres ainda não esterilizadas e, portanto, com riscos de engravidar.

Secundariamente, os serviços oferecidos pelas empresas objetivariam ao controle da força de trabalho empregada, analisando a ocorrência de patologias, de licenças para tratamento de saúde, faltas etc., podendo prever, desse modo, com rapidez, casos que demandarão maiores gastos e conformando uma lista preferencial de trabalhadores passíveis de demissão.

Outro aspecto é o referente ao retorno do empregado doente ou acidentado mais prontamente ao seu posto, abreviando o período de licença que, no entender dessas empresas, seria por demais longo quando concedido pelos serviços públicos.

Por fim, esses serviços serviriam como atrativo, como uma vantagem adicional concedida pela empresa, e, assim, funcionam como elemento de diferenciação na concorrência pela mão-de-obra qualificada.

Mais tarde, como parte do processo de modernização e desburocratização das grandes empresas, diversos serviços passaram a ser contratados de terceiros, como os de limpeza e conservação, vigilância e alimentação. Os serviços médicos desses grandes estabelecimentos também passaram a ser objeto de terceirização, surgindo, assim, as “empresas médicas” ou “grupos médicos”.

Em 1964, já no regime militar, os “grupos médicos” passam a receber poderoso incentivo, com sua incorporação à assistência médica previdenciária. Em maio daquele ano é celebrado convênio entre o IAPI e a Volkswagen que desobrigava o instituto de prestar assistência médica aos empregados daquela indústria e, em contrapartida, dispensava o empregador de parte de suas contribuições previdenciárias.

Essa prática disseminou-se, mormente entre as grandes empresas do setor industrial, e manteve-se inalterada após a unificação previdenciária, em 1967. Dez anos após a unificação, em 1977, existiam quase cinco mil convênios dessa ordem, abarcando cerca de dez por cento da população previdenciária à época.

Ainda na década de 60, há uma acelerada expansão das empresas médicas, em geral organizadas a partir de proprietários ou acionistas de hospitais já existentes. Como reação da categoria médica ao assalariamento e à perda da autonomia profissional surgem também as UNIMEDs, constituídas como cooperativas de trabalho. Paralelamente, as grandes empresas, notadamente estatais, preservaram seus esquemas próprios, consolidando o que seria mais tarde denominado de modalidade de autogestão.

Todas as três modalidades — medicina de grupo, UNIMEDs e autogestão —, como forma de se adequarem às exigências do mercado e à realidade dos prestadores de serviços, tornam-se importantes compradores de serviços por intermédio do credenciamento de médicos, de clínicas, de hospitais e de laboratórios.

Desde então, já eram freqüentes as denúncias de que, embora os convênios previssem a responsabilidade do empregador ou da

empresa contratada pela atenção à saúde dos empregados da empresa conveniente, na verdade o então INPS é que arcava com os custos dos tratamentos de alta complexidade, de custo elevado ou de longa duração.

No final da década de 70 e início da de 80 os planos de saúde consolidam sua presença no mercado como uma alternativa de assistência à saúde, mormente para os segmentos de trabalhadores mais especializados das regiões sul e sudeste. Dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo — ABRAMGE — e da Federação das UNIMEDs à época estimavam em 15 milhões o número de beneficiários desses planos, que excluía os beneficiários de planos próprios.

No final dos anos 80 e início dos 90, há uma grande expansão do setor com o crescimento expressivo da comercialização de planos individuais — inclusive com a entrada dos bancos e seguradoras no mercado — e com a forte demanda de novos grupos de trabalhadores pela assistência médica supletiva — mormente setores do funcionalismo público.

Esse período marca, outrossim, a estreita vinculação e a dependência dos provedores privados de serviços de saúde, em maior ou menor grau, aos planos de saúde. Tal vinculação e dependência caracterizam-se pela praticamente inexistência de provedores estritamente privados, isto é, que não mantenham qualquer vínculo de credenciamento com a rede supletiva e pela presença de provedores que, a um só tempo, são credenciados de operadoras de planos de saúde e comercializam planos restritos, de acordo com a sua capacidade instalada.

Ainda na década de 90, observa-se a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, pela criação e consolidação dos Serviços de Proteção ao Consumidor e pela atuação do Ministério Público na área de defesa das relações de consumo. Com isso, o setor de assistência supletiva à saúde passa a figurar como um dos principais alvos de reclamações por parte de consumidores, avoluma-se a quantidade de ações contra as empresas do setor e cresce a demanda social por uma regulamentação que propugnasse pelo lado mais fraco nessa relação.

3.3 — FATORES RELACIONADOS À EXPANSÃO DO SETOR SUPLETIVO.

A crescente demanda pela assistência médica supletiva é, no mais das vezes, relacionada ao processo de universalização da assistência pública sem a alocação de recursos proporcional e à conseqüente queda na qualidade de tais serviços. Outros fatores também são apontados, tais como: a expansão do capital financeiro e sua penetração no mercado de assistência à saúde, a heterogeneidade da assistência à saúde no Brasil desde os seus primórdios, o surgimento de uma classe média expressiva nos anos 70 e a confluência de interesses entre trabalhadores e empregadores por uma assistência diferenciada.

Tais explicações não podem, entretanto, ser consideradas como excludentes e sim como complementares entre si.

A assistência à saúde no Brasil caracteriza-se, desde os seus primórdios, pela sua fragmentação, isto é, pelas suas maiores ou menores cobertura ou qualidade de acordo com a importância relativa do extrato social atingido. Até à década de 20, apenas os setores mais importantes para a economia agrário-exportadora — ferroviários, portuários etc. — faziam jus a alguma forma de serviço sanitário assistencial, ao lado de medidas de caráter coletivo que visavam à manutenção das atividades portuárias, essenciais para o escoamento da produção agrícola.

Com o início da industrialização e a formação de um proletariado urbano o Estado passa a tomar iniciativas que constituirão os primórdios do sistema previdenciário do País. Em 1923, a Lei Eloy Chaves institui as Caixas de Aposentadoria e Pensão — CAPs —, baseadas em cada empresa e com financiamento tripartite. Por serem vinculadas a cada empresa, apenas os grandes estabelecimentos podiam viabilizar as CAPs do ponto de vista atuarial. No que concerne à saúde, cabia-lhes, além de prestação de benefícios previdenciários, a assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos.

Em 30, com a ascensão de Vargas e a implementação de sua estratégia de buscar a ampliação de suas bases de apoio político junto às classes trabalhadoras e ao empresariado urbano, é criado um órgão que visava ao relacionamento entre Estado e trabalhadores e empresários: o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Dentro dessa estratégia, a expansão dos benefícios previdenciários a outras categorias de trabalhadores mostrava-se essencial. Ao final do primeiro ano de governo, o governo edita decreto promovendo a reforma do sistema de aposentadorias e pensões e cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões — os IAPs. Organizados não mais por empresas, mas por categorias profissionais, a exemplo da organização dada ao movimento sindical, os IAPs subsistirão até à unificação nos anos 60.

O caráter fragmentário da assistência à saúde se mantém inalterado no período de expansão dos IAPs. As categorias com maior poder de mobilização, como os bancários, ou as com maior poder político, como os servidores públicos federais, logram obter assistência modelar, enquanto outras, como industriários e transportadores de cargas, recebem assistência primordialmente centrada na compra de serviços de profissionais e estabelecimentos privados. Paralelamente, o Ministério da Saúde — inicialmente ligado à Pasta da Educação — orientava suas ações para as campanhas de saúde pública e para a prestação de serviços em áreas remotas e de interesse estratégico, por intermédio da Fundação SESP.

O regime militar de 1964 conserva a princípio a estrutura da Previdência Social da era Vargas, mas, em 1966, promove a unificação dos IAPs e cria o Instituto Nacional de Previdência Social — INPS. Esse processo era coerente com as características do regime, de centralização e de eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias.

A uniformização de benefícios previdenciários e de saúde, ao contrário do que se poderia esperar, não resolve a questão da citada fragmentação. Se no plano jurídico era assegurado o acesso pleno aos serviços médico-assistenciais a todos os trabalhadores do setor formal da economia, na prática isso não ocorria devido, fundamentalmente, à já existente carência de recursos para o atendimento.

A expansão da assistência à saúde — realizada primordialmente às custas da compra de serviços ao setor privado — e incorporação de novos benefícios previdenciários e de assistência social ao longo dos anos 60-70 levam a uma explosão dos gastos do sistema previdenciário.

Adicionalmente, são criadas novas formas de assistência como o FUNRURAL, que em 1972 passa a operar também com assistência médica, acentuando a fragmentação da atenção à saúde no País.

Concomitantemente, nas brechas do regime autoritário, esse modelo sanitário passa a ser alvo de críticas e de propostas de reforma, com cunho racionalizador e que apontavam na direção da universalização do atendimento, gestadas pelo movimento de oposição. Surgem, então, o PREVSAÚDE, as AIS — Ações Integradas de Saúde — o SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Com a retomada do processo democrático e a promulgação da Carta de 1988, processa-se a unificação da assistência à saúde, com a instituição do Sistema Único de Saúde — SUS —, a passagem do INAMPS para o âmbito do Ministério da Saúde e sua posterior extinção.

Se por um lado o processo de unificação e de universalização da assistência à saúde promoveu a extensão de cobertura dos serviços sanitários, por outro, conforme já citado anteriormente, ele não foi acompanhado de uma alocação de recursos proporcional. O resultado foi a queda substancial na quantidade e na qualidade dos serviços disponíveis, que acabou por afastar ainda mais do SUS os estratos de maior renda e trabalhadores de categorias mais organizadas.

Esse afastamento foi semelhante ao ocorrido em relação à educação pública, mas, ao contrário daquele, não se dá pela adesão desses estratos diretamente ao setor privado. Isso porque, a assistência médico-hospitalar, desde o pós-guerra, apresenta duas tendências inelutáveis: a crescente incorporação de tecnologias e a instituição daquilo que foi denominado como "consumo médico".

A primeira tendência acarretou, ao contrário do ocorrido nos demais setores, em expansão dos custos assistenciais. Já a segunda, levou à propensão e até mesmo ao estímulo do consumo de determinadas modalidades de exames e de atos médicos e correlatos, sem uma base técnica rigorosa que os preceitue.

O resultado é que mesmo os estratos privilegiados da sociedade não têm condições de arcar com os custos que uma doença ou acidente podem representar. Assim, a medicina exclusivamente privada, isto é, aquela em que o produtor e o consumidor do serviço acertam um preço e uma forma de pagamento, praticamente não existe mais, abrindo-se, desse modo, o espaço para empresas que intermediam a relação prestador-consumidor.

Observe-se que o processo de conformação do SUS descrito, e que levou à chamada “universalização excludente”, foi coetâneo à formação das camadas médias urbanas e à expansão do capital financeiro no País, já aludidos como fatores importantes para explicar a difusão do setor de planos de saúde.

Ademais, vale destacar que o movimento sindical jamais levantou a bandeira de um sistema universal de saúde com qualidade. Ao contrário, as categorias profissionais com maior poder de vocalização, seja do setor privado ou do setor público, sempre negociaram em seus acordos com as empresas a concessão de alguma forma de assistência à saúde.

Assim, foram conformadas as condições para que o setor supletivo de saúde se expandisse no Brasil, tanto em sua forma de “planos empresa”, como contratos individuais.

3.4 — FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO SETOR SUPLETIVO.

O setor supletivo de assistência à saúde é composto de um expressivo número de empresas, organizadas sob uma variedade de personalidades jurídicas. A literatura especializada consagrou a classificação das empresas do setor sob a forma com que elas se colocam no mercado, ainda que a fronteira entre uma e outra classificação nem sempre seja muito nítida. Assim, as empresas do setor classificam-se em:

1 — Medicina de Grupo: é a forma dominante do mercado e foi a pioneira desse segmento no Brasil. De uma forma geral, a grande maioria dessas empresas não oferecem assistência em serviços próprios, contratando serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. O segurado, seja ele um indivíduo, família ou empresa, vincula-se ao plano mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura de serviços e de procedimentos médicos e auxiliares, previstos contratualmente, tanto na rede própria, quando há, como na rede conveniada. Nesse último caso, a empresa contratada remunera os serviços profissionais e hospitalares prestados. Alguns contratos mais onerosos prevêm o uso de serviços não credenciados, com posterior ressarcimento ao contratante de valores que, via de regra, não equivalem aos gastos efetivamente despendidos.

Quando o contratante é uma pessoa jurídica, a adesão do empregado pode ser automática — quando os custos são integralmente de responsabilidade do empregador —, ou opcional — se houver alguma forma de co-pagamento por parte do empregado. Nessa modalidade os planos dentro de uma mesma empresa podem diferir quanto à cobertura, padrão de conforto, carências, valores *per capita* etc. em função do tamanho da empresa, da participação dos funcionários e do interesse do contratante.

As empresas dessa modalidade congregam-se em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), e do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE).

2. Cooperativas Médicas: nessa modalidade, os médicos (cooperados) são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como mediante o rateio do lucro obtido pela cooperativa. Alguns trabalhos consideram as cooperativas como um subsetor da Medicina de Grupo, já que suas lógicas de funcionamento são muito semelhantes.

A UNIMED, a mais representativa desse segmento, organiza-se por unidade municipais (chamadas singulares). Tais unidades têm ampla autonomia e vinculam-se às federações que, por sua vez vinculam-se, a uma confederação nacional. Conseguem, dessa forma, uma cobertura territorial bastante ampla, já que possuem mecanismos de compensação financeira entre as singulares.

Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deveria ser realizado em instalações de cooperados, porém, mais recentemente, algumas cooperativas têm credenciado profissionais e estabelecimentos e investido na aquisição, construção e arrendamento de hospitais. A Confederação das UNIMED é a entidade de representação nacional.

3 — Planos próprios de empresas: é a forma em que as empresas administram programas de assistência à saúde para seus empregados — denominada de autogestão — ou contratam terceiros para administrá-los—denominada co-gestão ou planos de administração. A empresa promotora do programa estabelece as regras de funcionamento, decide o credenciamento dos médicos e dos hospitais

e define as carências e as coberturas. Em alguns casos há previsão de “livre escolha”, a exemplo do que ocorre com as medicinas de grupo, e cobertura para aposentados.

É a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública que, em muitos casos, criaram instituições privadas sem fins lucrativos para a gestão da assistência.

A forma de contribuição da patrocinadora e do funcionário varia grandemente, havendo desde empresas que assumem o custeio integral até situações em que os funcionários contribuem com parte expressiva da assistência, sob a forma de rateio e de co-participação.

As entidades representativas do setor eram, até 2002, a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). Desde novembro daquele ano foi oficializada a união das entidades e criada a União Nacional das Instituições De Autogestão em Saúde (UNIDAS).

4 — Seguro-saúde: antes da existência de uma regulação do setor as seguradoras atuavam por meio da intermediação financeira. Os gastos dos segurados em saúde seriam cobertos conforme os termos das apólices. Haveria, assim, um pré-pagamento por parte do segurado e um prêmio a ser pago pela seguradora quando da ocorrência de um sinistro, previsto na apólice.

A legislação, entretanto, já autorizava às seguradoras a aturem por meio do credenciamento de prestadores e de convênios com empresas prestadoras de assistência à saúde, não havendo uma distinção clara entre Seguro-saúde e Medicina de Grupo, no que concerne à prestação de serviços, embora houvesse diferença marcante no que tange às garantias financeiras, pois eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados — SUSEP — e obedeciam às normas de funcionamento das seguradoras que atuam nos demais ramos do setor.

Com o advento da Lei n.º 10.185, de 2001, estabeleceu-se que as seguradoras que atuam no ramo saúde constituam estatuto social específico, com proibição de que atuem em outras modalidades, e que se subordinem à regulação da ANS. A entidade que representa o setor é a Federação Nacional de Seguros Privados — FENASEG.

A ANS, entretanto, define a segmentação do mercado de outra forma. Para a Agência, as operadoras classificam-se em: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, autogestões, medicinas de grupo, odontologias de grupo ou filantrópicas.

As cooperativas odontológicas e odontologias de grupo diferem de suas congêneres médicas apenas pelo fato de operarem exclusivamente planos odontológicos.

Já como administradoras são consideradas as “empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”.

Por fim, as filantrópicas são as operadoras “sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipal”. Independem, portanto, da forma com que se organizam, mas importa tão-somente a condição jurídica de entidade filantrópica, conforme estabelece a legislação.

A diversidade do mercado de planos de saúde pode, ainda, ser avaliada pela multiplicidade de segmentações assistenciais, as formas de contratação, a abrangência geográfica da operadora ou do plano e as faixas etárias definidas pela ANS.

De acordo com a segmentação assistencial prevista na Lei 9.656/98, os planos de saúde podem se dividir em: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia ou sem obstetrícia, odontológico, referência, ambulatorial e hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial e odontológico, hospitalar e odontológico com ou sem obstetrícia, e ambulatorial, odontológico e hospitalar com ou sem obstetrícia.

As formas de contratação, por sua vez, dividem-se em individual ou familiar, coletiva empresarial ou coletiva por adesão.

No que tange à abrangência geográfica, os planos de saúde podem ser nacionais, regionais por grupos de Unidades da Federação, estaduais,

regionais por grupos de municípios, estritamente municipais ou ainda possuem outras formas de abrangência não especificadas.

As faixas etárias admitidas pela ANS para fins de variação das contraprestações pecuniárias a que se obrigam os contratantes, são ao todo sete: de 0 a 17 anos, de 18 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais.

3.5 — INFORMAÇÕES SOBRE O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

A relação entre a amplitude das coberturas, os gastos com a remuneração e manutenção de serviços de saúde e o valor dos prêmios (mensalidades) dos planos e seguros de saúde é uma prioridade para as empresas de assistência médica suplementar. O equilíbrio da equação entre a arrecadação de recursos e os gastos futuros é um elemento vital às normas que regem a relação entre os administradores dos fundos, os organizadores de redes de serviços, os prestadores e os usuários dos planos e seguros de saúde. O desafio, portanto, é definir uma relação adequada e equilibrada entre as garantias assistenciais e financeiras.

No ramo dos seguros, o ajuste de risco, isto é, o cálculo entre receitas e despesas atuais e futuras, está determinado pela probabilidade de ocorrência de eventos cobertos e a magnitude das despesas. A singularidade da saúde reside tanto na quantidade e variabilidade dos eventos (que incluem desde um exame, uma consulta até uma internação prolongada em uma unidade de tratamento intensivo), quanto na atuação imprescindível dos profissionais e estabelecimentos de saúde como definidores da seqüência de atividades que compõem as contas a serem remuneradas ou reembolsadas pelas operadoras de planos de saúde.

Segundo informações encaminhadas pela ANS à CPISAÚDE, existiriam no Brasil 2.304 empresas operadoras de planos de saúde registradas naquele órgão. Como a Agência classifica as operadoras em seguradoras, medicinas e odontologias de grupo, cooperativas médicas e odontológicas, autogestões, administradoras e filantropias, seguir-se-á essa mesma taxonomia com vistas a traçar um panorama do setor.

Assim, temos a seguinte distribuição de operadoras, em números absolutos e percentuais, por segmento do mercado:

Tipo de Operadora	N.º de Operadoras	%	N.º de Contratos	%
Medicina de Grupo	790	46,9	12.350.874	37,2
Cooperativa Médica	370	22,0	9.057.672	27,3
Autogestão	345	20,5	5.472.729	16,5
Filantropia	126	7,5	1.354.460	4,1
Administradora	38	2,3	5.562	0,0
Seguradora	14	0,8	4.992.007	15,0
subtotal	1.683	100	33.233.304	100
Coop. Odontológica	173	27,9	1.208.176	31,2
Odontologia de Grupo	448	72,1	2.665.311	68,8
subtotal	621	100	3.873.487	100
Total	2.304		37.106.791	

Fonte: ANS (agosto de 2003)

O mercado de planos e seguros privados no Brasil está constituído por dois grandes segmentos. O comercial, que tem empresas como as medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras sua expressão institucional; e o não lucrativo, conformado a partir da organização de esquemas assistenciais pelos empregadores denominados autogestões. Existe ainda um terceiro setor constituído pelas instituições de saúde e/ou previdência voltadas exclusivamente para os funcionários das forças armadas ou servidores estaduais e municipais. Estas instituições mantêm, freqüentemente, vínculos com os provedores de serviços semelhantes às das operadoras sob regulação da ANS e algumas vezes também adquirem planos de saúde no mercado.

Somados, os três segmentos possuem 38.680.406 clientes (de acordo com o IBGE/PNAD/1998). Não é possível ainda estimar com maior precisão o tamanho de cada um dos três segmentos separadamente. Em 1998 foram contabilizadas 9.673.993 pessoas cobertas por planos categorizados como "instituição de assistência ao servidor público" e 29.003.607 de planos denominados "empresas privadas". Contudo, esta categorização, pressupondo uma dicotomia, entre os esquemas assistenciais de servidores públicos civis e militares administração direta e aqueles voltados aos empregados de empresas estatais, privadas e compradores individuais, exprime apenas uma localização

inicial dos usuários. Na realidade brasileira uma parte dos servidores públicos da administração direta está vinculada ao segmento comercial do mercado de planos e seguros saúde e, por outro lado, empresas privadas organizam planos próprios sem fins lucrativos. Ou seja, não há uma relação direta entre a natureza jurídico-institucional do empregador e a das empresas que comercializam ou ofertam planos e seguros saúde.

No que concerne aos beneficiários dos planos de saúde, estima-se um total de 37.106.791 de brasileiros filiados a algum tipo de cobertura no sistema suplementar. Considerando-se que a população brasileira para o ano corrente é estimada em mais de 175 milhões, teríamos, assim, cerca de 21% de brasileiros com alguma forma de cobertura do sistema suplementar.

Destes mais de 37 milhões, 22.778.796, ou seja, cerca de 61% são portadores de contratos anteriores à vigência da Lei 9.656/98. Os demais 39%, que ingressaram no sistema após a entrada em vigor da aludida norma, dividem-se em 3.939.659 portadores de planos individuais e 10.388.336 vinculados a planos coletivos, perfazendo um total de 14.327.995. Desse modo, temos que, em termos percentuais, planos individuais e coletivos correspondem, respectivamente, a 11% e 28% do total geral.

A distribuição dos beneficiários por segmentação de planos conforme previsto na Lei 9.656/98, em números absolutos e percentuais, é a seguinte:

Segmento	N.º de beneficiários	%
Ambulatorial (exclusivo):	573.755	4%
Hospitalar e ambulatorial:	8.787.553	61%
Hospitalar (exclusivo):	183.539	2%
Odontológico:	2.173.064	15%
Referência:	2.614.084	18%

Fonte: ANS (agosto de 2003).

No que concerne à distribuição por região do País, observa-se uma concentração de beneficiários na Região Sudeste, com grau maior também de cobertura de alguma modalidade de plano em relação à população total, conforme atestam os seguintes dados:

Região	% dos beneficiários	% de cobertura
Região Norte:	2,7%	7,2%
Região Nordeste:	11,9%	9,1%
Região Sudeste:	69,4%	34,6%
Região Sul:	11,5%	16,6%
Região Centro-oeste:	4,5%	13,8%

Fonte: ANS (agosto de 2003).

No ano de 2002 as mais de duas mil empresas do setor de saúde suplementar faturaram uma quantia superior a R\$ 23 bilhões, segundo dados de seus balanços, enviados à ANS. Configura-se, dessa forma, um quadro revelador do grande dinamismo desse mercado, tendo em vista que o SUS recebeu do Orçamento Geral da União aproximadamente o mesmo volume de recursos para prestar assistência a um número 4 vezes maior de usuários. Isso sem contar que diversas ações do sistema público são dirigidas a toda à população, como as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e que os usuários do SUS, em parte, fazem jus a assistência farmacêutica e que muitas das ações de alto custo são prestadas a portadores de cobertura do sistema suplementar.

Em que pese ao grande número de empresas atuantes no setor de planos de saúde, a distribuição do número de beneficiários e do faturamento decorrente de pagamento de mensalidades revela uma grande concentração em um número relativamente pequeno de empresas. Com efeito, as cinquenta maiores empresas por número de usuários, representam apenas 2,2 por cento do total de operadoras, mas concentram 51% dos beneficiários.

Se ao invés do número de usuários for considerado o faturamento decorrente do pagamento de mensalidades por parte dos usuários ou patrocinadores, a concentração é ainda maior, pois as cinquenta maiores operadoras concentram cerca de 77% do total faturado.

Segundo dados da Revista Exame, de julho de 2003, algumas operadoras de planos de saúde ocupam posições destacadas no *ranking* das melhores empresas, na “Classificação das Melhores e Maiores Empresas do País”.

A operadora Intermédica e a UNIMED de Belo Horizonte, por exemplo, figuram entre as 20 empresas mais rentáveis (lucro líquido ajustado/patrimônio líquido ajustado em %) do País. A rentabilidade registrada para a Intermédica foi de 45,9% e a da UNIMED de Belo Horizonte 38,7%. As empresas UNIMED de Campinas e AMIL, com rentabilidade 16,9% e 8,9% de rentabilidade respectivamente, figuram entre as 10 mais rentáveis do ramo de serviços diversos.

Ainda nesse ramo, as seguintes empresas têm um alto desempenho: crescimento das vendas (aumento das vendas no ano já descontada a inflação em %) a Medial, a UNIMED Belo Horizonte, a AMIL e a UNIMED Curitiba estão entre as melhores, com índices de 15,1%, 5,9%, 3,8% e 0,8%, respectivamente. Em relação ao indicador liderança de mercado (mercado conquistado nas vendas das maiores) a AMIL ocupa o 2º lugar, a Golden Cross o 5º e UNIMED de Belo Horizonte o 8º. No que tange ao indicador que mede a liquidez corrente (reais realizáveis em relação a cada real de dívida no curto prazo) é acima de 1 para a UNIMED Curitiba, UNIMED Campinas, Golden Cross e AMIL. Já as operadoras que apresentaram a maiores receitas operacionais foram a AMIL US\$ 423,5 mil, a Golden Cross US\$ 254,5 mil e a UNIMED de Belo Horizonte US\$ 227,7 mil.

No ranking de classificação por total de pontos obtidos no ramo serviços gerais, as operadoras de planos de saúde com melhor desempenho foram a UNIMED Belo Horizonte (4º lugar), AMIL (5º lugar), UNIMED Campinas (6º lugar), UNIMED Curitiba (11º lugar) e as operadoras Intermédica, Golden Cross e Medial (situadas em 12º, 13º e 14º lugar).

Nem todos os indicadores, entretanto, são positivos. A UNIMED Curitiba, apresenta um endividamento (relação exigível sobre o ativo total em %) de 424,5% que é o maior do ranking das empresas mais endividadas, enquanto que a AMIL ocupa o 15º lugar entre as empresas menos endividadas.

As informações da Revista Exame evidenciam, ainda, que as duas maiores seguradoras especializadas em saúde, no período 1999 a 2002, apresentaram aumento do patrimônio líquido. Também demonstram que ocorreu um incremento de mais de quatro vezes no valor do prêmio líquido da BRADESCO, mas também piora dos indicadores de lucro líquido e rentabilidade do patrimônio das duas principais seguradoras e piora do prêmio líquido da SULAMÉRICA/AETNA. A variação percentual da sinistralidade no período

considerado foi de 19,5% para a BRADESCO e 10,9% para a SULAMÉRICA/AETNA.

No que concerne à renúncia fiscal e subsídios ao setor de saúde suplementar, apesar da dificuldade de se obter uma estimativa precisa, pode ser identificado um significativo impacto nas contas públicas.

De acordo com documento a que a CPI teve acesso - *Demonstrativos dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária* -, da Coordenação-Geral de Política Tributária da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, a renúncia fiscal no Imposto de Renda das Pessoas Físicas (devido à dedução dos gastos com as “despesas médicas” – que incluem planos de saúde e outros gastos diretos com médicos, dentistas, psicólogos etc) será da ordem de R\$ 1.729.162.262,00, em 2004. Já a renúncia fiscal do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (referente a gastos com assistência médica, odontológica e farmacêutica com funcionários) será da ordem de R\$ 689.265.882,00, em 2004. Isso totaliza R\$ 2.418.428.144,00 de renúncia ou redução da arrecadação potencial.

Outro poderoso incentivo ao setor de saúde suplementar a partir de recursos públicos é representado pelos gastos com planos de saúde de servidores.

De acordo com Projeto de Lei do Orçamento Anual 2004 (PLOA), da Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, estavam previstos os seguintes gastos com assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes. Os gastos referem-se, sobretudo a despesas com planos de saúde para funcionários, sejam planos de autogestão ou comprados no mercado (Seguradoras, Medicina de Grupo e Cooperativas), mediante licitação. A assistência médica e odontológica para 2.085.003 servidores federais e dependentes custam R\$ 936.005.815 por ano à União. Somente o maior plano de autogestão do funcionalismo federal, GEAP, mantém cerca de 700.000 usuários, que custam aos cofres públicos aproximadamente R\$ 32,00 *per capita* mês ou R\$ 268,8 milhões por ano. A CPI não obteve informações sobre os gastos com o funcionalismo dos Estados e Municípios.

Poder/ Órgão/Unidade	Pessoas beneficiadas	Valor (R\$)	Custo médio anual	Custo médio mensal
Poder Legislativo				
Câmara dos Deputados	55.897	30.725.000	696,79	58,07
Senado Federal	34.496	30.550.000	885,61	73,80
Trib. de Contas da União	11.087	9.497.954	856,67	71,39
Poder Judiciário				
Supremo Tribunal Federal	6.707	4.751.460	708,43	59,04
Sup. Tribunal de Justiça	10.187	11.076.000	1.087,27	90,61
Justiça Federal	55.285	59.441.752	1.075,19	87,60
Justiça Militar	2.552	3.012.600	1.180,49	83,93
Justiça do Trabalho	88.121	54.842.799	622,36	51,86
Justiça do DF/Territórios	14.615	8.545.060	584,68	48,72
Poder Executivo				
Min. Agric. Pec. e Abast.	157.254	57.563.399	366,05	30,50
Min. Ciência e Tecnologia	51.299	21.927.835	427,45	35,62
Min. Fazenda	102.19	42.890.190	420,00	35,00
Min. Educação	25.269	10.611.714	419,95	35,00
Min. Des. Ind. E Com. Ext.	8.691	3.650.304	420,01	35,00
Min. Justiça	84.999	36.419.591	428,47	35,71
Min Minas e Energia	12.230	8.958.987	732,54	61,05
Min. Previdência Social	238.977	111.423.490	338,70	28,22
Min. Relações Exteriores	2.872	1.201.200	418,25	34,85
Min. Saúde	447.886	188.151.000	420,09	35,01
Min. Trabalho e Emprego	33.223	13.948.460	419,84	34,99
Min. Transportes	74.275	31.676.060	426,47	35,54
Min. Comunicações	80.497	33.808.740	420,00	35,00
Min. Cultura	16.790	6.447.360	384,00	32,00
Min. Meio Ambiente	26.819	11.236.320	418,97	34,91
Min Plan. Orç. E Gestão	86.321	33.231.844	384,98	32,08
Min. Des. Agrário	51.946	15.013.740	289,03	24,09
Min. Dos Esportes	1.100	396.000	360,00	30,00
Min. da Defesa	56.655	23.795.296	420,00	35,00
Min. Integração Nacional	14.954	6.018.944	402,50	33,54
Min. Turismo	1.876	751.000	400,32	33,36
Min. Assistência Social	726	261.360	360,00	30,00
Min. das Cidades	11.239	7.529.000	669,90	55,82
Ministério Público da União	27.563	6.310.135	228,93	19,08
TOTAL GERAL	2.058.003	936.005.815	454,81	37,90

*Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
Secretaria do Orçamento Federal*

4 — HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.

Até a entrada em vigor da Lei n.º 9.656, de 1998, e das Medidas Provisórias que sucessivamente alteraram aquele diploma jurídico, as operadoras de planos de saúde atuavam em meio a um vazio legal. Nos contratos que regiam a relação entre empresas e usuários vigorava a mais completa falta de padronização e os abusos se multiplicavam. Inexistiam critérios para a exclusão de procedimentos, para o estabelecimento de carências, para a fixação dos reajustes das mensalidades, para a definição das doenças preexistentes, para a fiscalização e para as garantias de atendimento das necessidades dos usuários.

Ao cidadão que se considerasse lesado na relação com sua respectiva operadora só restavam a reclamação judicial, com base no Código de Defesa do Consumidor, ou a apresentação de queixas aos órgãos de Defesa do Consumidor para tentar um acordo extrajudicial. As queixas se multiplicavam aos milhares e, embora os PROCONs e quejandos tenham sempre atuado de forma diligente, nem sempre a questão era solucionada, pois muitas vezes a empresa simplesmente encerrava suas atividades sem garantir ao usuário a sucessão da cobertura por outra operadora.

Consubstanciava-se, desse modo, um quadro em que uma legislação específica era mais do que premente.

Pesquisa efetivada no Banco de Dados do PRODASEN revela que a primeira proposição apresentada no Congresso Nacional com vistas a regular algum aspecto referente aos planos privados de assistência à saúde remonta a 1985. De autoria do ilustre Deputado RUBENS ARDENGHI, a proposição, entretanto, não objetivava a tratar de questões refletivas às relações entre as empresas e os consumidores, mas entre as empresas e os prestadores, pois propunha que a Tabela de Honorários da Associação Médica Brasileira fosse a base para a remuneração profissional nos “convênios médicos”.

Posteriormente, em 1991, a eminente Deputada IRMA PASSONI apresentou Projeto de Lei que obrigava as empresas de planos de

saúde a manterem estabelecimentos próprios, sob pena de ressarcimento das despesas de seus beneficiários em outros hospitais.

Ambas as proposições foram arquivadas sem apreciação pelas Comissões Permanentes da Casa.

Ainda em 1991, era apresentado o Projeto de Lei n.º 929, de autoria do nobre Deputado JOSÉ AUGUSTO CURVO, que, de fato, foi a primeira proposição que impunha limites e obrigações aos contratos entre empresas de planos de saúde e seus contratantes. Mais tarde essa proposição seria apensada ao Projeto de Lei n.º 4.425, de 1994, que deu origem à Lei n.º 9.656, de 1998.

Essa última proposição, apresentada no Senado Federal em julho de 1993 pelo insigne Senador IRAM SARAIVA e denominada naquela Casa como Projeto de Lei n.º 93, de 1993, visava apenas e tão-somente a proibir a exclusão de patologias e outros agravos à saúde nos contratos firmados entre pessoas físicas ou jurídicas e pessoas jurídicas com vistas à cobertura de assistência médica.

Alegava o nobre Autor que tal medida se fazia necessária por entender que as exclusões constantes dos contratos destinados a cobrir a assistência à saúde configuravam-se como atos "antiéticos e até mesmo imorais", sendo seu objetivo precípua a defesa do cidadão.

A matéria foi a Plenário na Câmara Alta em fevereiro do ano subsequente a sua apresentação, tendo sido aprovada sem emendas e, imediatamente, encaminhada à Câmara, conforme preceitua a Carta Magna.

Recebida a proposição, sob a numeração 4.425/94, o despacho inicial da Mesa Diretora determinou que se pronunciassem, quanto ao mérito, as Comissões de Seguridade Social e Família — CSSF — e de Finanças e Tributação — CFT — e, quanto à constitucionalidade e juridicidade, a Comissão de Constituição e Justiça e de Redação — CCJR.

Naquela ocasião, já tramitavam na Casa duas proposições versando sobre o mesmo tema, a saber: o citado Projeto de Lei N.º 929, de 1991, e o Projeto de Lei N.º 4.417, de 1994, de autoria do preclaro Deputado ELIAS MURAD, que "disciplina os planos de saúde privados".

Em virtude do disposto no art. 142, do Regimento Interno da Casa, tais proposições, por tratarem de "matéria idêntica ou correlata" foram apensadas ao PL 4.425/94. Essa precedência das matérias oriundas do Senado sobre as iniciadas na Câmara, conforme determina o inciso II, alínea "a", do art. 143, embora cause estranheza a alguns, justifica-se pela necessidade de se dar prioridade às proposições já apreciadas, o que, em tese, simplificaria e desobstruiria o processo legislativo.

Mais tarde, devido à relevância social e à magnitude que o tema adquiriu, outros projetos foram apresentados, sendo, do mesmo modo, apensados ao PL 4.425/94: o Projeto de Lei N.º 4.572, de 1994, do Deputado JOSÉ DIRCEU, que "regulamenta os contratos relativos a planos de saúde privados e dá outras providências"; o Projeto de Lei N.º 944, de 1995, do Deputado AGNELO QUEIRÓZ, que "regulamenta os planos e seguros de saúde e dá outras providências"; o Projeto de Lei N.º 1.390, de 1995, do Deputado CARLOS MOSCONI, que "regula as atividades das empresas de planos de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas de autogestão e assemelhados"; e o Projeto de Lei N.º 2.104, de 1996, do Deputado JOSÉ FORTUNATI, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências".

Logo no início da tramitação da proposição principal, quando ainda sequer havia sido formulado Parecer pelo Relator designado na CSSF, ínclito Deputado LAIRE ROSADO, a Mesa Diretora deferiu Requerimento interposto pela Comissão de defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias — CDCMAM — solicitando que esta fosse a primeira Comissão de mérito a ser ouvida sobre o PL 4.425/94. Em outubro de 1995, a CDCMAM aprovou o Parecer, com Substitutivo, da Relatora, nobre Deputada LAURA CARNEIRO, sendo então a matéria reencaminhada à CSSF.

Ocorre que esta Comissão, em resposta à grande repercussão que o tema havia adquirido em toda a sociedade, no primeiro semestre de 1995, instituíra Subcomissão Especial para tratar da regulamentação dos planos e seguros de saúde, conforme previsto no inciso II, do art. 29, do Regimento Interno.

Ao chegar à CSSF, foi designado como Relator o ilustre Deputado IBERÊ FERREIRA, que ocupara o mesmo cargo na referida Subcomissão. Como o resultado emanado daquele grupo foi justamente a

formulação de um Substitutivo a ser oferecido à Comissão como sugestão, o Relator houve por bem adotá-lo em seu Parecer que, em 20 dias, foi apreciado e aprovado.

O Projeto foi, então, encaminhado à CFT e recebeu Parecer por parte do preclaro Deputado JOSÉ FORTUNATI pela não implicação da matéria com gastos e receitas orçamentárias públicas e, no mérito, pela aprovação com Substitutivo. A matéria encontrava-se apta a ser apreciada pelo Plenário daquele órgão técnico, quando a Mesa Diretora, em junho de 1996, deferiu ofício da Comissão de Economia, Indústria e Comércio — CEIC — para que fosse ouvida, quanto ao mérito, previamente à CFT.

Por força do acolhimento desse ofício, o então Presidente da Câmara, eminente Deputado LUÍS EDUARDO MAGALHÃES, houve por bem rever o despacho inicial e, em consequência do que determina o art. 34, II, do Regimento, constituir a Comissão Especial integrada por membros da CDCMAM, CSSF, CEIC, CFT e CCJR. De fato, o citado dispositivo regimental prevê a formação de tais órgãos quando a proposição versar sobre "matéria de competência de mais de três Comissões", no que tange ao mérito.

Confirmando a grande importância que o tema relativo aos "planos e seguros de saúde" adquirira, mais oito Projetos de Lei encontravam-se tramitando na Câmara quando dos inícios dos trabalhos da Comissão Especial, abordando assuntos correlatos, sendo, desse modo, também apensados ao PL 4.425/94.

Tais proposições eram: o Projeto de Lei N.º 1.289, de 1995, do SENADO FEDERAL, que "torna obrigatório o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelo atendimento realizado a segurados de empresas privadas de serviços de saúde"; o Projeto de Lei N.º 4.214, de 1993, do Deputado ELIAS MURAD, apensado ao PL 1.289/95, que "dispõe sobre o reembolso, ao Sistema Único de Saúde, de despesas referentes à assistência médico-hospitalar prestada a indivíduo contratante de seguro-saúde"; o Projeto de Lei N.º 237, de 1995, do Deputado ARLINDO CHINAGLIA, apensado ao PL 1.289/95, que "dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor conveniado e contratado"; o Projeto de Lei N.º 852, de 1995, do Deputado CARLOS MOSCONI, apensado ao PL 1.289/95, que "dispõe sobre a cobrança, pelos hospitais públicos

do Sistema Único de Saúde, das despesas relativas a serviços prestados a pacientes cobertos por planos ou seguros de saúde"; o Projeto de Lei N.º 1.405, de 1996, do Deputado LEONEL PAVAN, que "torna obrigatório o atendimento odontológico pelos planos de saúde privados aos seus associados"; o Projeto de Lei N.º 1.930, de 1996, do Deputado IBERÊ FERREIRA, que "altera dispositivo da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990"; o Projeto de Lei N.º 1.975, de 1996, do PODER EXECUTIVO, que "dispõe sobre o ressarcimento, ao Sistema Único de Saúde, das despesas referentes a atendimentos de saúde prestados a beneficiários de seguro-saúde ou de plano de saúde".

Embora não versando exatamente sobre o objeto precípua da Comissão Especial — qual seja: examinar o Projeto de Lei N.º 4.425, de 1994, e "demais propostas em tramitação nesta Casa que versam sobre "planos e seguros de saúde "" —, a Presidência houve por bem incluir dentre nossas atribuições o exame do Projeto de Lei N.º 975, de 1995, do Deputado Paulo Feijó, que "cria o Seguro Nacional de Saúde e a Contribuição Nacional de Saúde e dá outras providências".

Mesmo durante a vigência dos trabalhos da Comissão Especial, novas proposições versando sobre o tema foram apresentadas e, conseqüentemente, apensadas ao PL 4.425/95: o Projeto de Lei N.º 2.842, de 1997, do Deputado ALBERTO GOLDMAN, que "dispõe sobre a obrigatoriedade das empresas privadas que atuem sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médico-hospitalares a garantirem atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde"; o Projeto de Lei N.º 2.870, de 1997, do Deputado CLÁUDIO CHAVES, que "obriga as operadoras de planos e seguros privados de saúde a transferirem recursos ao Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento de seus usuários"; o Projeto de Lei N.º 2.419, de 1996, do Deputado SILAS BRASILEIRO, que "dispõe sobre a impressão dos contratos de convênios para tratamento de saúde e outros"; o Projeto de Lei N.º 3.079, de 1997, do Deputado ANTÔNIO BALHMANN, que "dispõe sobre o atendimento dos planos de saúde e dá outras providências".

Ao longo dos trabalhos da Comissão Especial, foram realizadas doze reuniões de Audiências Públicas, conforme faculta o Regimento Interno. Em tais ocasiões, foram ouvidos representantes de diversos setores da sociedade relacionados com a questão.

Em agosto de 1997, pronto o Parecer do Relator, a polêmica sobre o teor do Substitutivo apresentado extrapolara o âmbito legislativo e ganhara o noticiário dos principais jornais, rádios e emissoras de TV. O clima no interior da Comissão Especial se acirrara sobremaneira e dava margem a toda sorte de recursos protelatórios. Entendendo que não havia como postergar a decisão da Câmara, o citado Presidente da Casa à época avocou a matéria ao Plenário e designou o mesmo Relator para proferir o Parecer.

Foi concedido um prazo para o Deputado PINHEIRO LANDIM modificar seu Parecer, tendo em vista a enxurrada de críticas que recebera. Abriu-se então um intenso processo de discussão no âmbito de reuniões convocadas pelo Relator e com a participação de Parlamentares, representantes de entidades e de assessores do Poder Executivo. Por intermédio de tais reuniões alguns dispositivos do Substitutivo do Relator foram modificados e deram origem à versão apresentada em Plenário.

Em outubro de 1997, iniciaram-se as discussões em Plenário do Parecer do Relator. Mais de uma centena de Emendas foi apresentada, sendo que após discussões exaustivas algumas foram incorporadas, em parte ou no todo, ao Substitutivo do Relator.

Finalmente em 15 de outubro a redação final foi votada e encaminhada ao Senado Federal, tendo em vista tratar-se de matéria oriunda daquela Casa. Ao Senado caberia, conforme preceitua a Carta Magna, rejeitar ou aceitar as mudanças introduzidas na Câmara, ao texto do PL 4.425/94. Como o texto da proposição originalmente enviada a esta Casa era extremamente singelo, apenas tratando da proibição de exclusões nos contratos entre empresas de planos de saúde e pessoas físicas, toda a redação final da Câmara era passível de apreciação.

Ocorre, entretanto, que no intervalo de tempo entre a aprovação do texto na Câmara e o início dos debates no Senado houve a saída do Exmo. Sr. Ministro Carlos Albuquerque, assumindo a chefia da Pasta o Exmo. Sr. José Serra, então Senador,. A mudança de orientação dentro do governo se fez logo perceber.

Até então o Governo Federal insistira e trabalhara na Câmara, logrando a aprovação no Substitutivo do Relator, para que a regulação do setor de planos de saúde ficasse a cargo da Superintendência de Seguros Privados — SUSEP —, órgão do Ministério da Fazenda. Esse ponto, além de

outros concernentes às disposições contratuais nas relações entre empresas e usuários dos planos, era alvo de críticas por parte de organizações de defesa do consumidor e de muitas lideranças políticas no Congresso Nacional. Assim, havia grande motivação para que se rediscutisse amplamente o texto oriundo da Câmara, o que, com toda a certeza, demandaria mais um longo tempo de debates e de recursos protelatórios, normais na discussão de temas controversos no âmbito legislativo.

Em Audiência Pública levada a cabo na Comissão de Assuntos Sociais — CAS — do Senado o Ministro José Serra, diante da evidente disposição de aquela Casa introduzir numerosas alterações no texto aprovado, propôs que a redação final da Câmara fosse aceita integralmente e comprometeu-se a fazer as modificações por intermédio de Medida Provisória. Nessa ocasião, revelou a disposição de o Executivo rever sua posição e criar um órgão específico para a regulação do setor de saúde suplementar.

O Parecer do Relator, eminente Senador SEBASTIÃO ROCHA, é submetido à CAS e aprovado, inclusive com oito Emendas supressivas. No Plenário, o texto do Relator é ligeiramente modificado, com a rejeição do art. 38 e de expressão constante do art. 18 da Redação Final da Câmara. Em 12 de maio de 1998 é concluída a votação e seis dias depois o texto aprovado pelo Congresso Nacional é encaminhado à Casa Civil da Presidência da República para sanção.

O Poder Executivo levou quinze dias para publicar o texto, sem vetos e, supõe-se, que nesse íterim preparou o texto da primeira das muitas Medidas Provisórias que mensalmente alterariam e atualizariam as normas atinentes aos planos de saúde no Brasil.

A Lei n.º 9.656 é publicada no dia 3 de junho de 1998 e no dia 4 é editada a Medida Provisória n.º 1.665, alterando “dispositivos da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”.

A essa MP inicial sucederam-se 43 outras, sendo que algumas receberam nova numeração: 1.730, 1.801, 1.908, 1.976, 2.097, 2.177. Com a promulgação da Emenda Constitucional n.º 32, de 11 de setembro de 2001, o texto da última reedição — MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 — foi recepcionado como lei, até que o Congresso Nacional delibere definitivamente sobre seu texto.

Isso, entretanto, não ocorreu com outra Medida Provisória também relacionada com a questão dos planos de saúde: a MP n.º 1928 de 25 de novembro de 1999. Essa MP, posteriormente reeditada com o n.º 2.012-2, foi incluída na pauta de deliberações da Convocação Extraordinária do Congresso Nacional de janeiro de 2000. O Poder Legislativo, então, ao cabo de alguns dias, aprovou a Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que “cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências”.

A foi, assim, criada como uma autarquia sob regime especial e contando com autonomia financeira, administrativa, de patrimônio e de recursos humanos. Encontra-se subordinada às diretrizes do Conselho de Saúde Suplementar — CONSU —, e mantém um Contrato de Gestão firmado com o Ministério da Saúde.

Conforme definição da própria Agência, ela “tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.”

A ANS está estruturada em cinco Diretorias: Normas e Habilitação das Operadoras — DIOPE; Habilitação de Produtos — DIPRO; Fiscalização — DIFIS; Diretoria de Desenvolvimento Setorial — DIDES; Diretoria de Gestão — DIGES. Um dos diretores acumula as funções de Diretor-Presidente do colegiado e da Câmara de Saúde Suplementar, além de ser o Secretário Executivo do CONSU.

Para baixar normas para o setor, a ANS lança mão de resoluções de diretoria colegiada; resoluções normativas; instruções normativas e resoluções operacionais.

Dentre os principais campos de atuação e atividades objetos de normas pela ANS, destacam-se: coberturas assistenciais e condições de acesso (plano referência; rol de procedimentos médicos, odontológicos e de alta complexidade); ingresso, operação e saída de operadoras (segmentação das operadoras, plano de contas padrão, sistema de garantias e provisões técnicas, exigências para administradores de operadoras, médico responsável para fluxo de informações de saúde; sistema de informações econômico-financeiras, sistema de informações sobre produtos, regimes especiais, transferência de carteira, transferência de controle acionário e societário; reajuste de preços

(reajuste de preço dos contratos individuais/familiares; revisão técnica); fiscalização (fiscalização programada; termo de compromisso de ajuste de conduta; multas e penalidades)

Destaque-se que a ANS foi criada por uma lei que, em vários de seus dispositivos, reporta-se a uma outra lei que ainda seria por mais de um ano alterada por sucessivas Medidas Provisórias e que, até hoje, queda sem uma deliberação definitiva por parte do Legislativo.

Com efeito, a MP n.º 2.177-44, de 2001, altera todos os dispositivos originalmente aprovados pelo Congresso Nacional e consubstanciados na Lei 9.656/98. Assim, configura-se um quadro distorcido em que a ANS criou a sua própria legalidade, pois é de se supor que as versões da MP 2.177, ou de suas antecessoras, desde a criação da agência, tenham sofrido a influência de seu corpo diretivo.

A legislação sobre planos de saúde desde a sua instauração tem sofrido questionamentos judiciais por parte das empresas operadoras ou de segmentos desse setor. Os três pontos objetos de ações judiciais foram os concernentes: à retroatividade das disposições legais em relação aos contratos anteriores à vigência da lei; ao ressarcimento ao SUS das ações e serviços prestados a beneficiários de planos de saúde; e à abrangência do poder regulamentar da ANS sobre o ramo de seguros-saúde.

O último ponto foi solucionado por intermédio da edição de uma MP — n.º 2.064, de 21 de dezembro de 2000 — convertida na Lei n.º 10.185, de 12 de dezembro de 2001, que “dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”. O aludido diploma jurídico obrigou as seguradoras a constituírem empresa especializada no ramo saúde, vedada a atuação em qualquer outro ramo securitário. Adicionalmente, obrigou as entidades seguradoras já atuantes nesse ramo a se adequarem à citada obrigação e a passarem a se subordinar às normas e à fiscalização da ANS e ao disciplinamento do Conselho de Saúde Suplementar — CONSU.

Quanto à questão da retroatividade, em resumo, o Supremo Tribunal Federal — STF — derrubou a vigência do parágrafo 2º, do art. 10, da Lei n.º 9.656/98, com a redação dada pela MP 1908-18/99, considerando inconstitucional a expressão “atuais e” do referido dispositivo.

Isso significa que os contratos celebrados antes da entrada em vigor da lei não podem ser modificados por regras impostas, pois violam o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, garantidos pela Carta Magna em seu art. 5º, inciso XXXVI. Assim, a nova legislação não se aplicaria aos contratos firmados antes da vigência da norma jurídica em questão, bem como não obrigaria as operadoras a oferecer aos antigos contratantes novos contratos adaptados às disposições instituídas a partir de janeiro de 1999, inclusive quanto ao plano referência, previsto no art. 10.

Em razão da conexão existente entre o referido artigo e o de número 35-E, este último também foi considerado inconstitucional, já que estabelece uma série de condições aos contratos celebrados antes da vigência da lei, como por exemplo a obrigatoriedade de autorização prévia da ANS para reajuste de prestações cujos beneficiários tenham mais de 60 anos de idade.

Não obstante a decisão do STF, deve-se observar que os contratos anteriores à vigência da lei estão submetidos aos princípios e regras insertos no Código de Defesa do Consumidor, desde que também celebrados durante sua vigência, de forma que muitas cláusulas eram consideradas nulas, mesmo antes da Lei 9.656/98. Nesse sentido, pode-se citar, a título de exemplo, cláusulas contratuais que limitam o tempo de internação, havendo farta jurisprudência em favor dos consumidores, com fundamento no citado Código.

Já o problema do ressarcimento ao SUS por parte das operadoras tem sido obstaculizado por um misto de medidas judiciais e simples desobediência à legislação em vigor.

A norma em vigor estabelece que o SUS deve ser ressarcido pelos procedimentos com cobertura contratual prestados a usuários de planos privados de saúde. Por resolução da ANS o ressarcimento é cobrado com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos — TUNEP — com valores aproximadamente cinquenta por cento superiores à Tabela SUS. O Fundo Nacional de Saúde recebe o ressarcimento do montante pago pelo SUS e o prestador que recebe a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

A cobrança, entretanto, tem sido comprometida por diversos fatores, tais como: erros no preenchimento das Autorizações de Internação Hospitalar — AIH; não fornecimento do cadastro de usuários por algumas operadoras; obtenção de liminares judiciais contra a cobrança; e o puro e simples não pagamento dos valores cobrados. Há ainda uma Ação Direta de

Inconstitucionalidade (ADIN) a ser julgada pelo Supremo Tribunal Federal que questiona o ressarcimento.

5 — DEPOIMENTOS E DOCUMENTAÇÃO RECEBIDOS PELA CPI — ASPECTOS RELEVANTES.

5.1 – ASPECTOS ASSISTENCIAIS.

“É preciso que os senhores saibam, e proponho alguma solução, em relação aos contratos antigos de planos de saúde, que são a maioria. Esses contratos foram feitos antes da Lei 9.656. Como não ocorreu a migração, continua valendo o que está no contrato, e a maioria exclui doenças crônicas, infecto-contagiosas e as preexistentes. Nesses casos, continuamos tendo que recorrer à Justiça para fazer valer o direito à saúde e sempre ganhamos a causa. Mas o problema é que nem todos têm acesso a advogados, o que faz com que prevaleça a exclusão imposta pelas empresas. Segundo a lei atual, é vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões preexistentes, definidas como aquelas que o consumidor sabe que é portador no momento em que assina o contrato e ingressa no plano. Mas quase cinco anos após a regulamentação dos planos de saúde, as operadoras descumprem a lei e negam a opção do atendimento aos doentes crônicos e portadores de doenças preexistentes.

Gostaria aqui de reiterar a situação dos renais; a nossa dificuldade de sermos atendidos pelos planos de saúde é absolutamente idêntica aos portadores de HIV. Somos excluídos e humilhados pelos planos de saúde da mesma forma que os transplantados, os diabéticos, pacientes com câncer ou doença do coração, portadores de deficiências físicas e mentais, todas as doenças crônicas e os idosos. Ou seja, nós temos um sistema de saúde suplementar criado para atender jovens e saudáveis. Numa expressão usada mais de uma vez por donos de operadoras, nós, os doentes, e também os idosos somos os carros batidos que ninguém quer atender.” (Neide Barriguelli, Presidente da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos, em depoimento à CPI no dia 29/07/2003)

Tive que ser submetido a uma cirurgia e as Classes Laboriosas recusaram uma internação prévia, na véspera, para o preparo da cirurgia. Assim, o próprio médico me indicou o que eu devia fazer em casa. E completei o dia seguinte, de madrugada, chegando no hospital, isso para não pagar uma diária a mais. O médico que me tratou, nós fizemos uma convenção, um convênio, paguei uma diferença que as Classes não cobria.

(...) Vários dos médicos, vários laboratórios foram descredenciados dentro das Classes. Também descredenciaram vários hospitais sem compensar com outros do mesmo nível ou da mesma capacidade.

(...) Há limitação de procedimentos e de exames. Eles permitem uma ressonância magnética por ano (...)

(Sabatino Levy, usuário, em depoimento à CPI no dia 1º/09/2003)

Os depoimentos acima, da Sra. Neide Cousin Barriguelli, Presidente da Federação das Associações de Pacientes Renais Crônicos e Transplantados, e do Sr. Sabatino Adrien Levy, usuário do plano de saúde “Classes Laboriosas”, prestados à CPI durante sessões realizadas na Câmara dos Deputados e na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, respectivamente, dão a dimensão de algumas das inúmeras dificuldades enfrentadas por importante parte dos usuários dos planos privados de saúde do país, quando necessitam de atendimento.

A CPI analisou denúncias, relatos e documentos referentes a centenas de casos de exclusões de cobertura, restrições de atendimento, limitações impostas a idosos e portadores de patologias, reajustes abusivos de mensalidades, descredenciamentos e outras irregularidades que podem trazer sérios prejuízos e riscos à saúde e à vida dos cidadãos.

5.1.1 — A EXCLUSÃO DOS IDOSOS.

Os planos de saúde excluem muitos dos usuários idosos, especialmente pela imposição de elevados reajustes por alteração de faixa etária, reservando os maiores percentuais aos cidadãos acima dos 60 anos.

Para os planos de saúde antigos (firmados até 31/12/98) que, em sua maioria, continuam em vigor até hoje, os abusos ainda são constantemente praticados em razão de nos contratos não constarem as idades que ensejarão o aumento, nem tampouco os respectivos percentuais.

Os planos de saúde continuam a aplicar reiteradamente os reajustes por alteração de faixa etária, fazendo com que os cidadãos lesados tenham que recorrer, quando têm acesso e informações sobre seus direitos, aos Órgãos de Defesa do Consumidor e ao Poder Judiciário.

Dentre os principais problemas analisados pela CPI em relação aos aumentos por faixa etária, destacam-se:

a) Contratos que prevêem o reajuste mas não apresentam informações completas, sendo omissos com relação às faixas etárias e/ou aos percentuais de reajustes.

b) Contratos que fixam os percentuais mais elevados para as últimas faixas etárias, penalizando os idosos e praticamente inviabilizando sua permanência ou ingresso no plano de saúde.

c) A SUSEP (Superintendência de Seguros Privados, Órgão regulador que antecedeu a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar) expediu, antes do ano 2000, inúmeras autorizações para as operadoras aplicarem os reajustes de forma genérica, sem que os contratos fossem previamente analisados. Tal prática resultou em contratos, muitos ainda em vigor, com aplicação de elevados aumentos e definidos unilateralmente pelas operadoras.

d) Na seqüência, a ANS também expediu autorizações para reajustes elevados por alteração de faixa etária, especificamente aos usuários com mais de 60 anos de idade e mais de 10 anos de plano. Por meio da Súmula n.º 3, a Agência considerou que as informações das tabelas disponibilizadas pelas operadoras eram suficientes, alegando que eram entregues aos consumidores no ato da contratação. As tabelas, no entanto, constituem material de trabalho dos corretores que intermediam a contratação e não são entregues aos consumidores. Houve representação das entidades de defesa do consumidor ao Ministério Público Federal, que ajuizou Ação Civil Pública contra as autorizações expedidas pela ANS e contra algumas operadoras.

e) Para os novos contratos, o que se esperava é que a lei dos planos de saúde pudesse efetivamente equacionar esta situação; entretanto, as discrepâncias e os abusos foram perpetuados. O texto da Lei 9.656/98 não regula a matéria, deixando isso a cargo do CONSU e , agora, da ANS, por meio de resoluções.

f) A Resolução CONSU n.º 6, de 1998, estabeleceu os reajustes em sete faixas etárias, sendo: 0-17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais. Também definiu que o valor da última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária. Isso não impediu que recaíssem para os idosos os maiores percentuais de reajuste, permanecendo a situação de exclusão.

No que concerne, ainda, à exclusão dos idosos por causa dos reajustes, a representante da Confederação Brasileira dos Aposentados (COBAP) no Conselho Nacional de Saúde, Maria Leda Dantas, apresentou à CPI estudo realizado com 20 planos de saúde que atuavam na cidade de São Paulo, em abril de 2003. Todos os planos de saúde pesquisados obedeciam à padronização, obrigatória por lei, das sete faixas etárias, e também a determinação de que o valor da mensalidade mais alta fosse, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa etária inicial . No entanto, foi constatado que os planos reservam reajustes elevados para as faixas etárias já acima dos 50 anos, especialmente para os maiores de 60 anos. Isso porque as operadoras têm liberdade para distribuir o reajuste de 500% entre as sete faixas etárias, da forma que mais acharem conveniente. Na faixa etária de 60 a 69 anos, o maior reajuste verificado chegou a 164,31%. A média de reajuste nesta faixa foi de 73,67% e a média do valor da mensalidade foi de R\$ 570,10 . Já na faixa de 50 a 59 anos, o maior reajuste foi de 115,99%; com média de 73,49% de aumento e média da mensalidade de R\$ 316,96 .

Na prática, os dados revelam que os aumentos nas faixas de 50, 60 e 70 anos podem “expulsar” os idosos pela inviabilidade de pagamento, na medida em que seus proventos , geralmente oriundos de aposentadorias, são reduzidos.

Porcentagem de reajuste por faixa etária (%)							
Empresas	Faixas etárias e percentuais de reajuste						
	0-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70
Amesp	Inicial	25,06	0,00	52,09	59,30	48,80	33,07
Amico	Inicial	0,00	0,00	56,44	115,99	77,56	0,00
Amil	Inicial	17,00	20,00	9,00	48,00	164,91	0,00
Avicena/Avimed	Inicial	15,31	22,65	28,43	79,78	71,88	6,91
Blue Life	Inicial	31,37	11,94	26,67	83,16	55,17	13,33
Bradesco	Inicial	41,51	5,00	25,44	69,91	89,46	0,00
Golden Gross	Inicial	34,78	9,09	21,97	72,82	93,55	0,00
Green Line	Inicial	37,44	25,02	29,98	39,97	50,02	25,00
Interclínicas	Inicial	23,53	33,33	27,38	52,34	87,73	0,00
Itálica	Inicial	30,00	28,59	27,22	42,05	37,49	26,40
Marítima	Inicial	45,56	7,99	23,63	70,27	81,32	0,00
Medial	Inicial	32,39	10,54	25,82	84,12	76,98	0,00
Metrópole	Inicial	23,81	25,00	21,54	94,94	63,64	0,00
Omint	Inicial	28,56	11,11	20,00	108,35	67,99	0,00
Porto Seguro**	Inicial	24,15	9,20	22,60	77,53	103,33	0,00
Samcil	Inicial	49,51	5,67	17,68	95,96	26,27	30,42
Serma Vip System	Inicial	25,00	15,01	25,00	70,00	80,00	9,00
Sul América	Inicial	36,26	8,23	20,74	74,75	92,74	0,00
Unimed Paulistana	Inicial	52,00	3,00	29,99	83,01	56,00	0,00
Sim Serv.	Inicial	57,27	29,98	30,00	47,50	48,48	2,99
Média		31,53	14,07	27,08	73,49	73,67	7,36

Fonte. COBAP/CNS – Abril de 2003

A CPI colheu diversos exemplos desse problema. Um deles foi denunciado pela Sra. M.A.S.S, de Itinga, Maranhão. Afirmo que pagava o plano de saúde Sulamérica para sua mãe até janeiro de 2003, quando ela completou 60 anos, quando houve o aumento por faixa etária. A mensalidade saltou de R\$ 390,50 para 781,01, ou seja, 100% de aumento. Como não houve condições financeiras de continuar o pagamento, o contrato foi cancelado.

Já a Sra. E.S, de São Paulo, capital, reclamou que ela e seu pai são segurados da Sulamérica e pagavam, até junho de 2003, a quantia de R\$ 804,20. Após a mudança de faixa etária dele (ao completar 71 anos) o valor subiu para R\$ 1.056,97. “O valor é exorbitante e terei dificuldades para

arcar com as demais despesas básicas (água, luz, alimentação, gás e transporte)”

O Sr. J.I.O, de Recife, relatou que desde 30 de julho de 1996 tem plano de saúde da Golden Cross. Porém, em 21/03/2003, quando completou 60 anos de idade, sofreu aumento da ordem de 299,92%. Afirma que se tornou para ele impossível continuar com o plano de saúde, pois é aposentado e não tem renda suficiente.

Já a Sra. L.M, do Rio de Janeiro, escreveu à CPI para apresentar a situação:

“Minha mãe fez 60 anos em janeiro de 2003, aí começaram os aumentos abusivos. A Amil aumentou em mais de 150% em um único mês. Depois de alguns meses, ela não conseguiu pagar mais de R\$ 700,00 só para ela, como aposentada, já que ainda tem meu pai e minha avó, todos aposentados e com planos de saúde. Migrou para a Golden Cross e, depois de 6 meses, mais aumento. Teve que sair.”

Quanto ao Estatuto do Idoso — Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, que entrará em vigor em janeiro de 2004, está previsto em seus arts. 1º e 15, § 3º:

“Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”

“Artigo 15, § 3º “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.”

A aprovação do Estatuto e os problemas relatados à CPI demonstram que o reajuste não pode ser concentrado em determinada faixa, de modo que inviabilize o acesso ou mesmo a permanência do idoso. Também não faz sentido que a pessoa pague a vida inteira e, quando mais necessita, não possa permanecer no plano ao qual aderiu há muitos anos. Diante desse novo imperativo legal, a normatização e a regulação dos planos de saúde (em especial a resolução CONSU n.º 06) deve passar por uma readequação, que leve em conta o tempo de adesão, a redistribuição eqüitativa dos ônus e, sobretudo, um maior cuidado para que subterfúgios não inviabilizem a regra futura.

5.1.2 — A EXCLUSÃO DE COBERTURAS.

5.1.2.1 — CONTRATOS ANTIGOS.

A maioria dos contratos firmados até dezembro de 1998, antes da regulamentação da Lei 9656/98, apresentam restrições de toda ordem: limitam período de internação (inclusive em UTI) e número de exames; não cobrem procedimentos relacionados a doenças crônicas, infecto-contagiosas, AIDS, câncer, cardiopatias e outras; excluem procedimentos, como biópsias, e até mesmo exames usuais, como ultra-sonografia e ressonância magnética.

As restrições são contraditórias com a natureza serviço que se propõe oferecer, que é a prestação de serviços à saúde. Os consumidores esperam que, no momento em que precisam de assistência médica, podem socorrer-se do plano de saúde. Boa parte das operadoras anunciam esta “segurança”, em farta publicidade, o que aumenta a expectativa dos usuários.

Também há contradições no fato de haver cobertura de determinada especialidade médica e, ao mesmo tempo, restrição de procedimentos dentro da mesma especialidade. Como exemplo, esta CPI tem o registro de reclamações referentes à não-cobertura de próteses e órteses, mesmo que implantadas durante o ato cirúrgico. Chega-se ao absurdo de cobrir apenas parcialmente um exame - excluem, por exemplo, a cobertura do contraste necessário para a realização do exame radiológico; o “stent” em casos de angioplastia; cobrem os custos da internação mas não os exames hemoterápicos necessários durante a mesma.

Para defender seu interesse que, no caso, implica em sua saúde e muitas vezes em sua vida, os consumidores de contratos antigos têm se socorrido da Justiça a qual, na imensa maioria das vezes, tem atendido aos seus pleitos.

O Coordenador das Promotorias de Defesa do Consumidor do Estado de São Paulo, Marco Antônio Zanellato, em depoimento à CPI ressaltou:

“(...) Então, o que mais realmente tem provocado a atuação do Ministério Público na defesa do consumidor, não só em São Paulo, como também em outros Estados, é a presença de cláusulas, em tese, abusivas, nesses contratos

de planos de saúde. Diversas são as cláusulas. Eu poderia mencionar aqui para os senhores as cláusulas que o Ministério Público tem entendido como abusivas, diante das circunstâncias, do caso concreto, nos contratos celebrados antes da entrada em vigor da lei que regula os planos de saúde, que, como os senhores sabem, entrou em vigor em janeiro de 1999. A maioria dos contratos foi celebrada anteriormente a essa lei (...) Mas isso não anula o entendimento da jurisprudência, que hoje é praticamente pacífico, de que diversas cláusulas desses contratos de planos de saúde celebrados antes da lei que regula os planos de saúde são abusivas, como é o caso da limitação de internação.”

Exemplo concreto surge no depoimento do Sr. Jorge Beloqui à CPI:

“Eu pago um dos planos mais caros que tem aqui, que é o Omint. Isso está aqui devidamente documentado, uma cópia eu deixo aqui pra CPI. Eu sou sócio desde 90. Em 2001, fui internado duas vezes por trombose e embolia pulmonar, no Hospital Albert Einstein. Nas duas vezes me pediram cheque-caução. Na segunda vez, pela recorrência, colocaram um filtro na veia cava. Quando terminou a segunda internação, daí há um mês, chega um boleto bancário, um pouco mais de 200 reais de gastos extras que já tinham sido mostrados pra mim. Me devolveram o cheque- caução na hora da saída do hospital. Três meses depois, em abril, eu recebo uma ligação do hospital dizendo que esse filtro de veia cava, o meu convênio se negava a cobrir e que, então, eu devia pagar. O plano falou que, como eu tenho um plano velho, eles não cobriam prótese de qualquer natureza. Aí eu falei com meu médico. O médico me disse: “O que você tem não é prótese, é órtese. Aí então eles insistiram em não cobrir. Levei o negócio ao PROCON, chamaram a Omint a se explicar. A Omint não falou absolutamente nada. Depois me ofereceu um “acordo”, entre aspas, um deles pagaria a metade. Não fez nada disso.”

Caso semelhante consta do relato da advogada Karina Rodrigues, do IDEC:

“Eu trouxe o caso de uma associada do IDEC que possui atualmente um convênio com as classes laboriosas. Ela paga mensalidade desde 1980 e precisou ser internada. Sofreu uma cirurgia na mão, sendo necessário um implante

ortopédico. No primeiro momento, o convênio não autorizou o pagamento do implante, e ela recebeu a cobrança da empresa que forneceu esse implante, de 12 mil reais. Após uma negociação, esse valor foi reduzido para 3.600 reais, e a associada se insurgiu contra a operadora, dizendo que ia buscar a Justiça. Só aí ela teve a sua dívida perdoada."

Também ilustrando os problemas de cobertura de consumidores com contratos antigos, o PROCON do Rio de Janeiro trouxe à CPI o caso da Sra. S.A.G, que, em 13 de novembro de 2001, acionou o PROCON reclamando da empresa Amil. Segundo a consumidora, que possuía o plano desde 1998, ao necessitar de uma cirurgia urgente de osteoplastia de mandíbula, a fim de evitar fratura e reabilitar a sua função mastigatória, a empresa negou a autorização.

Também a título de exemplo, seguem algumas cláusulas atualmente em pleno vigor, restritivas de direito de cobertura, que chegaram à CPI. Cada caso abaixo refere-se a um contrato de diferentes operadoras, assinados antes da lei 9.656/98, mas ainda em vigor:

a) Contrato do Hospital e Maternidade N.S. Lourdes (Plano Próprio):

§ 23 da cláusula de exclusões:

"Entende-se por patologias crônicas de caráter incurável e suas conseqüências, para fins deste contrato, todas as patologias que sejam preexistentes, sejam adquiridas após a assinatura deste contrato, que não tenham cura definitiva, assim caracterizadas: Insuficiência Renal Crônica, Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral, Cardiopatias (doenças do coração), Neoplasias (Câncer), AIDS, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, Hepatopatias Crônicas (doenças do fígado) e Complicações Diabéticas".

alínea "a" do parágrafo 23:

"A CONTRATADA compromete-se a dar cobertura ambulatorial, a título de prevenção e controle, aos associados portadores de diabetes mellitus, bem como programa de medicina preventiva aos pacientes crônicos, no âmbito do presente contrato".

b) Contrato da Blue Life:

Cláusula VI – dos serviços excluídos

Artigo 8º - Estão excluídos deste contrato, coberturas de acidentes de trabalho, acidentes ou lesões de qualquer entidade mórbida causadas direta ou indiretamente por embriaguez, fármaco dependentes, tentativa de suicídio ou outro ato ilícito comprovado; aparelhos estéticos e de substituição ou complementares de função como óculos, aparelhos para surdez, rim artificial, aparelhos ortopédicos, próteses; materiais importados; ..., esclerose de varizes; ...; tratamento clínico e cirúrgico de moléstias decorrentes de defeitos congênitos; tratamentos psicoterápicos;; diagnóstico e tratamento em medicina nuclear;; transplante;internação para investigação diagnóstica;; procedimentos não constantes da tabela AMB....;

c) Contrato da Marítima Seguros:

Cláusula 07 – Despesas não cobertas: (...) para redução de miopia e hipermetropia ; para esclerose e microcirurgia de varizes dos membros inferiores; para acidentes de trabalho, doenças profissionais e similares; eventos relacionados a doenças crônicas e lesões existentes antes da adesão do Segurado ao Seguro; relacionados a doenças congênitas e suas conseqüências, exceto para crianças nascidas por parto coberto pela Seguradora; (...) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; (...) tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, de moléstias infecto-contagiosas de notificação compulsória.....”.

Em síntese, os contratos antigos, em geral, não cobrem doenças já instaladas (preexistentes, congênitas); nem doenças que venham a se instalar e sejam dispendiosas, como as doenças crônicas, que requerem atendimento contínuo. O objetivo dessas exclusões, obviamente, é reduzir o “risco” do negócio da operadora de plano de saúde, contrariando a natureza da contratação, que é a prestação de serviços à saúde.

A concessão de liminares é constantemente requerida ao Poder Judiciário por usuários de planos de saúde com contratos antigos. O Ministro do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Luiz Fux, falou à CPI sobre estas ações, especialmente sobre a tutela antecipada.

“A tutela de urgência visa a um provimento imediato. Com relação aos planos de saúde, em inúmeras ocasiões, seus usuários precisam de uma decisão judicial imediata, e

o juiz tem de analisar aquilo que foi contratado e, às vezes — é uma realidade —, superar aquilo que foi contratado, porque está em jogo a vida humana e a saúde, que são bens fundamentais e indisponíveis. Então, evidentemente, e isto é forçoso repetir, nenhum juiz do mundo vai deixar uma vida perecer, nenhum juiz do mundo vai autorizar a desinternação de um paciente. Mas, efetivamente, é preciso encontrar uma regra de equilíbrio.”

O Ministro afirmou que muitas vezes o juiz vive um paradoxo, pois a liminar é uma decisão provisória do Judiciário, mas muitas vezes tem caráter irreversível. Por exemplo, se a liminar autoriza uma cirurgia, o efeito da medida é irreversível. Se a liminar for cassada, não há como desfazer a cirurgia. *“Nenhum juiz vai dar uma decisão que não seja pensando na vida humana em primeiro lugar”*, disse.

Em sua obra “Tutela de Urgência e Plano de Saúde”, entregue à CPI, o Ministro Luiz Fux sintetiza os seguintes grupos de casos práticos, a partir da farta jurisprudência relativa à tutela antecipada:

a) tratamento urgente sob o fundamento de uma interpretação de cláusula contratual benéfica ao segurado, posto que há vínculo de adesão, conforme preceito do Código de Defesa do Consumidor;

b) ação de obrigação de fazer, visando o cumprimento do plano de saúde, com fulcro no art. 461 do CDC;

c) considerando a cláusula limitativa de prazo de internação como ineficaz quando um período maior é solicitado pelo médico, porque há interpretação geradora de onerosidade excessiva;.

d) considerando ineficaz a cláusula limitativa de doença porquanto os riscos constituem ônus da seguradora;

e) concessiva, diante da dúvida sobre a natureza da doença, prevalecendo a boa fé nas mútuas informações, sem prejuízo da não comprovação da insolvabilidade do beneficiário e, em consequência, da irreversibilidade do provimento;

f) conferida com dispensa de caução, reconhecendo a deficiência do serviço público.

5.1.2.2 — A DECISÃO DO STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

O Supremo Tribunal Federal concedeu, no dia 21 de agosto do corrente ano, liminar, em medida cautelar na ADIN n.º 1931, à Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS), declarando que os contratos de planos de saúde celebrados antes da edição da Lei n.º 9.656/98 não podem ser atingidos pela regulamentação específica dos planos de saúde. Pela decisão do STF, os contratos antigos foram considerados atos jurídicos perfeitos e não podem ser equiparados aos contratos novos, como prevê a Lei dos Planos de Saúde. Com isso, caíram algumas garantias estendidas aos contratos antigos, como a proibição de reajuste abusivo, de rescisão unilateral e de limitação de tempo de internação, cláusulas comuns nos contratos antigos, que são a maioria.

A ANS divulgou nota oficial, alertando para que os consumidores não aceitassem proposta de alteração ou adaptação contratual, bem como aplicação de reajustes indevidos, até a completa regulamentação da matéria.

A advertência da Agência, no entanto, tem sido insuficiente para garantir o direito do usuário. Um consumidor, de 53 anos, do plano de saúde Omint, de São Paulo, com contrato anterior à lei 9.656/98, encaminhou à CPI carta que recebeu da operadora em outubro de 2003, após a decisão do STF, informando o seguinte:

“Recentemente foi considerada indevida a restrição para reajuste de preços, o que permite a aplicação da diferença entre o índice que deveria ter sido naturalmente aplicado e o índice autorizado pela ANS. Isso significa que é possível aplicar hoje o reajuste complementar para recompor a defasagem do valor da cota”.

Juntamente com a carta, o plano de saúde enviou um novo boleto, com mensalidade de R\$ 800,64, sendo que no mês anterior, em setembro, o consumidor havia pago R\$ 582,85, o que equivale a um reajuste extra, que nada tem a ver com as três outras possibilidades de reajustes autorizados pela ANS: anualmente, no aniversário do plano; na mudança de faixa etária ou, eventualmente, por revisão técnica.

Outro caso foi relatado por E.H.C, de Tramandaí, RS, que, em 23 de setembro de 2003, encaminhou à CPI a seguinte queixa:

“Sou titular e tenho como dependente meu filho menor no plano de saúde familiar da Unimed Porto Alegre. Assinei contrato em 31/07/1997, antes de entrar em vigor a lei 9.656/98. Ao receber o boleto com vencimento em 15/08/2003, fui informada que o reajuste anual tinha sido fixado em 28,23%, tendo como base a variação do IGPM do período. Fiz uma consulta para a ANS e fui informada que o reajuste autorizado pela Unimed Porto Alegre no ano de 2003 é de 9,27%. Procurei o PROCON da minha cidade e, para minha surpresa, me informou que não poderia acolher minha reclamação, pois como eu assinei o contrato que estabelece que os reajustes serão efetuados com base no IGP-M, a Unimed estaria atuando dentro do permitido. Me sinto desamparada, pois considero esse reajuste abusivo.”

Sobre os efeitos da decisão do STF, chama a atenção, ainda, o depoimento à CPI do Sr. Marco Antonio Zanellato, Procurador de Justiça e Coordenador das Promotorias de Justiça do Consumidor do Estado de São Paulo:

“A divulgação (da decisão do STF) não foi, com o devido respeito, correta. Na verdade, a nova lei dos planos de saúde prevê prazos de carência e proíbe realmente a limitação desses prazos de internação. O que o Supremo entendeu é que o art. 35, “e”, da Lei dos Planos de Saúde, não tem uma aplicação retroativa, não alcança os contratos que foram celebrados antes. Mas isso não anula o entendimento da jurisprudência, que hoje é praticamente pacífico, de que diversas cláusulas desses contratos de planos de saúde celebrados antes da lei que regula dos planos de saúde são abusivas, como é o caso da limitação de internação.”

5.1.2.3 — CONTRATOS NOVOS

Contratos ditos novos são aqueles firmados a partir de janeiro de 1999, sob a égide da Lei 9.656/98. Como foi observado pela CPI, um dos aspectos que provoca maior indignação dos usuários é a freqüente limitação de coberturas praticada pelo setor de saúde suplementar, restringindo ou mesmo impedindo o atendimento das doenças e procedimentos mais custosos. A Lei de Planos de Saúde tratou da questão, implementou avanços, mas não a resolveu por completo.

De acordo com o art. 10 da lei, os planos e seguros de saúde devem obrigatoriamente cobrir todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) , da Organização Mundial de Saúde. Consequentemente, são vedados nos novos contratos, a exclusão e/ou restrição de tratamento de gravidez e parto, de doença crônica, congênita, ou preexistente, e o atendimento ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência. Mas, por meio de Resoluções do CONSU e da ANS, admitiu-se a redução do alcance dessa regra.

As exclusões dispostas no rol taxativo dos incisos I a X (artigo 10 da 9.656/98) são:

“tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.”

5.1.2.4 — PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS.

Um dos motivos de exclusão refere-se à interpretação do que são “procedimentos estéticos”. As operadoras, muitas vezes, incluem nesta modalidade procedimentos que podem ter efeito estético, mas que são essencialmente curativos, como, por exemplo, as cirurgias de redução de mama por prejuízo ortopédico; cirurgias de varizes ou de obesidade mórbida.

Neste sentido, destaca-se o depoimento da Sra. Kelly Cristina de Castro Queiroz à CPI, usuária que chegou a ter seu contrato cancelado sob alegação de fraude.

“Fiz um contrato com a Saúde Internacional Assistência Médica e a operadora cancelou o meu convênio alegando que eu sou portadora de acne. Acne é espinhas, cravos, essas pontinhas que eu tenho desde a adolescência. Quando assinamos o contrato, eles esperam

que a gente faça uma declaração. E aí na declaração tem lá as doenças e você responde “sim” para as que você tem e “não” para as que você não tem. Então, depois de algum tempo eu procurei uma dermatologista pra fazer tratamento porque as minhas espinhas estavam ficando com marcas. Fiz o tratamento, só que não estava fazendo efeito. Procurei novamente a médica e ela sugeriu um tratamento mais grave, com isotretinoína, Roacutan. Para fazer esse tratamento, eu precisava de exames laboratoriais. Pedi para o plano de saúde a autorização para os exames. Eles alegaram “estético”. Daí eu fui correndo na médica, ela me explicou que o grau de acne que eu estava era o pior ; passou um relatório de próprio punho, que eu enviei, que está escrito lá: paciente acne grau 1 há 8 anos. Através desse relatório eles cancelaram o meu convênio, sob alegação de fraude. Procurei o PROCON e o juizado e consegui uma liminar para poder usar o convênio. Só que aí eu quis fazer um procedimento médico e eles falaram - para mim, era uma ameaça - que cobririam só que, caso o Juiz decidir a favor da Saúde Internacional, eu seria obrigada a pagar todas as despesas.”

5.1.2.5 — SAÚDE MENTAL E TRANSPLANTES.

A legislação trouxe avanços importantes na atenção à saúde mental (Resolução CONSU n.º 11), com a obrigatoriedade do atendimento às emergências em nível ambulatorial, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão, situações constantemente negadas nos contratos antigos; obrigatoriedade de até 12 sessões de psicoterapia de crise por ano e , no plano hospitalar, o custeio de pelo menos 30 dias de internação por ano. No entanto, se houver prescrição médica que exceda esses limites, o usuário deve arcar com as despesas ou passar a receber o tratamento pelo SUS.

Da mesma forma, a Resolução CONSU n.º 12 estabeleceu a obrigatoriedade de cobertura de transplantes de rins e córneas. Os demais transplantes - de fígado, medula, coração e outros – geralmente não são cobertos.

5.1.2.6 — MIOPIA.

A legislação exigia a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID, sendo de 24 meses a carência máxima para doenças

preexistentes, para não optantes do agravo. Os cidadãos que contrataram planos a partir de janeiro de 1999 e declararam ser portadores de miopia, deviam esperar dois anos - após janeiro de 2001- para submeterem-se a cirurgia.

Entretanto, em 15 de dezembro de 2000 a ANS publicou Resolução alterando a cobertura de miopia, que passou a ser exclusiva para grau igual ou superior a 7 (RDC 41 de 14/12/00 e RDC 67, de 05/01/2001 – que alteram o rol de procedimentos mínimos).

Os órgãos de defesa do Consumidor registraram inúmeras reclamações, encaminhadas à CPI, de usuários que já haviam agendado a cirurgia e foram impedidos pela Resolução. Os médicos também se pronunciaram, conforme declaração do Conselho Brasileiro de Oftalmologia:

“A miopia em graus menores (até 6) leva à extrema incapacitação visual, assim como ocorre nos graus maiores (acima de 7). Esta conceituação técnica é normatizada e aceita no Brasil e no mundo. Portanto, pacientes com graus menores têm indicação técnica para a realização da cirurgia de miopia. A ANS cometeu um erro técnico na Resolução supra citada ao considerar somente os erros refrativos acima de 07 graus para a correção na cirurgia de miopia”.

A questão é objeto de Ação Civil Pública , ajuizada pelo Ministério Público do Rio de Janeiro, processo n.º 2001.51.01.016748-3, em trâmite na 8ª Vara Federal do Rio de Janeiro.

5.1.2.7 — URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

A lei determinou o atendimento, após 24 horas da assinatura do contrato, dos casos de urgências e emergências, entendidos como aqueles que possam representar riscos imediatos à vida ou lesões irreparáveis (inciso V do art. 12 da Lei 9656/98).

Entretanto, a Resolução n.º 13 do CONSU acabou por restringir significativamente a assistência à saúde nestas situações, criando as seguintes hipóteses:

a) O plano ambulatorial só atende durante as primeiras doze horas e em nível ambulatorial. Não haverá cobertura , por exemplo, se ocorrer um atropelamento com politraumatismos, que implicará na necessidade

de atendimento de emergência, mas também em atividades de centro cirúrgico e, eventualmente, de UTI.

b) O plano hospitalar não é obrigado a dar cobertura se a urgência ou emergência ocorrer durante o período de carência, hipótese em que apenas o atendimento ambulatorial é garantido e, mesmo assim, restrito a doze horas.

c) O plano hospitalar poder excluir o atendimento de urgências e emergências nas situações em que não é necessária a internação. Por exemplo, o consumidor que sofrer uma fratura na perna, que dispense internação, não terá cobertura, se possuir apenas o plano hospitalar.

d) As gestantes, mesmo as que possuem plano hospitalar com cobertura obstétrica, antes de completado o prazo de dez meses de carência, só terão direito ao atendimento ambulatorial e, ainda assim, por doze horas. Consequentemente, estão excluídos da cobertura casos de aborto, hemorragia, entre outras complicações da gestação.

Os casos de urgência e emergência, não raro, demandam procedimentos de estabilização que implicam na utilização de centro cirúrgico ou UTI por mais de doze horas. A exclusão deste atendimento ao paciente com plano ambulatorial, ou hospitalar em cumprimento de carência, ou, ainda, a exclusão a paciente com complicações gestacionais (mesmo possuindo plano hospitalar com obstetrícia) cria conflitos do ponto de vista ético, médico e legal (Lei 9.656/98 e Código de Defesa do Consumidor), pois significa a “ruptura” da assistência à saúde após determinado – e curto - período.

Sobre as questões criadas pela Resolução n.º 13 do CONSU, o Sr. Gustavo Marrone, Diretor da Fundação PROCON de São Paulo, trouxe a CPI o seguinte caso registrado pela instituição:

“A pessoa assinou proposta de seguro-saúde junto à empresa reclamada. Afirma que em 19/11/2001 foi encaminhada ao hospital, em estado grave, em virtude de quadro clínico de aborto incompleto. Segundo a reclamante, a empresa negou a cobertura da referida internação. Em resposta encaminhada em 20/12/2001, a empresa afirmou que a segurada deveria cumprir 6 meses de carência para internação hospitalar. Referiu ainda que a Resolução CONSU n.º 13 prevê que na assistência médico-hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura

obstétrica, porém ainda cumprindo período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial, ou seja, até o limite de 12 horas de atendimento. Análise da Fundação. O art. 12, alínea c, da Lei n.º 9.656, de 1998, prevê carência máxima de 24 horas para a cobertura de casos de urgência e emergência. Portanto, a resolução CONSU não pode contrariar a lei — ela está violando o que a lei diz.”

Em diligência, a CPI visitou a senhora D.N, em São Paulo , e produziu o seguinte relato:

“No dia 25/06/2003, às 03:00 horas da madrugada, deu entrada no Hospital Samaritano em estado de coma, com diagnóstico de meningite aguda bacteriana (conforme laudo) e foi imediatamente encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) daquele hospital. Estando a paciente internada na UTI em coma, seu irmão manteve contato com a empresa MEDIAL SAÚDE, que o informou que não iria cobrir a permanência de sua irmã na UTI do Hospital, porque seu plano não cobria internação na UTI durante o período de carência. Foi informado ainda que para a paciente permanecer na UTI no referido hospital teria que emitir um cheque caução no valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Na impossibilidade de emitir o cheque caução exigido, e considerando as informações médicas que indicavam que a paciente deveria permanecer na UTI (onde estava), sem transferência, uma vez que seu quadro estava estabilizado, e a saída da UTI poderia ocasionar danos irreversíveis, e risco de morte à paciente, o senhor J.A. decidiu recorrer à Justiça para ver os direitos de sua irmã assegurados. Em 30/06/2003, a Juíza Cláudia Maria Pereira Ravacci, do Juizado Especial Cível do Foro Regional V de São Miguel Paulista, concedeu Tutela Antecipada com Liminar (Processo n.º 00503.017438-9), para que fosse autorizada a permanência da paciente no referido hospital até o término do tratamento, isentando-a de qualquer ônus, inclusive a emissão de cheque caução no valor de R\$ 30.000,00, conforme exigido. A paciente permaneceu no hospital até o término do tratamento, entretanto o processo contra seu plano de saúde ainda tramita na Justiça de São Paulo, aguardando decisão de mérito.”

5.1.2.8 — A EXCLUSÃO DOS PORTADORES DE DETERMINADAS DEFICIÊNCIAS E PATOLOGIAS.

Um dos assuntos mais abordados durante a CPI foi a dificuldade dos portadores de deficiências e patologias terem acesso aos planos de saúde de modo geral e, em especial, a uma cobertura integral diante da limitação do atendimento e da assistência às chamadas “doenças e lesões preexistentes”. Essa figura, criada pelo setor, foi absorvida pela legislação específica, de onde se extrai seu conceito: aquela que o consumidor saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde.

Nos contratos anteriores à legislação específica do setor, essa restrição também está presente tanto em cláusulas contratuais como na prática adotada pela maioria das operadoras do setor. Em muitos desses casos, a Justiça se posiciona de modo favorável ao usuário, em especial devido à dificuldade de se comprovar o momento exato do surgimento da doença.

Um exemplo de como essa questão é tratada nos contratos antigos foi trazido à CPI pelo médico Roberto Junqueira Torquato que prestou depoimento na condição de usuário:

“hoje eu faço um tratamento de quimioterapia pelo SUS. Em 90, o melhor plano que nós tínhamos era o Saúde Bradesco, um plano específico para médicos. Eu fiz esse plano. Durante 4 anos, nunca ninguém usou na família. Em 1994, vim a ser internado e foi feito diagnóstico de esclerose múltipla. Nessa primeira internação eu fiz todos os papéis para o Saúde Bradesco, que eu tinha há 4 anos e nunca tinha usado. Nesse documento, foi colocado pelo neurologista que eu tinha esclerose múltipla. Tenho isso tudo documentado, porque fez parte de uma ação. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma carta do Bradesco, que ele estava pagando aquela minha internação, mas que, a partir dali, qualquer coisa que se relacionasse à esclerose múltipla, eu não estaria coberto.”

As inúmeras resoluções (Resoluções CONSU n.ºs 2, 4, 13, 15, 17; e Resoluções ANS - RDCs n.ºs 67 e 68, Resolução Normativa n.º 20) acabaram por legalizar algumas negativas de cobertura de doenças preexistentes, tais com:

a) Agravo: Essa opção deveria, obrigatoriamente, estar disponível para o usuário que desejasse contratar um plano de saúde, desde 03

de dezembro de 1999 (Resolução CONSU n.º 17). Trata-se do acréscimo ao valor da prestação mensal do plano de saúde em função da doença preexistente. Aquele que optar por essa modalidade pagaria mais caro por mês, mas teria atendimento para todas as necessidades e procedimentos médicos relacionados à sua doença, sem as restrições impostas para aqueles que optarem pela cobertura parcial temporária, comentada a seguir. A legislação determina que, para calcular o agravado, a empresa deve diluir o impacto dos custos com o atendimento do doente, entre todos os usuários do plano, ou seja, entre a imensa maioria de sadios.

b) Cobertura Parcial Temporária de 24 meses: é a carência de dois anos (Lei 9656/98) e permite a exclusão da cobertura de diversos procedimentos ligados à doença preexistente: cirurgias; internação em leitos de alta tecnologia; exames caros; procedimentos de alta complexidade, dentre outros constantes em lista elaborada pela ANS. Nesse caso, o usuário paga o mesmo valor da mensalidade de uma pessoa sadia. Após o período de dois anos, a cobertura passa a ser integral, sem nenhum reajuste por causa da patologia.

c) Rol de Alta Complexidade: critérios técnicos utilizados pela ANS para a definição de “alta complexidade”, na RDC 41 e, posteriormente, na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 68, que estipulou os procedimentos e exames passíveis de exclusão.

De acordo com as entidades médicas, os critérios utilizados pela ANS para definição de alta complexidade são generalizantes e excludentes. A oferta ou não de determinados procedimentos devia seguir critério de eficácia e equivalência. Nesta lógica, somente poderiam ser eliminados de cobertura aqueles procedimentos cuja eficácia seja duvidosa ou aqueles que podem ser substituídos por outros procedimentos equivalentes de menor custo, sem prejuízo do diagnóstico ou tratamento do paciente.

A seguir algumas manifestações de sociedades de especialidades médicas:

1) Manifestação da Sociedade Brasileira de Nefrologia (RDC 68 - Anexo I - Grupo 5 – Nefrologia)

“Ficamos surpresos e estarecidos com o rol de procedimentos denominados de “alta complexidade” que

não precisam ser cobertos por operadoras e planos de saúde. O mesmo inclui TODOS os procedimentos de nossa Especialidade listados na Lista de Procedimentos Médicos da AMB, além de incluir exames bioquímicos simples como dosagem de creatinina, clearances e biópsia renal por punção. Não seria necessário ser um expert em Medicina para enxergar que, à exceção do transplante renal incluído pelo Ministério da Saúde como alta complexidade, nenhum procedimento como os listados se enquadra na identificação dos procedimentos do rol (instalações físicas especiais, recursos humanos especialmente capacitados, insumos de alto custo, risco intrínseco, etc). Devemos crer que a exclusão total de procedimentos de nossa especialidade tenha ocorrido por imperícia ou desconhecimento dos “legisladores”.

2) Manifestação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (RDC 68 - Anexo I - Grupo 6 – Anestesiologia).

“... não vemos como excluir tais procedimentos e muito menos denominá-los como de alta complexidade, já que decididamente não o são.”

A manifestação refere-se às inclusões previstas na RDC 41 já revogada, entretanto verifica-se que ainda constam da RDC 68 - no Rol de procedimentos de alta complexidade, procedimentos que a própria Sociedade de Especialidade Médica afirma cabalmente não serem de alta complexidade, não devendo portanto constar do referido rol. São eles:

- Anestesia geral ou condutiva para a realização de bloqueio neurolítico;
- Bloqueio Anestésico de nervos cranianos;
- Bloqueio Anestésico de plexo celíaco;
- Bloqueio Anestésico de simpático cérvico-torácico;
- Bloqueio Anestésico de simpático lombar;
- Bloqueio Neurolítico de nervos cranianos ou cérvico-torácico;
- Bloqueio Neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico.

3) Manifestação da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC – (RDC 68 – Anexo I – grupo 08 – Cardiologia)

“... A relação de Procedimentos ditos de alta complexidade da RDC 68, de 07/05/01, inclui os seguintes itens no grupo 8 – Cardiologia:

- 01 008 Ecocardiograma Transesofágico
- 009 Ecocardiograma Transesofágico Intra-operatório
- 010 Ecocardiograma transesofágico Epicárdico
- 012 Eletrocardiograma de Alta Resolução – Determinação de Potenciais Tardios
- 02 001 Cárdio-Estimulação transesofágica (CETE), terapêutica ou Diagnóstica.

“O Ecocardiograma transesofágico (01 008) é um procedimento rotineiro, de baixo risco, absolutamente essencial em casos com suspeita de endocardite infecciosa, dissecção aórtica, detecção de fontes emboligênicas cardíacas e outras afecções agudas onde o diagnóstico preciso pode determinar a conduta e representar a sobrevivência ou não do paciente. Não envolve, além disso, risco ou sofisticação técnica maior do que uma endoscopia convencional.

A Eletrocardiografia de Alta Resolução (01 012) é um exame rotineiro, de baixo custo, realizada com equipamentos pouco sofisticados. Impossível enquadrá-la como de alta complexidade.

A Cardio-estimulação Transesofágica é um procedimento simples, sem riscos ou necessidade de instalações especiais que pode estar indicada em situações emergenciais para controle de arritmias cardíacas.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia reitera sua posição antagônica à privar o paciente de um atendimento competente e com todos os recursos necessários para tratar, ou pelo menos estabilizar o quadro clínico. Nestas circunstâncias, é nossa opinião que todos os recursos necessários devem ser cobertos pela operadora, onde e quando ocorrerem”.

4) Manifestação da Sociedade Brasileira de Genética Clínica (RDC 68 - Anexo I - Grupo 14 – Genética).

“(...) Tendo em vista que o conceito de doença preexistente não encontra fundamentação médico-científica

e que as doenças genéticas são biologicamente sempre preexistentes, essa medida parece criar mais exceções que regras. Aponta-se como exemplos, caso de recém-nascidos e o fato de que, nas doenças de etiologia genética de manifestação tardia, o indivíduo pode, freqüentemente, não saber de sua condição de portador. Além disso, tal situação poderá determinar interpretações equivocadas por parte dos planos de saúde retardando, a investigação diagnóstica, a adoção de condutas terapêuticas e (ou) preventivas, causando vários prejuízos ao consumidor/paciente e, certamente, ao próprio plano.

Ressalta-se que o exame Genético-clínico, inclui a realização de todas as consultas necessárias ao esclarecimento da doença, bem como a determinação de risco para o núcleo familiar, ou seja, é um procedimento de baixo custo). De acordo com essa Resolução, o consumidor/paciente, FICA IMPEDIDO de ter acesso à especialidade no período de carência, o que pode inviabilizar o diagnóstico e um possível tratamento precoce, os quais reduziriam o risco de seqüelas .

Em sua maioria, os exames da área, uma vez realizados, são conclusivos, não sendo necessários muitos procedimentos para uma conclusão diagnóstica. Reforça-se, assim, o baixo custo desta especialidade, ainda que incluídos os exames laboratoriais.

Com os argumentos acima expostos, julgamos que a área de Genética seja retirada do rol de procedimentos de alta complexidade.”

5) Manifestação do Colégio Brasileiro de Radiologia (RDC 68 - Anexo I - Grupo 19 – Medicina Nuclear).

“ Um exemplo bastante ilustrativo é o do paciente que, portador de um seguro-saúde, passa a apresentar sintomas típicos de angina pectoris. Os exames de Medicina Nuclear, mais especificamente a cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e esforço, são capazes de determinar, de forma não invasiva, a localização, a extensão e a gravidade da isquemia miocárdica para as decisões médicas subsequentes, principalmente porque as características das alterações encontradas determinam o prognóstico do paciente. Ora, se existir o questionamento da pré-existência da doença coronária, este paciente, pela aberração criada pela RDC 41, poderá não ter direito a um exame fundamental para sua sobrevivência, embora estes exames representem enorme economia de recursos para qualquer

sistema de saúde.

A situação torna-se ainda pior se o paciente hipotético sofrer um infarto, pois precisará de estudos subsequentes de Medicina Nuclear para determinar se há miocárdio viável ou não e orientar a conduta a seguir: pacientes com miocárdio viável pós infarto, tratados clinicamente, têm sobrevida de apenas 50% em um ano, enquanto os tratados cirurgicamente têm sobrevida de 88% em um ano. Por outro lado, se não há miocárdio viável, não há diferença de sobrevida entre os tratamentos clínico e cirúrgico.

Somente estes exames de Medicina Nuclear podem determinar o caminho adequado (cirúrgico ou clínico) a ser seguido .”

6) Manifestação do Colégio Brasileiro de Radiologia (RDC 68 - Anexo I - Grupo 20 – Radiodiagnóstico).

“No capítulo do Radiodiagnóstico, notamos que a mamografia associada à punção e marcação de pré cirúrgica orientada por estereotaxia, US ou TC, foi considerada procedimento de alta complexidade; porém, este Código considera que a exclusão deste procedimento irá acarretar uma descontinuidade na detecção precoce do câncer mamário, que, por conseguinte, irá trazer sérios prejuízos à comunidade e um necessário aumento do custo da assistência aos associados dos planos de saúde, ou mesmo negligenciar a cura dos processos malignos pelo tempo fatal de espera da permissão do atendimento médico-cirúrgico”.

7) Manifestação do Colégio Brasileiro de Radiologia (RDC 68 - Anexo I Grupos 22 e 24 – Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, respectivamente).

“Nos capítulos tomografia computadorizada e ressonância magnética, constata-se também a exclusão de acesso a todos os procedimentos. O CBR considera que eles não devem ser considerados como alta complexidade, e sim a moderna tecnologia do diagnóstico por imagem a serviço da rapidez e da segurança na obtenção da conduta diagnóstica e terapêutica . A exclusão total do acesso a estas tecnologias faz perder o sentido na manutenção de um plano de saúde, pois serão mui escassas as oportunidades de atendimento e na quase totalidade das

situações só será permitido o acesso a metodologias mais rudimentares. Consequentemente retardará a obtenção do diagnóstico e condutas terapêuticas”.

8) Manifestação da Sociedade Brasileira de Urologia – (RDC n 68 – Anexo I - grupo 43 – Urologia.)

“os procedimentos- Nefrolitotripsia extracorpórea (constante do rol de alta complexidade – RDC 68 – grupo 43 – sub –grupo 03 –item 029), ureterolitotripsia extracorpórea (constante do rol de alta complexidade – RDC 68 – grupo 43 - sub-grupo 04 – item 027), Litotripsia Extracorpórea de Vias Urinárias não devem ser considerados como de alta complexidade e muito menos serem excluídos, pois são hoje a forma “gold standard” de tratamento de cálculos urinários, além de ser a mais barata.

Quanto à Angioplastia Renal Transluminal (ainda constante do rol de alta complexidade – RDC 68 – grupo 43 – sub-grupo 03 – item 007), a Sociedade de Urologia aponta ser esta a forma de menor custo para o tratamento de estenoses de artéria renal, tanto primárias como no Transplante Renal, não se justificando a sua exclusão de forma generalizada.

Além disso, a presente especialidade médica afirma que há uma série de outros procedimentos atribuídos a outras especialidades, mas utilizados também pela Urologia, que são entendidos como procedimentos básicos em medicina, bem como rotineiros, não se enquadrando como procedimentos de alta complexidade nem de alto custo; entretanto, conforme constatamos, ainda fazem parte do rol de procedimentos referentes à RDC 68 “

Também chegaram à CPI casos de descumprimento da regulamentação, em especial do art. 11 da lei 9656/98 e da Resolução CONSU n.º 02.

Sem a apresentação de qualquer documentação ou justificativa devidamente comprovada, muitas operadoras, atualmente, negam a cobertura de eventos sob a alegação de preexistência, chegando inclusive a rescindir os contratos de forma unilateral, alegando fraude do consumidor. Agem dessa forma, mesmo diante da exigência legal de comprovar o conhecimento prévio da doença pelo consumidor, e mesmo sem o devido procedimento administrativo que deve correr junto à ANS para apuração dos fatos.

Um caso emblemático, documentado à CPI pelo Ministério Público de Rondônia, é o do Sr. O.R.F:

“Quando do nascimento de seu terceiro filho, a família teve problemas em ser atendida pelo seu plano de saúde, o Ameron, por ser a criança nascida portadora de Síndrome de Down. O plano de saúde negou-se em diversas oportunidades a realizar exames na criança e, por fim, cancelou unilateralmente o contrato.

Mais um caso foi relatado à CPI pelo PROCON do Maranhão:

“em 25 de julho de 2003, a FEAP - Fundação de Seguridade Social - negou autorização para realização de cirurgia de tumor de fígado do Sr A F.S, sob alegação de ser doença preexistente.

Também o PROCON do Rio de Janeiro apresentou à CPI um caso, do Sr. L.F.S, que procurou o órgão em 16 de outubro de 2002:

“ O consumidor alegou que era beneficiário do plano de saúde Miller mas, por ocasião de sua liquidação, teve que mudar de plano. Optou pela Unimed, uma vez que o corretor prometeu que o plano compraria a carência anterior. Todavia, ao necessitar de intervenção cirúrgica, devidamente recomendada pelo médico, o pedido de autorização foi negado pela Unimed, com a alegação de carência por 225 (duzentos e vinte e cinco) dias. A Unimed tentou justificar que o consumidor preencheu declaração de saúde na qual manifestava a existência de doença preexistente, e por isso impôs carência.

Outro caso, neste sentido, foi apresentado à CPI pela depoente. Áurea Celeste Abbade, advogada do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS de São Paulo:

“Ontem, recebemos um e-mail de uma senhora que dizia: Pago convênio há 12 anos, fui internada no ano de 2002 com o diagnóstico de HIV, até então desconhecido por mim. Diz o convênio que a doença é preexistente e que exigem, para eu continuar com o referido plano que eu tenho que aderir à nova lei, declarando a patologia. Isso acarretaria um aumento na taxa paga de mais de 250%. E, além disso, seria regulado pela idade. Tenho 55 anos, descobri agora que tenho HIV, depois que meu marido veio a falecer.”

Vale registrar que esta CPI recebeu dos órgãos de defesa do consumidor e de entidades médicas as seguintes considerações:

- a) A “condição de preexistência” é desprovida de fundamentação médica e científica, tornando impossível a identificação do que vem a ser lesão ou doença preexistente;
- b) Fere os princípios constitucionais e de direitos humanos, à saúde e à vida;
- c) Possibilita negar aos usuários tratamentos necessários para a preservação da vida ou a prevenção de lesões ou incapacidades irreparáveis;
- d) Cria uma contradição insuperável com outras partes da própria Lei 9.656/98, onde está garantido o atendimento de urgências e emergências quando há risco de vida ou de lesões irreparáveis, sabiamente garantido por nossos legisladores, lógica que deve prevalecer em toda a regulamentação.
- e) O prazo de cobertura parcial temporária - 24 meses, estabelecido na Lei 9.656/98, mostra-se excessivamente oneroso para o consumidor, considerando-se a natureza do contrato (contrato de assistência à saúde).

Outro ponto importante em relação às exclusões é o não oferecimento ou cobrança abusiva do agravamento nos contratos novos. Em seu depoimento à CPI dos planos de saúde, a advogada do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS de São Paulo, Áurea Celeste Abbade, mostrou dados de pesquisa que revelam que a maioria das empresas de planos de saúde descumpra a legislação e não oferece a opção do agravamento aos consumidores

portadores de doenças crônicas e preexistentes. O levantamento foi realizado em janeiro de 2003, por três voluntários do Grupo Pela Vidda/SP - ONG que atua na luta contra a AIDS, que percorreram os planos de saúde com a intenção de contratar um plano individual, para um portador do HIV. Foi dito que não havia interesse pela opção da cobertura parcial temporária; a opção era pelo pagamento do agravo. Dentre 15 planos de saúde pesquisados, apenas dois ofereceram a opção do agravo, mesmo assim com valores exorbitantes da mensalidade.

A ANS informou à CPI que teve conhecimento, em 2002 e 2003, de apenas 146 operadoras de planos de saúde que ofereciam a opção do agravo ao consumidor portador de doença ou lesão preexistente. Além disso a ANS registrou 32 operadoras que não oferecem o agravo, também em 2002 e 2003. Dentre os 65 processos administrativos iniciados pela ANS até hoje, referentes ao não ao oferecimento do gravo, apenas uma empresa foi multada; 11 processos foram arquivados e os demais estão em andamento ou aguardam julgamento, seja em primeira instância ou em nível de recurso.

A CPI identificou, ainda, que empresas de consultoria atuarial criaram tabelas para a “precificação” do agravo, cujos valores estão sendo utilizados uniformemente por diversas operadoras de planos de saúde.

Tabela de Agravo	
Doenças e Lesões Preexistentes	Agravo mensal (Em R\$)
Tuberculose	2.220,31
AIDS/ HIV	5.223,24
Micoses	230,29
Neoplasia maligna da mama	1.747,15
Diabetes Mellitus Alta	2.222,55
Obesidade mórbida	458,33
Transtornos mentais e comportamentais	282,05
Glaucoma	728,63
Miopia	91,67
Doenças hipertensivas	4.462,45
Doenças isquêmicas do coração	5.581,70
Doenças pulmonares por agentes ext.	4.430,55
Hérnia	3.208,70
Doenças do fígado	3.992,36
Dermatite e eczema	335,22
Insuficiência renal	4.117,35

Calculose renal	4.001,69
Gravidez que termina em aborto	509,17
Infecções esp. do período perinatal	4.462,45
Fenda labial e fenda palatina	3.744,26
Causas externas	5.111,61
Pessoas com órg. e tec. transplantados	3.837,54

Reprodução: Tabela elaborada pela Strategy Consultoria e Assessoria, e praticada pela Unimed de Taubaté. A CPI também recebeu tabela semelhantes praticadas pela Confederação das Unimeds do Estado de São Paulo; Unimed de Bauru; Unimed de Rio Claro e Unimed de Volta Redonda.

5.1.3 — PLANOS COLETIVOS.

Os planos coletivos podem ser patrocinados pelos empregadores ou integralmente pelos seus associados, quando ocorre a livre adesão de pessoas pertencentes a determinado grupo, associação, sindicato, entidade de classe e outras organizações. Diferem dos individuais e familiares em função da dispersão do risco populacional. Pelo fato de suas coberturas estarem voltadas para grupos populacionais, geralmente constituídos por titulares da força de trabalho formalizada e ativa, os contingentes vinculados são mais jovens e adoecem menos do que a população como um todo.

No Brasil, as formas de contratação coletiva predominam em relação às individuais. Quando existe um aporte da empresa para o pagamento do plano de saúde, a titularidade do contrato é do empregador. Nesses casos, os contratos não são individualizados e suas variações, quando existem, visam a uma adequação do tipo de plano ao nível hierárquico do empregado na empresa.

As principais características dos planos coletivos patrocinados são: um valor das mensalidades - geralmente compartilhado entre empregador e empregado - significativamente menor do que o dos planos individuais de mesmo padrão; a inexistência de carências em decorrência da diluição dos riscos; e a não formalização de contratos individuais. Os indivíduos que estão cobertos por planos coletivos patrocinados recebem informações sobre as coberturas previstas, os prestadores de serviços credenciados pelo plano e, se houver, o valor de co-pagamentos.

Quando os empregados financiam integralmente as prestações de planos contratados (por adesão) para um grupo fechado de pessoas, os preços das mensalidades assumem um valor intermediário entre os referentes aos planos individuais e os coletivos patrocinados. A principal

vantagem dos planos coletivos não patrocinados costuma ser a não exigência de cumprimento de carências.

Segundo a Lei 9.656/98, todos os planos de saúde devem se enquadrar nas normas de cobertura e o reajuste de preços dos planos individuais e dos coletivos empresariais é uma prerrogativa da ANS. Porém, a ANS não assumiu a atribuição de determinar os ajustes dos planos coletivos patrocinados. O principal argumento utilizado para a não intervenção governamental nos planos empresariais é que os contratos e negociações de preços estabelecidos entre empresas (empregadora e assistência suplementar) tendem a um maior equilíbrio entre as partes envolvidas.

No entanto, é inegável que os planos empresariais são o principal eixo de sustentação e organização do mercado de planos e seguros de saúde e, portanto, os definidores dos padrões de coberturas e preços para as demais modalidades de contratação.

Uma outra característica que adquire importância crescente, com respeito aos planos coletivos, é a definição de quem é ou não elegível para o plano. As relações de parentesco que facultam a cobertura de um plano coletivo variam entre as empresas empregadoras e associações de empregados.

Sobre os planos coletivos, a CPI recebeu denúncias relacionadas ao reajuste abusivo em contratos de livre adesão, que não são controlados pela ANS, valendo o acordo entre as partes, o que inclui o reajuste e a possibilidade de rescisão unilateral.

Um caso exemplar foi apresentado à CPI pelo Sr. P.C.V, afiliado da Associação dos Fiscais de Renda do Rio de Janeiro (AFREJ), que mantém um plano de livre adesão contratado da Golden Cross. No dia 11 de julho de 2003, a Golden Cross enviou o seguinte comunicado à Associação:

“ encaminhamos em anexo o relatório demonstrativo das despesas da Afrerj, ocorridas no período de fevereiro/2002 a março/2003. Conforme demonstrado, a sinistralidade encontra-se num patamar muito acima do máximo suportável. Para restauração do equilíbrio técnico-financeiro, necessitamos de um reajuste de 60,37% sobre os preços atuais”.

Após negociações, a Afrerj conseguiu reduzir o aumento para 40%, que passou a ser cobrado em setembro de 2003.

“Tal aumento nos deixará, os aposentados, em situação desesperadora. Considerem que os aumentos dos planos individuais nunca ultrapassam os 9%”, afirma o denunciante.

Já o Sr. A. A. F informou o seguinte à CPI:

“sou possuidor de um plano de saúde Unimed – MG (Unicred Central). Tenho 46 anos, minha esposa 41 e filhos de 14 e 16 anos. O boleto do mês de maio trouxe a seguinte mensagem:

“... informamos que o seu plano de assistência médica é considerado coletivo sem patrocinador, e está sendo reajustado em 30%, conforme protocolo feito na Agência Nacional de Saúde. Pergunto: Este reajuste está correto?”

Outro caso relacionado a problemas com planos coletivos foi relatado à CPI pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Refere-se ao plano coletivo, também de livre adesão, que era mantido pelo Sindicato dos Jornalistas de São Paulo:

“O jornalista Cláudio Fragata diz estar de mãos amarradas. Assim como outros colegas de profissão e seus respectivos dependentes e agregados (entre 2,5 mil e 3 mil pessoas), Fragata deparou-se com vários problemas ocasionados pelo plano de saúde de autogestão PSS Médico (Programa de Saúde do Sindicato dos Jornalistas Profissionais do Estado de São Paulo). A história teve início em julho deste ano: os conveniados receberam um comunicado de que teriam de arcar com um rateio, aprovado em assembléia, para cobrir débitos da assistência privada à saúde no valor total de R\$ 391.087,28. O valor do rateio variava de acordo com a idade dos consumidores e deveria ser pago em duas parcelas mensais. Em agosto, outra correspondência comunicava duas notícias ainda mais preocupantes: a Associação Beneficente dos Empregados em Telecomunicações (ABET), que administrava e operava o plano, suspenderia a cobertura a partir do dia 1o de setembro e, de 14 a 31 de agosto, atenderia apenas os casos de urgência e emergência e os procedimentos com custos inferiores a R\$ 81,00. Aos conveniados só restou aceitar a situação, mas com muita indignação. Exemplos de pessoas angustiadas, com doenças graves ou que mantinham dependentes idosos no plano não faltam no IDEC. O jornalista e associado Cláudio Fragata foi um deles. Sua mãe, Altair Fragata, tem 85 anos e, como sofreu um derrame há dois anos, faz exames de

rotina com frequência, sem contar o risco de ficar sem plano de saúde por conta da idade avançada.”

Um outro problema preocupante consta do documento “Evolução e Desafios da Regulação do Setor de saúde Suplementar”, entregue à CPI pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

“crescem as denúncias relativas ao crescimento de uma falsa coletivização de contratos, para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais quanto à proibição de rompimento e controle de reajustes”

Merece atenção especial a situação dos benefícios limitado para aposentados e demitidos. O art. 30 da Lei 9.656/98 prevê que o cidadão que se aposentou a partir de 04/09/1998 e que tenha contribuído, em função do vínculo empregatício, para plano de saúde, por no mínimo 10 anos, pode manter sua vinculação como beneficiário por prazo indeterminado. Para tanto, deve assumir o pagamento da parcela, integralmente.

No caso de o aposentado contar com menos de 10 anos de contribuição, a possibilidade de manutenção no plano está restrita à proporção de um ano para cada ano de contribuição, ou seja, se contribuiu por sete anos, ao se aposentar, a manutenção está restrita aos mesmos sete anos, desde que também assuma a parte patronal.

Agravante ainda há na exigência de que o empregado seja contribuinte direto da mensalidade. Assim, aquele que utilizava seu plano de saúde, sem contribuição específica – embora fazendo parte do contrato de trabalho – não possui o direito de permanência no plano coletivo, após a sua aposentadoria. Essa regra acaba por descaracterizar o direito inicialmente garantido.

Também há limitações para os empregados demitidos sem justa causa. De acordo com o art. 31 da Lei 9.656/98, os que tiverem contribuído para plano coletivo, em decorrência de vínculo empregatício, poderão manter a contratação vinculada a plano coletivo. No entanto, devem assumir o pagamento integral da mensalidade, observado o limite de 1/3 do tempo em que permaneceram no plano. Há, ainda, a previsão de um mínimo de seis e o máximo de 24 meses de atendimento nessa condição. Se admitidos em novo emprego, perdem a condição de beneficiários.

Finalizado o período de 24 meses, o usuário estará obrigado a firmar novo contrato, sujeitando-se a novos períodos de carência e à alegação de doença preexistente – mesmo que contratando (individualmente) a mesma empresa de plano de plano de saúde da qual era beneficiário no plano coletivo.

5.1.4 — PROBLEMAS NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

5.1.4.1 — ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DAS OPERADORAS

Ao contratar um plano de saúde, a rede credenciada possui significativa importância no ato de escolha. As próprias operadoras utilizam como “marketing” para divulgar seus produtos o credenciamento com determinados hospitais e laboratórios.

O credenciamento foi permitido pela lei 9.656/98, mediante a observância de certas regras. O art. 17 da lei 9656/98 dispõe que o credenciamento de entidade hospitalar somente pode ocorrer com a comunicação prévia ao consumidor e à ANS, com trinta dias de antecedência, e desde que haja a substituição por outra entidade de mesmo nível. Dispõe, também, que o redimensionamento da rede hospitalar por redução deve ser precedido de autorização expressa da Agência.

Lamentavelmente, as regras da Lei 9656/98 mais uma vez não serviram para proteger efetivamente o consumidor. Observe-se que mesmo o referido artigo, alterado por meio de Medida Provisória, menciona apenas as entidades ou estabelecimentos hospitalares, não dispondo quanto aos médicos e laboratórios e demais prestadores de serviço. Além disso, a substituição da rede hospitalar, que deverá ser feita respeitando a equivalência da unidade substituída, fica prejudicada pela ausência de critérios definidos de classificação dessas entidades.

As alterações impostas pelas operadoras nas redes credenciadas/referenciadas de contratos antigos e novos, são geralmente

praticadas sem informação prévia aos consumidores, e inclusive sem a atualização dos indicadores médicos utilizados pelos consumidores, representando redução quantitativa e quantitativa da rede credenciada disponível..

Desta forma, são freqüentes as denúncias dos usuários dos planos de saúde que apontam a redução significativa no número de estabelecimentos, com suspensão do atendimento, identificada em alguns casos apenas no momento da utilização dos serviços, pela ausência de informação prévia e atualização dos materiais de orientação.

Como exemplo, podemos citar o depoimento da Sra. Regina Zanke, que aborda o caso de sua mãe, beneficiária da Samcil:

“O plano, na verdade, é da minha mãe. Nós adquirimos esse plano em julho de 1993, junto à Unicolor. Em 2000, a Samcil adquiriu a carteira da UNICOR, que foi liquidada extrajudicialmente. Aí, nós continuamos com problemas, porque a UNICOR descredenciou inúmeros médicos. Este ano (2003), a minha mãe teve diagnosticado pela Dra. Davimar, que é hematologista, uma doença que se chama plásia de medula óssea, portanto, ela precisa de um tratamento de pulsoterapia. O que aconteceu? Nós, em São Bernardo do Campo, temos atendimento através da Nova Saúde, prestadora de serviços da Samcil lá no ABC. E aí, diante da necessidade desse tratamento, a Nova Saúde simplesmente negou o tratamento, alegando que minha mãe tinha carência. Por fim, disseram: nós vamos fazer o tratamento da sua mãe, mas aqui na nossa unidade própria. A médica disse: “Olha, eu não vou aceitar que o tratamento seja feito em outro local, porque não é sob a minha supervisão. Eu não vou me responsabilizar por isso”. Minha mãe começou a ter agravados problemas também de hipertensão. Ela precisou de um cardiologista. Dos 7 cardiologistas que havia no livreto, apenas um estava atendendo na rede própria da Nova Saúde. O médico que já tinha tratado dela durante os 3 últimos anos foi descredenciado pela Samcil.”

O Sr. A.A, de São Paulo, Capital, enviou reclamação à CPI, na qual afirma que o convênio médico firmado por ele, em 1995, e por sua esposa, em 1993 – a SL Saúde – prestava atendimento satisfatório. No entanto, após ter sido comprado pela empresa SAMCIL, o atendimento piorou. Denuncia que um grande número de médicos e clínicas deixaram de atender, devido às

glosas e atrasos no pagamento de consultas e cirurgias. Afirmar ainda que, muitas vezes, para conseguir atendimento em determinados consultórios e médicos conveniados, bem como solicitação de exame de urgência, é necessária autorização prévia da SAMCIL. E geralmente o encaminhamento é feito para alguma clínica pertencente à própria SAMCIL, onde o atendimento é insatisfatório e demorado, muito diferente do tratamento prestado pelo convênio original – SL.

Outro exemplo dessa situação viveram os beneficiários do contrato da Unimed de São Paulo - Cooperativa de Trabalho Médico. Por ocasião da transferência da carteira de clientes da Unimed São Paulo para a Central Nacional Unimed, muitos registraram queixas no PROCON/SP, pois tiveram redução significativa no número de estabelecimentos credenciados, com queda na qualidade do serviço prestado.

A prática, adotada por diversas operadoras, demonstra o descumprimento do disposto em contrato, implicando em prejuízo no atendimento aos consumidores, mediante alteração unilateral do contrato, com redução quantitativa e qualitativa dos serviços oferecidos, prejudicando o equilíbrio contratual e deixando o consumidor em desvantagem exagerada, e ferindo princípios do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90. Isso sem falar no desrespeito à lei 9656/98, nos casos em que deve ser observada.

Neste sentido, fica claro que mesmo com a regulamentação prevista pela Lei 9656/98, o consumidor que contrata um plano de assistência à saúde não tem qualquer garantia de que as condições ofertadas e contratadas à data de adesão serão mantidas pela operadora. A decisão deste consumidor, ao optar por contratar um plano de saúde pelo diferencial de poder contar com determinado prestador de serviços, não lhe garante que esta oferta será preservada.

5.1.4.2 — CONDICIONAMENTO DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS A DETERMINADOS PRESTADORES DE SERVIÇO E/OU À AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Esta prática, adotada por várias operadoras e, inclusive, expressa em cláusulas contratuais, observadas em vários contratos anteriores a Lei 9656/98, ainda vigentes, é um dos instrumentos adotados pelas operadoras de planos de saúde no controle da utilização dos serviços. Permite o

direcionamento com a determinação pela operadora do local para realização do procedimento e determinação da técnica a ser adotada. Geralmente, há limitação na utilização do serviço, além de restrição do número de exames. A realização dos exames, internações e procedimentos fica, muitas vezes, condicionada à autorização da operadora, em detrimento do pedido e orientação do profissional médico responsável pelo acompanhamento do usuário do serviço.

Exemplo desta prática, pode ser observada em material transcrito de contrato, anterior à Lei 9656/98, praticado pela operadora Golden Cross – Plano Golden Saúde (no Capítulo V – “dos exames complementares e serviços auxiliares”):

“A contratada poderá assegurar também ao contratante, seus dependentes e demais beneficiários incluídos, os exames complementares e serviços auxiliares abaixo, desde que, a critério do seu setor médico, sejam julgados necessários e tenha havido autorização expressa e específica para tal, e existam na região serviços especialmente indicados para a realização de tais exames:

a) Fisioterapia, até 10 (dez) sessões para cada patologia;

b) Radioterapia, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelas Sociedades Médicas pertinentes;

c) Tomografia Computadorizada, limitada a 01 (um) exame/ano, por beneficiário;

d) Ultra-sonografia, limitada a 02 (dois) exames/ano, por beneficiário;

e) Ecocardiografia Convencional;

f) Ciclo-ergometria;

g) Medicina Nuclear – Radioisótopos e Cintilografia;

h) Fonocardiografia;

i) Prova de Função pulmonar;

j) Laparoscopia;

k) Endoscopia;

l) Eletromiografia;

m) Arteriografia –Angiografia.”

A cláusula citada demonstra o critério de "concessão" da prestação de serviço, que fica vinculada à autorização do setor médico e atendimento dos demais critérios que não são definidos de forma clara, ficando a

realização dos exames e procedimentos diretamente condicionada a avaliação da operadora. Novamente, fica, evidente a vulnerabilidade do consumidor que não tem parâmetros para avaliar se terá ou não cobertura dos procedimentos indicados.

O mesmo critério é adotado por outras operadoras, incluindo as seguradoras, conforme observado em contrato da Marítima Seguros, que determina para cobertura de alguns procedimentos a necessidade de autorização prévia, inclusive para as internações hospitalares e exames diagnósticos, devendo ser apresentados relatório do médico cirurgião, justificando a cirurgia proposta e resultados dos exames complementares que comprovem a patologia. Fica expresso na cláusula transcrita esta condição:

"Os procedimentos a seguir indicados deverão ser submetidos previamente à Seguradora, que só autorizará o pagamento ou reembolso das despesas decorrentes, desde que entenda, a critério de sua Consultoria Médica, estarem os mesmos cobertos pela categoria do plano contratada. Fica condicionada, também, para realização de tratamentos como diálise e hemodiálise, fisioterapia, exercícios para reabilitação cardiológica, a apresentação de relatório médico, indicando não apenas a prescrição, ou seja, a indicação para sua realização pelo médico responsável, como o diagnóstico, dados clínicos, programação e período aproximado do tratamento."

Cabe observar que mesmo estando a prestação de serviços limitada ao atendimento por médicos credenciados ou participantes do corpo clínico da reclamada – o que vale também para a utilização de estabelecimentos hospitalares ou clínicas - ficam as internações hospitalares, em especial, vinculadas à solicitação prévia de autorização, mediante emissão de Guia de Internação, senha ou outro procedimento, geralmente atrelada à apresentação pelo consumidor de relatório médico e, em alguns contratos, de exames diagnósticos.

Observa-se, também, a previsão de limitação no número de alguns exames e procedimentos, condição esta freqüente em boa parte dos contratos analisados pela CPI, anteriores à Lei 9656/98. Esta limitação aparece não apenas quanto a exames e serviços auxiliares como a Fisioterapia, mas também no número de dias de internação como ilustrado a seguir:

*Golden Cross - Contrato Plano Golden Saúde:
"Cláusula 16ª - Em nenhuma hipótese, em cada 12 (doze)*

meses de vigência do contrato, o período de internação, contínuo ou não, poderá ser superior a 30 (trinta) dias, não cumulativos, exceto as internações em CTI, CETIN, Unidade Coronariana ou Unidade Respiratória, em que esse período fica limitado a 10 (dez) dias, também não cumulativos."

SIM – Serviço Ibirapuera de Medicina – Contratação efetuada em 1992 : "Cláusula 7ª - O CONTRATADO garante um período de internação por 30 (trinta) dias a cada 12 (doze) meses, por beneficiário, obedecidas as carências e exclusões deste contrato. §1º A assistência hospitalar em UTI será de 10 (dez dias, a cada 12 (doze) meses, por beneficiário; a soma dos dias internados em UTI e na unidade de internação não poderá exceder de 30 (dias, a cada 12 (doze) meses, por beneficiário. "

Avicena Assistência Médica – Contratação efetuada em 1994: "Artigo 6º A cobertura Médico –Hospitalar prevista neste contrato, será oferecida ao ASSOCIADO desde que esteja regularmente inscrito no tipo de categoria de Plano de Atendimento escolhido, de acordo com os seguintes limites anuais, individuais e não cumulativos a contar da vigência do presente contrato como segue: 30 (TRINTA) DIAS, NO MÁXIMO PARA INTERNAÇÕES CLÍNICAS OU CIRÚRGICAS E 10 (DEZ) DIAS, NO MÁXIMO PARA UTILIZAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENCIVA (UTI), SEGUIDOS OU INTERCALADOS."

Outros procedimentos, como prorrogação de dias de internação e, inclusive, o número de dias delimitado em guia ficam a critério da operadora, conforme observado nas cláusulas seguintes, transcritas de contrato AMICO Assistência Médica, de 1995:

"5.6. A Guia de Internação será fornecida por um período equivalente à média de dias necessários para os casos idênticos. A prorrogação da internação será concedida a critério da contratada mediante a solicitação do médico assistente, justificando as razões técnicas do pedido.

5.8. Na internação superior a 15 (quinze) dias, a autorização da prorrogação será concedida por uma junta médica da contratada, que avaliará as condições do paciente, sendo que, em nenhuma hipótese, em cada 12 (doze) meses de vigência do contrato, o período de internação, contínuo ou não, poderá ser superior a 60 (sessenta) dias, exceto as internação em CTI, CETIN, CETIP, Unidade Coronariana ou respiratória, em que esse período será de (30) trinta dias."

Verifica-se que a Lei 9.656/98, no Art. 12, estabelece que fica vedada a limitação de prazo para cobertura de internações hospitalares, prática esta que desvirtua a natureza da contratação de serviço de prestação de assistência a saúde, transferindo ao consumidor o risco e ônus da contratação.

O condicionamento e a limitação de dias de internação imposto pelas operadoras caracteriza prática abusiva, configurada no Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90, podendo ser consideradas nulas as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de serviços que estabeleçam tais limitações, em prejuízo ao equilíbrio contratual e princípio da boa-fé.

5.1.4.3 — EXIGÊNCIA DE CHEQUE CAUÇÃO.

A exigência de cheque caução pelos hospitais e serviços de saúde, como garantia de atendimento de usuários de planos de saúde, foi um dos temas analisados pela CPI. A discussão não é nova e de há muito a Justiça tem conhecimento de inúmeros casos em que os estabelecimentos de saúde cobram diretamente dos cidadãos conveniados a planos de saúde, os quais deixam de arcar com as custas de médicos, medicamentos, procedimentos e hotelaria.

Sobre a prática de cheque caução, destacamos o relato à CPI do Juiz do 1º Tribunal de Alçada Civil do Estado de São Paulo, Luiz Antonio Rizatto Nunes:

"Internei minha avó, que ficou em coma. Foi exigido do

meu pai, que estava lá, enquanto eu estacionava o automóvel, que deixasse um cheque caução. Meu pai deu o cheque, nós fomos à polícia, fizemos a denúncia pelo art. 146 do Código Penal, porque eu sei que posso, porque conheço a lei — aliás, esse é um dos problemas do consumidor no Brasil: ele não sabe como se defender. Meu pai entregou o cheque e sustou o pagamento do cheque, porque era um ato ilegal, fomos à polícia... Isso é um abuso que sempre foi praticado, inclusive repellido muitas vezes pelo Judiciário. Só que o sistema é inteligente, os fornecedores e os administradores são inteligentes. Não se exige mais cheque caução, mas hoje já se exige assinatura de contratos de responsabilidade, o que desvia um pouco a atenção para o problema do cheque, mas que mantém a prática abusiva. Não é possível exigir do consumidor que vai internar o seu parente que ele assine um contrato na internação. Não é um cheque, mas é um contrato. A prática continua sendo abusiva, aliás, na minha opinião, tipificada no Código Penal no art. 146.”

Veja-se o depoimento à CPI do presidente do SINDHOSP, Dante Montagnana:

“Há muita demora no telefone para falar com quem faz a liberação, muitos convênios não têm central 24 horas de atendimento, e esse é um problema muito sério, o problema do cheque caução, porque às vezes o hospital atende numa emergência, e porventura esse beneficiário tem direito, mas está inadimplente, e o hospital não vai receber a conta.”

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio da Resolução Normativa n^o 4, de 28 de junho de 2003, proibiu a exigência de caução por meio de cheque, nota promissória ou outros títulos de crédito; no ato ou antes da prestação de serviço por hospitais contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de saúde e seguradoras especializadas em saúde.

Sobre o encaminhamento a ser dado às denúncias de descumprimento da Resolução, a ANS afirmou, em nota oficial:

“As denúncias de exigência de caução apresentadas pelos consumidores de planos de saúde à ANS serão recebidas e instruídas por uma Comissão Especial Permanente, que encaminhará os processos ao Ministério Público Federal para apuração. Os processos que forem encaminhados ao Ministério Público Federal serão disponibilizados no portal www.ans.gov.br para informação

dos consumidores de planos de saúde.”

Durante depoimento à CPI, quem discordou da solução apresentada pela ANS foi o procurador do Ministério Público Federal, Duciram Von Marsen Farena:

“Não cabe encaminhar tudo para o Ministério Público — o que é bastante cômodo; a autoridade pode perfeitamente dizer que o cliente reclamou porque lhe exigiram o cheque-caução e a questão está com o Poder Judiciário, a questão está com o Ministério Público; mas cadê a atuação fiscalizatória? Nesse caso específico, ele diz que não tem poder fiscalizatório; aí, nesse ponto, é perigoso proibir, porque isso desmoraliza a lei, e corre o risco de desmoralizar o Ministério Público. Ele vai fazer ali uma relação das reclamações, mandar para o Ministério Público, e essas reclamações, eu digo a vocês, não terão seguimento.”

A polêmica, no entanto, não se resume ao encaminhamento dado às denúncias. A Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS) e o SINDHOSP impetraram Mandado de Segurança contra a Resolução da ANS, alegando que falta à Agência competência legal para impor qualquer tipo de proibição aos hospitais.

Mesmo após a Resolução da ANS, a CPI identificou casos de cobrança do cheque caução, conforme notícias divulgadas pela imprensa.

A Folha de Pernambuco noticiou:

“dois dias após a proibição da cobrança de cheque-caução pelos hospitais, a família de um paciente internado no Memorial São José teve que assinar um cheque no valor de R\$ 150 para garantir a internação de G.F.G, de 1 ano, cliente do Plano Sul América Executivo.”

Já o jornal Folha de São Paulo divulgou que:

“o presidente da Associação dos Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia, José Augusto Andrade, 47, encaminhou aos 40 estabelecimentos particulares do Estado que atendem a planos de saúde uma circular sugerindo que os pacientes que não deixarem cheque-caução ou assinarem promissórias sejam encaminhados para o SUS (Sistema Único de Saúde)”.

No dia 16/09/2003, a Rádio CBN de Curitiba veiculou a notícia:

“o sogro do comerciante D.S.B é diabético. Ele estava em Figueira, cidade onde mora, quando teve uma crise da doença. D.S.B trouxe o sogro para Curitiba, para ser internado. Ao dar entrada no hospital Evangélico, os profissionais que atenderam ao paciente pediram com urgência uma tomografia. O comerciante pensou poder usar o plano de saúde do enfermo, da Fundação COPEL, para pagar o exame. Mas, segundo Domingos, a pessoa que trabalha no atendimento durante a noite disse que a tomografia só poderia ser feita mediante um cheque caução”

5.1.4.4 — PUBLICIDADE ENGANOSA.

Dois depoimentos prestados à CPI comentam o problema da propaganda enganosa realizada pelos planos de saúde:

Ricardo Morishita, Diretor do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça:

“Quando estamos diante das ofertas dos planos de saúde, que tipo de informação, nós encontramos? O consumidor vê um avião, ele vê um serviço de ambulância e ele contrata com o plano. Quando ele pega o contrato e se depara com a necessidade de obter o socorro, ele encontra um imenso mar de burocracias e de restrições. Essa incompatibilidade entre aquilo que é ofertado e aquilo que é de fato executado é uma das principais insatisfações do consumidor.”

Edson de Oliveira Andrade, presidente do Conselho Federal de Medicina:

“Gastam uma fortuna de dinheiro vendendo imagem. E sabem quem as operadoras vendem? Não vendem a

operadora, vendem o Dr. Heder, vendem o Dr. Mário, me vendem, vendem o hospital, a UTI do hospital, o avião que existe. Na hora em que o indivíduo vai precisar, aquele médico não é de fácil acesso, a UTI só pode ficar dez dias, o avião não está mais voando, o helicóptero foi desativado. Aí como é que fica?

1º:

O Código de Defesa de Consumidor determina, no art. 37, §

“É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.”

5.1.5 — REGISTRO DAS RECLAMAÇÕES ENCAMINHADAS À CPI

As situações relatadas à CPI pelos cidadãos, pela ANS, PROCONs, órgãos do Ministério Público dos diversos Estados, Delegacias de Defesa do Consumidor e entidades da sociedade civil somam centenas de reclamações e denúncias que comprovam as irregularidades praticadas pelas operadoras de planos de saúde frente aos usuários e consumidores. As reclamações têm motivações variadas, mas muitos problemas se repetem. São eles: negativas de cobertura; descredenciamento de médicos, hospitais e laboratórios; aumentos abusivos de mensalidade (em especial quando da mudança de faixa etária); exigência de cheque-caução; limitação do tempo de internação; descumprimento contratual; cláusulas abusivas em contrato; propaganda enganosa e rescisão unilateral de contratos por parte da operadora.

Os casos que chegaram ao conhecimento da CPI estão longe de representar o quantitativo de denúncias e queixas relacionadas aos planos de saúde no Brasil. Há que se considerar as dificuldades encontradas pelos cidadãos em acionar os PROCONs, a Justiça ou as organizações não governamentais. Mesmo levando em conta a farta jurisprudência favorável às vítimas de exclusões e abusos por parte dos planos de saúde, é preciso levar em conta a falta de informações da população e a dificuldade de acesso a essa rede

de proteção, bem como as limitações de recursos e pessoal dos órgãos envolvidos. Daí, a conseqüente subnotificação dos casos.

Segue relação dos órgãos e entidades que atenderam ao pedido da CPI para o envio de dados quantitativos, incluindo amostras casos concretos exemplares:

- Serviço disque ANS: registrou 160.449 atendimentos, no período 16/07/01 a 31/08/03, sendo 145.505 consultas (90,69%) e 14.943 denúncias (9,31%).
- Ouvidoria Geral do SUS: de 02/01/1999 até 30/06/2000, registrou 581 denúncias contra planos de saúde. A partir de 01/07/2000, mesmo após a criação do Disque ANS, registrou, até 31/10/2003, 417 denúncias.
- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor: registrou 2.888 consultas e reclamações em 2000; 3150 em 2001; 2.163 em 2002; e 1.003 até maio de 2003
- Fundação PROCON de São Paulo: registrou 2.389 reclamações fundamentadas em 2001; 2.245 em 2002; e 716 até abril de 2003.
- Cidadãos que procuraram diretamente a CPI, através de carta ou e-mail: 149 denúncias ou sugestões.

As entidades e órgãos abaixo relacionados selecionaram casos, processos e ações, que enviaram à CPI

- PROCON Bahia: documentou à CPI 529 denúncias que recebeu nos últimos três anos
- PROCON Rio Grande do Sul: informou ter registrado 423 casos envolvendo planos de saúde
- PROCON do Rio de Janeiro: encaminhou cerca de 380 reclamações de consumidores que tiveram problemas com seus planos de saúde, recebidas entre 2001 e 2003.
- PROCON do Maranhão: encaminhou cerca de 360 reclamações, em especial sobre reajuste, descumprimento contratual e negativa de cobertura.
- PROCON Mato Grosso: encaminhou dados sobre 314 denúncias fundamentadas
- PROCON do Piauí: registrou aproximadamente 260 reclamações de consumidores de planos de saúde, principalmente rescisão unilateral de contrato pela empresa, negativa de cobertura, descumprimento do contrato, aumento abusivo e má prestação do serviço.

-
- PROCON Mato Grosso Sul : apresentou documentação referente a 188 denúncias
-
- PROCON de Santa Catarina: documentou 160 reclamações, principalmente sobre não cumprimento de contrato.
-
- Ministério Público de Santa Catarina: enviou informações sobre 156 processos
-
- Ministério Público do Rio de Janeiro: encaminhou 150 processos
-
- Ministério Público de São Paulo: selecionou 151 casos, entre centenas de denúncias que registrou e deu andamento nos últimos anos
-
- PROCON Minas Gerais: enviou 133 casos exemplares
-
- Ministério Público do Sergipe: encaminhou súmula de 94 processos
-
- PROCON Rio de Janeiro: encaminhou exemplos de 77 denúncias
-
- Ministério Público do Rio Grande do Sul: relatou 68 processos à CPI
-
- Ministério Público do Distrito Federal: enviou os processos referentes a 64 casos
-
- Ministério Público Estadual do Rio Grande do Norte: encaminhou 30 processos
-
- PROCON de Tocantins: enviou à CPI 50 casos selecionados, entre 2002 e 2003
-
- Promotoria de Defesa do Consumidor do Distrito Federal: selecionou 40 reclamações recebidas até abril/2003, que compreendem principalmente questões de negativa de cobertura e descredenciamento.
-
- PROCON Sergipe: descreveu 27 denúncias selecionadas
-
- Ministério Público de Goiás: apresentou 26 processos movidos pela Curadoria da Saúde e Promotoria da Defesa do Consumidor
-
- Ministério Público de Santa Catarina: demonstrou 23 registros envolvendo planos de saúde, entre ações e procedimentos administrativos, que diziam respeito principalmente atuação de operadora irregular e cláusulas contratuais abusivas.

- PROCON do Acre: registrou à CPI 20 casos ocorridos de 2002 a junho de 2003.
- Ministério Público e PROCON do Amapá: enviaram 20 reclamações, principalmente sobre má prestação de serviços.
- Delegacia do Consumidor do Rio de Janeiro: enviou à CPI 20 denúncias selecionadas, recebidas de 2001 a 2003.
- Delegacia do Consumidor de Goiás: enviou 18 boletins de ocorrência
- Delegacia do Consumidor do Distrito Federal: enviou cópia de 16 inquéritos e de 13 boletins de ocorrência
- Ministério Público do Acre: documentou 16 denúncias que recebeu.
- Ministério Público de Pernambuco: enviou relatórios sobre 13 ações civis públicas movidas contra as empresas de planos de saúde, de 1992 a 2003, versando principalmente sobre cláusulas abusivas (limitação de internação, exclusão de cobertura e aumento de mensalidade). No mesmo período, instaurou 62 procedimentos.
- Delegacia do Consumidor do Paraná: apresentou 13 boletins de ocorrência contra planos de saúde
- PROCON do Amazonas: encaminhou 12 denúncias selecionadas
- Ministério Público de Goiás: registrou 10 denúncias à CPI, principalmente sobre negativa de cobertura.
- Delegacia do Consumidor da Bahia: registrou 9 denúncias e enviou cópia de 6 inquéritos policiais que versam sobre negativa de cobertura
- Ministério Público de Rondônia: enviou 8 casos exemplificativos do relacionamento entre empresas e consumidores.
- Ministério Público do Amazonas: selecionou para a CPI a ocorrência de cinco denúncias.
- Delegacia do Consumidor do Amazonas: apresentou 3 inquéritos
- PROCON Santa Catarina: encaminhou exemplo de 2 reclamações fundamentadas
- Ministério Público do Paraná: cópia de uma ação

- Ministério Público de Minas Gerais: informou reclamações principalmente sobre má prestação de serviços. Também documentou um inquérito civil instaurado frente a uma operadora, e a Ação Civil Pública resultante .
- Ministério Público da Paraíba, Ministério Público do Sergipe:, e Ministério Público de Mato Grosso do Sul: informaram à CPI que têm registro de casos.

5.2 — ASPECTO RELATIVOS AOS PRESTADORES.

5.2.1 — PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Boa parte dos médicos avaliam os planos de saúde como ruins ou péssimos. De uma escala de zero a dez, dois terços atribuem aos planos notas entre zero e cinco, com média de 4,66. De acordo com 93% dos médicos os planos interferem de alguma forma na autonomia profissional. Estes são alguns dos resultados da pesquisa nacional “Avaliação dos Planos de Saúde”, realizada em 2002 pelo Instituto DATAFOLHA, patrocinada pelas entidades médicas nacionais e entregue à CPI dos Planos de Saúde pelo presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Eleuses Vieira de Paiva. Na avaliação, os médicos levaram em conta a intensidade da interferência, o nível de burocracia e os empecilhos administrativos, dentre outros fatores.

De acordo com a pesquisa os médicos atendem cada um, em média, 11 planos de saúde. As principais especialidades médicas dos pesquisados são, nesta ordem: ginecologia, pediatria, clínica médica, ortopedia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, radiologia e anestesiologia.

Outro estudo, “Perfil dos Médicos no Brasil”, realizada pela Fundação Osvaldo Cruz, em 1996, apontava que cerca de 70% dos profissionais tinham consultório, onde a principal fonte de renda eram os convênios e planos de saúde.

Uma pesquisa de 2000, também do Instituto DATAFOLHA, realizada no Estado de São Paulo, constatou que 60% dos médicos atuavam em hospitais e clínicas da rede privada e 55% em consultório próprio, atendendo a planos de saúde. O Brasil conta, em 2003, com 280.055 médicos em atividade, sendo 83.315 somente no Estado de São Paulo. Segundo a mesma pesquisa os médicos avaliavam os planos de saúde da seguinte forma:

- Péssimos: 16%
- Ruins: 28%
- Regulares: 44%
- Bons: 11%
- Ótimos: 1%

5.2.1.1 — FORMAS DE INTERFERÊNCIA NA AUTONOMIA PROFISSIONAL.

Quanto às formas de interferência na autonomia profissional a avaliação foi a seguinte, segundo a DATAFOLHA:

- Restrições a cobertura de doenças preexistentes : 82,2%
- Glosas de procedimentos ou medidas terapêuticas : 72,2%
- Liberação de atos diagnósticos e terapêuticos somente mediante designação de auditores : 69,1%
- Interferência no tempo de internação de pacientes: 64%
- Interferência no período de internação pré-operatório: 45%

Neste sentido, o Presidente da AMB, Eleuses Paiva, em depoimento à CPI afirmou:

“...há interferência direta no ato médico. Entre os níveis de restrições, constam pressões que os médicos recebem para estar dando alta aos seus pacientes, diminuindo o período de internação, independente do risco que esse paciente venha a correr...”

“... o credenciamento é feito aleatoriamente. Não precisa existir nenhum tipo de justificativa. O colega, a partir de 30 dias, é obrigado a não mais poder atender. O tratamento é interrompido e o paciente tem de voltar à rede contratada para procurar um outro profissional para refazer o meio de um tratamento.”

Sobre os problemas relatados pelos médicos, corrobora carta datada de 23 de maio de 2000, dirigida ao Diretor-Presidente da ANS, Januário Montone, assinada pela então representante do Conselho Federal de Medicina na Câmara de Saúde Suplementar, Regina Ribeiro Parizi Carvalho:

“... Os médicos firmam contrato ou convênio ao se credenciarem como prestadores de serviços de planos de saúde. As cláusulas do documento, no entanto, nem

sempre são compatíveis com aquelas que foram pactuadas entre a empresa e o usuário do plano, seja individual ou coletivo. Como agravante da situação, as empresas vêm adotando medidas prejudiciais a médicos e pacientes, sob a alegação do suposto impacto da regulamentação nos custos do setor, da crise econômica do país e das novas obrigações previdenciárias. Dentre os expedientes mais comuns das operadoras, destacamos:

- *Aumento abusivo das mensalidades*
- *Descredenciamento unilateral dos profissionais*
- *Redução significativa dos honorários médicos*
- *Oferta de pacotes de atendimento com valores pré-fixados , com interferência na autonomia profissional e risco de deterioração na qualidade do atendimento*
- *Restrição de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos*
- *Fixação de prazos mínimos entre consultas médicas*
- *Exigência de personalidade jurídica na relação de prestação de serviços entre médicos e operadoras*
- *Descumprimento da lei no que se refere ao registro das empresas operadoras de planos de saúde nos Conselhos de Medicina.*

O Presidente do Conselho Federal de Medicina, Edson de Oliveira Andrade, entregou à CPI farta documentação contendo denúncias de médicos e pacientes, conforme exemplos descritos a seguir:

“Chegou ao conhecimento deste Conselho que o convênio Interclínicas, já há algum tempo vem exigindo dos seus médicos credenciados que passem de pessoa física para jurídica, ameaçando-os de descredenciamento. Hoje, fomos informados que o referido convênio está fazendo novas exigências, agora no sentido de obrigar seus credenciados aceitarem proposta de pagamento por pacote de seus atendimentos (R\$ 31,00 por paciente, com ou sem procedimento)” (Seção de Denúncias do CREMESP, 16 de janeiro de 2002)

Já a Sr^a. E.A .S.R:

“meu pai, Sr. E.R., estava fazendo quimioterapia com um médico na clínica Oncologistas Associados desde 12/03/2001. Ao chegar para mais uma consulta fomos informados que o Centro Transmontano havia descredenciado o médico e a clínica”.

Outra denunciante a Sra. M.D.S:

“sou cliente do plano de saúde CEMO. Passei em consulta com médica ginecologista por duas vezes e fui muito bem atendida. Liguei para marcar o retorno e fui informada que ela recebeu uma carta do convênio descredenciando seu consultório. Tenho três exames para entregar e estou com minha mensalidade em dia.”

Por sua vez, a médica E.L.S. reclamou:

“Formalizo minha denúncia junto à Saúde Bradesco, pelo descredenciamento sem motivo do serviço Fisioterapia Independência S/C Ltda, interrompendo o tratamento de pacientes com seqüela de AVC, trauma raquimedular, paralisia cerebral, fibromialgia e outros”.

E, ainda, a Sra. L.M.F.G registrou a seguinte denúncia contra o plano SERMED:

“Minha mãe foi a um clínico geral porque sentia dores no estômago. O médico pediu uma ultrassonografia. O convênio recusou o guia do médico e solicitou ela fosse ao gastroenterologista. Este solicitou uma tomografia do abdômen, cuja guia demora 10 dias úteis para ser liberado.”

5.2.1.2 —REMUNERAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS.

O valor e as formas de remuneração dos serviços prestados pelos médicos têm sido considerados um dos principais problemas da assistência suplementar. O credenciamento dos médicos e o pagamento retrospectivo por produtividade continuam sendo a principal forma de vínculo da maior parte dos médicos brasileiros com a assistência médica suplementar. O assalariamento representa minoria dos contratos estabelecidos entre médicos e planos de saúde.

Os conflitos e tensões conseqüentes da adoção deste modelo de remuneração envolvem compradores de serviços e médicos, na medida em que os primeiros estão interessados na definição de tarifas menores e os últimos no contrário.

No Brasil os valores de remuneração dos procedimentos médicos, padronizados em geral por tabelas elaboradas por entidades médicas, variam de acordo com as especialidades, procedimentos realizados durante o ato médico, tipo de hotelaria, nos casos de internação hospitalar, e volume de casos atendidos (quando os profissionais são instados a oferecer um desconto em

razão de um maior número de pacientes). Essas diferenças nos valores de remuneração muitas vezes estimulam e valorizam a especialização e a intervenção sintomática em detrimento das condutas mais preventivas e integrais.

Quanto aos baixos honorários, levantamento realizado pela Associação Paulista de Medicina (APM), em julho de 2000, sobre o valor pago por uma consulta médica pelos principais planos de saúde, revelou que pagavam, em média, R\$ 19, 58. O valor mais alto praticado era R\$ R\$ 30,00 e o mais baixo R\$ 10,50 por consulta.

O presidente da AMB, Eleuses Paiva, deixou à CPI documentos relacionados a 34 operadoras de planos de saúde, comprovando que, nos últimos sete anos, essas empresas praticaram aumento da mensalidade, mas não o repassaram aos prestadores e aos profissionais médicos, em particular.

Em 2002 a ANS tentou incentivar o repasse do reajuste aos médicos, mas a iniciativa fracassou. Na ocasião, foi autorizado o aumento nas mensalidades de até 9,39% , apenas para as operadoras que assinassem termo de compromisso de reajuste das consultas médicas em, no mínimo, 20%. Para as operadoras que não assumiram o compromisso, esse percentual foi de 7,69%. Sem a obrigatoriedade da assinatura do termo de compromisso e sem fiscalização por parte da ANS, apenas cerca de 10% das operadoras concederam os 20% aos médicos. Em 2003, a ANS sequer discutiu com as entidades médicas o reajuste dos planos de saúde, que foi de 9,27% para os planos individuais e familiares.

Em 1997 a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) apresentou estudo para subsidiar as negociações de honorários entre as entidades médicas e as empresas representativas de planos de saúde de autogestão. A FIPE concluiu que o preço mínimo para uma consulta médica deveria ser R\$ 29,00 naquele ano. O preço médio da consulta particular apurado na época foi de R\$ 75,00. Com relação ao custo mensal de um consultório padrão, o valor estimado foi R\$ 5.179,00. Em 2003 as entidades passaram a reivindicar o mínimo de R\$ 42,00 a consulta.

Em nota pública divulgada pelas entidades médicas do Rio de Janeiro (Somerj, Cremerj, Sindicato dos Médicos e Sociedades de Especialidades), em 23 de junho de 2003, encaminhada à CPI, os médicos

decidiram manter a paralisação do atendimento por guias à empresa Sulamérica, escolhida naquele momento como o principal alvo do movimento por melhores honorários. Segue trecho do comunicado:

“Os médicos mantiveram a posição de considerar insatisfatórias as propostas apresentadas pelos convênios para o reajuste de consultas e CH. Golden Cross e Bradesco mantiveram suas propostas de reajuste limitadas a planos coletivos, de 19,05%, a partir de 1º de julho, nas consultas, passando de R\$ 25,20 para R\$ 30,00; e de 7,14% para o CH, passando de R\$ 0,28 para 0,30. Para planos individuais, as empresas informam que dependem da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conceder maiores índices de reajuste. E nada ofereceram para SADT (exames complementares). A Amil alega que já está com sua consulta em R\$ 30,24 e irá oferecer esse mesmo valor para planos individuais. Já a UNIDAS (ex-Grupo Ciefas), que havia feito uma proposta escalonada, modificou-a e propôs o valor de R\$ 30,00 para consulta e CH de R\$ 0,30, a partir de 1º de julho, também excluindo SADT. Os demais planos e seguros, membros da FENASEG ou da ABRAMGE, não apresentaram quaisquer propostas de reajuste de honorários médicos...”

5.2.1.3 — A META REFERENCIAL.

O médico neurocirurgião Roberto C. de Mendonça (CRM/SP 51.098) , em seu depoimento à CPI , denunciou a prática da chamada “Meta Referencial”:

“Nós estamos sofrendo pressões bastante insuportáveis por parte de algumas operadoras. O exemplo que eu estou trazendo aqui é de uma cooperativa médica, No ano de 2002, a UNIMED Paulistana começou a fazer um programa chamado Meta Referencial, que nada mais é do que um limite imposto ao médico especialista e aos médicos clínicos-gerais etc., de não poderem pedir os exames acima de uma cota, obviamente por eles estabelecida. Mas e, no caso, quando o médico passa dessa cota? Ele é obrigado a justificar um calhamaço de papéis que vêm para o seu consultório com todos os atendimentos que você fez nos 2 últimos meses. Lançaram também um programa chamado As Diretrizes de Exames Pré-Operatórios, baseado em medicina, baseado em evidências. Utilizaram-se alguns trabalhos do Colégio Brasileiro de Cirurgões e da Escola Paulista de Medicina.

Aliás, diga-se, utilizaram parte desses trabalhos, distorceram e usaram em causa própria. Em suma, para os senhores terem idéia, se você até 40 anos de idade, você não tem nenhuma doença grave e você vai ser operado, eu como médico não devo pedir nenhum exame pré-operatório. É isso o que eles recomendam. Esse problema, essas metas referenciais, vieram do interior para São Paulo. Começou na UNIMED de Presidente Prudente em 1997 e veio vindo por várias UNIMEDs. Em agosto do ano passado, eu tive desconto de, arredondado, mil e duzentos reais, do meu salário médico por conta dessa Meta Referencial.”

O denunciante protocolou à CPI correspondência e ele enviada pela UNIMED Paulistana, em 26 de dezembro de 2001, na qual lê-se:

“no mês de outubro de 2001, o senhor realizou 22 consultas e gerou em média 629.14 CH em SADT (Serviço de Atendimento em Diagnose e Terapia) por consulta. Este valor está 67% acima dos limites gerados pela sua especialidade”.

Sobre a Meta Referencial, o presidente do Conselho Federal de Medicina, Edson de Oliveira Andrade, relatou o seguinte à CPI:

“A Meta referencial pode ser para bonificação ou para punição. O que é isso? As operadoras criam a partir de diversos argumentos, na maioria das vezes de natureza estatística e interna, um perfil de utilização para determinados procedimentos atos e condutas médicas e diz o seguinte: quem passar disso aqui, vai ser penalizado. Então, o seu valor do procedimento cai 5%. Se você ficar abaixo disso daqui, você vai ser beneficiado e você vai ter 5% de benefício. Nesse momento, ao ser instalada uma situação dessa natureza, estou em conflito de interesse com o meu paciente.

5.2.1.4 — A UNIMILITÂNCIA.

A unimilitância é a exigência de exclusividade de prestação de serviços, prática comum em várias cooperativas médicas, por tratar-se de cláusula de fidelidade societária entre os médicos cooperados. De acordo com tal cláusula, os médicos não podem prestar serviços como credenciados a outras operadoras de planos de saúde, devendo atender exclusivamente os usuários da operadora. O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), entre os

anos de 1999 e 2000, condenou diversas UNIMEDs pelo exercício de poder de monopólio nas localidades onde filiavam quase a totalidade dos especialistas, não deixando espaço para a atuação de planos de saúde concorrentes.

Sobre a unimilitância, destacamos o depoimento à CPI do promotor do Ministério Público Federal do RS, Paulo Valério Dal Pai Moraes. Relatou à CPI:

“Nós, do Ministério Público, infelizmente, não podemos resolver com as UNIMEDs de maneira extrajudicial. O que podemos referir aqui é que o nosso nível de litígio judicial diz respeito a esse tema da unimilitância, quando alguns médicos representaram o Ministério Público reclamando da sua falta de liberdade para trabalhar para várias operadoras de planos de saúde ao mesmo tempo. Esses médicos referiam que estavam recebendo cartas, documentos das suas UNIMEDs, dizendo que eles deveriam se descredenciar dessas outras operadoras e ficar apenas com a UNIMED. Isso, em princípio, não nos pareceu adequado, porque está, inclusive, nas leis dos médicos que eles têm a liberdade de escolher para quem eles desejam trabalhar. E eles, ali, estariam recebendo algum tipo de imposição com a qual eles não concordavam. Com base nessas reclamações, que não dizem respeito apenas a Porto Alegre, isso acontece em todo o Brasil, isso é um tema, isso é uma divergência que está acontecendo em todo o Brasil, o Ministério Público tem tentado várias ações coletivas de consumo para o fim de que esses profissionais médicos tenham a sua liberdade garantida e possam, assim, trabalhar para aquelas operadoras que desejarem. É importante essa referência, porque nós não podemos ter uma operadora só no mercado. Eu ouvi uma informação aqui de que no Estado do Rio Grande do Sul nós teríamos 22 mil médicos. E ouvi uma outra informação de que 12 mil desses médicos estariam vinculados a UNIMEDs. Então, isso é um sinal, um alerta importante. Nós teríamos mais da metade do mercado dos prestadores de serviços médicos vinculados à UNIMED. Isso é um dado interessante. Por que não podemos ter apenas uma operadora ou um operador no mercado de consumo? Por uma questão de mercado evidente. Se houver apenas um operador, ele, certamente, imporá aquele preço e aquela qualidade que melhor lhe aprouver. Então, é salutar e está dentro dos princípios da ordem econômica, no art. 170 da Constituição Federal, o princípio da livre concorrência. Então, isso é um tema controvertido. Não estou querendo declinar aqui que o Ministério Público esteja com a razão ou o outro lado. É um

tema que está em juízo, em vários tribunais do Brasil.”

O Presidente do SINDHOSP, Dante Montagna, também posicionou-se sobre o tema:

“Há domínio de mercado, principalmente no interior paulista; algumas operadoras ainda não permitem que seus credenciados ou cooperados atendam ou se credenciem junto aos concorrentes. Atitude nefasta, pois há regiões que predomina determinada operadora há anos e os prestadores de serviços comprometem com esta operadora 70% da sua receita mensal. Como poderão contestar, discutir ou até romper o contrato se o nível de dependência é tão alto? Não há outras operadoras no local pois ficam sem alternativas de credenciamento de profissionais para expandirem-se.”

Cumpre registrar, contudo, que o Superior Tribunal de Justiça - STJ tem firmado orientação no sentido de entender válidas, nos estatutos de cooperativas, cláusulas contratuais que prevejam a exclusividade. Veja-se, a respeito, a ementa de dois Recursos Especiais:

RESP nº 126.391 – SÃO PAULO, Relator o Ministro WALDEMAR ZVEITER, em que era Recorrente UNIMED RIO CLARO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e Recorridos IBRAHIM GEORGES BUTTROS NETO E OUTROS, data do julgamento: 03/08/1999:

“I – No direito cooperativo, assentou a doutrina que os estatutos contêm as normas fundamentais sobre a organização, a atividade dos órgãos e os direitos e deveres dos associados frente à associação. São disposições que valem para todos os partícipes (cooperados) por isso que de natureza geral e abstrata, tal como a constituição reguladora da vida do estado rege o comportamento das sociedades personificadas. Tais normas não assumem uma característica contratual, mas regulamentar ou institucional.

II – O associado que adere a Cooperativa Médica sujeita-se ao seu estatuto. Não está obrigado a não atuar livremente no atendimento a pacientes que o procurem. Todavia não pode vincular-se a outra entidade congênere, provocando concorrência à cooperativa e desvirtuando a finalidade com que instituída.

III – Recurso conhecido e provido.”

RESP nº 367.627 – SÃO PAULO, Relatora a Ministra NANCY ANDRIGHI, em que era Recorrente UNIMED DE PRESIDENTE PRUDENTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e Recorridos FRANCISCO DE ASSIS COSTA SOUZA E OUTROS, data do julgamento: 04/06/2002:

“Civil e Processual Civil. Recurso Especial. Cooperativa. Médicos associados. Prestação de serviços. Exclusividade.

O médico associado à cooperativa está obrigado a obedecer ao seu estatuto.

Se esse contém cláusula que prevê a exclusividade de prestação de serviços, devem os médicos associados abster-se de prestar serviços em entidade congênere. Precedentes.”

Além da unimilitância, também foi criticada durante a CPI a cobrança da chamada “cota capital”, valor - geralmente alto, mas variável - fixado para o profissional que ingressa em uma cooperativa médica. É a cota de participação do médico no negócio, intransferível a terceiros, mas que pode ser resgatada quando o médico deixa a cooperativa, ou pelos familiares, no caso de morte.

5.2.1.5 — CONTRATOS SEM PADRONIZAÇÃO.

Diante da ausência de regulamentação da relação entre médicos e planos de saúde, a CPI constatou a inexistência de contratos padronizados, que deveriam ser firmados entre os profissionais e as operadoras. O Ministro da Saúde, Humberto Costa, apresentou às entidades médicas, em setembro de 2003, sugestões para solucionar o problema. O assunto, no entanto, ainda não havia sido regulamentado até o final desta CPI. São as seguintes as sugestões do Ministério da Saúde, que deveriam constar como cláusulas obrigatórias nos contratos:

a) Qualificação específica:

Operadoras e profissionais de saúde - ou pessoas jurídicas (no caso de clínicas e consultórios) - deverão possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela portaria 376/2000 e normatizada pela portaria 511/2000 do Ministério da Saúde.

b) Descrição dos serviços contratados

Detalhes sobre os procedimentos para os quais o prestador é indicado, incluindo regime de atendimento (se hospitalar, ambulatorial e/ou urgência).

c) Prazos e formas de faturamento e pagamento

Definição dos valores dos serviços contratados; rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver; procedimentos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos, que necessitam de autorização.

d) Vigência do contrato

Define o prazo acordado entre as partes e as regras para período de renovação

e) Critérios para rescisão ou não-renovação do contrato

Dá garantias para preservar a relação entre o profissional de saúde e o paciente, e eventual necessidade de continuar o atendimento com outro prestador.

f) Informação da produção assistencial

Obriga o prestador de serviço a fornecer à operadora – quando requisitado pela ANS - os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e de sigilo profissional.

g) Direitos e obrigações de ambas as partes

Observa rotinas de não discriminação de pacientes; prioridade para casos de urgência ou emergência, pessoas com mais de 65 anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade; penalidades por descumprimento contratual; e regras para reajuste, contendo forma e periodicidade.

5.2.1.6 — EXCESSO DE MÉDICOS

A abertura indiscriminada de novos cursos de Medicina no Brasil, um dos problemas levantados durante a CPI, faz com que muitos médicos cheguem despreparados ao mercado de trabalho, em grande parte resultado da

má formação em escolas que foram abertas sem as mínimas condições de formar bons profissionais.

De acordo com as entidades médicas que prestaram depoimento na CPI a formação precária e o excesso do número de médicos não só colocam em risco a saúde da população, mas estão também relacionados ao aumento dos custos por causa da realização de exames e procedimentos desnecessários; aumento das infrações éticas; e à aceitação de salários irrisórios, honorários abaixo da média e condições de trabalho desfavoráveis.

Neste sentido, o Presidente do Conselho Federal de Medicina, Edson Oliveira Andrade disse à CPI:

“estou convencido de que o grande interessado nessas aberturas indiscriminadas de escolas médicas é esse sistema que está aí. Ou seja, na medida em que nós vamos ter 12.000 médicos formados hoje, amanhã 15.000, vamos ter uma massificação, mas não uma qualificação da mão-de-obra médica. O médico mal preparado usa o sistema muito pior ainda; isso custa muito dinheiro na mão de um médico não preparado. Alguém vai se prejudicar no meio e é sempre o cidadão que é paciente”

O número de médicos cresce numa razão duas vezes maior que o crescimento populacional do país. A proporção no país é de um médico para cada 606 habitantes, sendo que a Organização Mundial da Saúde preconiza como ideal um médico para cada 1.000 habitantes. Nos grandes centros a situação é mais alarmante. Na cidade de São Paulo, onde dois novos cursos privados terão início em 2004, a proporção atinge atualmente um médico para 264 habitantes, o que significa que medidas devem ser tomadas para melhorar distribuição dos médicos no País.

O Brasil já conta com 121 cursos de medicina, que formam cerca de 12.000 médicos por ano. Mesmo sem critérios de avaliação de qualidade e sem a preocupação com o agravamento da oferta de vagas, foram abertos 36 cursos de Medicina, de 1996 a 2003, todos privados. Só em 2002, o MEC aprovou oito cursos de Medicina.

Há um consenso de que a Residência Médica é o melhor instrumento para a formação de especialistas. Mas o número de vagas de Residência atende apenas 70% dos formandos no País, apesar do crescimento

das oportunidades nos últimos anos. Os excluídos da Residência são justamente aqueles que cursaram a graduação em escolas que não oferecem boa formação.

5.2.2 – ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E CONGÊNERES

“A rede hospitalar privada está atravessando um período caótico, sem precedentes, à beira de um colapso financeiro. A maioria dos hospitais é associada a planos de saúde. Em média, cada hospital atende 66 planos, mas há aqueles que atendem até 100. Os planos de saúde estão adotando posturas unilaterais, algumas de forma predatória, sem nenhuma parceria, visando tão somente a sua exclusiva e famigerada lucratividade.”

Estas são declarações prestadas à CPI por Dante Ancona Montagnana, presidente do SINDHOSP – Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e Demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo.

Destacam-se, a seguir, os principais problemas reclamados pelos hospitais na relação com as operadoras, conforme depoimentos, casos relatados e documentação encaminhada à CPI.

5.2.2.1 — FALTA DE REAJUSTE.

De acordo com o SINDHOSP há mais de 5 anos não são reajustados os valores pagos nas tabelas de diárias e taxas para a maioria dos hospitais. Recebem atenção diferenciada apenas os hospitais cujos nomes representam uma alavanca potencial de vendas para a operadora. Falta de reajuste no valor unitário do CH (Coeficiente de Honorários), além da redução do mesmo (em 1996 o CH variava de R\$ 0,27 a R\$ 0,29 e hoje há operadoras iniciando a partir de R\$ 0,07). O CH é a moeda utilizada para transformar em reais as tabelas de Honorários Médicos e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT (exames laboratoriais e radiológicos, serviços de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia etc.), adotadas pelas operadoras, para efetuar o pagamento dos serviços prestados pelos credenciados aos associados das operadoras. Em 2003 foi lançada pelas entidades médicas a *Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos (CBPM)*, com valores atualizados, mas a referência ainda é a tabela da AMB, edições de 1990 e 1992.

Também há, segundo o SINDHOSP, uma pressão para redução dos valores pagos aos hospitais e, caso não aceitem, há a possibilidade de serem remanejados para o atendimento de planos mais eletivos, onde o número de associados é inferior, resultando em queda de receita do hospital. Muitas vezes no ato da emissão da guia de internação, o plano de saúde sugere optar por um outro hospital.

Os hospitais alegam, com demonstrativos encaminhados à CPI que seus custos não foram estagnados e nem reduzidos, pelo contrário, aumentaram em virtude de uma série de fatores. Anexam documentação sobre os dissídios coletivos da categoria (46,50% no período compreendido entre 1998 a 2003), e que no caso, os hospitais dizem representar de 55% a 60% do custo administrativo e operacional; o aumento do dólar (que variou 216% no período de 01/01/98 a 30/12/02), moeda utilizada para as aquisições de kits laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares (financiados ou em sistema de *leasing*); os reajustes dos contratos de manutenção, terceirização de serviços, aluguéis em geral, vinculados ao IGPM, cuja variação dos últimos 5 anos chegou a 85,90%.

Em contrapartida, argumenta o SINDHOSP, foram autorizados, pela SUSEP (até 1999) e posteriormente pela ANS, reajustes aos planos de saúde durante o período de 1998 a 2003, que totalizaram de 56,72% a 59,19%, índice aplicado aos planos individuais.

5.2.2.2 — GLOSAS

A glosa (jargão utilizado no meio médico e hospitalar) acontece quando a operadora não aceita efetuar o pagamento integral das despesas do paciente. As glosas acontecem nas contas e faturas hospitalares, sob vários argumentos, técnicos e/ou administrativos). As principais situações são as seguintes:

- a) O plano de saúde alega que o preço de determinado insumo está acima do valor médio de mercado. O SINDHOSP diz que é impossível comparar e igualar todos os hospitais e clínicas com aquelas instituições que adquirem grande quantidade de um determinado produto, e cujo preço unitário, evidentemente, é menor em comparação ao valor do outro que utiliza quantidades menores.

b) O plano de saúde quer pagar determinados materiais conforme o menor valor de um similar, quando o médico optou por determinada marca mais cara, porém que lhe traz mais confiança.

c) As auditorias médica ou de enfermagem dos planos de saúde glosam os medicamentos de alto valor prescritos pelo médico assistente do paciente que não faz parte do corpo clínico do hospital.

Ainda sobre glosas , ressaltamos trecho do depoimento do Sr. Dante Montagnana à CPI:

“Há demora para mandar autorização, não autoriza o procedimento solicitado, recusa de autorizações, demora para autorização de material, não autoriza atendimento de urgência, não dão autorização para internação e sugerem observação. O que acontece com esses problemas de glosa? Não aceitam os valores, fazem cortes nas despesas e desconfiam; alegam o excesso de exames, alegam não ser necessário e não acreditam no hospital. Isso são informações dadas pelos próprios prestadores de serviços que atendem aos planos. Glosas por não aceitar o preço do material, o remédio. Dizem que deveriam ser usados os mais baratos. Questionam a conduta de médicos, duvidam do diagnóstico, glosando prescrições médicas. Glosam o material, acham excessivo o número.

Segundo estudo realizado pelo SINDHRIO, houve, de 2001 para 2002, nos hospitais do Estado, aumento médio de glosas de 34% e aumento do volume de pagamentos com atraso superior a 30 dias de 325%.

Em carta dirigida à CPI, o Centro Infantil Boldrini, de Campinas, que atende crianças e adolescentes com câncer e doenças sangüíneas, afirma que tem um saldo credor junto aos planos de saúde no total de R\$ 1.529.663,42

“Com 70 a 80% dos pacientes sendo atendidos pelo SUS, a receita advinda dos planos de saúde é de fundamental importância para a continuidade da nossa prestação de serviços. No primeiro semestre de 2003 realizamos 14.768 consultas e 1.073 internações pelo SUS” afirma a diretora do Centro Boldrini, Sílvia Regina Brandalise.

Dentre os inúmeros casos de glosas irregulares recebidos pela CPI, destacamos exemplos que, inclusive, trazem prejuízo não só ao

hospital, mas principalmente ao usuário. Reproduz-se a seguir trechos de cartas e documentos enviado pelos planos de saúde ao hospital, justificando as glosas efetuadas:

a) Negativa de autorização de exame pelo convênio:

“Pela presente informamos que o exame Troponina não está sendo autorizado por não constar na Tabela da AMB, necessitando de acordo prévio”

b) Exigência de envio de documentos confidenciais do paciente com pré-requisito para liberação de pagamento

“Necessário enviar laudo anátomo-patológico do paciente, referente a exame pré-operatório, com deslocamento”.

colhido c) Autorizada a endoscopia e glosado a biópsia do material

“Glosa de biópsia ou citologia por ausência de autorização prévia para procedimento”

justificativa d) Glosa do faturamento integral de pronto socorro sem

“Informo que não estará incluso em nosso pagamento o valor referente aos atendimentos realizados no pronto-socorro devido não concordarmos com o valor cobrado e não quitarmos este débito até o senhor diretor clínico reunir-se com nosso Departamento de Auditoria.”

5.2..2.3 — PACOTES FECHADOS.

Os planos estabelecem pacotes de atendimentos cirúrgicos (preços fechados de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, sob risco do prestador) “leiloados” entre os hospitais. Os planos de saúde fecham com o hospital que cobrar o menor valor.

5.2.2.4 — OPERADORAS LIQUIDADAS.

No caso das operadoras liquidadas, a exemplo da UNIMED São Paulo, elas saem do mercado e deixam débitos em aberto com os hospitais.

A operadora que assumiu os usuários se exime de qualquer responsabilidade financeira com os credores.

5.2.2.5 — TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES.

Ao adquirir um plano de saúde, o usuário opta por aquele que possui, na sua rede credenciada, hospitais de sua confiança. Quando necessita de uma internação, no caso de urgência, por exemplo, recorre ao hospital que escolheu. Tornou-se prática, conforme denuncia o SINDHOSP à CPI, a operadora, tão logo seja possível de acordo com o quadro clínico do paciente, fazer sua transferência para outro hospital, geralmente próprio da operadora, afim de reduzir seus custos. É o que denuncia o Dr. Dante à CPI:

“ Transferem os pacientes em fase de tratamento para hospital próprio; desviam o paciente para hospitais mais baratos, sempre visando o lucro deles; nas transferências, não comunicam ao paciente os verdadeiros motivos financeiros, alegam que o hospital é muito fraco. Normalmente, o beneficiário, quando compra um plano, ele sabe, por exemplo, que o Hospital 9 Julho está dentro. Ele vai ao 9 de Julho, se interna, porque ele está dentro, e logo em seguida a operadora procura transferir esse paciente para um hospital próprio ou para um hospital mais barato, dizendo que o hospital, realmente, sei lá, não está muito bom, alguma coisa... Certo. Se ele está dizendo que o 9 de Julho é um hospital credenciado, eu entendo que devia ficar desde a internação até a sua alta, e não a transferência.”

5.2.2.6 — PESQUISA REVELOU RELACIONAMENTO CAÓTICO

Em seu depoimento à CPI, Dante Montagnana revelou que o relacionamento entre os hospitais e os planos de saúde é caótico, conforme pesquisa encomendada pelo SINDHOSP ao Instituto DATAFOLHA.

Realizada entre maio e junho de 2003 com os principais hospitais privados da Grande São Paulo, a pesquisa ouviu 82 hospitais, com nível de confiança de 95%. Os hospitais atendem, em média 66 planos e 26% possuem plano próprio. A maioria dos hospitais entrevistados — 74% — tem contratos assinados com todos os tipos de planos das operadoras. Porém, apenas 45% têm até 50% dos contratos atualizados.

Em relação aos problemas mais freqüentes com os planos de saúde, 57% dos hospitais afirmaram ser as autorizações; 49% problemas com glosas técnicas e administrativas sem fundamento; e 27% problemas com pagamentos.

Foram, ainda, apontados pelos hospitais os seguintes problemas: transferência de pacientes para hospitais próprios das operadoras (55%); auditoria médica — desconhecimento do contrato, confusão entre normas, pouco conhecimento médico (61%); falta de padronização de formulários de cobrança das diversas operadoras, gerando glosas (56%); medicamentos de alto valor glosados pelos médicos auditores (55%); imposição de pacotes com preços fixos sem possibilidade de reajustes (46%), entre outros.

A pesquisa identificou também que 49% dos hospitais pesquisados receberam reajuste nas diárias e taxas de serviços de 6%, em média, nos últimos três anos, mas de apenas 49% das operadoras. 32% dos hospitais ainda tiveram redução de aproximadamente 13% no valor do coeficiente de honorários (CH) de 21% dos planos conveniados. Apenas 22% dos hospitais pesquisados afirmaram ter recebido reajuste de 8%, em média nos últimos três anos, no valor do CH.

Quando os hospitais foram perguntados sobre de quais planos ou seguros de saúde se descredenciariam, os destaques negativos foram: AMIL (18%), SAMCIL (14%) e INTERMÉDICA (12%). Novo destaque negativo para AMIL, SAMCIL e INTERMÉDICA, com média de 16% de citações, por serem consideradas as piores e mais burocráticas empresas.

Os motivos alegados pelos hospitais que os fariam deixar de atender a uma operadora de plano de saúde são: restrições de procedimentos e exames (74%), problemas com pagamentos e glosas (43%) e relacionamento difícil e complicado (13%).

As empresas que foram citadas como as melhores em relacionamento com os hospitais são: SULAMÉRICA (51%), BRADESCO (34%) e UNIMED (16%). As três principais razões para um hospital considerar uma operadora de plano de saúde importante são: gerar movimento (52%), pagar em dia as remunerações (51%) e não ter restrições de procedimentos em exames e glosas (30%).

A conclusão não é nada animadora pois os problemas entre os hospitais e os planos de saúde acabam repercutindo na vida do usuário. Além das dificuldades no atendimento, são prejudicados com descredenciamentos e com a exigência de cheque caução ou contrato no momento da internação e realização de algum procedimento mais oneroso. Geralmente, quando a operadora deixa de pagar o hospital, seja qual for a razão, o hospital desconta o cheque e é o consumidor que assume a dívida.

5.2.2.7 — SUGESTÕES DOS REPRESENTANTES DOS HOSPITAIS DIRIGIDAS ÀS OPERADORAS PARA DIMINUIR OS PROBLEMAS APONTADOS.

- 1) Diminuir a demora para autorizações ;
- 2) Autorizar atendimentos de urgência;
- 3) Treinar atendentes das operadoras, aos quais fica a incumbência de dar autorizações, mas que não têm conhecimento técnico;
- 4) Autorizar internações seguindo as recomendações médicas do hospital;
- 5) Autorizar rapidamente a prorrogação de internação;
- 6) Acabar com o desvio de pacientes para outros hospitais por motivos financeiros, sendo claros na explicação aos familiares dos motivos da transferência;
- 7) Obrigar operadoras a instalar central de atendimento para liberação de pedidos de internação com funcionamento de 24 horas.

5.2.2.8 — O CUSTO DOS INTERMEDIÁRIOS.

A frequência de utilização, bem como o preço de materiais e medicamentos, têm sido apontados como fatores chave da espiral inflacionária de gastos com saúde. O uso de determinadas órteses, próteses, de materiais cirúrgicos e de medicamentos altera radicalmente o valor do procedimento.

Considera-se o envolvimento dos prestadores de serviços com a venda desses produtos, sob a condição do recebimento de um percentual do valor cobrado, um grave problema. Entre as conseqüências da vinculação entre prestadores de serviços e empresas de produção/comercialização de

materiais ressaltam-se: a restrição da possibilidade de indicação/ escolha do profissional e estabelecimento de saúde do melhor produto para as necessidades dos pacientes e o desvio da atividade fim da prestação de serviços para a venda de materiais e medicamentos.

O superfaturamento de insumos, órteses e próteses no mercado de saúde suplementar é denunciado pelo Sr. Jorge Guilherme Robinson, Coordenador de Área da UNIMED RS, em depoimento à CPI:

“Estou indicado pela Federação das UNIMEDs do Rio Grande do Sul para representar aqui 30 cooperativas singulares que compõem o sistema no Estado. Nós congregamos 12 mil médicos no Rio Grande do Sul e entendemos, sem querer ser pretensioso, que também estamos aqui e queremos estar aqui representando os interesses dos nossos 1,2 milhão de usuários no Rio Grande do Sul.... o que está acontecendo é que alguns fornecedores de insumos, sabendo agora desse modelo da lei — e que as operadoras são obrigadas a fornecer tudo o que for solicitado pelo médico, sem limite, sem especificação de material nem nada —, são partes da cadeia que fornece os insumos que compõem os custos do plano de saúde. Eles estão superfaturando, especialmente na área de medicamentos, materiais, órgãos de próteses e implantes. Eles substituem uma prótese por uma outra que tem a mesma função, só que ela triplica de preço. Ele substitui um marca-passo, que hoje estava custando 33 mil reais, e ele passa a custar 102 mil reais. E não há nenhum tipo de controle sobre isso aí.”

A irregularidade é detalhada pelo próprio Sr. Robinson, em documento produzido juntamente com Paulo Roberto de Oliveira Webster, coordenador de Intercâmbio da UNIMED RS, e entregue à CPI :

“Na maioria dos casos, as empresas fabricantes nomeiam seus representantes regionais e as distribuidoras que atuam neste mercado. Quando um paciente utiliza uma prótese, uma órtese ou outro insumo destes, os hospitais emitem uma nota para a cobrança da operadora de saúde. Estes materiais são utilizados pela indicação do médico, que os implanta no seu paciente. Os hospitais cobram uma taxa que varia de 10 a 30%, sobre o valor dos mesmos. Estas empresas distribuidoras têm dois grandes clientes envolvidos na intermediação do negócio. Os hospitais, que abrem suas portas para a entrada destes materiais e utilização dos mesmos nos pacientes que ali farão sua

cirurgia e os médicos que ao final das contas serão os grandes indicadores daquele ou outra marca de prótese, implante ou outros. Estas empresas se aproximam dos hospitais, oferecendo vantagens na obtenção de grandes margens de lucro. Também se aproximam de alguns médicos, oferecendo vantagem para que priorizem este ou aquele material...”

De acordo com Alceu Alves da Silva, Diretor Administrativo do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre: “as órteses e próteses representam um dos grandes pontos de sensibilidade da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. A prática do mercado é o prestador de serviços aplicar uma taxa de comercialização sobre o valor da nota fiscal. A comercialização de órteses e próteses constitui uma atividade dos hospitais, compondo uma parte da remuneração dos serviços prestados. Nessa esteira, a taxa de comercialização também remunera os custos advindos da estrutura de compras, do armazenamento, das eventuais perdas e dos custos administrativos. A taxa aplicada no mercado era de 35%, o que já poderia ser questionado. Afora os prestadores que agem corretamente, circula no mercado que instalou-se um verdadeiro emaranhado de interesses não esclarecidos, com o envolvimento de médicos, hospitais e fornecedores. Nessa situação estariam presentes: o comissionamento de profissionais, o aumento deliberado dos valores nas notas fiscais vinculados a polpudos descontos financeiros”.

5.2.3 — LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS.

O Diretor Presidente da Associação Brasileira de Análises Clínicas – Regional São Paulo, Luiz Roberto Del Porto, afirmou em seu depoimento na CPI que existem cerca de 12.000 laboratórios de análises clínicas privados no País, que empregam aproximadamente 1.000.000 de pessoas. Esses estabelecimentos, em sua maioria de pequeno porte, são conveniados ou credenciados pelas empresas de planos e seguros de saúde e/ou pelo SUS. A operação dos laboratórios é altamente dependente dos clientes de planos e seguros de saúde. Atualmente, mesmo nos melhores centros de excelência diagnóstica, a maioria localizados na cidade de São Paulo, o faturamento proveniente dos pacientes considerados particulares (que efetuam o desembolso direto para realizar os exames) representa apenas 3% a 8% do total. No restante do País a proporção de faturamento particular dos laboratórios de análises clínicas é ainda menor, aproximadamente 1% a 3%.

5.2.3.1 — DIMINUIÇÃO DA QUALIDADE DOS EXAMES.

A qualidade dos exames diagnósticos está comprometida. Quem fez esta denúncia à CPI, durante seu depoimento, foi o Sr Luiz Roberto Del Porto:

“Ocorre que o preço do exame está congelado há 9 anos. O que vem ocorrendo então? Infelizmente, está havendo uma queda na qualidade destes exames. Estes exames que são realizados, a fim de que o laboratório possa realizar os testes, acabam migrando para uma metodologia de qualidade não tão confiante, não tão boa, não tão precisa. Ao passo que a medicina, no Brasil, hoje, com o reflexo do mundo, está evoluindo e indo para diagnósticos mais precisos, mais exatos. Ocorre que quem arca com esse custo de se implantar um diagnóstico muito sensível, muito exato, se nós não temos essa contrapartida, que seria quem arca com os custos desses exames?”

A denúncia é confirmada por documento da Associação de Laboratórios Clínicos (ALAC), entregue à CPI, onde afirma que muitos laboratórios estão utilizando kits de 2ª e 3ª linha em decorrência da defasagem entre os custos e os valores que as empresas de planos e seguros de saúde pagam pelos exames.

A própria ALAC adverte que:

“exames duvidosos representam um perigo à sociedade acarretando inúmeros problemas para todo o sistema e comprometendo a saúde pública como um todo”.

5.2.3.2 — FIXAÇÃO DE PREÇOS.

Para a Fixação de Preços, os valores pagos pelos exames laboratoriais ainda são indexados por meio do Coeficiente de Honorários (CH) estabelecido pela Associação Médica Brasileira. Como já foi abordado, em 1996 a AMB adotou uma Lista de Procedimentos Médicos (LPM) que associa valores em reais para os procedimentos. Mas essa tabela, bem como o recente trabalho do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira em torno da elaboração da Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos, não é aplicada para a valorização monetária do procedimento realizado. O valor de uma CH é em média R\$ 0,20. Esse valor médio, varia entre R\$ 0,10 e R\$ 0,30

em função da empresa de plano ou seguro que contrata o serviço e da região, onde está localizado o laboratório.

5.2.3.3 — ESTRATÉGIAS PARA INDUZIR A DIMINUIÇÃO DO VALOR PAGO PELOS EXAMES

De acordo com Del Porto, as empresas de planos e seguros de saúde convidam vários laboratórios de análises clínicas para uma reunião a pretexto de exporem os aspectos econômicos envolvidos com a gestão dos riscos assistenciais e, na prática, propõem a diminuição dos valores pagos pelos exames, “ameaçando” os que não concordarem com o descredenciamento. Nessas ocasiões, são expostas as propostas de outros laboratórios com valores mais baixos. Na prática, só existe indução na diminuição da remuneração dos exames porque existe quem queira aceitar o serviço por valor mais baixo.

Outra forma de reduzir o preço é a troca do volume de atendimento pela redução do preço do exame . Neste caso, as empresas de planos e seguros de saúde oferecem a um ou a um conjunto reduzido de laboratórios a exclusividade do atendimento de seus clientes, desde que eles reduzam o valor dos procedimentos realizados.

5.2.3.4 — GLOSAS

Também são comuns as glosas, que consistem no não pagamento, parcial ou total, de exames realizados, prática bastante semelhante do que já foi relatado na relação com os hospitais.

5.2.3.5 — PRÁTICAS DE CONCORRÊNCIA

Afirma o representante dos laboratórios que muitas UNIMEDs estão criando seus próprios laboratórios de análises clínicas e descredenciando os demais outros laboratórios. Quando essas UNIMEDs monopolizam a comercialização de planos de saúde em determinadas cidades, a criação de um laboratório próprio implica a constituição de um outro monopólio na área de diagnóstico.

O representante dos laboratórios apresentou à CPI as

seguintes sugestões:

a) Obrigatoriedade do repasse dos reajustes dos preços dos planos e seguros de saúde aos laboratórios clínicos (tal como a RN n.º 42 da ANS propõe que seja feito para os hospitais)

b) Prazo de três meses para o rompimento unilateral do contrato entre os laboratórios de análises clínicas e as empresas de planos e seguros de saúde

c) Regulamentação da ANS visando a punição para as empresas de planos e seguros de saúde que estimularem a redução de preços por meio de práticas coercitivas.

d) Estímulo para que as empresas de planos e seguros de saúde exijam que os laboratórios credenciados participem dos programas de controle de qualidade e acreditação.

A tabela a seguir demonstra a diferença de preços pagos pelo mesmo exame por diferentes operadoras, de três segmentos; pelo SUS e pelo comprador particular.

Tipo de Exame	Instituição Pagadora				
	Particular	UNIMED	BRADESCO	CIEFAS	SUS
Hemograma	15	5,4	6,42	8	4,11
VHS	5	1,8	2,14	2,65	2,73
VDLR	10	3,6	4,28	4,8	2,83
Glicemia	7	2,52	2,8	3,75	1,85
Acido Úrico	7	2,52	2,8	3,75	1,85
Creatinina	7	2,52	2,8	3,75	1,85
Toxoplasmose	35	14,4	17,12	16	18,55
Urinocult. com TSA	20	9	10,7	13,25	8,66
EAS	7	3,6	4,28	4,8	3,7
Parasit. de Fezes	10	3,6	4,28	5,35	1,65
Beta HCG	30	11,7	13,91	16,25	6,7
Tiroxina T4	32,5	11,7	13,91	18,7	6,11
TSH	42,5	15,3	18,15	24	6,11
Bacterioscopia	7,5	2,7	3,21	4	2,8
Pesq. BK (escarro)	7,5	5,4	6,42	7,5	4,2
Anti HIV	50	27	32,1	53	10
Colesterol Total	7	2,53	2,8	3,75	1,85

Colesterol HDL	12,5	5,4	6,42	5,35	3,51
Triglicerídeos	10	3,6	4,28	5,3	3,51
Gama GT	10	3,6	4,28	5,3	3,51
Hepatite B (HBsAg)	35	12,6	14,98	19	18,55

Fonte: Associação Brasileira de Análises Clínicas – Regional São Paulo - 2003

5.2.4 — PLANOS ODONTOLÓGICOS.

A assistência odontológica no Brasil é predominantemente privada e, segundo a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, cerca de 29 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista.

As operadoras de planos odontológicos passaram a ser reguladas e monitoradas somente a partir da Lei n.º 9656/98, juntamente com os planos de saúde. De acordo com a ANS existem 464 empresas de odontologia de grupo, que vendem planos odontológicos. As duas maiores concentram mais de 50% do mercado: a ODONTOPREV, com 553.695 usuários (R\$ 65.542.000,00 de contraprestações em 2002) e a INTERODONTO, com 235.330 usuários (R\$ 27.491,00 em contraprestações em 2002).

Atualmente existem regras para a constituição dessas empresas, bem como para os produtos que elas oferecem no mercado.

A ANS classificou e segmentou os planos odontológicos de acordo com o que gastam com sua rede própria: segmento próprio, que gasta mais 30% ; segmento misto, de 10 a 30%; e segmento terciário, que despende menos 10% com rede própria.

O plano odontológico cobre apenas procedimentos odontológicos realizados em consultório, exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia. Exclui tratamento ortodôntico e tudo mais que não está relacionado no rol de procedimentos odontológicos da ANS.

A legislação dos planos privados de saúde contemplava originalmente a cobertura odontológica nos planos de referência. No entanto, com a edição da Medida Provisória 1908-20, de 25 de novembro de 1999, o plano odontológico passou a ser um produto diferenciado, comercializado isoladamente.

O presidente do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Miguel Santiago Nobre, defendeu a obrigatoriedade de os planos de saúde oferecerem aos clientes um plano odontológico básico.

Dentre as propostas que encaminhou à CPI estão a obrigatoriedade de registro das operadoras de planos odontológicos nos

Conselhos Regionais de Odontologia, e a criação de parâmetros de remuneração profissional, com valores de referência alinhados aos reajustes concedidos às operadoras.

Já o presidente do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul, Ben Hur Godolphin, apresentou em depoimento à CPI diversos exemplos de publicidade enganosa de planos de saúde odontológicos:

“então, vejam essa empresa (Golden Cross): 15% de desconto de tarifa, promoção familiar”. Fala ali: Plano odontológico grátis por um ano. É evidente que não pode dar plano odontológico grátis. Certamente, o valor está embutido na prestação que eles cobram. Então, está usando propaganda enganosa para enganar a população. Recentemente, foi lançado em Porto Alegre, a ODONTOUNIMED, infelizmente, está fazendo uma coisa como essa. Eles estão dizendo : `Neste local os nossos clientes poderão realizar diversos procedimentos odontológicos mediante o pagamento de 15 reais por atendimento`, o que é uma coisa completamente absurda fazer isso.”

O Sr. Ben Hur apresentou ainda propaganda das empresa W.ODONTO que anuncia a “promoção de verão”; e também de outra operadora que anunciava o:

”mais novo plano, a partir de 16,90 reais, plano odontológico emergent”.

Por fim chamou a atenção que:

“a maioria desses planos oferece ortodontia a preços irrisórios. Aqui está: 25,20 reais. O tratamento ortodôntico é um dos tratamentos mais difíceis, mais custosos, porque é muito fácil se instalar um aparelho ortodôntico, mas realizar um tratamento ortodôntico é uma coisa extremamente complicada. Obviamente que nunca essa pessoa vai ser tratada”.

O cirurgião-dentista Léo Cristiano Horn no seu depoimento à CPI criticou a falta de fiscalização:

“A ANS só fiscaliza quem é legalmente inscrito. Quem não é inscrito não recebe nenhum tipo de fiscalização. E eu acho isso uma tremenda injustiça, porque, ao se transformar em operadora, no nosso caso, porque éramos uma cooperativa. Muitas empresas que eram registradas na ANS estão fechando e abrindo com outra razão social, porque eles não são punidos, não acontece nada.”

5.3 — ASPECTOS RELATIVOS ÀS OPERADORAS.

Dentre os problemas elencados durante a CPI, merece destaque o suposto agravamento da situação econômico-financeira das operadoras de planos de saúde em função dos custos do processo de regulamentação. Embora seja amplamente reconhecido que a estabilização da moeda e a recessão econômica são fatores que incidem sobre os problemas econômico-financeiros das operadoras, seus representantes ponderam que os requerimentos da regulamentação os agravam.

“Nós estamos passando por uma recessão econômica. As empresas compradoras reduziram seus quadros de pessoal, o desemprego é muito acentuado. A grande maioria dos planos de saúde é de plano coletivo, aqueles planos que são bancados pelos empresários com alguma participação ou não dos empregados, funcionários, para uma assistência para toda a família. Baixo poder aquisitivo da população e economia informal não permitem o regresso dessa massa para os planos de saúde. O resultado é que o mercado perdeu entre 6 a 7 milhões de usuários. (...) O rigor da Lei 9656 e engessamento [das coberturas] dos planos levaram a uma redução do mercado”. (Arlindo Almeida , presidente da ABRAMGE)

“Naturalmente a renda do consumidor brasileiro tem sido afetada nesses últimos anos em função da conjuntura econômica. Mas, por outro lado, a Lei 9656/98 encareceu o produto também. A incorporação de uma série de coberturas e a extinção de limites tornaram o produto, seja plano de saúde ou seguro saúde mais caro” (João Alceu de Amoroso Lima, Representante da FENASEG).

“Há uma realidade de recessão econômica e uma dificuldade para todos receberem o que acham que é justo. Em última análise se as empresas forem obrigadas a oferecer coberturas sem a devida contrapartida vão se inviabilizar” (José Antonio Diniz de Oliveira, Representante da UNIDAS).

“Um dos principais problemas que afetam o setor é a perda do poder aquisitivo da população. Hoje nós vimos estampados nos jornais, informações do IBGE que mostram que o desemprego cresceu. O indivíduo desempregado não tem condições de suportar o pagamento do plano. Há uma perda de clientes em função da queda do poder aquisitivo e do desemprego. A cobertura total só pode ser suportada se tiver uma contrapartida de preço. Esse é um grande problema” (Celso Corrêa Barros, Representante das UNIMEDs).

Segundo avaliação de 2003, da LAFIS (*Latin America Financial Investment Service*), empresa de informações e consultorias no mercado de capitais, com escritório em São Paulo, o mercado de planos de saúde movimenta cerca de R\$ 26 bilhões por ano. O faturamento das operadoras de planos de saúde, de acordo com cálculos da Lafis:

“deverá crescer em 2003 entre 9.0% e 10%, somando cerca de R\$ 29 bilhões. O faturamento do segmento de hospital, clínicas e laboratórios poderá expandir 9% e ficar próximo a R\$ 9.0 bilhões. Somando as despesas com saúde realizada pelos órgãos públicos, o movimento global do setor de saúde poderá alcançar cerca de R\$ 82 bilhões, o que representa aproximadamente 5.5% do PIB do país.”

Também segundo a Lafis:

“as operadoras que mais têm crescido são aquelas cujos produtos são mais adequados às preferências das classes mais abastadas da população ou voltadas ao segmento corporativo, justamente pela maior estabilidade no número de contratos. A maioria das seguradoras, por exemplo, parou de celebrar contratos individuais ou familiares, passando a trabalhar exclusivamente com contratos coletivos empresariais. A lentidão no processo de retomada de um crescimento econômico mais vigoroso

dificulta a expansão do número de beneficiários dos planos de saúde e aumenta a inadimplência (dos contratos individuais).

Estima-se que uma retomada de um crescimento mais substancial da economia poderia agregar pelo menos mais 30 milhões de pessoas para o sistema assistencial supletivo. No entanto, para 2003 estimamos que o número de beneficiários manter-se-á praticamente estagnado (crescimento entre 0.5% e 1%, já considerando os novos contratos e os cancelamentos). Os custos, esse ano, ainda serão crescentes, mas essa elevação poderá ser mais suportável, já que o câmbio está menos volátil.”

5.3.1 — SOLVÊNCIA E LIQUIDEZ.

Segundo os representantes das operadoras e informações fornecidas pela ANS à CPI, parte do setor apresenta problemas de solvência e liquidez. Segundo dados apresentados pela FENASEG, em 2002, cerca de 50% de uma amostra de 749 operadoras apresentavam problemas de solvência (medida pela relação entre o volume total apurado no ano com contraprestações/prêmios e o patrimônio líquido da operadora). Dessas operadoras, 64,5% eram de grande porte (acima de 100.000 contratos) 68,4% de médio porte (entre 20.000 e 100.000 contratos) e 46% pequeno porte (até 20.000 contratos). O cálculo do endividamento não operacional (proporção das obrigações não operacionais, exceto as provisões técnicas, em relação ao patrimônio líquido) mostra a existência de um número significativo de operadoras em todas as categorias de porte com “passivos a descoberto”. Isto é, de empresas nas quais a proporção de empréstimos e financiamentos é superior ao patrimônio líquido. Outro indicador, o de liquidez (relação entre ativo circulante e passivo circulante) evidencia a existência, em 2002, de mais de 30% de operadoras com liquidez igual ou menor do que 1.

5.3.2 — PROVISÕES TÉCNICAS

Segundo as informações da ANS houve entre 2001 e 2002 um crescimento nominal, das provisões técnicas (riscos assumidos com as vendas e manutenção de carteiras calculados atuarialmente). As mesmas fontes

indicam, porém, que em 2002 de um total de 634 apenas 163 operadoras já haviam atingido o nível médio das provisões técnicas, cujo cumprimento gradativo (prazo de seis anos) é exigido pela ANS.

O depoimento à CPI do Presidente da ANS Januário Montone ressalta a ampliação das garantias financeiras do setor:

“a ANS já colocou no mercado, de obrigações no mercado, nesses 4 anos, já recebidos, mais de 1 bilhão de reais. Não estou falando de multas ainda não pagas, não. Estou dizendo as garantias que já tiveram que ser integralizadas, as garantias que se expandiram no setor de seguros, os planos de recuperação, nos quais a Agência obrigou as operadoras a colocar dinheiro, os ressarcimentos que foram recebidos. Nesses 3 anos, na ponta do lápis, estamos falando em mais de 1 bilhão de reais”.

5.3.3 — FATURAMENTO, RENTABILIDADE E LUCRO

O estudo apresentado pela FENASEG mostra que entre 2001 e 2002 houve um decréscimo relativo do faturamento anual das operadoras, uma vez que a variação registrada foi de 16% enquanto que o IGP-M atingiu no mesmo período 25,3%. Os depoimentos dos representantes das operadoras consideram que os retornos têm sido decrescentes e fortemente afetados pelo aumento na “sinistralidade” (relação entre os gastos assistenciais e o valor arrecado com as mensalidades/prêmios).

“Até setembro de 2002 a rentabilidade média das operadoras foi de 3% e o lucro quando aparece no final do balanço é financeiro. (...) A sinistralidade está batendo 82%, o resto é para pagar tributos, despesas administrativas, despesas com pessoal e, eventualmente, fica alguma margem para compor o fundo de reserva da própria cooperativa”. (Celso Corrêa Barros, Representante das UNIMEDs)

“O retorno no primeiro semestre desse ano foi de 2%. (...) 2.1% em um ambiente de 25% de taxa de juros no título mais seguro deste País não me parece um retorno interessante. Isso preocupa bastante os acionistas”. A

sinistralidade atual é de 84%, isto é alarmante, é desestimulante. (Alceu de Amoroso Lima, Representante da FENASEG)

“As operadoras com intuito de lucro estão se queixando muito porque praticamente o lucro não está existindo”. (Almeida Representante da ABRAMGE)

5.3.4 — PREÇOS DOS PLANOS E PLANILHAS DE CUSTOS

Sobre o questionamento da CPI em relação ao controle e transparência das planilhas de custos dos planos de saúde, por parte da ANS, a diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência, Solange Beatriz Palheiro Mendes, esclareceu em depoimento:

“ Nós não trabalhamos com planilhas de custo, ainda. Não temos, como métodos de trabalho, planilhas de custo. Nós formamos uma estrutura de custo a partir das informações. Nós criamos o SIP, que é um sistema de informações assistenciais, nós temos a DIOPE. E, a partir daí, nós estamos formando isso e perseguindo esse objetivo. A estrutura que se conhece hoje, diante dos balanços e dos demonstrativos econômicos financeiros, é que a sinistralidade dessas empresas, hoje, está em torno de 80%, 82%. Ou seja, de cada 100 reais recebidos de contraprestação pecuniária, 85 reais são gastos em despesa médico-hospitalar. Sobram 15 reais para despesa administrativa, despesa de comercialização e lucro”

Há uma significativa variação entre os preços dos planos e seguros de saúde. Essas diferenças são amplamente reconhecidas pelos representantes das operadoras que atribuem a variação dos preços à amplitude das possibilidades de escolha dos prestadores de serviços.

“Nós temos planos de Santas Casas no interior que cobram 20 a 30 a reais para pessoas que usam aqueles determinados hospitais e planos de pessoas que moram na Avenida Paulista e que usam o hospital que querem, dispõem no raio de dois quilômetros dos melhores hospitais do Brasil”. (João Alceu de Amoroso Lima, Representante da FENASEG)

Os preços dos planos são bastante diferenciados. Segundo o estudo desenvolvido pela empresa de consultoria Capitólio, patrocinado pela FENASEG, e apresentado à CPI, em 2002 o valor médio de um plano de saúde ou odontológico foi estimado em R\$ 60,5. Os preços das mensalidades dos planos das medicinas de grupo foram os mais baratos (R\$ 50,1) e os das seguradoras os mais caros (R\$ 132,7).

Quando essas informações são examinadas mais detalhadamente, considerando-se um grupo selecionado de empresas, a variação do valor médio dos preços entre os planos mais baratos e mais caros chega a ser 78% mais elevada:

Estimativa do Valor dos Preços das Mensalidades de Planos de Saúde de Operadoras Selecionadas — Brasil, 2002				
	N.º de Contratos	Valor Anual Arrecadado	Valor per capital/ano	Valor per capital/mês
BRADESCO	2.361.410	2.307.218.000,00	977,1	81,4
SULAMÉRICA	1.579.403	2.560.219.000,00	1621,0	135,1
INTERMÉDICA	1.054.266	433.470.000,00	411,2	34,3
AMIL	715.370	1.039.392.000	1452,9	121,1
UNIMED BH	481.825	548.333.000,00	1138,0	94,8
Medial Saúde	475.868	403.105.000,00	847,1	70,6
UNIMED Rio	419.008	634.877.000,00	1515,2	126,3
Golden Cross	364.928	609.218.000,00	1669,4	139,1
Dix Assist. Médica	155.315	147.922.000,00	952,4	79,4
UNIMED Curitiba	321.724	425.435.000,00	1322,4	110,2
Real Soc. Portug.	9.441	3.537.000,00	374,6	31,2

Fonte: ANS e FENASEG/Capitólio Consultores

5.3.5 — OS GASTOS COM ASSISTÊNCIA

A partir dos relatos dos representantes das operadoras a estrutura de gastos é constituída pelos custos assistenciais (80% a 84%), administrativos (12% do total), e os de comercialização e marketing (4% do total de gastos), além do pagamento de impostos. Por sua vez, os gastos assistenciais das seguradoras, se tomados como exemplo, evidenciam a importância do item internação hospitalar na estrutura de gastos.

Gastos com Serviços de Saúde Remunerados pelas Seguradoras em 2002				
Procedimentos	Número	Gasto Total (R\$)	Gasto Unitário	%
Internações	738.594	2.163.500.000,00	2929,21	42,1
Consultas Médicas	20.961.329	604.800.000,00	28,85	11,8
Exames	45.220.274	975.100.000,00	21,56	19,0
Outros Proced.	28.546.076	1.392.900.000,00	48,79	27,1
Total	95.466.273	5.136.300.000,00	987,75	100,0

Fonte: FENASEG, Seguro-Saúde Guia para Consulta Rápida, 2003
 Número de Clientes de seguradoras, segundo a FENASEG = 5.200.000

Preocupados com a elevação dos gastos assistenciais, especialmente com o impacto da alteração das taxas cambiais sobre os materiais médico-cirúrgicos e medicamentos importados a FENASEG solicitou às empresas FIND Avaliação e Auditoria Médica e a Icatu Health Services a realização de um estudo sobre a evolução dos custos da internação hospitalar.

A Find Avaliação e Auditoria Médica estruturou um banco de dados composto por 82.000 contas médicas de hospitais do grupo A (primeira linha) e do grupo B (segunda linha). As conclusões desse trabalho, entre outros resultados apontam:

- Uma variação de 72,23% nos valores de remuneração das internações hospitalares entre 2000 e 2003 (até junho)
- Uma variação de 145,92% nos valores de remuneração de uma cirurgia de coluna em hospitais de primeira linha (passou de cerca de R\$ 14.000, 00 em 2001 para R\$ 35.000 em 2003) e de 157, 72% nos hospitais de segunda linha, nos quais esse mesmo procedimento em 2001 era aproximadamente R\$ 8.500,00 e em 2003 R\$ 22.000,00.
- A remuneração de uma cirurgia cardíaca realizada em hospitais de primeira linha passou de R\$ 15.000,00 em 2001 para R\$ 30.000, 00 em 2003. Nos hospitais de segunda linha os valores médios da cirurgia cardíaca

aumentaram apenas 10,52% entre 2001 e 2003 (mantiveram-se entre R\$ 15.000, 00 e R\$ 17.000,00).

- A decomposição dos gastos com uma cirurgia de coluna no ano de 2003 mostra que o item material representou 77% do total, enquanto que as diárias e as taxas somam 13% e os medicamentos, exames e gases medicinais 10%.
- O aumento do volume de indicações que implicam o uso de órteses/próteses. Em 2001, o *stent* foi indicado em 60% das angioplastias e, em 2003, 93%.
- As diferenças nos valores de materiais tradicionais em relação às inovações tecnológicas como no reiterado exemplo do *stent*. Um *stent* tradicional pode ser adquirido por R\$ 3.000, 00 e o valor do *stent* com rapamicina é de cerca de R\$ 11.000,00.

5.3.6 — GASTOS COM CORRETAGEM

Os valores dos gastos com despesas de corretagem dos planos e seguros de saúde são pouco divulgados. O valor do comissionamento, incluído na rubrica despesas não assistenciais, não precisa ser explicitado para fins do preenchimento das informações solicitadas pela ANS. A não desagregação do valor referente aos custos de corretagem dificulta a adoção de estratégias para regular a atividade no âmbito da comercialização de planos e seguros de saúde.

De acordo com o depoimento do Senhor Eduardo Simões Ramos, corretor de seguros registrado na SUSEP sob o nº 10.39074-7:

“o valor recolhido pelos corretores corresponde ao da primeira mensalidade do plano, entregue diretamente em dinheiro ou cheque e uma parcela significativa da segunda e a terceira parcelas (dedução de 5% de ISS no Rio de Janeiro e 1,6% de Imposto de Renda) da mensalidade do plano de saúde. Mas os “intermediários” (plataformas de corretagem) também são comissionados. Segundo o depoente, esses intermediários recebem os valores da quarta e até mesmo da quinta parcela das mensalidades dos planos e podem reter o valor dos impostos e repassar

comissões diferenciadas para os corretores ”. Os valores de comissionamento se aplicados a um plano cuja mensalidade é de R\$ 100,00 (R\$ 1.200,00 por ano) perfazem R\$ 360,00. Portanto o valor anual do plano sem o comissionamento seria R\$ 840,00. O Senhor Eduardo Simões Ramos considera que este último valor (R\$ 840,00) é o que deveria ser utilizado como base para o cálculo do reajuste dos prêmios em função do não pagamento da comissão de corretagem quando existe uma renovação anual automática dos contratos. A intenção do depoente foi evidenciar que o preço do comissionamento (cerca de 30% do valor das mensalidades ao longo de um ano) dos planos renovados está embutido no valor base para o cálculo dos reajustes de preços, mas não é repassado aos corretores.

O proprietário da SAMCIL, Luiz Roberto Silveira Pinto, quando depôs na CPI, afirmou que sua empresa adota a prática de repassar para o corretor 350% do valor de uma mensalidade do plano (ou três mensalidades e meia), o que confirma a importância do item corretagem no total dos gastos administrativos.

5.3.7 — GASTOS COM PROPAGANDA.

Da mesma forma que não solicita prestação de contas dos gastos com corretagem, a ANS também não controla ou monitora as despesas das operadoras com publicidade.

O Presidente da ANS afirmou que:

“as despesas de propaganda, elas aparecem no conjunto de despesas de comercialização. Então, não há um item no plano de contas que identifique exatamente esse ou aquele volume de recursos destinado à propaganda. Agora, a Agência tem um padrão de análise dos chamados custos administrativos onde se insere também o custo da propaganda, e eles não podem exceder a 25% do faturamento. Nós exigimos que qualquer propaganda das operadoras tem que ter o número de registro da empresa na ANS”

Há uma noção generalizada, constantemente levantada durante a CPI, de que são vultosos os gastos dos planos de saúde com publicidade e propaganda, o que incidiria no preço final dos produtos vendidos. No entanto, a CPI não identificou nenhuma fonte de dados capaz de estimar

esses gastos com precisão. Uma das formas de verificação parcial, o “Monitor IBOPE”, mede apenas a publicidade veiculada nos grandes veículos — TV, rádio, jornal, revista e *outdoor*. Em 2002, o setor de “assistência médica e seguros-saúde”, conforme é catalogado pelo Instituto, gastou R\$ 120 milhões nestes grandes veículos. Considerando que o setor movimenta cerca de R\$ 23 bilhões por ano, poderia levar a crer que não se trata de um número expressivo. Mas é importante ressaltar que não estão incluídos aí os gastos com propaganda dirigida, panfletagem, corretagem, patrocínio de eventos, promoções culturais, campanhas, atletas e equipes de esportes, publicações especializadas e outros, que consomem consideráveis recursos.

Dentre as empresas que mais gastam com publicidade medida pelo Monitor IBOPE estão: UNIMED (o IBOPE aponta a marca “UNIMED” genericamente), Golden Cross, AMIL, BRADESCO, Blue Life e SAMCIL.

5.3.8 — REAJUSTE DE MENSALIDADES

A aplicação de índice de acréscimo nas mensalidades dos planos individuais e familiares depende de autorização prévia da ANS para cada plano.

O reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares, concedido pela ANS no período de 2003 e 2004 foi de 9,27%. O índice é resultado da manutenção da política que vem sendo adotada pela Agência, de limitar os reajustes dos planos individuais e familiares à média ponderada dos aumentos livremente negociados nos planos coletivos. Assim, chegou-se a 9,27% calculando a média ponderada dos reajustes de 145 mil contratos coletivos que têm um total de 10.800.000 de usuários. Estes contratos são de 448 operadoras que atendem, somando-se os contratos coletivos e individuais, a 22.006.242 de usuários.

Segundo a ANS:

“essa política permite que o poder de barganha que os empresários têm junto às operadoras, no momento de negociar a renovação dos contratos dos planos de saúde de seus empregados, passe para os consumidores que têm planos individuais e familiares”

A ANS também argumenta que a atual fórmula de cálculo é melhor que o mecanismo usado antes da regulamentação, quando as operadoras adotavam o IGP-M como principal indexador dos contratos. O índice de reajuste acumulado nos últimos quatro anos, 32,79%, está abaixo dos principais índices de inflação, O IGP-M acumulado no mesmo período foi de 65,50%.

Existe também a possibilidade de, em um mesmo ano, o plano de saúde ser reajustado para o usuário mais de uma vez. O aumento pode acontecer em três situações: por variação de custos, na data de aniversário do plano; por mudança de faixa etária; ou por revisão técnica concedida pela ANS aos planos em dificuldade financeira, desde que provem que o desequilíbrio da operadora ameaça a continuidade de prestação dos serviços de saúde aos usuários.

Nos planos coletivos com patrocinador, a operadora deve comunicar à ANS o reajuste adotado até 30 dias após sua aplicação. Já no plano coletivo sem patrocinador, a operadora comunica o percentual de reajuste à ANS com antecedência mínima de 15 dias do vencimento da mensalidade. Esses reajustes são apenas monitorados pela ANS.

O reajuste por faixa etária deve obedecer a legislação (sete faixas, sendo que a última faixa etária não poderá ter valor superior a seis vezes o valor da primeira), mas somente nos planos novos e adaptados.

Os reajustes de planos antigos (contratos firmados antes de 1999 e não adaptados à lei) não estão sujeitos à regulamentação da Lei 9656/98.

Os representantes das operadoras consideram que os índices para o reajuste de preços dos planos individuais e coletivos não patrocinados determinado pela ANS acentuam os problemas de equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

“O prêmio vem sendo sub-reajustado nos últimos anos. Há uma política clara de controle de preços da ANS que vem achatando os prêmios. (...) O que nós estamos vendo é um mercado absolutamente desequilibrado e reduzido em termos de tamanho, de pessoas cobertas. Isso é fruto, em parte, dessa política de controle de preços. (...) As planilhas de custo mostram a necessidade de reposição de 15% a 16%, não há razão para a ANS limitar isso para 9%, 7% ou 6%. Isso é a causa dos desequilíbrios que estamos vivendo hoje. Essa é a política que vem sendo

feita nos últimos cinco anos”. (João Alceu Amoroso Lima, representante da FENASEG)

“A política de reajustes implementada pela ANS há 3 anos parece uma política que não tem relação com a realidade de custos das operadoras. Hoje nós temos uma defasagem em termos de índice de trinta e poucos por cento se utilizarmos o IGP-M que pode não ser o índice ideal, talvez devêssemos ter um índice para o setor. A defasagem traz problemas para as relações com os médicos, com os hospitais”. (Celso Corrêa Barros, representante das UNIMEDs)

Algumas estratégias utilizadas pelas operadoras têm como consequência reajustes muito superior aos índices anuais fixados.

A pesquisa do Índice de Custo de Vida (ICV) do DIEESE mostrou que os preços dos chamados planos “de prateleira”, ou seja, aqueles ainda não contratados, subiram 13,05% entre janeiro e junho de 2003, quase o dobro da alta do ICV no período, de 6,85%. Em 12 meses a alta desses planos foi de 23,32%, contra 17,28% do ICV. Nos últimos quatro anos, chega a 130,6%, contra 47,6% do ICV. O DIEESE acompanha os preços de planos básicos, na faixa de 30 a 39 anos, ofertados por oito operadoras, de diferentes segmentos.

5.4 — ASPECTOS RELATIVOS À ANS.

5.4.1 — EXCESSO DE NORMAS E INSEGURANÇA REGULATÓRIA.

Uma das críticas à atuação da ANS refere-se ao excessivo e complexo arsenal de normas e resoluções, ao detalhamento e às mudanças permanentes da legislação. Nos primeiros três anos de funcionamento da ANS foram publicadas 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC). Somente em 2002, a ANS baixou 18 Instruções Normativas, 112 Resoluções Operacionais, 23 Resoluções Normativas e duas Súmulas Normativas.

Em relação a esse aspecto, assim manifestou-se o Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Arlindo Almeida:

“Temos uma lei, seguida de 45 medidas provisórias, com 23 resoluções do CONSU, 96 resoluções de RDC, da Diretoria Colegiada, 45 resoluções normativas da Agência

Nacional de Saúde e mais 68 resoluções operacionais da Agência Nacional de Saúde também. Então, os senhores vêem o número de intervenções na lei. A atividade é regulada pela Lei 9.656, 45 medidas provisórias, freqüentemente sujeita a normas diferenciadas. Isso não permitiu que a atividade tivesse um instante sequer de tranquilidade ou de certeza do que seria a lei, do que realmente teria que cumprir. Havia as obrigações mais variadas possíveis e, mês a mês, aquelas medidas provisórias alteravam alguma coisa da lei e deixavam as pessoas e as empresas completamente perdidas nessa selva legal na qual nós entramos”.

As constantes mudanças na regulamentação também dificultam a atuação do Ministério Público, segundo disse à CPI o Procurador do Ministério Público Federal, Duciran Von Marsen Farena:

“O que prejudica um pouco a atuação do Ministério Público Federal nessa questão dos planos de saúde é a insegurança do marco regulatório, é também a incerteza do marco regulatório. Em primeiro lugar, temos uma lei que sofre constantes alterações. Não existe ali uma segurança jurídica para que se possa conduzir, digamos, um processo até o final. E essa lei demanda uma série de resoluções e regulamentações, enfim, uma verdadeira avalanche de normas que acabam dificultando a compreensão da matéria. Muitas vezes uma ação é proposta e depois essa ação vem a perder o objeto exatamente porque mudou aquela regulamentação, já se trata de outra, e necessariamente não quer dizer que essa nova regulamentação seja mais benéfica, mas exige uma outra ação.”

As decisões da ANS são alvo de inúmeras disputas jurídicas, sobretudo patrocinadas pelas operadoras de planos de saúde, mas também algumas movidas por órgãos de defesa do consumidor. Somente em 2002 foram movidos 755 novos processos contra a ANS, sendo que atualmente existem mais de 1.500 ações judiciais em andamento.

Já sobre a insegurança regulatória, a própria ANS chama a atenção:

“toda a base jurídica do atual modelo regulatório, inclusive a exigência de cobertura assistencial integral, está prevista na MP 2177-44 (originalmente MP 1665/98) que, em conjunto com a lei 9.656/98, forma o marco legal do

setor. Essa MP não tem prazo para conversão em lei e sua não conversão é fator de instabilidade no marco regulador. Também é importante que se conclua o processo de revisão do modelo das agências reguladoras, fator decisivo em todos os setores regulados”.

5.4.2 — PLANOS ANTIGOS ESTÃO FORA DA ATUAÇÃO DA ANS.

A não atuação da ANS sobre os contratos antigos, firmados anteriormente à lei 9.656/98, foi uma das críticas à Agência levantadas durante a CPI. Antes da decisão do STF, de 2003, que impediu a retroatividade da lei, a ANS chegou a atuar na fiscalização parcial desses contratos, visando a garantia de alguns pontos da regulamentação: proibição de limites de consultas e internação, inclusive em UTI; proibição de rompimento unilateral de contratos individuais; e controle dos reajustes para os contratos individuais.

A ANS, no entanto, não atuava em relação às restrições de cobertura e negações de atendimento, bastante comuns nos contratos antigos. Com a decisão do STF, os contratos antigos voltaram a ficar totalmente descobertos, sem atuação da ANS. No quinto ano de vigência da lei, ainda existem 64% dos usuários com contratos antigos. Do total de planos individuais (25,7% do mercado), cerca de 70% ainda mantém contratos restritivos.

A migração dos usuários de contratos antigos para o modelo regulado é, sem dúvida, um dos desafios mais urgentes da regulamentação. O problema foi ressaltado pelo Ministro Humberto Costa, em seu depoimento à CPI:

“É fundamental para a saúde do sistema, para a garantia dos direitos dos usuários, que nós eliminemos essa convivência nefasta entre planos antigos e planos novos. Isso significa que temos de criar instrumentos para que aconteça essa transição, que ela se faça, se possível, de forma coletiva. E, sendo coletiva, que o peso dela sobre os usuários seja o menor possível.”

Sobre essa questão, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) afirmou em nota:

“é preciso ressaltar que quando se fala em migração e adaptação dos contratos antigos às novas regras, não se fala na criação de direito novo dos consumidores, uma vez que o Código de Defesa do Consumidor deve ser aplicado

aos contratos antigos. Como se sabe, a grande maioria desses contratos desrespeita o CDC. Justamente por isso, a ANS têm o dever de considerar o Código e zelar pelo seu cumprimento.”

5.4.3 — PLANOS COLETIVOS NÃO SÃO TOTALMENTE REGULADOS.

Outra limitação de atuação da ANS diz respeito aos contratos de planos coletivos, empresariais ou por adesão, que reúnem quase 70% dos 37 milhões de usuários, os reajustes e revisões são livremente negociados entre as operadoras e os contratantes. As operadoras informam os índices livremente negociados à ANS, que apenas faz o monitoramento da situação. A Agência alega que:

“as políticas de reajustes e revisões dos planos coletivos e individuais são diferenciadas devido às próprias diferenças entre as duas modalidades. O usuário individual não tem qualquer poder de negociação com a operadora e sua liberdade de escolha e mobilidade só é plenamente exercida na compra de um plano, quando tem as mais variadas opções de preços, acomodações e redes assistenciais, todas com a mesma cobertura assistencial integral garantida pela legislação. A mudança de planos envolve o cumprimento de novas carências e isso evidentemente inibe sua mobilidade. Os planos coletivos têm grande poder de negociação, pelo número de usuários envolvidos no contrato e, além da mesma ou maior capacidade de escolha na aquisição, tem total mobilidade, pois neles não há carências a serem cumpridas.”

A CPI recebeu diversas denúncias de usuários sobre reajustes abusivos e outros problemas com planos coletivos, principalmente na modalidade por adesão, o que tem levado à sugestões de que a lei passe a incorporar a extensão da regulamentação também a esses contratos.

5.4.4 — PREDOMINA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA E TERCEIRIZAÇÃO.

A ANS contava, em setembro de 2003, com 846 funcionários com diversos tipos de vínculos. Sem a possibilidade de realização de concursos públicos — devido à liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal, em resposta a uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, impetrada contra a figura do emprego público nas agências reguladoras — a ANS tem dificuldade de estruturar um quadro de pessoal permanente.

Assim, atua com servidores requisitados e cedidos; com pessoal contratado temporariamente; e com o trabalho de consultores viabilizados por acordos de cooperação técnica internacional.

Para o Presidente da ANS, Januário Montone, falta um instrumento legal:

“nós precisamos é de uma nova definição legal. Nesse projeto de lei que redefine as atribuições das agências reguladoras deveria constar o novo quadro de pessoal de todas as agências. Porque todas estão na mesma situação, elas estão sem previsão legal do seu quadro de pessoal, seja emprego público, seja cargo público, mas nós não podemos hoje ter um quadro permanente. Então, a sugestão concreta é que os quadros de carreiras das agências sejam ou incluídos nesse próprio projeto de lei das agências reguladoras, que está entrando em discussão, ou seja um objeto de um projeto de lei específico. Nós precisamos de um instrumento legal governamental”

Nos termos da Lei 9.961/00 e com base no inciso IX, do Art. 37, da Constituição Federal, a ANS foi autorizada a efetuar a contratação temporária. A Portaria Interministerial n.º 977/MS/MP, datada de 4 de julho de 2001, autorizou a Agência Nacional de Saúde Suplementar a realizar 470 contratações temporárias, sendo 410 de nível superior (remuneração de R\$ 1.500,00 a R\$ 4.900,00) e 60 de nível intermediário (remuneração de R\$ 500,00 a R\$ 1.700,00). Essas contratações só puderam ser iniciadas em meados de 2001, devido à legislação eleitoral e sofreram embargos jurídicos.

Atualmente, a Agência possui 250 técnicos de nível superior e 28 de nível médio contratados temporariamente e, desde sua criação, foram realizados dez processos seletivos simplificados.

Além disso, a ANS mantém 13 cargos efetivos de

Procuradores (carreira Advocacia Geral da União e exercício ANS), criados pela Lei 9.986/2000, com remuneração de R\$ 3.779,34.

Também existem os cargos comissionados, destinados a servidores de órgãos da Administração Pública requisitados pela ANS, mas também não servidores, sem vínculo com a Administração Pública. Nesta situação existem 121 pessoas, incluindo os cinco diretores, 67 gerentes e assessores, 49 técnicos de nível superior. Os valores dos cargos comissionados variam de R\$ 546,30 a R\$ 8.362,80.

Há 35 funcionários cedidos atuando na ANS, que recebem pelo órgão de origem, sem remuneração complementar. Outras 74 pessoas atuam como consultores por meio dos convênios PNUD/UNESCO, com remuneração mínima de R\$ 940,31 e máxima de R\$ 7.249,47.

O pessoal de apoio administrativo (contínuo, telefonista, recepcionista, auxiliar de escritório e outros) e do setor de informática é terceirizado. São 325 pessoas nessa condição, com remuneração variada: uma telefonista, por exemplo, recebe R\$ 582,00; uma secretária até R\$ 2.578,00 e um analista consultor de informática, R\$ 32,90 por hora trabalhada.

5.4.5 — RECURSOS PRÓPRIOS COMPÕEM MAIOR FATIA DO ORÇAMENTO.

O quadro comparativo a seguir demonstra o peso, no orçamento da ANS, dos recursos próprios e do valor das receitas diretamente arrecadadas, em comparação às receitas provenientes do Tesouro Nacional.

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA				
Natureza	Exercícios			
	2000	2001	2002	2003
Orçamento Aprovado	49.551.863,00	63.603.950,00	74.694.747,00	83.365.600,00
Total Receita	44.114.129,18	49.500.738,66	71.642.307,10	(*) 40.158.027,72
. Recursos Próprios	44.114.129,18	43.213.548,46	51.746.542,16	21.195.540,36
. Recursos da União	0,00	6.287.190,20	19.895.764,94	18.962.487,36
Total Despesa	24.589.650,95	44.604.205,46	60.969.080,77	(*) 46.037.727,41
. Despesas(**)	17.279.524,28	42.710.081,10	58.374.302,41	46.005.574,76
. Despesas com Investimento	7.310.126,67	1.894.124,36	2.594.778,36	32.152,65

Fonte: Siafi

(*) – Até agosto de 2003

A taxa de saúde suplementar (criada pela lei n.º 9.961, de janeiro de 2000) é, sem dúvida, a principal fonte de arrecadação, tendo correspondido a 66,10% de todas as receitas próprias da ANS em 2002.

Arrecadação de receitas próprias (2002)	
TIPO DE RECEITA	R\$
Taxa de saúde suplementar	33.127.296
Taxa de saúde suplementar com multa	3.356.046
Registro de produtos	1.715.100
Registro de operadora	79.000
Alteração de dados cadastrais produtos	12.750
Alter.de dados cad. das operadora	23.700
Pedido de reajuste de com. pecuniária	403.800
Multa (Lei 9.956/98)	173.000
Parcelamento	185.046
Rendimentos de aplicação	10.944.799
Total de receitas próprias	50.120.537

Relatório de Gestão – ANS - 2002

Dentre os convênios celebrados pela ANS em 2002 destacam-se:

a) Acordo de Cooperação Técnica Internacional firmado com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, Projeto 914BRA04, no valor de \$3.100.000,00;

b) Acordo de Cooperação Técnica Internacional firmado com a Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Projeto BRA/00/033, no valor de R\$ 4.400.000,00;

c) Acordo de Cooperação Técnica Internacional firmado com a Organização Pan-americana de Saúde, OPAS — Modelo Brasileiro de Saúde Suplementar —, no valor de R\$ 3.500.000,00;

d) Monitoração de dados econômicos, com a FECAMP, no valor de R\$ 350.000,00;

e) Apoio à realização do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia (ABRASCO), no valor de R\$ 118.000,00.

A seguir, a relação dos 20 maiores contratos firmados pela ANS em 2001, 2002 e 2003, conforme solicitação da CPI:

Aplicação	Contratada/Modalidade	Valor Contratado
Apoio Administrativo	HOPE Consultoria Rec. Hum. Ltda – <i>Pregão</i>	486.000,00
Ser.educacionais de pós-graduação MBA em regulação de Saúde suplementar	Fundação Getulio Vargas <i>Dispensa</i>	529.486,00
Distribuição de Publicidade legal	RADIOBRÁS – <i>Inexigível</i>	600.000,00
Distribuição de Publicidade legal	RADIOBRÁS - <i>Inexigível</i>	600.000,00
Pesquisa de opinião, usuários de planos de saúde	Instituto UNIEMP - <i>Dispensa</i>	613.950,00
Serviços de transporte terrestre p/ANS-RJ	Toesa Service Ltda - <i>Pregão</i>	616.695,81
Apoio Administrativo	Personal Service - <i>Pregão</i>	660.000,00
Serviços de Eng. Reforma do imóvel pela sede/RJ	Stella Comércio Const. e Serviços – <i>tomada de preços</i>	701.952,52
Publicações no Diário Oficial	Imprensa Nacional - <i>Inexigível</i>	704.000,00
Locação de imóvel na cidade de São Paulo, p/ANS	Saliba Participações S.A. – <i>Dispensa</i>	720.000,00
Serviços de instalação de rede corporativa	SERPRO – <i>Dispensa</i>	942.732,00
Manutenção rede corporativa	SERPRO – <i>Dispensa</i>	1.171.356,00
Locação de imóvel na cidade do Rio de Janeiro p/ ANS	Banco do Brasil - <i>Dispensa</i>	1.380.000,00
Locação de veículos nas cidades de RJ,SP e DF p/ANS	HGS – Locadora de Veículos Ltda – <i>Pregão</i>	1.414.800,00
Fornecimento de novas licenças de uso dos programas Oracle, incluindo serviços de suporte técnico	Oracle do Brasil Sistemas Ltda - <i>Inexigível</i>	1.718.969,37
Serviços de Publicidade através de uma agência	Doctor Brain - <i>Consulta</i>	1.800.000,00
Implantação e funcionamento do Call Center SP	LEBRE Informática - <i>Pregão</i>	2.154.000,00
Fornecimento bilhetes de passagens aéreas	Eurexpress Travel Ltda – <i>Pregão</i>	2.400.000,00
Fabrica de software	CTIS Informática Ltda – <i>Pregão</i>	3.287.520,00
Serviços especializados na área de informática p/projetos especiais em tecnologia da informação	CTIS Informática Ltda- <i>Pregão</i>	7.712.000,00
Apoio administrativo	Fundação Bênçãos do Senhor <i>Pregão</i>	4.307.693,40

Fonte: ANS/2003

5.4.6 — MONITORAMENTO DE CONTRATOS.

Os contratos novos (firmados após a Lei 9.656/98) são obrigatoriamente registrados e monitorados pela ANS. Já os contratos antigos, que constituem a maioria, assinados antes da vigência da Lei, não são registrados na Agência e são regidos pelas suas próprias cláusulas, sem nenhuma interferência ou controle por parte da ANS.

Quem criticou o controle da ANS sobre os contratos novos, em depoimento à CPI, foi a advogada Rosana Chiavassa, conselheira da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – São Paulo

“Nós temos hoje no mercado contratos que as empresas vendem como sendo legais. Eles dizem: “Está aqui, registrado na ANS”; o consumidor acha que ele já foi revisado, que aquele contrato está perfeito, e não está. Eu acho que a ANS — e eu tenho tido um contato muito direto com ela — vem fazendo o que é possível dentro da estrutura que ela tem. Agora, ela não tem estrutura para analisar. Nós temos 2.900 empresas no Brasil. Se cada empresa tiver dois tipos de contratos, o VIP e o mais chinfrim, ela não tem condições de analisar 6 mil tipos de contratos. A ANS não tem estrutura”.

Em 2.000, a ANS analisou 2.300 minutas de contratos de empresas de planos de saúde assinados após janeiro de 1999, e encontrou irregularidades em 2.161 delas. Havia indícios de irregularidade em outras 1.901 minutas de 366 operadoras de planos.

Entre os problemas mais graves estão a exclusão de coberturas, a limitação de procedimentos e o aumento do preço por faixa etária maior do que as seis vezes permitidas por lei. Mas havia também problemas de falta de clareza nos contratos, como a não definição da abrangência geográfica do serviço contratado.

Em um dos contratos havia cláusula obrigando o consumidor a repor o sangue utilizado em transfusões. Em outro caso, o contrato limitava o número de visitas médicas e o de especialistas que podem atender o doente internado; e, ainda um outro limitava a cobertura de recém-nascidos a 28 dias.

A CPI não obteve informações se houve ou não correção dos problemas detectados.

A PROTESTE — Associação Brasileira de Defesa do Consumidor—, organização não governamental que compõe a Câmara de Saúde Suplementar, analisou em 2003 contratos de nove operadoras de planos de saúde que atuam em São Paulo e concluiu que nenhum dos contratos está totalmente de acordo com a Lei dos Planos de Saúde.

Dentre os problemas identificados, conforme a Pro-Teste encaminhou à CPI, estão: a demora da vigência do contrato após a assinatura; falta de clareza quanto à extensão das coberturas e ao reajuste das mensalidades; exageradas exigências para eventuais reembolsos; interrupção do contrato quando o usuário deixa de pagar uma mensalidade, o que só poderia ocorrer após passarem 60 dias de inadimplência; e linguagem incompreensível em diversas cláusulas.

5.4.7 — DENÚNCIAS DE USUÁRIOS NÃO SÃO SOLUCIONADAS.

Em resposta a requerimento da CPI sobre o tratamento dispensado às denúncias de usuários que chegam à ANS, o Diretor-Presidente da Agência, Januário Montone, escreveu:

“não é possível fazer a correlação entre as demandas e os casos resolvidos, porque quando essas se revestem de características de denúncias, ganham autonomia própria dos processos administrativos fiscalizatórios, sujeitos a uma série de procedimentos e regras essenciais à sua validade. Apenas para constar, menciono que a ação de fiscalização da ANS tem o seu alvo voltado para o mercado como um todo...”

O serviço disque ANS (0800-7019656) registrou 160.449 atendimentos no período 16/07/01 a 31/08/03, sendo 145.505 consultas (90,69%) e 14.943 denúncias (9,31%).

De acordo com a Diretoria de Fiscalização a ANS não pode obrigar as operadoras a solucionarem os casos individuais, pois sua competência seria exclusiva na regulação do mercado de saúde suplementar. Em documento, a ANS afirma:

“O impacto da aplicação das multas é punitivo contra a operadora e busca inibir sua repetição, mas não sendo a agência reguladora instância do Poder Judiciário, ela não tem instrumentos para garantir a reparação do dano

individual. Essa reparação deve ser buscada na esfera judicial.”

O rito processual da ANS é longo, demorado e obedece a regras do processo administrativo. Quando um cidadão contata a ANS, sua denúncia pode gerar uma diligência. Terminada a fase de instrução, uma equipe técnica é encarregada de fazer um relatório e um parecer, que vai a julgamento pela Diretoria de Fiscalização. Desta decisão caberá recurso à Diretoria Colegiada. O processo é então enviado à Procuradoria para o exame jurídico; é escolhido um diretor relator, que prepara seu voto para posterior decisão de segunda instância. Caso a empresa seja multada o processo irá para fase de execução, isto é, de recolhimento da multa ou inscrição na dívida ativa da União.

De acordo com as informações do Disque ANS as principais denúncias que chegam à Agência são: aumento de mensalidade (48%), cobertura assistencial (14%), doença ou lesão preexistente (10%).

CONSULTAS E DENÚNCIAS DISQUE ANS (Tabela Consolidada) Período : 16/07/01 a 31/08/03			
Atendimentos			
Relação de Temas	Consultas	Denúncias	Total
Aumento de Mensalidade	27.414	4.915	32.329
Operadoras e Planos de Saúde	24.579	1.403	25.982
Cobertura Assistencial	23.690	1.822	25.512
Contrato e Regulamento	16.564	1.188	17.752
ANS (aspectos institucionais, papel da ANS)	16.838	8	16.846
Doença ou Lesão Preexistente	7.783	1.137	8.920
Rede Prestadora	5.654	3.089	8.743
Carência	6.744	186	6.930
Aposentados, Demitidos e Exonerados	5.982	138	6.120
Urgência e Emergência	2.651	229	2.880
Outros	1.827	355	2.182
Reembolso	1.828	156	1.984
Mecanismos de Regulação	1.577	195	1.772
Internação	1.478	87	1.565
Cobertura Geográfica	642	29	671
SUS - Sistema Único de Saúde	255	6	261
TOTAL	145.506	14.943	160.449
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL	90,69%	9,31%	100,00%

Fonte : Banco de Dados da Central de Atendimento-Disque-ANS

5.4.8 — POPULAÇÃO DESCONHECE PAPEL DA ANS.

O número de usuários que procura a ANS para esclarecimento de dúvidas ou denúncias é expressivo, sobretudo se levarmos em conta pesquisa de opinião realizada pela Agência, que demonstrou que apenas 2,1% do total de entrevistados mencionaram a ANS como sendo o órgão responsável pela fiscalização dos planos de saúde. Sobre a maneira como os cidadãos são informados de seus direitos de usuários de planos de saúde, a ANS aparece em décimo lugar, citada por 1%. A maioria respondeu que recebe informação do próprio plano (61%), da televisão (15%), do jornal (9%) e do PROCON (7%), dentre outras formas.

Por causa do desconhecimento da existência da agência ou da não solução do caso por parte da ANS, muitas pessoas recorrem ao Ministério da Saúde, antes de buscar os órgãos de defesa do consumidor ou o Poder Judiciário.

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS começou a incorporar o atendimento direcionado para planos de saúde em 02/01/1999, e acreditava que não teria mais demanda após a criação do Disque ANS.

Até 30/06/2000 registrou 581 denúncias, sendo que 563 sobre negação de cobertura e 18 sobre reajuste de mensalidade; 1161 dúvidas ou reclamações, sendo que 1123 sobre coberturas e 38 sobre reajustes; além de 111 sugestões sobre planos de saúde em geral.

A partir de 01/07/2000 a Ouvidoria passou a encaminhar as demandas para o Disque ANS, mas continuou a registrar denúncias.

No período de 01/07/2000 a 31/10/2003 a Ouvidoria do SUS registrou 417 denúncias (170 sobre coberturas, 239 sobre reajustes, 6 sobre serviços de apoio do SUS e 2 de assuntos gerais. Também recebeu 1680 dúvidas ou reclamações, sendo 61 contra o atendimento recebido na ANS; 934 sobre coberturas; 636 sobre reajustes e 49 sobre serviços de apoio do SUS.

A CPI recebeu reclamações sobre o atendimento prestado pela ANS. A Sra. R.Z escreveu:

“Estou cansada de receber deste órgão (ANS) e-mails com respostinhas automáticas, orientando para procurar o Núcleo em São Paulo, o PROCON ou a Justiça”.

A CPI recebeu sugestão para fazer gestões junto à Agência no sentido de criação de uma Central de Atendimento aos Usuários. Diferentemente do Disque ANS funcionaria como um plantão de atendimento destinada à solução imediata e arbitragem de problemas relacionados à exclusão de atendimento e negação de coberturas, sobretudo aquelas que colocam em risco a saúde e a vida. O serviço teria como objetivo o esclarecimento e a solução ágil, de caráter administrativo, visando a garantia do atendimento do paciente.

5.4.9 — ARRECADAÇÃO DAS MULTAS APLICADAS NÃO CHEGA A 1%.

A CPI constatou que a ANS arrecadou apenas 0,93% do valor das multas aplicadas. Conforme os processos publicados no Diário Oficial da União, o total das multas fixadas no período de 2000 a agosto de 2003 perfaz um total de R\$ 84.192.960,00 (oitenta e quatro milhões, cento e noventa e dois mil, novecentos e sessenta reais). A ANS não inclui no total as multas fixadas que tiveram como penalidade “Multa Diária de R\$ 10.000,00” (18 processos), pois o valor vai depender da data do pagamento.

De acordo com os dados extraídos da planilha “Gerenciamento de Multas Pecuniárias” –, posição em 10/09/2003, fornecida pela Diretoria de Gestão da ANS, haviam sido totalmente quitadas R\$ 453.000,00 em multas. Outros R\$ 330.000,00 estavam com parcelamento em andamento, perfazendo um total arrecadado de R\$ 783.000,00.

A multa só passa a constituir crédito passível de cobrança após julgamento de 1ª instância dos processos administrativos e posterior julgamento da interposição de recurso.

Em matéria veiculada pelo jornal O Globo, de 20/06/03, o Presidente da ANS afirmou que:

“Há 400 recursos de multa em análise na ANS. No caso da fiscalização, a ANS enfrenta o problema da falta de funcionários para fazer o trabalho. Os processos precisam ficar mais ágeis. Hoje, nós temos na agência 20 procuradores para analisar cerca de 400 pedidos de recurso”.

A advogada do IDEC, Karina Rodrigues, opinou sobre essa

questão em seu depoimento à CPI:

“Na nossa opinião, 20 procuradores são mais que suficientes para uma avaliação célere de 400 processos: 20 recursos por procurador. Não bastasse isso, notícias divulgadas por uma empresa de consultoria do setor, dão conta de que diversos processos administrativos instaurados pela agência são arquivados no órgão após verificarem que as operadoras processadas já haviam sido punidas em outros processos tratando do mesmo assunto. O IDEC acredita que os casos de reincidência devem ser punidos com maior rigor”.

A principal causa de multas refere-se ao descumprimento do artigo da Lei 9656/98, que obriga as empresas a fornecerem, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas a suas atividades. Em seguida, a maior infração é o descumprimento do artigo 11, que veda a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes.

As três operadoras que apresentam os maiores números de multas foram a SULAMÉRICA, com 66 multas (R\$ 2.472.900,00 no total, tendo quitado apenas R\$ 50.000,00); a Hapvida, com 61 multas (total de R\$ 1.842.580,00, não tendo quitado nenhuma multa) e a Golden Cross, com 53 multas (total de R\$ 1.962.000,00; nenhuma quitação). As UNIMEDs somaram 525 multas, perfazendo R\$ 27.995.660,00 e tendo quitado R\$ 125.000,00 e parcelado R\$ 34.000,00. Duas autogestões, a GEAP e a CASSI, receberam multas no valor de R\$ 140.000,00 e R\$ 305.000,00, respectivamente; sendo que apenas a GEAP pagou o valor de R\$ 5.000,00. A BRADESCO Saúde foi multada em R\$ 1.025.000,00 no total, mas quitou apenas R\$ 20.000,00. Já a AMIL totalizou R\$ 436.200,00 e pagou R\$ 50.000,00.

Os dados disponíveis não possibilitam relacionar as multas com as tipificações das denúncias efetuadas.

5.4.10 — ANS DECRETOU 102 REGIMES ESPECIAIS.

Quando a ANS identifica contratos irregulares, alta incidência de denúncias e multas, propõe à operadora um termo de compromisso de ajustamento de conduta. A partir das informações que dispõe sobre aspectos assistenciais, econômico-financeiras e cadastrais das operadoras pode propor também um plano de recuperação. Mas se forem constatadas irregularidades

graves, como a não aprovação ou descumprimento do plano de recuperação, podem ser decretados regimes especiais, quando é designado um profissional para acompanhar a administração da operadora.

A diretora de Normas e Habilitação da ANS, Solange Beatriz Palheiro Mendes expôs à CPI a diferença e o objetivo dos regimes especiais:

“Esses regimes especiais que a Lei n.º 9.656 contemplou no mercado de saúde suplementar são: o regime da direção fiscal, o regime da direção técnica e o regime da liquidação extrajudicial. Os dois regimes de direção técnica e de direção fiscal são regimes de uma ação do Estado, porém não é um regime de intervenção. Não guarda semelhança com a intervenção do mercado financeiro, onde há substituição dos administradores pelo Estado, por aquele que foi indicado como interventor. No processo de liquidação extrajudicial, este, sim, guarda semelhança, estrita semelhança com o da liquidação extrajudicial do sistema financeiro. O regime do RAET, no Banco Central, ele se assemelha ao da direção fiscal no mercado de saúde suplementar. Ele se assemelha, porém ele ainda guarda muita diferença, e uma diferença fundamental, que é a de não substituir os administradores e de não contar com auxílio financeiro do Estado a essas empresas. Então, a direção fiscal nada mais é do que um fiscal da Agência dentro da operadora, acompanhando o que a administração daquela operadora está executando, está exercitando. Ela não é uma substituição, não tem poderes de intervenção, é apenas uma fiscalização mais próxima.”

Durante o regime de Direção Fiscal os bens dos controladores também ficam indisponíveis. Esta forma de interferência pode levar, ainda, ao cancelamento de registro da operadora (nos casos em que não houver usuários ou débitos com prestadores). A intervenção é encerrada quando a operadora demonstra condições de recuperação. Nos casos em que a incapacidade de recuperação da operadora fica evidenciada, é decretada sua liquidação extrajudicial, que pode ser transformada em falência por solicitação da ANS.

Alienação Compulsória de Carteira e Leilão são mecanismos utilizados para tentar garantir a continuidade de atendimento aos usuários. A ANS pode determinar a Alienação Compulsória da Carteira num

prazo de 30 dias, prorrogáveis por igual período. A alienação tem sido determinada para as operadoras em regime de Direção Fiscal e que não demonstram capacidade de recuperação. Não se efetivando a alienação compulsória, a própria Agência determina o leilão da carteira, buscando operadoras que mantenham as condições contratuais dos usuários por um período mínimo de 30 dias e lhes ofereçam ingresso em seus planos sem carências.

Operadora	UF	Regime	Motivos da decretação- Anormalidades graves consubstanciadas por:
A ORAL OESTE'S ASSISTENCIA EM ODONTOLOGIA S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias; não cumprimento dos principais normativos; não atendimento às correspondências expedidas pela ANS; não atendimento ao edital de notificação
A. J. S. ODONTOLOGIA S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias; não cumprimento dos principais normativos; não atendimento às correspondências expedidas pela ANS; e não atendimento ao edital de notificação
ACMED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA	RS	DF	ausência de informações obrigatórias; não cumprimento dos principais normativos; não atendimento às correspondências expedidas pela ANS; e não atendimento ao edital de notificação
ADRESS ADM., REPRES. DE SISTEMAS DE SAUDE LTDA	RJ	DF/LIQ	manutenção de contrato de mútuo contrários a legislação, transferências bancárias em valores expressivos sem motivação aparente, e passivo a descoberto.
AMIC ASSISTÊNCIA MÉDICA INTEGRADA SC LTDA	RS	DF	situação de insolvência, passivo a descoberto, inconsistência do Plano de Saneamento e inadimplência da operadora
AMPEME ASSISTENCIA MÉDICO HOSPITALAR LTDA	MG	DF	passivo a descoberto; baixa liquidez; endividamento elevado e rejeição total do plano de recuperação.
ASMEDICA SERVICOS MEDICOS ASSIST. S/C LTDA	MG	DF	passivo a descoberto e acompanhamento do eventual cumprimento da passagem da carteira determinada pela ANS.
ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS	SP	DF/DT	atraso no pagamento aos prestadores; desequilíbrio atuarial da carteira; elevada sinistralidade e elevação das despesas.
ATMED - ASSISTENCIA LTDA.	BA	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
BIO MED - ASSISTENCIA MÉDICA S/C LTDA.	RJ	DF/LIQ	inexistência de Sede/Dependência, a impossibilidade de obter informações contábeis ou qualquer outra representativa da situação patrimonial.

BIOVIP PLANOS DE SAÚDE S/C LTDA.	SP	DF	Não cumprimento do Plano de Recuperação.
CAPOVILA & TERUEL S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CENTRO MÉDICO DE ASSISTÊNCIA A VIDA LTDA	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CENTRO MÉDICO SAÚDE PLUS S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CENTRO OESTE ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA	MT	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO	SP	DT	não envio de informações referentes a alienação de carteiras; acompanhamento e adequação dos contratos de parceria; verificação das condições estruturais e operacionais.
CHEK SAUDE - ASSISTENCIA NACIONAL DE SAUDE S/C	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CIPRO CLÍNICA INTEGRADA DE PREV.E REAB.ORAL S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CLASSIC SAUDE LTDA	RJ	DF	Rejeição integral do Plano de Recuperação
CLEONILSON S. GONCALVES	AP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CLIDEME ASSISTÊNCIA MÉDICO-DENTÁRIA S/C LTDA	MG	DF/LIQ	não possuir sede e falta de elementos capazes de demonstrar suficiência econômico-financeira.
CLIMOJ - ASSISTÊNCIA MÉDICA DE JACAREPAGUÁ LTDA	RJ	DF/LIQ	não apresentação da documentação contendo as informações financeiras; inviabilidade de acesso as informações eletrônicas (demonstrações contábeis, relação de usuários e de prestadores).
CLINICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA CORUNBÁ DE IGUAÇU LTDA.	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação

CLISIM SERVIÇOS MÉDICOS DE DIAGNÓSTICOS S/C LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CODEB - COOPERATIVA DOS EVANGÉLICOS DE BELÉM	PA	DF/LIQ	operadora estava com as portas fechadas; inexistência de receita para giro operacional; suposta falta de beneficiários; declarada falta de prestadores e elevado índice de endividamento.
COOPERATIVA DOS IRMÃOS BOM PASTOR	PA	DF	não cumprimento dos normativos vigentes; não envio do DIOPS para acompanhamento econômico-financeiro e denúncias de falta de pagamento à rede.
COOP. DE TRABALHO DOS MÉDICOS DA REG. DE CRATO LTDA	CE	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
COOPERATIVA DO TRABALHO MÉDICO SUL CAPIXABA	ES	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
COP-COMPANHIA ODONTOLOGICA PAULISTA S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
CRISTO REI SAUDE ASSISTENCIA MÉDICA S/C LTDA.	SP	DF/LIQ	não atendimento as solicitações do Diretor Fiscal; indícios de dívidas com a rede credenciada e insolvência declarada pela Diretoria da operadora.
E M I EMERGÊNCIAS MÉDICAS INTEGRADAS LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
EURODENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
GEOVANE PEREIRA MENDONCA & CIA LTDA	GO	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
GLOBALMED - OPERADORA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA	MA	DF	não cumprimento dos normativos vigentes; não envio do DIOPS para acompanhamento econômico-financeiro e denúncias de falta de pagamento à rede.

GOLDEN LIFE SISTEMA DE SAÚDE LTDA	AP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
GOSPEL ASSESSORIA E CLINICAS ODONTOLOGICAS S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
INASA HOSPITALAR LTDA	SP	DF	Rejeição integral do Plano de Recuperação; Passivo a Descoberto; baixa liquidez; excessivo endividamento; inconsistência e insuficiência nas informações prestadas.
INDIMED SAUDE S/C LTDA	SP	DF	Não cumprimento do Plano de Recuperação
JOSE ANTÔNIO QUEIROZ DUARTE & CIA LTDA.	RS	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
M. A. S. GESTER COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES	PA	DF	Não atendimento aos normativos vigentes; inadimplência da operadora e denúncias de não pagamento à rede.
MEDLAR EMERGENCIAS MEDICAS LTDA	SC	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
MEDIBRAS COMÉRCIO E SERVIÇOS EM SAÚDE LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
MEDICAL PREV LTDA	MG	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
MEDPLAN - SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS LTDA.	ES	DF/LIQ	Não localização da operadora; inexistência de beneficiários; inadimplência da operadora e graves problemas financeiros.
MGS CONSULTORIA E ADMINISTR.FINANC. LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
PLANO DE ASSISTENCIA MÉDICA MILLER LTDA.	RJ	DF/DT/LIQ	Não apresentação de proposta para saneamento do passivo a descoberto; não apuração do saldo dos Valores a Receber - Diretor Fiscal não teve acesso as informações; Ativo Imobilizado pendente de regularização de registro; utilização de recursos financeiros para pagamento de despesas de empresas ligadas.

MJA ASSISTÊNCIA MEDICA LTDA.	ES	DF/LIQ	Ausência de elementos capazes de demonstrar suficiência econômica ou financeira da operadora; insolvência da operadora; Passivo a descoberto.
MONTEPIO DA FAMÍLIA PERNAMBUCANA - MONT-FAPE	PE	DT/DF	ausência de registro na ANS; não adoção do Plano de Contas Padrão; Não constituição de Provisão Técnica; situação de insuficiência de garantias ao equilíbrio financeiro.
NANUBI PARTICIPAÇÕES E REPRESENTAÇÕES LTDA	ES	DF/LIQ	Inexistência de sede e dependência; paralisação das atividades; passivo a descoberto; ausência de recursos da liquidanda; apresentação de Plano de Saneamento inconsistente.
NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA	PE	DF/LIQ	Ausência de elementos capazes de demonstrar suficiência econômica ou financeira da operadora; insolvência da operadora.
ODONTO LITORAL LTDA	RS	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
ODONTO-SAÚDE ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA S/C LTDA	SP	DF	Passivo a descoberto; não atendimento aos normativos vigentes e dificuldades para saldar os débitos com a rede.
ODONTOCLEAN PLUS ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/C LTDA.	SP	DF	Não atendimento dos normativos vigentes; não envio do DIOPS; Passivo a Descoberto.
ODONTOPLAN - PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos normativos vigentes, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
ORALCARD - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E COMÉRCIO LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos vigentes, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
PLANODENTE LTDA	PE	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos vigentes, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
POLICLÍNICA EDUCRIS ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA-ME	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos vigentes, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
PREVCLINIC LTDA	RN	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação

PREVEN DEN PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
PREVENCE ODONTOLOGIA S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
PRO-SAUDE ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA	SP	DF/DT	Passivo a Descoberto; declínio dos índices de liquidez; contratos de Mútuo contrários a legislação. Não envio de informações referentes a alienação de carteiras; comprovação da manutenção da qualidade da rede; averiguação de dados sobre a rede credenciada.
PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE S/C LTDA ANGR-PROSAÚDE	PA	DF	Aumento do grau de endividamento com capitais de terceiros; omissão injustificada de envio de documentos à ANS; denúncias de inadimplência junto à rede credenciada.
QUALITY-DENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/C LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
RAPS REPUBLICA ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAUDE S/A	SP	DF	Não atendimento aos normativos vigentes; passagem da carteira sem comunicação à ANS; contratos de Mútuo contrários a legislação.
S.B.S. SISTEMA BRASILEIRO DE SAUDE	MA	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SALUBRITAS ASSISTENCIA MÉDICA S/C LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SAÚDE ABC CONVÊNIOS MÉDICO-HOSPITALARES LTDA	SP	DF/DT	Passivo a Descoberto; declínio dos índices de liquidez; contratos de Mútuo contrários a legislação. Não envio de informações referentes a alienação de carteiras; comprovação da manutenção da qualidade da rede; averiguação de dados sobre a rede credenciada.
SAMP ES ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA	ES	DF	Práticas financeiras entre empresas do mesmo grupo contrárias a lei; índice de liquidez inadequado; passivo a descoberto.
SAMP SISTEMA ASSISTENCIAL MEDICO PARAMINENSE S/C LTDA	MG	DF	Práticas financeiras entre empresas do mesmo grupo contrárias a lei; alto grau de endividamento com o Patrimônio líquido 5 vezes menor que as obrigações.

SAMP SÃO PAULO ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA.	SP	DF	Práticas financeiras entre empresas do mesmo grupo contrárias a lei; índice de liquidez corrente abaixo do desejável; Passivo a descoberto; Capital social num montante inadequado ao volume das operações.
SÃO THIAGO ASSIST. MEDICO HOSPITALAR S/C LTDA	PR	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ABC S/C LTDA	SP	DF	Passivo a descoberto; apropriação de mútuo e declínio dos índices de liquidez.
SAUDE MASTER - ASSISTENCIA MEDICA A SAUDE LTDA	MG	DT	continuidade de atendimento aos beneficiários e verificação do cumprimento dos dispositivos previstos na RDC n.º 25/00 quando da transferência da carteira da Clideme para a Saúde Master.
SAVE ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR S/C LTDA	RJ	DF	Não cumprimento do plano de recuperação; projeto de transferência do controle societário e acompanhamento do programa de saneamento apresentado pelos novos controladores.
SERVIÇOS MÉDICOS A INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.	RS	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SERVI SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	RJ	DF/LIQ	Não cumprimento aos normativos vigentes; não envio do DIOPS; incorporação de carteira de empresa sem registro na ANS, débitos junto à rede; inexistência de elementos contábeis confiáveis.
SIAM - SERVIÇOS À INDÚSTRIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA.	SP	DF	Não apresentação do Plano de Recuperação
SIS PLANOS DE SAUDE LTDA	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SISTEMA ODONTOLÓGICO SAÚDE S/C LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
SMB SISTEMA MEDICO BRASILEIRO LTDA	RJ	DF/LIQ	passivo a descoberto; ações implementadas não surtiram êxito para reverter as graves anormalidades financeiras.
SORRIA ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação

SUZAN DONTOS S/C LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
TIME LIFE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	CE	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
TOI - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO INTEGRADO LTDA.	SP	DF	Passivo a descoberto; não atendimento dos normativos vigentes e não atendimento ao edital de notificação.
UNIAO ASSISTENCIA MEDICA LTDA	PE	DF	Não atendimento aos normativos contábeis e passivo a descoberto.
SAUDE UNICOR ASSISTENCIA MÉDICA LTDA.	SP	DF/LIQ	Passivo a descoberto; passagem de carteira sem comunicação a ANS e elevado índices de reclamações/denúncias.
UNIDADE DE ASSISTENCIA E APOIO A SAUDE FAMILIAR LTDA	PE	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
UNIMED DE AÇAILANDIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	MA	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	PA	DF	Passivo a descoberto; não atendimento aos normativos vigentes e dificuldades para saldar os débitos com a rede.
UNIMED DE SÃO PAULO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	SP	DF/LIQ	ações implementadas pela operadora foram infrutíferas e redundaram em não recuperação patrimonial suficientes para reverter a situação de insolvência; Passivo a descoberto.
UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	RJ	DF	Passivo a descoberto; não apresentação de plano de recuperação; não atendimento aos normativos vigentes.
UNIODONTO CAMPOS- COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO	RJ	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
UNIODONTO COOP. DE TRAB. ODONTOLOGICOS NORTE DE MINAS	MG	DF	Não atendimento aos normativos contábeis; passivo a descoberto e indícios de dívidas com a rede credenciada
UNIPAX SAÚDE LTDA	ES	DF	Insuficiência de receita operacional; não-recomposição do patrimônio líquido por meio de aumento de capital e acompanhamento do processo de transferência da carteira

UTI NO AR SERVICOS MEDICOS SC LTDA	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
VIDA & SAUDE ODONTOLOGICA S/C LTDA	PA	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
VISAMED - ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.	SP	DF	ausência de informações obrigatórias, o não cumprimento dos principais normativos, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS e não atendimento ao edital de notificação
W ODONTO WEINGAERTNER COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO LTDA.	RS	DF	passivo a descoberto

5.4.11 — OPERADORAS CRITICAM TRABALHO DA ANS.

No dia 4 de novembro e CPI ouviu os depoentes Luiz Roberto Silveira Pinto, Presidente da SAMCIL; Fernando Moredo, Presidente do Centro Transmontano de São Paulo; e Ricardo Silveira de Paula, Presidente da Saúde ABC Convênios Médico-Hospitalares Ltda. Os representantes das operadoras foram convocados para explicar os motivos que levaram à decretação de Direção Técnica nas empresas.

Na ocasião, o Sr. Fernando Moredo afirmou que a própria empresa sob regime especial da ANS é que remunera o diretor-técnico nomeado ANS, com um salário de R\$ 6.800,00 mensais.

Afirmou ainda que a permanência do diretor-técnico na empresa é em torno de duas horas por semana. Também o Sr. Luis Roberto, Presidente da SAMCIL, afirmou à CPI que o diretor-técnico só permanece na empresa cerca de 40 minutos por semana.

Em resposta a requerimento da CPI, a ANS esclareceu em 7/11/2003, que “o valor da remuneração dos Diretores Técnico e Fiscal está previsto no artigo 33 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, sendo esta equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III – CGEIII,

em consonância com o disposto na Lei n.º 9.986, de 18 de julho de 2000. O mencionado valor, nesta data, é de R\$ 6.272,10 (seis mil, duzentos e setenta e dois reais e dez centavos), acrescentando que caso o Diretor acumule o encargo de direção em mais de uma operadora, tal remuneração é rateada igualmente entre as mesmas.

Sobre a carga horária, de acordo com a ANS:

“a jornada de trabalho não pode ser medida apenas pelo tempo disponibilizado junto à operadora, posto que há também atividades externas a esse ambiente, tais como: reuniões na ANS, reuniões com prestadores de serviços, buscas em cartórios, etc.”

A ANS afirma ainda que:

“o Diretor não possui o poder de interferir na gestão das operadoras e depende de informações a serem prestadas pelos efetivos gestores das mesmas, ou seja, apenas depois de obter essas informações, pode o Diretor analisá-las para sugerir as medidas que considerar cabíveis à correção das anormalidades aferidas”

A regulamentação da atividade e das atribuições do Diretor Técnico, estão contidas nos seguintes dispositivos: artigos 24, 24-A e 24-B da Lei n.º 9.656/98; artigo 33 da Lei n.º 9.961/00; Resolução da Diretoria Colegiada da ANS de n.º 40/00; e Manual de Diretor Técnico.

Sobre os critérios adotados para escolha dos nomes dos diretores, a ANS afirma cumprir o que está definido no artigo 33 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000:

“A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.”

Por fim a ANS diz que:

“na grande maioria dos casos, busca profissionais, em especial servidores inativos, que tenham experiência no ramo de auditoria e na área financeira de previdência, capitalização, seguros e bancos, e, preferencialmente, sejam oriundos de órgãos que adotem procedimentos

interventivos, a exemplo do Banco Central, SUSEP e CVM”.

5.4.12 — CONSUMIDORES PODEM SER PREJUDICADOS.

As consequências prejudiciais aos consumidores dos regimes especiais, como a redução da rede credenciada e elevação dos preços dos planos, têm sido denunciadas pelas entidades de defesa do consumidor. A própria ANS considera não haver garantia total de continuidade de atendimento.

“Esgotados os mecanismos da regulamentação – alienação compulsória e leilão – não há instrumentos na legislação que garantam a continuidade do atendimento aos usuários de operadoras liquidadas extrajudicialmente”, afirma documento da Agência.

Desde a criação da ANS, 13 operadoras que atendiam 800 mil pessoas já foram liquidadas. Muitos usuários ficaram “órfãos”, porque a carteira não foi aceita por outra operadora.

Dentre os motivos que levaram à decretação de 102 regimes especiais, desde a criação da ANS destacam-se: ausência de informações obrigatórias, não atendimento às correspondências expedidas pela ANS, transferências bancárias em valores expressivos sem motivação aparente, passivo a descoberto, baixa liquidez, endividamento elevado, atraso de pagamento a prestadores, desequilíbrio atuarial da carteira, não cumprimento do plano de recuperação, ausência de sede etc.

Segundo os dirigentes das operadoras, durante um processo de intervenção da ANS os serviços são reduzidos, a qualidade do atendimento cai e ocorre o que se costuma chamar no setor de "depuração adversa".

"Ficam até o final da crise aqueles que têm doenças crônicas e os idosos -para não terem de cumprir um novo período de carência- e os que não têm recursos", diz Arlindo Almeida, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo).

Quando ocorre a liquidação, nenhuma empresa aceita esses usuários, pois quem compra a carteira não pode alterar os preços e serviços oferecidos no contrato original.

A ANS chegou a propor, por meio de minuta de projeto de lei, a criação do Fundo Garantidor de Beneficiários de Planos de Saúde Suplementar, que não chegou a sair do papel, tamanha a polêmica criada.

Os recursos do fundo viriam de multas resultantes da ação fiscalizadora da ANS e de uma "contribuição de intervenção no domínio econômico" que seria instituída. Essa contribuição teria duração de sete anos e seria cobrada de todos os usuários de planos de saúde. Uma vez por ano, na mensalidade de junho, eles pagariam mais 1% sobre o valor da prestação para suprir o fundo de recursos.

Para as entidades de defesa do consumidor, o fundo facilitaria a vida das empresas que absorverem a carteira de uma operadora liquidada, mas quem pagaria o custo seria o usuário.

5.4.13 — REVISÃO TÉCNICA.

A ANS editou a Resolução de Diretoria Colegiada n.º 27 (RDC 27/00) que dispõe sobre os procedimentos de revisão técnica, visando o reequilíbrio econômico-financeiro das operadoras. O resultado pode ser a autorização para aumento da mensalidade do plano de saúde (além do reajuste anual) ou revisão da rede assistencial.

Desde a publicação da Resolução, em 26/06/2000, os órgãos de defesa do consumidor alegaram que o mecanismo permite a alteração unilateral dos contratos, com imposição de mudanças que vão desde novos reajustes das mensalidades, até a redução, de forma substancial, da rede credenciada de prestadores de serviço. A ANS concedeu apenas duas revisões técnicas até hoje.

O IDEC chegou, inclusive, a ajuizar uma ação civil pública contra a ANS. Foi alcançada uma Antecipação de Tutela pedida (liminar), no Tribunal Regional Federal da 3ª. Região, suspensa, porém, por decisão provisória do Superior Tribunal de Justiça.

A decisão do STF, ao proibir a retroatividade da regulamentação a planos assinados antes da lei 9.656/98, impediu também a continuidade da aplicação da Revisão Técnica..

5.4.14 — ANS NÃO PODE IMPEDIR CARTÕES DE DESCONTO.

A CPI identificou a prática dos chamados cartões de descontos ou cartões de saúde, que não são planos de saúde, pois não se enquadram na Lei 9.656/98. Também não são fiscalizados pela ANS.

Para atrair a clientela, empresas de diversos ramos oferecem irregularmente descontos em consultas médicas e odontológicas, exames de laboratório e medicamentos.

A assistência médica oferecida por essas empresas é mais barata do que o praticado no mercado pelos planos de saúde. As empresas cobram uma taxa de adesão que varia de R\$ 30 a R\$ 90. Quitada a adesão, o cliente paga parcelas fixas, durante cerca de 24 meses, de valores que variam de R\$ 35 a R\$ 40. Passada essa etapa, é preciso pagar uma “taxa de manutenção”, por tempo indeterminado. Em troca dessa “taxa”, que é uma mensalidade disfarçada, o cliente recebe um cartão que dá direito a descontos ou até a consultas médicas gratuitas.

O cirurgião Oswaldo Morelli, denunciou à CPI a funerária Camargo, de Itapetininga, São Paulo, que está construindo uma clínica que só atenderá clientes da funerária.

A Fundação PROCON/SP registrou, no primeiro semestre de 2003, cerca de 80 reclamações contra as seguintes empresas que vendiam cartões de desconto: Brasil Saúde Intermediação de Negócios, Assessoria e Assist. para Aquisição de Convênios e Descontos Ltda., Genesis Life Sistema Internacional de Saúde S/C Ltda., Line Direct Marketing Serviços (Max Card), Nipomed – NST Serviços de Saúde S/C Ltda., Plame Plano de Assist. Médico, Hosp. e Odontológico S/C Ltda., Saúde Intermed Ltda e Triple Card Int. de Negócios e Asses. para Aquisição de Convênios e Descontos Ltda.

“Além de não terem informação precisa sobre o que estão contratando, os consumidores não conhecem as condições do desconto, já que os mesmos estão vinculados a tabelas desconhecidas dos prestadores de serviços”, disse o órgão em nota.

O Presidente da ANS, Januário Montone abordou o problema dos cartões de desconto em seu depoimento à CPI:

“não são apenas funerárias, nós temos empresas que

fugiram da regulamentação da Lei n.º 9.656 e passaram a vender uma coisa que é pior do que eram os antigos planos de saúde pré-regulação sob máscara de um cartão-saúde, com uma anuidade. A NIPOMED é um exemplo, mas ela saiu dessa discussão, inclusive juridicamente...”

“... hoje, nós só podemos proibir aquelas que são operadoras de planos de saúde registradas na Agência, porque o restante não está na órbita... Agora, essas empresas, quando nós fizemos o levantamento, chegavam a até um milhão de usuários. É um caso gravíssimo de distorção na área de assistência privada.”

5.4.15 — ANS NÃO CONSEGUE CONTER PLANOS CLANDESTINOS.

Outro problema identificado pela CPI são os planos de saúde clandestinos, sem registro na ANS. A CPI dos Planos de Saúde da Assembléia Legislativa de Pernambuco encaminhou à CPI da Câmara dos Deputados informações sobre irregularidades cometidas pelas operadoras Gold Family, Federal Saúde e MONTEFAPE, que atuam no mercado sem registro na ANS, divulgando propaganda enganosa para atrair consumidores, prometendo preços baixos e ampla cobertura; além de terem dívidas com hospitais e laboratórios.

Sobre a situação das operadoras sem registro, o presidente da ANS, Januário Montone, afirmou à CPI:

“O que eu posso fazer é ir multando e abrir uma direção fiscal, que é um processo idêntico a fazer numa operadora que tenha 500 mil usuários. O rito é exatamente o mesmo. Para tentar fechá-la, nós precisamos de um reforço no papel da Agência, do órgão regulador. Porque quem está fazendo isso, é crime contra a economia popular. E nós não temos instrumentos a não ser seguir os ritos e o decreto de direção.”

De acordo com a Lei 9.656/98, alterada pela MP Nº 1.976-26, de 4/5/2000, atualmente, para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos: registro nos Conselhos Regionais de Medicina e

Odontologia; descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros; descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços; especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e especificação da área geográfica coberta pelo plano de saúde.

5.4.16 — CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR É CRITICADA

A CPI recebeu críticas sobre a ausência a atuação da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS, que conta com representações de vários segmentos que atuam na saúde suplementar.

Sobre a Câmara, segue o relato à CPI da Sra. Neide Barriguelii, da Federação Nacional de Associações de Renais Crônicos:

“Eu faço parte da Câmara de Saúde Suplementar há 3 anos, acho importante, mas... Nós somos figuras decorativas lá, porque a gente vem fala, pede, sapateia, mas não adianta. A gente é comunicado: “Ah, vai ter aumento”. E é goela abaixo o aumento. Então, essa Câmara ela é só comunicado, só faz reunião quando o Presidente bem entende. E também não sei por que essa Câmara tem que funcionar aqui em Brasília, já que a sede é lá no Rio de Janeiro, mas faz aquela reuniãozinha num hotel. Então, é tudo dinheiro público”.

O IDEC e o Fórum Nacional de Entidades de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências, deixaram de enviar representantes às reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, em 2002, devido a críticas sobre a composição e o papel da Câmara.

Conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde, na sua 130ª Reunião Ordinária, em 7 de maio de 2003, as instâncias consultivas da ANS e da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) deveriam estar submetidas ao Conselho. Já no dia 3 de outubro de 2003, o CNS deliberou encaminhar sugestão à Casa Civil para o anteprojeto de lei que dispõe sobre as agências reguladoras:

“Cabe ao Conselho Nacional de Saúde, no caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o acompanhamento do processo decisório, a discussão do orçamento, do plano de metas, e do contrato de gestão firmado entre as Agências e o Ministério da Saúde, assim como a participação da decisão das políticas e das diretrizes para a saúde suplementar e para a vigilância em saúde, configurando o controle social na saúde”

5.4.17 — ATENDIMENTO REGIONALIZADO AINDA NÃO ATENDE ÀS NECESSIDADES.

Os depoimentos evidenciaram, ainda, que há concentração das atividades da saúde suplementar nas regiões Sudeste e Sul: em São Paulo, mais de 30% da população é associada a planos de saúde; no Rio de Janeiro, Minas Geras, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina, de 15 a 30% da população; no Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará e Amazonas de 10 a 15%; e nos demais Estados menos de 10% da população utiliza os planos de saúde.

Houve também sugestões no sentido de se promover maior descentralização das ações da ANS, sobretudo de fiscalização. Atualmente existem 8 Núcleos Regionais de Fiscalização (NURAFs) no país, que não conseguem suprir toda a demanda de fiscalização do território nacional: Pará, Ceará, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul.

5.4.18 — SEDE NO RIO DE JANEIRO.

A fixação da sede da ANS no Rio de Janeiro é uma das críticas surgidas durante a CPI. Neste sentido, já tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 2707/00, do Poder Executivo, que transfere a sede da ANS para Brasília. O projeto também prevê a criação de escritórios centrais da ANS no Rio de Janeiro.

5.4.19 — RESSARCIMENTO AO SUS ENFRENTA PROBLEMAS.

Segundo o Presidente da ANS, Januário Montone, o montante dos recursos cobrados (R\$ 225 milhões) das operadoras em relação

aos efetivamente pagos (R\$ 45 milhões) ao SUS indica que, até o momento, apenas 20% foram honrados.

O atual modelo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência dos beneficiários dos planos de saúde na rede pública e conveniada.

A legislação estabelece que devem ser ressarcidos pelas operadoras, em valores superiores àqueles pagos pelo SUS, os procedimentos com cobertura prevista nos contratos dos usuários.

Os atendimentos ambulatoriais, inclusive os de alto custo e alta complexidade e as internações eletivas não são, por enquanto, objeto da emissão de aviso de ressarcimento e portanto não são contabilizadas pelo sistema.

Nos contratos novos, o ressarcimento está limitado ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). Não são ressarcidas as exclusões de cobertura comuns dos planos anteriores à Lei 9.656/98, que ainda vigoram.

O ressarcimento é cobrado com base na TUNEP — Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos — com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Destes valores, o Fundo Nacional de Saúde é reembolsado no montante pago pelo SUS e o prestador de serviço do SUS, onde o usuário do plano foi atendido, recebe a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

O processamento, antes realizado por Estados e Municípios, agora é feito pela ANS, com o apoio do DATASUS — Departamento de Informática do SUS — após o cruzamento do cadastro de beneficiários de planos de saúde com as AIHs — Autorizações de Internação Hospitalar —, a identificação dos usuários atendidos e a informação às operadoras sobre o motivo e o valor a ser ressarcido.

Segundo a ANS a efetividade do ressarcimento estaria comprometida por um conjunto de fatores :

- A inscrição na dívida ativa é um processo com rito próprio que exige a comprovação, perante o Judiciário, de que o

crédito é garantido. A ANS tem encontrado dificuldade para a inscrição das operadoras em débito porque faltam documentos nos processos que se perderam no período em que a sistemática de ressarcimento era descentralizada para Municípios e Estados;

- Um conjunto de liminares suspendendo cobranças do ressarcimento impede a cobrança dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) já emitidos (R\$ 40.328 mil) e a emissão de novas cobranças a tais operadoras (R\$ 94.382 mil). Ou seja, a identificação é feita (ABI), mas a cobrança não é emitida;
- Falta de informações completas nas AIHs, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores, o que impede a correta identificação do usuário e do motivo da internação e, portanto, a cobrança à respectiva operadora;
- Cerca de 19% de operadoras ativas (443) ainda não forneceram seus cadastros de beneficiários, em descumprimento sistemático da legislação ou amparadas por medidas judiciais;
- 123 operadoras obtiveram liminares judiciais contra a cobrança do ressarcimento. O montante financeiro envolvido neste processo (R\$ 134.710 mil) representa 43% do valor passível de cobrança.

Vale ressaltar as declarações do Ministro da Saúde, Humberto Costa, à CPI:

“Assim o ressarcimento só será viável, de fato, se houver migração dos planos antigos para os novos e na medida em que se chegar a um consenso sobre a melhor forma de ressarcimento”.

“É importante desestimular a utilização do Sistema Único de Saúde como complementar aos serviços prestados pelas operadoras”.

“... o Estado já subsidia fortemente esse setor, porque

as pessoas têm o direito de abater integralmente os seus gastos na declaração do Imposto de Renda. Além disso, o setor público, naquilo que os contratos não cobrem, garante o atendimento, principalmente na área da complexidade mais alta. Então, nesse sentido é que eu creio que já vão, digamos assim, subsídios importantes para esse segmento. E não dá para fazer essa comparação com redução de IPI de carro. Acho que se o setor precisa investir, ele tem que investir mais é no setor público. Acho que a área suplementar deve ser uma opção do cidadão”.

“...não é intenção do Governo estimular, de um lado, ou querer que esse sistema se amplie — esse não é nosso papel —, mas também, de forma alguma, é interesse do Governo, sob nenhuma hipótese, levar esse sistema à inviabilidade ou a uma situação de estrangulamento”.

O documento A Visão da Autogestão quanto ao Ressarcimento ao SUS, da UNIDAS (entidade que reúne as autogestões) contém um posicionamento contrário ao ressarcimento. Considera que “o ressarcimento ao SUS encontra-se em linha oposta a dois preceitos constitucionais artigo 196 e artigo 5 da Constituição Federal”. Além disso, as operadoras de planos e seguros de saúde questionam a legitimidade da TUNEP (Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos) argumentando a existência de valores superiores aos pagos pelas operadoras às suas redes credenciadas.

Os representantes das operadoras argumentam que os planos de saúde desoneram o SUS de uma elevada carga assistencial e financeira. Segundo os cálculos do Presidente da ABRAMGE, levados à CPI — baseados na utilização de serviços dos usuários de planos de saúde e nos valores pagos pelo SUS para remunerar esses serviços —, essa carga seria de ordem de 5 bilhões de reais por ano (1,93 bilhões referentes a 4,4 milhões de internação pagas pelo valor médio de R\$ 438,00 por AIH; e o restante referente aos gastos ambulatoriais).

Há, entretanto, aqueles que alegam sobre a existência de políticas fiscais e de gastos públicos que estruturam o mercado de planos e seguros de saúde. Argumentam que, se o mercado de planos de saúde estivesse constituído exclusivamente por aqueles que “podem pagar”, fatia mínima da população brasileira, apenas de 5 a 10% da população estaria vinculada a planos privados de saúde no Brasil.

Há, ainda, que se reconhecer a dependência do financiamento dos planos e seguros de saúde ao mercado de trabalho, haja vista a preponderância dos planos coletivos e empresariais no setor da saúde suplementar. O mercado de planos de saúde é em grande parte sustentado por um financiamento com forte participação das empresas empregadoras, acompanhado por políticas fiscais que reafirmam o direito de acesso diferenciado aos serviços de saúde, segundo capacidade contributiva e não de acordo com as necessidades clínicas e de saúde.

O esquema do fluxo de recursos entre o setor público e o mercado privado de planos de saúde exposto a seguir foi elaborado pelo grupo de Economia da Saúde constituído por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro:

Recursos públicos envolvidos com o mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil		
Recursos Financeiros	Subsídios fiscais para os usuários	Dedução integral no imposto de renda dos gastos com assistência à saúde
	Gastos diretos com os usuários	Financiamento de planos de saúde ou dos gastos com pessoal alocado nas redes próprias de institutos de funcionários públicos da administração direta das três esferas de governo
	Subsídios fiscais para as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços	Dedução de impostos federais (COFINS) para estimular a ampliação das provisões das operadoras Dedução de impostos estaduais e municipais (varia segundo estado e município; segundo legislação e acordos locais) Isenção de pagamento de impostos de instituições filantrópicas (operadoras de planos e/ou prestadores de serviços da rede das operadoras)
Recursos Assistenciais	Complementaridade dos Serviços Públicos para a Cobertura dos Clientes de Planos e Seguros de Saúde	Atendimento de usuários de operadoras de planos de saúde em unidades do SUS, sobretudo nos casos de alta complexidade e alto custo; e nos casos de idosos e portadores de patologias que tiveram atendimento negado pelos planos de saúde e que não são possíveis de ressarcimento Prática da chamada “dupla fila” nos hospitais universitários, com agendamento, hotelaria e resolutividade diferenciadas para

		usuários de planos de saúde em detrimento dos pacientes do SUS
--	--	--

6 — CASOS CONCRETOS – DENÚNCIAS.

6.1 — AUDIÊNCIA PÚBLICA NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO PARANÁ.

SISTEMA PREVER E CLINIPREV.

Em audiência pública realizada no dia 18 de agosto de 2003, em Curitiba, no auditório da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná, a CPI tomou o depoimento dos Srs. WILSON MARTINS MARQUES e REGINALDO CZEZACKI, a fim de esclarecer o funcionamento do chamado “Sistema Prever”.

De acordo com a documentação recebida pela CPI, a empresa “PREVER SERVIÇOS PÓSTUMOS LTDA.” iniciou suas atividades em 22/12/1998, tendo por objeto a administração de planos funerários e a prestação de serviços na intermediação de atendimentos funerários em geral.

Os atuais sócios são os citados depoentes, juntamente com o Sr. NILSON MARTINS MARQUES, de acordo com a última alteração de contrato social, datada de 03 de abril de 2003.

A sede é na Rua Santos Dumont, 3507, loja 01, zona 01, na cidade de Maringá/PR.

A PREVER tem filiais espalhadas pelo Estado do Paraná, a saber: Paiçandu, Apucarana, Marialva, Nova Esperança, Mandaguari, Umuarama, Araçongas e Rondon. A par disso, existem outras empresas, que atuam como franqueadas.

A empresa oferece aos consumidores o chamado “Contrato de Assistência Funerária 24 Horas”, pelo qual se compromete a organizar e prestar serviço de assistência funerária e homenagens póstumas, assessorando e assistindo o contratante em todas as providências administrativas e legais pertinentes ao evento funeral, mediante remuneração mensal.

A par disso, o titular e seus beneficiários poderão optar pela adesão aos seguintes serviços, desde que firmados individualmente: convênios,

auxílio funeral (que se diferencia do atendimento funerário padrão) e serviços de apoio.

Destaca-se o convênio firmado com a empresa CLINIPREV LTDA., como se passa a historiar.

Por intermédio de um CONTRATO DE CONVÊNIO, em que figuram a PREVER SERVIÇOS PÓSTUMOS LTDA., de um lado, como “CEDENTE”, e a empresa CLINIPREV LTDA., de outro, como “CONVENIADA”, datado de 30 de dezembro de 2.000, foi firmada uma parceria mútua de prestação de serviços entre as empresas acima citadas, para a obtenção de descontos e/ou vantagens na prestação de serviços oferecidos pela Conveniada aos associados e dependentes diretos e indiretos, inscritos no PLANO DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR SISTEMA PREVER.

De acordo com a documentação recebida pela CPI, a empresa “CLINIPREV LTDA.” foi fundada pelos mesmos Srs. WILSON MARTINS MARQUES e REGINALDO CZEZACKI, em setembro de 1999, mas, em virtude da última alteração contratual, datada de 28 de março de 2003, tem como sócios, atualmente, as Sras. ARLETE DA LUZ A. RODRIGUES e MÔNICA MOURA MARQUES, juntamente com o Sr. SANDRO MARCO STEFANINI DE ALMEIDA.

O objeto inicial da sociedade era, somente, o de clínica médica. De acordo com a última alteração contratual, no entanto, o objeto, hoje, é o ramo de clínica médica, odontológica, fisioterápica, locação de materiais ortopédicos, ambulâncias para terceiros e locação de imóveis próprios e de terceiros.

A sede atual é na Rua Vereador Primo Monteschio, n.º 460, zona 02, na cidade de Maringá/PR.

A CLINIPREV tem filiais no Estado do Paraná, nas cidades de Apucarana, Nova Esperança, Umuarama e Arapongas.

O capital social é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

A sócia ARLETE DA LUZ APARECIDA RODRIGUES é representada, por força de procuração por instrumento público, pela Sra. MARIA HELENA RODRIGUES CZEZACKI.

O “Sistema Prever” edita, semestralmente, o seu “Livro de Convênios”, que visa divulgar aos associados uma listagem completa das empresas e profissionais conveniados.

Informa-se aos associados, nesta publicação, que:

- o Sistema Prever não se responsabiliza pelos serviços prestados por seus conveniados, cabendo aos órgãos responsáveis a fiscalização e regularização dos mesmos;

- os conveniados comprometem-se a oferecer aos associados Prever preços diferenciados;

- o Sistema Prever e a CLINIPREV fornecem guias de encaminhamento médico, que garantem os preços diferenciados propostos pelos conveniados;

- a CLINIPREV é uma empresa associada ao Sistema Prever e oferece aos associados assistência médica, odontológica, exames laboratoriais, apoio ortopédico e serviço não emergencial de ambulância.

Consta da documentação recebida pela CPI, ainda, cópia de Parecer Consultivo no qual o PROCON de Maringá/PR analisou a atuação do “Sistema Prever”.

No entanto, constam, igualmente, da documentação recebida pela Comissão, os Ofícios de números 407/2003 e 531/2003, da Unidade Estadual (paranaense) de Fiscalização da ANS, comunicando, respectivamente, à CLINIPREV o arquivamento de “demanda sobre registro de operadora”, e à Prever, o arquivamento de demanda contra a empresa. Não consta da documentação, no entanto, a fundamentação dessas decisões.

Com efeito, não se poderia caracterizar, juridicamente, a atuação da PREVER SERVIÇOS PÓSTUMOS LTDA. como plano ou seguro de saúde, haja vista configurar-se a comercialização de um sistema de convênios e descontos nos preços dos serviços médicos para os usuários do Sistema Prever, e não o oferecimento de serviços médicos, hospitalares, laboratoriais e odontológicos, por pré-pagamento ou por reembolso.

A empresa, portanto, não estaria sujeita às normas da Lei n.º 9.656/98.

Este, sem dúvida, é um dos aspectos da investigação da CPI que merecerão aprofundamento neste relatório, por ocasião das conclusões e do encaminhamento de sugestões legislativas.

6.2 — AUDIÊNCIA PÚBLICA NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO.

No dia 27 de outubro de 2003, a CPI realizou audiência pública na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, na qual, a par de convidados, tomou o depoimento, como testemunhas, do Sr. MARCIO DA SILVA BRANCO, sócio da empresa ORSAF – ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA FUNERAL LTDA., localizada em Nova Friburgo/RJ, e do Sr. DANIEL LIGEIRO, sócio da empresa VITAL ASSISTÊNCIA FUNERÁRIA, localizada em Petrópolis/RJ. O Sr. Márcio da Silva Branco é sócio de outra empresa similar, também em Nova Friburgo, chamada BRANCOPLUS SERVIÇOS E ASSISTÊNCIA FUNERAL LTDA., cujo objeto, igualmente, é a prestação de serviços de assistência funeral, comércio de flores e produtos funerários.

A exemplo do que se passa com o “Sistema Prever”, a CPI pôde apurar, pelos depoimentos e pela documentação juntada – inclusive com propaganda e lista de convênios, que se trata de empresas do ramo funerário e, portanto, devem especificar de forma destacada que o usuário está adquirindo apenas um plano funerário e não um plano de saúde.

Os casos reforçam a necessidade de a CPI propor alterações legislativas que, de um lado, possibilitem à ANS fiscalizar este ramo de atividade, e, de outro, ao mesmo tempo, inibam sua prática.

6.3 — NIPOMED.

De acordo com a documentação recebida pela CPI, foi constituída, em 1977, a pessoa jurídica NIPOBRAZ LANÇAMENTOS E REPRESENTAÇÕES S/C LTDA., tendo como sócios os Srs. Sanemitu Nisidozi e Tieko Nisidozi. A empresa destinava-se a explorar o ramo de atividade de prestações de serviços sobre comissionamentos, a saber: lançamentos de títulos de entidades beneficentes e recreativas, pecúlios, pensões, seguros de sistema

previdenciário, bem como outras atividades correlatas ou conexas, que independessem de autorização governamental específica.

A NIPOMED ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE LTDA. é sucessora da NIPOBRAZ LANÇAMENTOS E REPRESENTAÇÕES LTDA.

Em seu depoimento perante a comissão, no dia 23/10/2003, o presidente da NIPOMED, Sr. Tsutomo Matsumora, alegou que não vende planos de saúde, mas o chamado “Sistema NIPOMED de Saúde”.

Segundo o “Protocolo de Adesão”, a NIPOMED oferece ao uso dos aderentes a sua REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, integrada por instituições e profissionais credenciados, aptos a atender às mais diversas especialidades clínicas. A inscrição no sistema é pedida através de formulário de adesão, encaminhado à empresa por representante comercial autônomo. Todos os aderentes do sistema são denominados genericamente “associados”, podendo haver titulares e dependentes, em modalidade individual, familiar ou empresarial.

O associado paga uma única taxa anual, e recebe, juntamente com o INDICADOR DA REDE CREDENCIADA, seu CARTÃO, que lhe dá direito à livre escolha do credenciado. Os preços pagos pelo associado, diretamente ao credenciado, são os do contrato deste com a NIPOMED. Os credenciados comprometem-se a cobrar dos associados valores mínimos, estabelecidos na “Tabela NIPOMED”. Ou seja, menos do que cobram de seus clientes particulares.

Não há carências ou exclusões.

A NIPOMED põe à disposição de seus associados uma CAA – Central de Atendimento ao Associado.

A NIPOMED está presente em mais de duzentas cidades, através de franquias.

Conforme será salientado no tópico relativo às conclusões, produtos como o “Sistema NIPOMED” não podem ser considerados plano de saúde, nos moldes previstos pela Lei n.º 9.656/98. O próprio presidente da empresa, em seu depoimento, alegou que, após a criação da ANS, tentou registrar-se na Agência, e teve o seu pedido negado. O que não significa, obviamente, que a ANS não deveria ter o poder de fiscalizar empresas como esta, que desvirtuam o setor de saúde suplementar.

O que se pode vislumbrar, desde já, é que a Nipomed mantém publicidade de seus serviços que induzem o consumidor a estar adquirindo um plano de saúde.

O *slogan* da empresa, inclusive, é: “NIPOMED, O PLANO DE SAÚDE DE 1º MUNDO”.

A CPI dispõe de documentação que prova, até mesmo, a existência de uma mensagem comercial, do tipo “Outdoor”, com o citado *slogan*, nas medidas de 10 m. de base por 35 m. de altura, instalada na Praça Padre Péricles n.º 07, São Paulo, Capital, com visão para quem transita na Av. Francisco Matarazzo, no sentido Bairro/Centro. Referida mensagem foi elaborada pela empresa PLENA VISÃO PUBLICIDADE, através de contrato de locação de painel publicitário, firmado em 27 de março de 1998, com validade de 24 meses, a contar da inauguração do painel.

Sublinhe-se que a aludida publicidade continuou a ser veiculada mesmo após a entrada em vigor da Lei n.º 9.656/98.

No caso da NIPOMED, portanto, o modo de atuar da empresa, incluindo a publicidade veiculada pela mesma, leva esta CPI a estar convencida de que seu presidente, Sr. TSUTOMO MATSUMORA, deve ser indiciado — o que será feito no capítulo próprio deste Relatório —, como incurso no art. 7º, VII, da Lei n.º 8.137, de 27 de dezembro de 1990, que define crimes contra a ordem tributária, econômica e contra as relações de consumo, combinado com o art. 12, I e III, da mesma lei, e com o art. 71, do Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

Dispõem os referidos dispositivos legais:

“Art. 7º Constitui crime contra as relações de consumo:

.....

VII - induzir o consumidor ou usuário a erro, por via de indicação ou afirmação falsa ou enganosa sobre a natureza, qualidade do bem ou serviço, utilizando-se de qualquer meio, inclusive a veiculação ou divulgação publicitária;

.....

Pena - detenção, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, ou multa.”

“Art. 12. São circunstâncias que podem agravar de 1/3 (um terço) até a metade as penas previstas nos arts. 1º, 2º e 4º a 7º:

I - ocasionar grave dano à coletividade;

II -

III - ser o crime praticado em relação à prestação de serviços ou ao comércio de bens essenciais à vida ou à saúde.”

“Crime continuado

Art. 71 - Quando o agente, mediante mais de uma ação ou omissão, pratica dois ou mais crimes da mesma espécie e, pelas condições de tempo, lugar, maneira de execução e outras semelhantes, devem os subsequentes ser havidos como continuação do primeiro, aplica-se-lhe a pena de um só dos crimes, se idênticas, ou a mais grave, se diversas, aumentada, em qualquer caso, de um sexto a dois terços.”

Cumpre notar, a esse respeito, que a Promotoria do Consumidor do Ministério Público Estadual de São Paulo, já instada a se manifestar sobre o assunto, opinou pelo arquivamento do feito, o que foi ratificado pelo Conselho Superior do Ministério Público, em 06/02/2001 – documentos integrantes da CPI. Alegou-se que “o anúncio procura enaltecer as qualidades da empresa, porém de modo extremamente subjetivo, incapaz de induzir o consumidor em erro sobre as condições de contratação geral.”

Esperamos que o digno *Parquet* estadual paulista, a quem se recomenda o encaminhamento do ora relatado, reveja seu posicionamento, aprofundando-se mais no assunto.

6.4 — AUDIÊNCIA PÚBLICA NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE SÃO PAULO.

No dia 1º de setembro de 2003, a CPI realizou audiência pública na Assembléia Legislativa de São Paulo.

Desta audiência, um caso particular mereceu especial atenção da comissão, e se refere à UNIMED.

UNIMED / SÃO PAULO.

A CPI ouviu o Sr. Florisval Meinão, Diretor de Defesa Profissional da ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, o qual apresentou

denúncias contra a UNIMED DE SÃO PAULO. Dada a gravidade das mesmas, reproduzimos os principais trechos do depoimento:

“Eu queria aproveitar os poucos minutos que restam e eu gostaria de falar de algo que eu considero uma situação muito preocupante para a classe médica no Estado de São Paulo, especialmente na cidade de São Paulo, que é a questão que envolve a UNIMED de São Paulo. É uma empresa, eu não posso deixar de relatar esse fato aos Senhores Legisladores, porque, na verdade, é preciso que o Poder Público tenha uma posição sobre isso, porque o que se fez ali é algo que foi muito prejudicial aos médicos cooperados e à população como um todo, que comprou um plano de saúde e hoje se vê nessa situação que evoluiu a UNIMED de São Paulo. Era uma empresa com 400 mil associados, talvez a maior empresa na cidade de São Paulo. Ela nunca se comportou como uma cooperativa propriamente dita, porque os cooperados tinham muito pouco acesso. Nas próprias legislações internas, no regimento interno, para que um cooperado chegasse a ser diretor, ele tinha que cumprir algumas etapas que eram cargos de confiança. Portanto, somente aqueles indicados pela diretoria poderiam ser eleitos. E a verdade é que essa empresa num dado momento apresentou um enorme déficit. Ela chamou uma assembléia para tentar cobrir esse déficit, essa assembléia rejeitou com veemência. Era um déficit de 15 a 20 milhões. Posteriormente, uma auditoria feita por uma empresa renomada, independente, demonstrou que era um déficit de 300 milhões de reais. Essa empresa acumulou esse déficit de 300 milhões de reais. Foi feito um processo de direção fiscal pela Agência Nacional de Saúde. Essa Agência Nacional de Saúde passou, portanto, a monitorar o que evoluiu posteriormente e assumiu uma nova diretoria. Essa nova diretoria que assumiu, até o colega presidente está aqui presente, permaneceu durante um certo tempo e depois não sabemos o que houve. Mas a verdade é que se trocou essa presidência e assumiu uma nova presidência. E os médicos de um modo geral, preocupados com essas idas e vindas e incertezas e as dificuldades de acesso às informações, muito deles acabaram saindo da cooperativa. E a realidade é que desses médicos começaram a ser cobrados valores exorbitantes. Médicos que tinham uma produção pequena de 300, 400 reais por mês eram cobrados em valores de 70 a 80 mil reais. Era uma situação absolutamente absurda. Existe um processo da diretoria, que foi recém-eleita contra os ex-diretores. Esse processo é de um bilhão e meio de reais; esse processo encontra-se parado. A Agência

Nacional de Saúde decretou uma liquidação extrajudicial da empresa no final do mês de janeiro deste ano. Essa liquidação, nós temos dúvidas se ela está sendo feita de maneira a contemplar as necessidades de esclarecer o que se passou, os médicos cooperados não estão tendo acesso. É absolutamente opaca essa liquidação extrajudicial. Os médicos cooperados não têm acesso à lista dos credores que estão sendo credenciados. Existem negócios que foram realizados, que são fortemente suspeitos. A venda do patrimônio, em especial a venda da UNIMED-E, que era uma empresa agregada, ela foi feita de uma forma obscuro. As diretorias anteriores da UNIMED, elas criaram uma série de empresas agregadas, UNICRED, UNIMED Participações, etc., que, através de contratos nebulosos, poucos esclarecidos e alguns que até desapareceram hoje do processo de liquidação, certamente, foi por onde se esvaiu todos esses recursos. Eu digo isso porque saiu recentemente a notícia de que um ex-diretor da UNIMED foi pego pela CPI do BANESTADO, que enviou, na época da intervenção da Agência Nacional de Saúde, ele enviou ao exterior 2 milhões e meio de reais. Portanto, existe uma vinculação de tempo muito próxima entre o momento em que a Agência Nacional de Saúde fez o processo de intervenção fiscal e o envio de 2 milhões e meio de reais por um desses diretores. Até nós fazemos um pedido aos Srs. Parlamentares, que vou deixar toda essa documentação a respeito da UNIMED com o Sr. Relator e que se investigasse se, efetivamente, outros diretores não fizeram essa remessa, porque a verdade é que, aparentemente, todos se acertaram e essa conta ficou para ser paga por alguém e, certamente, essa cobrança virá dos médicos cooperados que nunca exerceram o papel efetivo de sócios da empresa. Eu acho que era isso que eu tinha a falar.”

A corroborar estas denúncias, recebeu, esta Relatoria, documento preparado pelo nobre Deputado Jamil Murad, do seguinte teor:

“DA UNIMED DE SÃO PAULO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Os fatos ocorridos na UNIMED de São Paulo, Cooperativa que esteve sob regime de direção fiscal (primeiramente instaurado em 26 de dezembro de 2.000 — Regime Fiscal 1 e, após, instaurado em 16 de janeiro de 2.002 — Regime Fiscal II) e que atualmente está em fase de liquidação extrajudicial, devem, pela sua própria dimensão e gravidade ser abordados neste foro.

No balancete de abertura do processo de liquidação levantado em 20 de janeiro de 2003, foi apurado o patrimônio líquido negativo (passivo a descoberto) da ordem de aproximadamente R\$ 320.000.000,00 (trezentos e vinte milhões de reais).

A respeito de tal passivo, afirmou o Sr. Liquidante Dr. Hélio Gaspar, em relatório datado de 14 de agosto de 2.003, o qual foi encaminhado ao Sr. Presidente da Comissão de Inquérito da UNIMED de São Paulo, ora juntado (doo.), “Verbis”:

“Aparentemente, a Liquidanda foi levada à situação de insolvência em que se encontra, como resultado da péssima administração a que foi submetida por seus diretores, tanto por aqueles que antecederam a instalação da 1ª Direção Fiscal, bem como pelos gestores que dirigiram a cooperativa até a decretação da liquidação extrajudicial. (folhas 26 do relatório)

E ainda em outra passagem:

“(…) Com esses investimentos, a UNIMED DE SÃO PAULO, aplicou recurso de capital de giro em investimentos de longo prazo, comprometendo o seu fluxo de caixa, passando, em decorrência, a ter dificuldades para honrar os compromissos advindos da utilização dos planos de saúde por parte de seus usuários, acumulando dívidas com a rede credenciada e, conseqüentemente, comprometendo o atendimento a saúde.

Assim, os elementos existentes demonstram que os ex-administradores, agindo com critérios questionáveis, realizaram operações que contrariavam os interesses da Cooperativa, causando consideráveis prejuízos para a Instituição, ora liquidanda; além do que, e por conseqüência disto, não mantinham controles suficientes, acessíveis e fidedignos, o que dificultou sobremaneira o levantamento da situação da cooperativa Liquidanda, e vem prejudicando a defesa dos interesses da mesma” (folhas 28 do relatório)

E, na conclusão ao referido relatório, o Sr. Liquidante

Hélio Gaspar solicitou autorização e poderes para apresentar pedido de falência da Cooperativa Liquidanda, através de pedido específico a ser dirigido diretamente ao Poder Judiciário.

Corroboram os dados levantados pelo Sr. Liquidante os fatos e provas deduzidos na AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS, REFERENTES AOS VALORES APROPRIADOS INDEVIDAMENTE, PREJUÍZOS EMERGENTES E LUCROS CESSANTES E POR DANOS MORAIS, COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA a qual foi proposta pela própria Unimed de São Paulo - Cooperativa de Trabalho Médico contra seus então ex-administradores, processo nº 000.02.176102-7, em curso perante a 29ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Capital de São Paulo. Em tal medida são relacionados fatos de responsabilidade dos referidos diretores que ensejam um pedido indenizatório no valor de aproximadamente R\$ 1.500.000.000,00 (hum bilhão e quinhentos milhões de reais), como se vê da anexa cópia da petição inicial (doc.).

Observe-se, neste passo, que os administradores da Unimed de São Paulo, por força da liquidação extrajudicial estão com os seus bens indisponibilizados.

Ademais, a Comissão Parlamentar de Inquérito intitulada "CPI do Banestado" que investiga remessas de divisas para o exterior, detectou, como é de conhecimento público, que o Sr. José Ricardo Savioli, ex-administrador da Unimed de São Paulo promoveu, às vésperas da 1ª intervenção fiscal da Cooperativa Unimed de São Paulo, remessa de expressivo valor para o exterior (aproximadamente R\$ 2.500.000,00), o que aliás, foi expressamente reconhecido pelo próprio em depoimento nesta CPI (doc.).

Por todo o exposto, este relatório recomenda enfaticamente que o Ministério Público Federal, no uso de suas atribuições constitucionais, promova investigações para averiguar a origem dos recursos financeiros remetidos ao exterior pelo Sr. José Ricardo Savioli, assim como verifique a existência de outras remessas eventualmente realizadas pelos demais administradores da Cooperativa Unimed de São Paulo - Cooperativa de Trabalho Médico, apurando-se igualmente a origem dos valores remetidos.

A par disso, recomenda-se que, no bojo das investigações, sejam averiguadas as circunstâncias que conduziram à Liquidação Extrajudicial da Unimed de São

Paulo, especialmente no que pertine à origem do passivo a descoberto que a motivou, com ênfase no longo do período de 2 (dois) anos em que a Cooperativa esteve sob o regime de direção fiscal decretado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.”

Portanto, temos, de um lado, denúncias de ilícitos penais, tais como apropriação indébita e remessa ilegal de divisas para o exterior, contra ex-diretores executivos da UNIMED/SP, à época dos fatos narrados pelo depoente.

De outro lado, temos denúncias de graves irregularidades que teriam sido cometidas em uma cooperativa que atuava no segmento da saúde suplementar, objeto desta CPI.

As informações bancárias e fiscais dos ex-diretores da UNIMED DE SÃO PAULO, envolvidos nestas denúncias – uma vez que integravam, repita-se, a Diretoria Executiva da cooperativa, à época dos fatos, pareceram, destarte, essenciais para que a Comissão procedesse a essas investigações, no âmbito do inquérito parlamentar que realizava.

Dessa maneira, A CPI aprovou Requerimento em virtude do qual foi determinada a quebra dos sigilos bancário e fiscal dos ex-diretores executivos da UNIMED DE SÃO PAULO, a seguir relacionados:

- EDMUNDO CASTILHO, CPF/MF n.º 031.237.908-00;
- RENÉ DE OLIVEIRA MAGRINI, CPF/MF n.º 288.488.617-68;
- ALDO FRANCISCO SCHIMDT, CPF/MF n.º 834.808.978-00;
- SÉRGIO ROBERTO DE FREITAS, CPF/MF n.º 001.184.528-78;
- JOSÉ RICARDO SAVIOLI, CPF/MF n.º 931.498.248-34;
- JULIO CEZAR VIOLA, CPF/MF n.º 037.788.538-05.
- HEITOR D'ARAGONA BUZZONI, CPF/MF N.º 931.069.557-15;
- EDGAR FIGUEIREDO BARTOLOMEI, CPF/MF N.º

- 667.016.788-15;
- ÂNGELO RINALDO ROSSI, CPF/MF N.º 025.304.068-04;
 - PAULO DE AGUIAR MIGUEL, CPF/MF N.º 506.321.248-49;
 - LUIZ BRASIL DA COSTA FAGGIANO, CPF/MF N.º 663.039.588-34;
 - JOÃO BAPTISTA DO AMARAL MOURA, CPF/MF N.º 021.260.798-72;
 - SIDNEY TOMMASI GARZI, CPF/MF N.º 767.460.038-68;
 - MARCOS RODRIGUES DE SOUZA, CPF/MF N.º 931.498.248-34;
 - JOÃO ALBERTO VILAR MAMEDE, CPF/MF N.º 686.023.678-72.

Devido à premência de tempo para a conclusão da CPI, a análise dos dados requeridos não foi concluída pelos técnicos da Receita Federal e do Banco Central.

Assim, recomenda-se o encaminhamento ao ilustre *Parquet* do Estado de São Paulo, para que o mesmo aprofunde as investigações, tomando as medidas que entender adequadas, bem como ao Ministério Público Federal, pelo suposto crime de remessa ilegal de divisas para o exterior.

6.5 — UNIMED / BELO HORIZONTE.

A CPI recebeu documentação, enviada pelo digno Deputado Estadual de Minas gerais, IRANI VIEIRA BARBOSA, dando conta de questões relativas ao ISS, envolvendo a Prefeitura Municipal de Belo horizonte e a UNIMED/BH.

Conforme se verifica da inclusa documentação, a questão está sendo bem encaminhada pela Prefeitura.

Como esse assunto vem prejudicando várias cooperativas que atuam na área da saúde suplementar, sugerimos, nas conclusões, a apresentação de projeto de lei complementar que busque equacionar a questão do ISS, desonerando as cooperativas e, portanto, dando a elas melhores condições de atendimento aos seus usuários.

6.6 — A QUESTÃO DA CORRETAGEM.

Na audiência que realizou na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, no dia 27 de outubro de 2003, a CPI ouviu o depoimento e recebeu documento do Sr. EDUARDO SIMÕES RAMOS, corretor de seguros (SUSEP n.º 10.39074-7).

O depoente expôs irregularidades que estariam sendo praticadas pelas seguradoras privadas de assistência à saúde, no que tange às informações iniciais prestadas à ANS, relativas à formação do valor relativo à contraprestação dos serviços prestados (prêmio). A denúncia toma como referência a seguinte norma da ANS:

“RESOLUÇÃO-RDC N.º 28, DE 26 DE JUNHO 2000

Altera a RDC n.º 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com as competências definidas nos incisos XVI e XVIII do art. 4º, da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no inciso VI do art. 8º, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 20 de junho de 2000, e

Considerando que o acompanhamento permanente das práticas de formação de preços representa instrumento de mais alta importância para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde, adotou a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instituída a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, como requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS.

Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais e/ou familiares, e aos planos coletivos, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora.

.....

Art. 3º O representante legal da operadora e o atuário mencionado no artigo anterior deverão declarar em conjunto, na apresentação da Nota Técnica de Registro de Produto, que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos e produtos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos de assistência à saúde oferecidos e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano ou produto.

.....”

Dentre as despesas não assistenciais da operadora, estaria incluído o valor do comissionamento, o qual, portanto, teria peso na formação do valor inicial a ser cobrado do segurado.

Ocorre que o comissionamento (corretagem) é pago ao corretor somente uma vez, por ocasião da apresentação da proposta, mas o seu valor passa a integrar definitivamente o preço do produto ao usuário, inclusive para os posteriores reajustes anuais, concedidos pela Agência.

Assim, os reajustes anuais não deveriam ser calculados incluindo o valor do comissionamento, dado que o mesmo é pago ao corretor somente por ocasião da contratação do produto, o que poderia ensejar contraprestações pecuniárias – vale dizer, aumento de preços – mais vantajosas (ou menos onerosas) para o consumidor.

Caso contrário, o certo seria o corretor receber, a cada reajuste anual, novo valor de comissionamento, sobre o qual, inclusive, deveriam ser recolhidos tributos – e aí, portanto, poderia estar caracterizado, também, um prejuízo para a Fazenda Pública, que pode ser ainda maior quando a transação entre o corretor e a operadora é feita por um intermediário.

Trata-se de questão a ser estudada e, se for o caso, reavaliada pela ANS, o que lhe será recomendado, no tópico próprio deste Relatório.

6.7 — AUDIÊNCIA PÚBLICA NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE PERNAMBUCO.

A CPI participou, em 29 de setembro de 2003, de audiência pública da **CPI Estadual de Pernambuco sobre Planos de Saúde**, realizada na Assembléia Legislativa daquele Estado.

Fazemos, a seguir, uma análise retrospectiva dos fatos ali investigados, de acordo com os depoimentos prestados naquela sessão, bem como dos documentos recebidos formalmente pela CPI da Câmara dos Deputados.

Esclarecemos que a CPI pretendia convocar as principais pessoas referidas para prestar depoimento em Brasília, com o fito de aprofundar as investigações, o que poderia redundar, inclusive, em requerimentos de quebra de sigilos bancário e fiscal. Todavia, a premência de tempo impediu-nos de fazê-lo. Assim, relataremos os fatos objeto de investigação da CPI Estadual,

procedendo, na parte competente deste Relatório, aos encaminhamentos pertinentes.

Cuida-se de denúncias formuladas pelo Sr. JOSÉ ALVES DA SILVA SOBRINHO, Sócio-Diretor do Hospital Geral João XXIII Ltda., localizado naquela capital pernambucana, contra o Plano de Saúde “UNIÃO SAÚDE” - NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA.

O denunciante alega ter sido vítima de um golpe de R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais) praticado pelas empresas UNIÃO SAÚDE e sua sucessora, a UNIVIDA.

A UNIÃO SAÚDE foi liquidada pela ANS há dois anos, depois da prisão dos então sócios Alcides Ponce de Leon e Alcilene Pereira Ramos, que acumularam dívidas com os prestadores de serviço e deixaram os usuários sem atendimento.

De acordo com o denunciante, a UNIVIDA foi criada por *sócios laranjas* da União Saúde, tendo à frente o procurador da empresa, JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, e o advogado RIVADÁVIA BRAYNER. A UNIVIDA é administrada, hoje, por PAULO JOSÉ RODRIGUES DE LIMA, tio de Codeceira.

A seguir, um relato pormenorizado dos fatos.

A pessoa jurídica NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., sociedade por cotas de responsabilidade limitada, foi constituída em 14 de abril de 1999, tendo por objeto social a administração e/ou operação de planos privados de assistência à saúde, como também a participação em outras sociedades de mesma finalidade.

O instrumento contratual foi arquivado na Junta comercial do Estado de Pernambuco em 19 de abril de 1999, sob o n.º 26201161453.

Do instrumento particular de contrato social, constam como sócios, inicialmente, ANDRÉ LUIZ LINS DE CARVALHO, advogado, e FRANCISCO BORGES DA SILVA, advogado.

Consta, como sede da empresa, a Rua Padre Inglês, n.º 144, Boa Vista, Recife/Pe.

O capital social declarado foi de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), dividido em 10.000 cotas de valor nominal de R\$ 1,00, assim divididas: 8.000 cotas em nome de FRANCISCO BORGES DA SILVA, e 2.000 cotas em nome de ANDRÉ LUIZ LINS DE CARVALHO.

A gerência da sociedade seria exercida por ambos os sócios, em conjunto.

De acordo com Certidão do 4º Serviço Notarial de Recife, em 17 de maio de 1999, os referidos sócios, por intermédio de procuração por instrumento público, constituíram seus procuradores o Sr. RIVADÁVIA BRAYNER CASTRO RANGEL, advogado, e PAULO JOSÉ SILVA SOARES, economiário, conferindo-lhes amplos poderes para gerir e administrar a empresa NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., podendo, inclusive, com a outorga dos mandantes, substabelecer os poderes que recebiam.

Em 26 de agosto de 1999, os sócios André Luiz Lins de Carvalho e Francisco Borges da Silva procedem a uma primeira alteração contratual, em virtude da qual a sede da empresa passa a localizar-se à Rua Alfredo de Medeiros, n.º 60, Bairro do Espinheiro, Recife/PE, e o capital social é aumentado para R\$ 50.000 (cinquenta mil reais), sendo, em cotas de R\$ 1,00, assim distribuído: R\$ 40.000,00 em nome de FRANCISCO BORGES DA SILVA, e R\$ 10.000,00 em nome de ANDRÉ LUIZ LINS DE CARVALHO.

Esta alteração contratual foi arquivada na Junta comercial em 31 de agosto de 1999.

De acordo com Certidão do 4º Serviço Notarial de Recife, em 26 de maio de 2000, os referidos sócios, por intermédio de procuração por instrumento público, constituíram seu procurador o Sr. PAULO EUGÊNIO GONÇALVES CAMPELO, comerciante, conferindo-lhe amplos poderes para gerir e administrar a empresa NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., podendo, inclusive, com a outorga dos mandantes, substabelecer os poderes que recebia.

Esta procuração foi conferida por prazo indeterminado, cancelando qualquer outra feita anteriormente.

Por instrumento particular de segunda alteração contratual, datado de 17 de novembro de 2000, os sócios da empresa NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., ANDRÉ LUIZ LINS DE

CARVALHO e FRANCISCO BORGES DA SILVA retiram-se da sociedade, vendendo e transferindo suas cotas, respectivamente, a TOBIAS FERREIRA LEAL, comerciante (10.000 cotas de R\$ 1,00) e ALCIDES JOSÉ LEAL PONCE DE LEON, comerciante (40.000 cotas de R\$ 1,00).

Foram transferidos aos novos sócios todos os direitos e obrigações relativos à Carteira de Associados do Plano de Saúde administrado pela sociedade, e que funciona sob o nome-fantasia “UNIÃO SAÚDE”.

Assumiram os novos sócios, igualmente, o passivo da sociedade, em relação à Associação Pernambucana de Hospitais Filantrópicos, bem como, cheques pré-datados, emitidos pela empresa.

O capital social permaneceu em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), e a gerência da sociedade foi confiada aos novos sócios, em conjunto.

De acordo com certidão do Cartório Arnaldo Maciel, 5º Tabelião Público de Notas de Recife, os referidos novos sócios, ALCIDES JOSÉ LEAL PONCE DE LEON e TOBIAS FERREIRA LEAL, por intermédio de procuração por instrumento público, passada em 21 de fevereiro de 2001, constituíram seu procurador o Sr. JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, comerciante, conferindo-lhe amplos e ilimitados poderes para gerir e administrar a empresa NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., podendo, inclusive, substabelecer.

O instrumento de Contrato de Prestação de Serviços entre a NOTA – ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., operadora do plano de saúde “UNIÃO SAÚDE”, e o Hospital Geral João XXIII, foi firmado em 30 de agosto de 1999, quando representavam a NOTA, portanto, na qualidade de procurador, os Srs. RIVADÁVIA BRAYNER CASTRO RANGEL e PAULO JOSÉ SILVA SOARES.

O objeto do contrato era a prestação de serviços de internação em geral, atendimento de urgência em traumatologia, pediatria e clínica médica, e os exames complementares, liberados apenas para pacientes internados e de urgência, pelo Hospital aos beneficiários, titulares ou dependentes, do plano “União Saúde”.

Segundo as denúncias apresentadas pelo Sr. JOSÉ ALVES DA SILVA SOBRINHO:

os primeiros titulares da NOTA, ANDRÉ LUIZ e FRANCISCO BORGES DA SILVA, têm antecedentes criminais;

o endereço da primeira sede social da empresa NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA. coincidia com o endereço do escritório do Sr. RIVADÁVIA BRAYNER, um dos dois primeiros procuradores da empresa, ao lado de PAULO JOSÉ SILVA SOARES;

PAULO JOSÉ SILVA SOARES, por sua vez, era, à época, GERENTE GERAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL – AGÊNCIA DERBY, e facilitava operações econômicas entre a CEF e a “União Saúde”, inclusive assinando cheques, já que era um dos procuradores;

PAULO EUGÊNIO GONÇALVES CAMPELO, o terceiro procurador da empresa NOTA, em substituição aos dois últimos mencionados, recebeu diversos cheques da “UNIÃO SAÚDE”. Há cópias de vários destes cheques, na documentação recebida pela CPI;

os novos sócios da NOTA, em face de segunda alteração contratual, ALCIDES JOSÉ LEAL PONCE DE LEON e TOBIAS FERREIRA LEAL, nomearam procurador da empresa JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES;

JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, por sua vez, tem antecedentes criminais, inclusive como receptador de medicamentos, que seriam revendidos em sua farmácia – FARMÁCIA COELHO;

há, ainda, denúncias paralelas contra outras pessoas, a saber: PAULO JOSÉ RODRIGUES DE LIMA e RUTH ALVES CODECEIRA (parentes de JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES); SONIA MARIA MENDES DE LIMA; ALCIDENE PEREIRA RAMOS e SÔNIA MARIA LEAL;

menciona-se, finalmente, uma conta-corrente no antigo Banco BANDEIRANTES S/A, em nome de MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DE MELO, “por onde haveria transitado fortunas” (p. 13 da documentação recebida pela CPI Federal, relativa às denúncias). Esta senhora estaria relacionada às primeiras denúncias contra JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, envolvendo roubos de máquinas de costura industriais (p. 10).

Relata, ainda, o denunciante, que:

RIVADÁVIA BRAYNER CASTRO RANGEL é filho do Desembargador RIVADÁVIA BRAYNER, do Tribunal de Justiça de Pernambuco, e ambos agiriam em conjunto a fim de tentar obstaculizar o andamento de ações penais contra o primeiro (há cópia, na documentação recebida pela CPI, de Ofício encaminhado pelo desembargador José Napoleão Tavares de Oliveira à OAB/PE, relatando indícios de irregularidades na distribuição de “Habeas Corpus” junto ao Tribunal);

JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES é sobrinho do Secretário de Defesa Social, Gustavo Rodrigues de Lima.

Foram encaminhados pelo denunciante, também, cópias de autos de inquérito policial contra os sócios da NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., mostrando indiciamentos pelo crime de estelionato, na modalidade de fraude no pagamento por meio de cheque, envolvendo ANDRÉ LUIZ LINS DE CARVALHO, FRANCISCO BORGES DA SILVA e PAULO EUGÊNIO GONÇALVES CAMPELO.

A par dos documentos relativos à NOTA ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO LTDA., especificamente, foram entregues à CPI da Câmara dos Deputados outros documentos, que indicam a utilização reiterada e sistemática de planos e instituições de saúde para a prática de ilícitos civis e penais, e não apenas em Recife, Pernambuco, mas, também, em outras localidades do nordeste brasileiro, como João Pessoa, na Paraíba.

Com efeito, estes documentos envolvem, principalmente, JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, que teria ligações com as seguintes empresas:

EMERGÊNCIA PERNAMBUCO LTDA.,
HOME SERVICE;
SOS SAÚDE LTDA.;
HOSPITAL MEMORIAL DE CAMARAGIBE;
SANTA CLARA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.;
HOSPITAL TREZE DE MAIO LTDA.;
POLICLÍNICA TREZE DE MAIO LTDA.;
APS PARAÍBA LTDA (EMERGÊNCIA PARAÍBA).

Os documentos envolvem, ainda, PAULO JOSÉ RODRIGUES DE LIMA, tio de Jorge Alberto, RUTH ALVES CODECEIRA, sua genitora, e outras pessoas que foram mencionadas no suposto esquema da “UNIÃO SAÚDE”, como ALCIDES JOSÉ LEAL PONCE DE LEON, que, recorde-se, figura como dono da NOTA, após segunda alteração contratual da mesma, tendo nomeado Jorge Alberto Codeceira Alves como seu procurador.

O modo de proceder repete-se, em relação à “UNIÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.” – cujo nome-fantasia é UNIVIDA, localizada em Recife.

A UNIVIDA é sucessora da UNIÃO SAÚDE, conforme depoimento do Sr. Paulo José Rodrigues de Lima, sócio das empresa, na Assembléia Legislativa de Pernambuco, em 29 de setembro de 2003.

Em outro documento, informa-se a existência de inquérito policial instaurado na Delegacia de Defraudações e Falsificações da cidade de João Pessoa, na Paraíba, envolvendo JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES, RUTH CODECEIRA ALVES e SÔNIA MARIA MENDES LIMA.

O inquérito em questão investiga a SANTA CLARA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., que operava em João Pessoa.

A representação criminal na qual ENÓDIO ABREU JÚNIOR e EDILANE PESSOA DE OLIVEIRA requereram fossem processados criminalmente as mencionadas pessoas descreve, com pormenores, o modo de agir dos representados.

Há, ainda, documento em que aparecem, novamente, os nomes de TOBIAS FERREIRA LEAL, ALCIDENE PEREIRA RAMOS, SÔNIA MARIA LEAL, RUTH ALVES CODECEIRA e SÔNIA MARIA DE SOUZA MENDES, agora na condição de sócios, sucessivamente, da T & A SERVIÇOS DE CRÉDITO MÉDICO LTDA., sediada em Recife.

A coincidência e a repetição de nomes de pessoas, envolvendo diversas sociedades ligadas à área da prestação de saúde – planos de saúde e hospitais, indica, de maneira aguda, a existência de ações organizadas, orientadas para a prática de ilícitos civis e penais em desfavor dos usuários, pacientes e prestadores de serviço, tendo por finalidade o locupletamento indevido dos envolvidos.

Em face da documentação apresentada, sublinhamos, mais uma vez, que o ideal teria sido a CPI Federal tomar o depoimento, ao menos, das principais pessoas mencionadas, decidindo, ainda, sobre eventuais requerimentos de quebra de sigilo bancário e fiscal, investigação sobre cheques (no caso da ligação entre a NOTA EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÕES LTDA. e determinada AGÊNCIA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL), eventuais ligações entre RIVADÁVIA BRAYNER CASTRO RANGEL e seu pai, Desembargador do Tribunal de Justiça de Pernambuco, inclusive quanto a suposto esquema de fraude na distribuição eletrônica de processos, o que poderia demandar quebra de sigilo telefônico.

Ponderamos, entretanto, que a CPI dispunha de quantidade de tempo limitada para tanto, não tendo sido possível, destarte, aprofundar as investigações.

Deve-se considerar, contudo, que, na elaboração de seu relatório final, a CPI pode basear-se, somente, na documentação por ela oficialmente recebida

Cumpramos registrar, ainda, que a CPI, na pessoa de seu Presidente, foi intimada de medida liminar (salvo conduto), em *Habeas Corpus Preventivo* impetrado por JORGE ALBERTO CODECEIRA ALVES junto ao Supremo Tribunal Federal, no qual S. Exa. constava como autoridade coatora, assegurando ao paciente o direito de manter-se calado diante de indagações que ele próprio entendesse pudessem incriminá-lo, não podendo, por esse fato, ser preso ou ameaçado de prisão, na hipótese de vir a ser convocado para depor perante a CPI Federal.

No entanto, dado que o requerimento no qual se consubstanciaria referida convocação não foi sequer apresentado à CPI, e, mais, que a mesma está por se encerrar, aquela medida judicial perderá seu objeto, devendo ser extinto o feito pelo Supremo Tribunal Federal, sem apreciação de mérito.

Os fatos ora narrados servirão como parâmetro para as conclusões da CPI, notadamente no que tange à necessidade de maior rigor, por parte da ANS, na concessão do registro, inclusive no que concerne ao capital mínimo das empresas postulantes.

Recomenda-se, finalmente, o encaminhamento da documentação ao Ministério Público de Pernambuco, para o aprofundamento das investigações.

6.8 — AUDIÊNCIA PÚBLICA NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL.

Por ocasião da audiência pública que realizou na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, no dia 15 de setembro de 2003, a CPI recebeu, da UNIMED/RS, documentação relativa à questão das órteses, próteses, implantes e materiais especiais.

O assunto já foi abordado no corpo deste Relatório, e voltará à baila nos tópicos referentes às conclusões e propostas legislativas.

Neste momento, cumpre registrar o que alega a UNIMED/RS:

“Os fornecedores desses materiais especiais, sabedores desta nova obrigação dos planos sem regramento (referindo-se ao plano-referência), estão superfaturando seus preços. Estes mesmos fornecedores aproximaram-se de alguns médicos com incentivos indiretos ou diretos, os quais acabam forçando indicações desnecessárias de uso destes materiais, o que torna a situação ainda mais pior e, ainda, coloca em risco a saúde do próprio paciente.

(...)

Com o advento da nova lei, os fornecedores, ao saberem da obrigação por parte das operadoras, se uniram de forma a tornar este mercado fechado, onde os preços destes insumos exortaram-se em seus valores, obrigando as operadoras pagarem verdadeiros absurdos por tais materiais.

(...)

Estas empresas distribuidoras têm dois grandes clientes envolvidos na intermediação do negócio. Os hospitais, que abrem suas portas para entrada destes materiais e utilização dos mesmos nos pacientes que ali farão sua cirurgia e os médicos que ao final das contas serão os grandes indicadores daquele ou outra marca de prótese, implante ou outros.”

Recomenda-se o encaminhamento ao Ministério Público do Rio Grande do Sul, para investigação acerca de possíveis ilícitos penais contra a ordem econômica.

7 — CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.

Desde o início dos trabalhos da Comissão, e sempre que instados a nos manifestarmos, temos dito que nosso objetivo foi e é o de, sem prejuízo das prerrogativas próprias das CPIs, ouvirmos as queixas e colhermos a “história clínica” do setor de planos de saúde, com vistas a formularmos um diagnóstico preciso e, com base nele, propormos uma terapêutica que permita a recuperação da saúde suplementar no País.

Dessas nossas afirmações iniciais, gostaríamos de chamar a atenção para dois aspectos que consideramos fundamentais. O primeiro deles é o que se refere ao objeto precípua do trabalho de uma Comissão Parlamentar de Inquérito. Conforme preceitua a Carta Magna, cabem a tais Comissões os “poderes de investigação próprios das autoridades judiciais, além de outros previstos nos regimentos das respectivas Casas”. Isso significa ser uma prerrogativa desse instrumento: convocar testemunhas para depoimento, se necessário com o uso de meios coercitivos; requisitar documentos, perícias, funcionários e demais recursos humanos e materiais para o desenvolvimento dos trabalhos; quebrar os sigilos bancário e fiscal de pessoas físicas ou jurídicas, desde que haja base factual para tanto; propor indiciamentos e encaminhar suas conclusões ao Ministério Público, para que proceda aos desdobramentos necessários, provocando a atuação do Poder Judiciário.

Essa tem sido, indubitavelmente, a face das Comissões Parlamentares de Inquérito mais divulgada por parte dos órgãos de comunicação, e a mais conhecida do grande público. De fato, quando uma CPI promove a prisão em flagrante de um cidadão, quando quebra o sigilo fiscal e bancário de uma empresa ou pessoa física, por vezes muito conhecida do mundo empresarial ou político, ou ainda quando indicia elementos pela prática de crimes constatados durante os seus trabalhos, o efeito dessas ações na mídia é quase que instantâneo.

E é compreensível que assim o seja. Essa Casa já foi palco de fatos ocorridos por ocasião do trabalho de CPIs absolutamente espetaculares, como o depoimento de um humilde servidor — um motorista — do supremo mandatário da Nação que acarretou no primeiro *impeachment* de um Presidente na História do Brasil.

Há que se considerar, entretanto, que o trabalho de uma CPI não se resume nem se esgota nesses aspectos mais espetaculares.

Nesse sentido, é inevitável uma analogia entre o trabalho de uma CPI com o próprio trabalho parlamentar. Nem sempre a atuação de um Parlamentar recebe a justa e devida valorização pelo seu trabalho diuturno em prol de uma causa, procurando usar os instrumentos próprios do Poder Legislativo, tais como: a apresentação de proposições, a formulação de Requerimentos de Informação ou Propostas de Fiscalização e Controle, o acompanhamento da tramitação de Projetos, bem como a apresentação de emendas a proposições. Muitas vezes, a simples apresentação de uma denúncia em Plenário, nem sempre bem fundamentada, rende ao Deputado ou Senador muito mais espaço nos jornais, rádios e TVs, sem grande reflexão sobre que tipo de ação poderia ser eficaz para que se evite ou se corrija o objeto da denúncia.

Entendemos que uma CPI, igualmente, seria omissa caso se resumisse unicamente aos aspectos citados, sem procurar encaminhamentos que permitam um aperfeiçoamento dos instrumentos legais, normativos e administrativos que envolvem a determinada questão examinada.

Assim, cremos que o grande mérito da presente Comissão foi o de ter uma clara e inequívoca atuação asseverativa, mas cuidando para dar às denúncias recebidas o devido encaminhamento.

Desse modo, o presente Relatório Final propõe o indiciamento de um presidente de empresa, tendo em vista termos apurado evidências da ocorrência de ilícito penal contra a ordem econômica e as relações de consumo, previsto na Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, bem como encaminhamentos ao Ministério Público, pela suspeita da prática de má gestão, desvio de recursos e outros ilícitos, em outros casos. Propõe, ainda, o indiciamento de duas testemunhas convocadas regularmente pela CPI, para depor perante a Assembléia Legislativa do Paraná – Caso Prever, as quais não compareceram nem justificaram a ausência – incorrendo, destarte, no crime de desobediência.

Paralelamente, procedeu-se a uma verdadeira ausculta da sociedade. Durante os trabalhos da Comissão foi dada voz a todos os setores que guardam relação com a temática dos planos de saúde. Aqui, puderam se manifestar e trazer suas opiniões e contribuições os consumidores, as empresas,

os prestadores de serviço e representantes do Poder Público, sem qualquer discriminação ou preconceito.

A partir desse processo, pudemos chegar a uma visão mais efetiva da realidade do setor, de seus problemas mais graves, do que tem sido feito e ainda resta por fazer em termos de regulamentação e de regulação, para que se chegue a um equilíbrio justo entre as partes envolvidas.

Vale lembrar, dessa forma, que as empresas de planos de saúde, os estabelecimentos hospitalares, laboratórios, clínicas, assim como os profissionais de saúde, em sua maioria, exercem uma atividade econômica legítima e constitucionalmente garantida. Não se trata, portanto, de criar embaraços de qualquer espécie por considerar que o ganho ou lucro advindo dessa atividade possa ser condenável ou injustificável.

É mister, contudo, que se reconheça que essa é uma relação de consumo especialíssima, um mercado que tem características próprias, pois lida, em última instância, com a vida e o bem-estar de seres humanos. A Constituição Federal é clara, aliás, quando, em seu art. 197, prevê que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Por conseguinte, a parte fraca e mais desprotegida dessa relação deve ser objeto de resguardos e de cuidados excepcionais, diferentemente do que ocorre com o consumo de um bem material que pode ser garantido, unicamente, pela norma genérica: o Código de Defesa do Consumidor.

Esse foi o entendimento e a clara intenção do legislador, quando discutiu e aprovou um diploma jurídico específico, contemplando as peculiaridades do setor de planos de saúde, mas sem prejuízo da aplicação das normas mais gerais que regem o consumo.

Ocorre que, passados cinco anos da aprovação da Lei, e de quase quatro anos de experiência de uma agência reguladora atuando no setor, faz-se necessária uma reavaliação dos problemas, avanços e lacunas percebidos e acumulados ao longo desse período, com vistas a tornar não apenas justas as relações entre consumidores, operadoras e prestadores, mas também para dotar o setor de regras estáveis que lhe dêem viabilidade e resguarde os legítimos interesses existentes entre as partes.

A ponderação judiciosa dos depoimentos prestados, das contribuições e dos documentos recebidos compôs um painel amplo e

diversificado de sugestões, o qual, após profundo exame de nossa parte, foram classificados em cinco categorias básicas:

1 - medidas de caráter legislativo, consubstanciadas em um Projeto de Lei e um Projeto de Lei Complementar anexos, apresentados em nome da CPI, a serem devidamente apreciados pelas instâncias regimentais do Congresso Nacional;

2 - medidas de caráter legislativo, consubstanciadas na Indicação anexa, remetida ao Poder Executivo em nome da CPI, por tratarem de matérias incluídas na reserva de iniciativa daquele Poder, conforme preceitua o art. 61, § 1º, inciso II, da Constituição Federal;

3 - recomendações de caráter técnico-administrativo, em sua maioria dirigidas à Agência Nacional de Saúde Suplementar, com vistas ao aperfeiçoamento do processo de gestão e de regulação setorial, e que não se configuram como matéria de lei, integrantes, igualmente, da mencionada Indicação ;

4 - apoio da CPI à tramitação de matérias legislativas específicas, atualmente pendentes de deliberação nesta Casa, que representam, direta ou indiretamente, contribuições valiosas para a melhoria do setor de saúde suplementar;

5 - encaminhamentos ao Ministério Público, com indiciamentos e recomendações para o aprofundamento de investigações iniciadas pela CPI.

Diante do exposto, e após exaustivas discussões e análises, são os seguintes os encaminhamentos propostos:

1 - Apresentação de dois Projetos de Lei com os seguintes conteúdos:

a) Projeto de Lei alterando a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências”, modificada pela Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Em nosso entender, o referido diploma jurídico faria jus a uma ampla e total revisão, vez que, quando de sua tramitação, e, também e principalmente, quando da edição e das reedições sucessivas das MPs que o alteraram, adquiriu vícios de linguagem e erros de técnica legislativa importantes,

merecedores de reparos. Ademais, sendo uma lei com razoável complexidade, deveria ser dividida em Títulos e Capítulos em que estivessem separadas as questões atinentes aos usuários, às empresas, aos prestadores e outras. Não sendo, contudo, o fulcro do trabalho da CPI a resolução dessas questões de forma, deixamos essas sugestões como contribuições da Comissão ao futuro Relator da matéria, no momento de sua tramitação pelos Órgãos Técnicos da Casa. Assim, propomos a alteração da Lei nos seguintes aspectos:

a.1) Mudança da definição de “plano privado de assistência à saúde”, no inciso I, do art. 1º, de forma a incluir a assistência farmacêutica entre as modalidades de intermediação disponíveis no mercado de saúde suplementar. Esse foi um ponto de convergência entre diversos setores que se fizeram representar nas Audiências Públicas realizadas ao longo dos trabalhos da CPI e configura-se como mais uma opção de segmentação a ser oferecida facultativamente pelas operadoras aos usuários de planos de saúde.

a.2) Alteração do §1º, do art. 1º, de forma a corrigir uma omissão do texto em vigor que embasa uma suposta não competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para fiscalizar planos de saúde coletivos.

a.3) Alteração do § 2º, do art. 1º, com vistas a incluir sob o manto da Lei 9.656/98, e conseqüentemente da ANS, as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores, nos moldes do IAMSPE, em São Paulo, e do IASERJ, no Rio. Essas entidades, muitas vezes, agem como operadoras de planos de saúde, contratando e credenciando prestadores e, no entanto, restam sem qualquer fiscalização. Ademais, não informam sobre sua produção e sobre seu gasto, não permitindo a sistematização dos dados que dizem respeito a mais de cinco milhões de beneficiários.

a.4) Inserção de expressão no *caput* do art. 10 com vistas a assegurar a saúde integral ao usuário, bem como economia para as operadoras. Os planos de saúde deverão, assim, implementar campanhas educativas e de promoção da saúde, e a adoção de procedimentos necessários para prevenção de doenças (a exemplo do câncer de mama, colo de útero etc) bem como os protocolos de prevenção consagrados pelas sociedades de especialidades médicas e pelo Ministério da Saúde.

Ainda, a inserção de um parágrafo novo no art. 10, com vistas a permitir que cirurgias plásticas, desde que decorrentes de acidentes pessoais ou para reconstrução mamária não sejam consideradas liminar e unilateralmente como “procedimentos para fins estéticos” pelas operadoras. De fato, muitas vezes procedimentos dessa natureza se fazem imprescindíveis. Nossa intenção é que uma junta médica, cuja composição e representatividade serão objeto de regulamentação ulterior, manifeste-se sobre o caráter reparador de tais procedimentos.

a.5) Alteração do art. 11, *caput*, e inserção de um § 2º, objetivando, em primeiro lugar, a redução do prazo para que as operadoras excluam tratamentos ou procedimentos de doenças ou lesões preexistentes de 24 para 18 meses. Secundariamente, visa-se à proibição da prática do “agravo”, pecúnia que onera as mensalidades pagas pelos beneficiários com vistas a que as aludidas doenças e lesões possam ser objeto de cobertura por parte da operadora. Tais alterações se justificam plenamente, pois houve uma convergência de opiniões sobre o fato de que o prazo de 24 meses hoje em vigor é excessivamente longo, cabendo uma redução, em nosso entender razoável, para 18 meses no período de exclusão de que trata o dispositivo. No que concerne à proibição da prática do agravo, verificou-se que seu valor, quando admitido pela operadora, tem sido tão elevado, que o torna praticamente proibitivo ou inexecutável.

a.6) Alteração do art. 12, em que são definidas as formas admissíveis de segmentação do mercado de planos de saúde, de forma a facultar às operadoras o oferecimento das modalidades opcionais, na assistência hospitalar, de hospital-dia e de internação domiciliar – esta quando em substituição ao regime de internação hospitalar. Tais modalidades, apesar de amplamente difundidas e de representarem melhoria na assistência, diminuição de risco de superinfecções e diminuição de custos, ainda não estão previstas nos contratos das operadoras.

a.7) Ainda no art. 12, foram feitas alterações para que fosse introduzida a faculdade de oferecimento, pelas operadoras, de uma nova segmentação do setor: a de assistência farmacêutica. Essa segmentação foi veiculada por praticamente todos os setores que se fizeram representar nas audiências levadas a cabo, e houve praticamente uma unanimidade sobre sua necessidade e aceitação. Desse modo, não há porque excluir esse possível nicho de mercado, plenamente admitido pelos usuários e empresas, mas que precisa

ser previsto em lei para que se configure como uma opção passível de fiscalização, controle e regulação por parte da ANS.

a.8) Inserção da expressão “assistência farmacêutica” nos incisos III e VIII do art. 16, para compatibilizar o texto atual com a introdução da segmentação de assistência farmacêutica, já mencionada no item a.5.

a.9) Profunda modificação do conteúdo do art. 18, mantidos os dispositivos originais, de forma a introduzir a contratualização na relação entre operadoras e prestadores de serviços. O novo inciso I define as regras básicas atinentes aos contratos a serem firmados. Destaque-se nessas regras: a indicação do prestador para o tipo de atendimento contratado; os valores, prazos e formas de pagamento e de faturamento dos serviços contratados; a definição das formas de auditoria e dos procedimentos que requerem autorização da operadora; a determinação dos prazos de vigência e de critérios para a renovação e para rescisão; e a determinação sobre fornecimento de informações à ANS. A contratualização permitirá uma relação indubitavelmente mais transparente entre as operadoras e os prestadores credenciados e contratados, com evidentes ganhos para os usuários. Diminuirão, também, as freqüentes queixas dos prestadores de sofrerem pressões para redução de custos, com perda de qualidade da assistência, e as recusas de atendimento com base em atrasos de pagamentos.

a.10) Introdução, igualmente, de um dispositivo, no mesmo art. 18, de que as pessoas jurídicas contratadas como prestadores estejam cadastrados no Ministério da Saúde, de forma a facilitar o processo de fiscalização da Agência e o ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados em usuários de planos de saúde.

a.11) Alteração do inciso IV do art. 19, de forma a compatibilizá-lo com a previsão de criação do segmento de assistência farmacêutica.

a.12) Introdução, no § 5º do art. 24, *in fine*, de expressão com vistas a resguardar os direitos dos usuários quando da alienação de carteiras de operadoras submetidas a intervenção pela ANS, mormente no que concerne à contagem dos prazos de carência.

a.13) Acrescentado o Art. 11 A, proibindo de forma definitiva e inequívoca a prática, largamente utilizada, da exigência de caução para o

atendimento ou para a internação de usuários. Essa prática é determinada pelo comportamento abusivo por parte das operadoras que não mantêm canais de comunicação permanentes com seus usuários e prestadores. Os estabelecimentos e profissionais, desse modo, desejosos de garantias de pagamento do serviço prestado ou de remuneração de seu trabalho, pressionam a parte fraca dessa tríade. Observe-se que tal pressão é exercida sobre o usuário num momento que potencializa sua fragilidade, pois ninguém — seja o próprio paciente, um familiar ou amigo — é capaz de recusar a assinatura de um cheque ou a dação de garantia material quando supõe que a vida ou a integridade, sua ou de um ente querido, encontra-se em jogo. A proibição da caução não significa, entretanto, em jogar os prestadores às feras e fazê-los responsáveis por uma relação sobre a qual não têm controle. A introdução do instrumento de contratualização entre as operadoras e a rede credenciada ou referenciada pode possibilitar a resolução favorável desses gargalos do sistema. Obriga-se, outrossim, que as operadoras mantenham serviço ininterrupto, visando à rápida e ágil autorização para internações, exames e procedimentos.

a.14) Acrescentado o Art. 13 A, introduzindo o instituto da mobilidade, que representará uma verdadeira Lei Áurea para o usuário. Hoje, ao comprar um plano de saúde, o consumidor não tem qualquer garantia de satisfação ou de cumprimento da lei e das cláusulas contratuais. Isso significa que pode tornar-se um verdadeiro refém de uma má operadora, pois relutará muito em trocar de empresa tendo que cumprir novos períodos de carência. Dessa forma, ao se prever a mobilidade, cria-se a possibilidade de o usuário insatisfeito libertar-se desse vínculo indesejado e enseja-se um vigoroso incentivo ao mercado para que as operadoras procurem cativar a sua clientela, propiciando boas condições de atendimento. Para prevenir tentativas de burla por parte de usuários mal intencionados, exige-se que para exercer a mobilidade o interessado, desde que decorridos 180 dias da contratação, esteja em dia com o pagamento de suas obrigações, tenha efetivado uma reclamação consistente junto aos foros apropriados e tenha o aceite por parte da nova operadora. Adicionalmente, prevê-se que a mobilidade do usuário entre operadoras deve observar a similaridade dos produtos ofertados, de modo a evitar a anti-seleção.

O desenvolvimento de mecanismos que permitam ao consumidor maior mobilidade no sistema — sem a necessidade de cumprir novas carências — é fator fundamental para o controle da qualidade e do preço, por meio da concorrência e da competitividade. A maior restrição à adoção da mobilidade

é o fato de que cerca de 70% dos usuários de planos individuais estão em planos antigos, sem qualquer padrão de comparação possível de cobertura assistencial. Portanto, a mobilidade está diretamente ligada à implementação de regras bem sucedidas de migração.

a.15) Acrescentado o Art. 18 A, resgatando o texto do atual art. 18, desmembrado para que fosse inserido o mecanismo de contratualização.

a.16) Acrescentado o art. 35 N, dispondo que as pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.

Este novo dispositivo é de suma importância, na medida em que dará poderes à ANS para fiscalizar as empresas que atuam irregularmente no setor de planos de saúde, mesmo que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, data da entrada em vigor da Lei n.º 9656, seja porque, simplesmente, não se registraram na Agência, ou porque não podem ser caracterizadas como operadoras.

a.17) Acrescentado o Art. 35 O, que tipifica o crime e prevê pena de um a cinco anos de reclusão para os responsáveis por empresas que, fazendo-se passar por operadoras, induzem o consumidor a adquirir seus produtos como se fossem planos de saúde. Tais empresas têm como estratégia mercadológica operar no ramo de saúde sem registro na ANS e, portanto, sem obediência aos ditames legais atinentes ao setor suplementar. Mesmo porque, tecnicamente, não são realmente planos de saúde, haja vista não satisfazerem os requisitos do art. 1º, incisos I e II, da Lei 9656/98, principalmente no que tange à modalidade de reembolso ou pagamento direto ao prestador. Sublinhe-se que a criminalização de tal conduta, sem dúvida, contribuirá com o intuito dos membros desta Comissão de inibir prática tão insidiosa.

b) Projeto de Lei Complementar dispondo sobre normas gerais relativas ao Imposto Sobre Serviços de qualquer natureza (ISS), tendo em vista evitar a tributação de profissionais de saúde cooperados e da própria cooperativa (bitributação). O ato cooperativo tem regime jurídico específico, que não dá margem à configuração de prestação de serviços sob o aspecto

econômico, sujeito à incidência do ISS. A exigência, pelos Municípios brasileiros, do ISS sobre o faturamento total das operadoras de planos de saúde gera uma verdadeira bitributação, uma vez que as cooperativas não prestam serviços hospitalares, médicos, odontológicos e outros. Esses serviços são prestados, diretamente, pelos hospitais, laboratórios e médicos que já pagam os tributos municipais.

2 - Apresentação de Indicação ao Poder Executivo, sugerindo que sejam encaminhados ao Congresso Nacional Projetos de Lei, cuja iniciativa é privativa do Presidente da República, com os seguintes conteúdos:

a) Conferir poderes à ANS para fiscalizar e denunciar aos órgãos competentes de defesa do consumidor as empresas que não são registradas na Agência como operadoras de planos privados de assistência à saúde, mas que atuam no mercado, muitas vezes induzindo o usuário ou consumidor a erro. As investigações da CPI apontam, principalmente, para as empresas que atuam oferecendo convênios com profissionais de saúde e clínicas médicas, muitas vezes ao lado de outras atividades completamente estranhas à saúde. Faz-se, pois, imperioso que a ANS possa estender a sua ação fiscalizadora sobre este mercado paralelo, tendo em vista informar o usuário e sanear o mercado de planos de saúde, porquanto as empresas que nele atuam não são, tecnicamente, operadoras, dado que não se configura nem o reembolso nem o pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

b) Regulamentação da migração dos planos de saúde contratados antes de 2 de janeiro de 1999 para o regime instituído pela Lei n.º 9.656/98. A proposta a ser oferecida aos usuários e às operadoras, tendo em vista a adaptação à referida legislação, deve ser cuidadosa e minuciosamente elaborada pela assessoria técnico-jurídica do Ministério da Saúde e da ANS, a fim preservar o ato jurídico perfeito.

A migração ou adaptação dos contratos deve ocorrer de forma coletiva, em cada plano de saúde, visando o menor reajuste das contraprestações e o menor prazo de carência possíveis; deve garantir a livre escolha do usuário entre permanecer no contrato original; ou adaptar seu contrato com a incorporação de novas coberturas de acordo com a lei 9.656/98.

c) Acompanhamento, regulação e fiscalização dos contratos “antigos” pela ANS, com base nas disposições da Lei n.º 8.078, de 11 de

setembro de 1990 — Código de Defesa do Consumidor, inclusive para fins de aplicação de penalidades em face de infrações que sejam constatadas.

d) Atribuição de poderes legais à ANS para regular e fiscalizar as relações entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços. A ANS não tem meios para controlar a higidez do setor de saúde suplementar se sua atribuição legal restar limitada à relação entre as operadoras e os usuários. A eficácia desse controle será muito ampliada se a Agência puder intervir para equacionar o sem-número de conflitos que se dão entre aquelas e os prestadores, conflitos estes que, em última análise, redundam em prejuízos maiores para os usuários.

e) Vinculação automática dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, atribuição específica da ANS, aos reajustes oferecidos pelas operadoras aos prestadores. O repasse aos prestadores não deverá ser integral, o que implicaria numa inconveniente indexação, limitando-se à porcentagem do custo que representam para as operadoras o pagamento de seus prestadores, de acordo com os cálculos apresentados por estas à ANS para a concessão do aumento de preços aos usuários. Com efeito, a reclamação mais contundente dos representantes de prestadores que depuseram perante a CPI concentrou-se na alegação de que os planos são autorizados pela Agência a reajustar seus preços, mas não repassam parcela alguma desses reajustes para os prestadores, os quais, assim, ficam em situação cada vez mais difícil para fazer face aos atendimentos dos pacientes-usuários.

f) Estabelecer uma política de reajustes mais transparente para o setor, que não se baseie quase que unicamente na média dos reajustes dos planos coletivos, hoje praticamente à margem da legislação. A ANS deve assumir papel mais efetivo, avaliando, inclusive, instituir política de reajustes regionais, mantendo, contudo, o reajuste máximo nacionalmente permitido. Ainda no que concerne aos reajustes, sugere-se que a ANS contrate instituição de notório saber com vistas a desenvolver um índice setorial. Tal índice deve refletir os reais custos da atenção médico-sanitária e deve servir de base para a composição dos reajustes a serem concedidos às operadoras.

g) Criar núcleos estaduais de fiscalização. O sistema atual de fiscalização regional mostrou-se bastante inoperante, apresentando

acentuado desequilíbrio entre localidades bem fiscalizadas e outras — a maioria — extremamente carentes da proteção da ANS.

h) Estabelecimento de regras mais rígidas para que a ANS conceda o registro e a autorização de funcionamento das operadoras, com ênfase no estabelecimento de exigência de capital social mínimo, compatível com os produtos a serem oferecidos. A CPI constatou a existência de pessoas jurídicas que atuam no setor, cujo capital social é insignificante, o que pode evidenciar flagrante despreparo para atuar no mercado, ou, às vezes, má intenção por parte dos sócios, quanto a locupletamentos ilícitos.

i) Fixação de prazos máximos para que as empresas possam atuar com registro provisório, devendo ser regulamentada, definitivamente, a concessão do registro definitivo. Tal medida trará, seguramente, maior transparência e segurança para o mercado e para os usuários.

j) Criação de sistema de auditoria para exame de glosas. A questão das glosas foi bastante discutida nos debates da CPI, e levou os membros da comissão a suspeitarem de práticas exageradas e abusivas, por parte dos auditores das operadoras — sobre a atuação dos quais deve haver, igualmente, no sistema ora preconizado, rigorosa fiscalização. Impõe-se, desta maneira, controle efetivo, pela ANS, da relação entre as operadoras e os prestadores – de acordo com a Resolução Normativa n.º 42 da ANS.

l) Introdução de formulário único ou padrão para o registro e para o faturamento de atendimentos e procedimentos, na relação entre operadoras e prestadores. O resgate dos debates ocorridos quando da tramitação do Projeto que deu origem à Lei 9.656/98 mostra que já naquela ocasião havia a intenção de se unificar os procedimentos nas relações entre operadoras e prestadores. A introdução de um formulário único seria uma medida de grande alcance, pois, além da economia processual que representaria, seria um grande passo para a automação dos procedimentos. Ademais, permitiria uma produção de informações mais transparente e mais ágil para que a ANS pudesse exercer seu papel de regulação e fiscalização.

m) Aumentar o controle social sobre o setor de saúde suplementar, por intermédio de legislação que torne mais claras as relações e competências do Conselho Nacional de Saúde — CNS, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar — CONSU e da Câmara de Saúde Suplementar — CSS.

Atualmente, o CNS vem encontrando obstáculos para exercer o seu papel de instância máxima de discussão e de deliberação sobre temas relativos à saúde no País. A instituição do CONSU como um “conselho chapa branca”, composto apenas por Ministros de Estado, e a designação desse órgão como máximo de deliberação para o estabelecimento de políticas para o setor, merece ser revista. O CNS deve ser instado a participar mais ativamente das várias câmaras técnicas que atuam junto à ANS e ao CONSU. Adicionalmente, sugere-se:

- Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, do Orçamento, Plano de Metas e Contrato de Gestão da ANS.
- Reformulação da composição da Câmara de Saúde Suplementar, de forma a tornar paritária a representação dos segmentos que atuam no setor: 25% governo (ANS, MS e demais órgãos governamentais); 25% operadoras (todos os segmentos) ; 25% usuários (defesa do consumidor; patologias e deficiências; usuários coletivos); 25% prestadores (profissionais de saúde, dentistas, médicos, laboratórios e hospitais)
- Aperfeiçoamento da Ouvidoria da ANS, de forma a garantir sua autonomia e independência, voltada a ouvir a sociedade e avaliar de forma crítica e propositiva as ações da ANS.
- Aperfeiçoamento do mecanismo de Consultas Públicas da ANS, com maior divulgação prévia visando a ampliação da participação da sociedade.

n) Regular a atividade dos corretores de planos de saúde. Esta medida impõe-se porque, por um lado, estes corretores subordinam-se, hoje, às normas da SUSEP, e, por outro, faz-se necessário fiscalizar se o alegado custo com as comissões são usados pelas operadoras para compor o índice de reajuste que pleiteiam à ANS, mesmo após o primeiro ano de contrato – a comissão é paga somente quando da contratação.

o) Criação de cargos na ANS e promoção de concurso público de provas e títulos para a investidura nos mesmos.

p) Agregar às atribuições da ANS dispositivo para tornar mais rígidas as regras de transferência de carteiras entre operadoras de planos de saúde, com a adoção de mecanismos que impeçam a prática de

“arrendamento” de carteiras. Atualmente é prática usual a administração provisória, por período determinado, de uma carteira por uma outra empresa, levando à diminuição da rede credenciada em qualidade e quantidade. Além disso, o expediente tem servido para as operadoras driblarem as ações de fiscalização.

q) Estabelecer critérios rígidos, inclusive quarentena, com vistas a que, observado o disposto no parágrafo único do art. 6º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cidadãos ligados às empresas do setor de saúde suplementar possam ingressar no quadro de diretores da ANS. A preocupação da CPI nesse ponto é a de evitar a existência de forte vinculação entre diretores da ANS com as empresas operadoras do mercado de saúde suplementar.

r) Criação de mecanismos de controle e regulação do mercado a fim de coibir tanto a prática das chamadas “metas referenciais”, como, na outra ponta, a de profissionais que excedem na solicitação de exames e na indicação de procedimentos.

Por intermédio das “metas referenciais”, as operadoras procuram limitar a prerrogativa do médico em indicar procedimentos ou solicitar exames. Ao longo dos trabalhos da CPI, foram reiteradas vezes mencionadas práticas dessa ordem, que se revelam danosas e utilizadas em detrimento do usuário, pois podem significar uma assistência de mais baixa qualidade ou com repercussões perniciosas para sua sanidade. Temos plena convicção que qualquer tentativa de induzir o profissional de saúde a atuar de forma contrária à sua consciência ou a seu conhecimento deve ser coibida.

Já no que concerne à utilização abusiva de pedidos de exames e indicações de procedimentos, os prejuízos ao paciente não são menores. Além de tais exames e procedimentos não serem inócuos, podendo gerar complicações iatrogênicas, essa conduta é potencialmente lesiva ao equilíbrio econômico-financeiro do sistema de saúde suplementar que deve ser preservado. Abusos dessa ordem, inclusive, acarretam aumento nos custos e, conseqüentemente, reivindicação por parte das operadoras de reajustes em desfavor dos usuários.

3 - Encaminhamento ao Executivo, na mesma Indicação, das seguintes recomendações, que devem consubstanciar-se em atos administrativos:

a) Criação, pela ANS, de Central de Atendimento 24 Horas aos Usuários. Diversamente do “Disque ANS”, destinado a esclarecer dúvidas sobre a legislação e gerar procedimentos de fiscalização, esta central funcionaria como um verdadeiro plantão de atendimento aos usuários de planos de saúde. Destinar-se-ia, quando possível, à solução imediata de problemas, e como forma de encaminhar a mediação ou arbitragem (nos termos de lei específica) de problemas relacionados à exclusão de atendimento e negação de coberturas, sobretudo quando se tratar de casos emergenciais. Buscar-se-ia o esclarecimento e a solução ágeis, pela via administrativa, objetivando a garantia do atendimento ao usuário. Não se deve perder de vista que, hoje, somente pequena parcela da população socorre-se dos PROCONs ou do Poder Judiciário, e mesmo as ações individuais ou coletivas que ensejam tutela de urgência ou antecipada não têm, por vezes, a necessária agilidade. Para a criação da central preconizada, deve-se definir com clareza uma fonte de custeio, de forma a não onerar adicionalmente às operadoras e, por via de consequência, o usuário.

b) Da mesma maneira, propõe-se a criação, pela ANS, de Central de Atendimento aos Prestadores — médicos, hospitais, laboratórios, profissionais de saúde —, visando a que obtenham, com agilidade, informações para o encaminhamento de controvérsias que estejam tentando solucionar junto às operadoras.

c) Criação de Comissão Técnica, constituída por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, da ABIFARMA, das empresas produtoras de materiais médico-hospitalares, de prestadores, de usuários, das operadoras, dos PROCONs e do Ministério Público, a fim de estabelecer uma equação econômica, abrangendo os principais itens que compõem as planilhas de custo dos planos de saúde e de seus prestadores: honorários médicos, insumos, medicamentos, exames diagnósticos, procedimentos, serviços e demais custos.

As planilhas devem ser analisadas e auditadas por órgãos independentes, de notório saber e credibilidade, contratados pela ANS, a exemplo da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Instituto de Pesquisas econômicas (FIPE/USP).

d) Criação, pela ANS, de um Banco de Preços da Saúde Suplementar, com a finalidade de, via *internet*, disponibilizar informações comparativas sobre os preços praticados no mercado de órteses, próteses e

outros equipamentos (*stent*), com base na tabela de preços estabelecida pela Comissão Técnica, anteriormente citada. Com isso, garantir-se-á transparência ao mercado, evitando-se, inclusive, o mencionado problema do superfaturamento de órteses e próteses, investigado pela CPI no Rio Grande do Sul.

e) Fiscalizar o cumprimento do requisito de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, para que as operadoras possam ser autorizadas a funcionar (art. 8º, I, da Lei n.º 9.656/98).

f) Criação de Câmara Técnica, composta por integrantes do Ministério da Saúde, da ANS, das operadoras, dos prestadores e dos usuários, destinada a estabelecer parâmetros para o uso dos recursos técnicos ou de novas tecnologias médicas e diagnósticas. Cuida-se de determinar se as novas tecnologias tornam obsoletas as já existentes, tendo em vista coibir solicitações médicas desnecessárias, ou, por outro lado, evitar as glosas, quando imprescindíveis.

g) Instituição de protocolos médicos destinados a orientar a conduta diagnóstica e terapêutica. Os protocolos seriam estabelecidos pelas respectivas associações de especialistas, a exemplo do que já ocorre em diversos casos, como a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Com isso, evitar-se-iam, por um lado, procedimentos aberrantes e estranhos ao consenso dos especialistas da área e, por outro, as glosas injustas e muitas vezes praticadas apenas como manobras protelatórias para o acerto de contas entre operadoras e prestadores.

h) Criação de Comissão de Notáveis, integrada por representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Federal de Medicina, da ANVISA, do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, dos hospitais, das operadoras, da associação de médicos residentes, da associação de reitores e representantes de estudantes de Medicina, com a finalidade de analisar e avaliar as escolas de medicina existentes no Brasil, estabelecer critérios mínimos para que determinado curso possa obter licença para funcionamento junto ao Ministério da Educação e transferência dos alunos de cursos suspensos para outras escolas, sem prejuízo do andamento curricular.

i) Quanto à análise dos pleitos das operadoras para reajuste das contraprestações pecuniárias, recomenda-se à ANS o desenvolvimento de

metodologia individualizada que permita a concorrência de fatores específicos, observados em cada empresa, tais como: a sinistralidade efetiva, aspectos regionais, a composição da carteira quanto a faixa etária, gênero etc., previsão para readequação de preços para prestadores de serviços, previsões para composição de reservas técnicas e nível de eficiência de gestão.

j) Sugerir o desenvolvimento de estudos no sentido de solucionar a questão relativa aos hospitais públicos, inclusive os universitários, que mantêm contratos de prestação de serviços ou são credenciados por operadoras. Se por um lado, há um nítido interesse de muitas instituições públicas em manter contratos dessa ordem por significarem um reforço orçamentário indispensável a seu funcionamento — além de um fator de incentivo para manutenção de recursos humanos competentes —, por outro há que se resguardar a equidade no tratamento entre os usuários de planos de saúde e os demais, atendidos sob a égide do SUS.

l) Desenvolver ações voltadas para a recuperação do equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços de saúde, de modo a garantir a manutenção de sua qualidade. Entre as medidas possíveis para a consecução desses objetivos, encontram-se: criação de linhas de crédito a juros subsidiados e com prazo dilatado — a exemplo do que ocorre com outros setores (agricultura, aviação civil, distribuidoras de energia, bancos etc.) — que permitam a recomposição de suas dívidas e a atualização tecnológica; programas especiais de parcelamento de débitos fiscais com prazos diferenciados; redução da carga tributária do setor.

m) Desenvolver estudos para novo tratamento legal do disposto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, referente ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde ao SUS dos recursos despendidos nos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O mencionado ressarcimento financeiro ao SUS permanece sendo objeto de fortes resistências por parte das operadoras dos planos de saúde, que não concordam com os critérios adotados pela ANS, especialmente no que diz respeito aos preços cobrados em tais atendimentos, e, ainda, quanto aos procedimentos operacionais excessivamente burocráticos, exigidos nestas

circunstâncias.

Entendemos, pois, que o assunto ainda está longe de ser esgotado, estando a merecer novo tratamento normativo, mais eficiente quanto à cobrança e arrecadação dos recursos, bem como mais simplificado quanto aos procedimentos exigidos para o controle operacional destes eventos.

Solução próxima à que foi dada nos casos de atendimento aos vitimados do trânsito pelas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, parece-nos bastante razoável. Afinal, a transferência automática, por imposição legal, de parte dos recursos do DPVAT para o SUS acabou mostrando-se uma fórmula eficiente de aumentar os ingressos regulares do SUS, sem maiores resistências por parte das seguradoras privadas, com impacto mais do que positivo nas condições de atendimento dos acidentados de trânsito na rede de hospitais integrantes do mencionado sistema de saúde.

Como a matéria é reconhecidamente complexa, seu tratamento definitivo exige maiores aprofundamentos, tanto em relação aos aspectos fiscais nela contidos, caso se decida por uma nova contribuição social — inclusive para não conflitar com a cobrança do PIS e da COFINS —, a ser cobrada sobre a receita das operadoras dos planos de saúde, para a cobertura do atendimento de seus segurados pelos hospitais conveniados e contratados no âmbito do SUS, como em relação aos riscos que poderiam advir de tal cobrança, na forma de um incentivo adicional para que as operadoras de planos de saúde acabassem por optar, com indesejável frequência, por usar um hospital do SUS, buscando assim reduzir seus custos operacionais de internação hospitalar - como, inclusive, advertiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar ao analisar aspectos operacionais dos ressarcimentos financeiros aos quais estamos nos referindo.

De qualquer maneira, por ora, segue a seguinte proposta concreta de ressarcimento ao SUS:

- Aperfeiçoamento do atual mecanismo de processamento de informações, visando a identificação de todos os beneficiários de planos de saúde que são atendidos pelo SUS, por meio do cruzamento do cadastro das operadoras enviados à ANS com as emissões de AIHs e atendimentos pelo SUS.

- Criação da Taxa de Ressarcimento ao SUS, cujo valor será estabelecido por lei, a ser pago por todas as operadoras à ANS com destinação final ao Fundo Nacional de Saúde. A instituição da taxa é necessária tendo em vista a grande frequência de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde e a baixa efetividade do ressarcimento, atualmente comprometido por uma série de fatores, detalhados no relatório da CPI.

n) Atuação da ANS no controle da propaganda enganosa e abusiva dos planos de saúde, por meio de monitoramento, fiscalização e aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

o) Revisão da Resolução nº 13 do CONSU, que restringe atendimentos de urgência e emergência.

p) Revisão da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 68, que estipulou Rol de Alta Complexidade, bem como os critérios técnicos utilizados para estipular os procedimentos e exames passíveis de exclusão.

q) Edição de Resolução específica visando a caracterização e eventuais medidas para impedir a falsa coletivização de contratos, artifício que vem sendo usado para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais.

r) Recomendar à ANS que mude o sistema de escolha, remuneração e duração das intervenções (Diretoria Técnica e Diretoria Fiscal).

s) Reformulação pela ANS das normas relativas à Revisão Técnica. As normas devem prever a Revisão Técnica desde que essa obedeça, restritivamente, aos seguintes condicionantes: que seja aplicada somente às carteiras de planos e seguros privados de assistência à saúde em desequilíbrio; que tais carteiras tenham índice de utilização, ou sinistralidade, superior a 90%; que o desequilíbrio não tenha sido causado pela má gestão dos administradores das operadoras; e que a demonstração do desequilíbrio tenha sido auditada por instituição externa habilitada pela Comissão de Valores Mobiliários.

t) Recomendar à ANS que seja adotada uma política que permita a redução progressiva do reajuste máximo admitido entre a primeira e a última faixa etária dos planos; que seja proibida a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias; e que sejam criados mecanismos de desconto nos reajustes por faixa etária proporcionais ao tempo de plano do usuário (a título de

exemplo, tome-se um desconto de 10% no reajuste por faixa etária para cada período de 10 anos de plano, induzindo, dessa forma, a fidelização e permitindo políticas de prevenção e promoção da saúde).

4 - Apoio explícito da CPI, para que seja concedido caráter de urgência regimental aos Projetos de Lei, que apresentam grande importância para o equilíbrio e o bom andamento do setor de saúde suplementar:

a) Projeto de Lei n.º 65, de 2003, de autoria do ilustre Deputado ARLINDO CHINAGLIA, que “proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos e dá outras providências”. A proliferação absurda e a expansão do número de vagas dos cursos de medicina no Brasil têm se revelado deletérias para a saúde da população, para a qualidade dos serviços prestados e para o equilíbrio do mercado de trabalho. Com efeito, a grande número de profissionais médicos e de saúde que são lançados — para não dizer despejados — no mercado a cada ano, sem o preparo devido e sem oportunidades de aperfeiçoar-se em uma Residência Médica, é fator primordial para o aviltamento da remuneração praticada pelas operadoras de planos de saúde. Não é necessário ser um luminar nas Ciências Econômicas para se perceber que o preço da mão-de-obra é diretamente proporcional ao número de profissionais disponíveis. Ocorre que um médico mal remunerado é, também, um médico que trabalha mais horas que o recomendável, que não tem tempo ou recursos para se aperfeiçoar e um médico mais próximo de ultrapassar a linha que separa a prudência da imprudência, com evidente queda na qualidade da atenção prestada. A proposição citada é, portanto, de grande interesse para melhoria das condições de saúde e de trabalho no País.

b) Projeto de Lei n.º 2.585, de 2003, de autoria do ínclito Deputado ROBSON TUMA, que proíbe “ex-funcionário público que exercia cargo de chefia assumir função igual ou semelhante na iniciativa privada”.

Feitas essas considerações, constata-se que todas as medidas ao alcance constitucional, legal, regimental e político desta Comissão Parlamentar de Inquérito estão consubstanciadas nas providências aqui arroladas.

Os encaminhamentos ao Ministério Público, inclusive com casos concretos de indiciamento; as medidas legislativas para aperfeiçoamento da normatização setorial; as sugestões ao Poder Executivo para que tome iniciativas na área legislativa e providências na administrativa; e o apoio às matérias que tramitam na Casa compõem um variado e complexo quadro, demonstrando o valor, a dedicação e o empenho de todos quanto contribuíram para os trabalhos desenvolvidos.

A CPI — PLANOS DE SAÚDE produziu, igualmente uma volumosa quantidade de material, relacionado, direta ou indiretamente, à questão dos planos de saúde, o qual, mesmo depois de encerrado o período regimental de trabalhos desta Comissão, permanecerá à disposição dos Exmo. Srs. Parlamentares e Órgãos Técnicos da Casa, bem como de toda a sociedade, para a produção de conhecimento e para orientar as políticas aqui discutidas e aprovadas - resguardando-se, evidentemente, as informações sigilosas, as quais requerem os devidos cuidados por parte da administração da Câmara dos Deputados.

Creemos que, ao fim dos trabalhos, pudemos não apenas tratar de forma competente os fatos que deram a motivação para a criação da CPI, mas também dar um norte e contribuições fundamentais para um setor fundamental, já que lida, diretamente, com a vida e o bem-estar de uma parcela considerável de nossos cidadãos.

Determina, finalmente, esta CPI, sejam encaminhados ao Ministério Público Federal e aos Ministérios Públicos Estaduais, nos termos do tópico seguinte, cópia integral dos autos.

8 — ENCAMINHAMENTOS.

1 – Ao Ministério Público do Estado de São Paulo, o INDICIAMENTO do Sr. TSUTOMU MATSUMORA, presidente da NIPOMED, pela prática do crime previsto no art. 7º, VII, c/c art. 12, I e III, ambos da Lei n.º 8.137, de 27 de dezembro de 1990, c/c art. 71 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal.

2 – Ao Ministério Público Federal, o INDICIAMENTO da Sra. Arlete da Luz Aparecida Rodrigues, RG: 3.348.342-2 - SSP/PR, CPF: 427.552.989-87 (Aviso de Recebimento n.º SQ 174523943 BR - Tentativa de entrega: 15.8.03, 15h05, tendo sido recusado o recebimento pela própria Arlete, o que foi observado pelo carteiro Altair Cruz), e do Sr. Newton Rangel Marques, RG: 4.380.469-3 - SSP/PR, CPF: 687.684.869-87 (Aviso de Recebimento n.º SQ 174523926 BR, recebido em 14.08.03, por Silvia Dantas), pelo crime de desobediência, previsto no art. 330 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, em virtude de terem sido regularmente intimados para depor como testemunhas perante a CPI, e não terem comparecido nem justificado a ausência.

3 – Ao Ministério Público Federal, para que proceda à apuração do caso relativo à UNIMED DE SÃO PAULO, em relação ao qual esta CPI recebeu denúncias de possível remessa ilegal de divisas para o exterior, envolvendo os seguintes ex-diretores-executivos desta empresa:

- EDMUNDO CASTILHO, CPF/MF n.º 031.237.908-00;
- RENÉ DE OLIVEIRA MAGRINI, CPF/MF n.º 288.488.617-68;
- ALDO FRANCISCO SCHIMDT, CPF/MF n.º 834.808.978-00;
- SÉRGIO ROBERTO DE FREITAS, CPF/MF n.º 001.184.528-78;
- JOSÉ RICARDO SAVIOLI, CPF/MF n.º 931.498.248-34;
- JULIO CEZAR VIOLA, CPF/MF n.º 037.788.538-05.

- HEITOR D'ARAGONA BUZZONI, CPF/MF N.º 931.069.557-15;
- EDGAR FIGUEIREDO BARTOLOMEI, CPF/MF N.º 667.016.788-15;
- ÂNGELO RINALDO ROSSI, CPF/MF N.º 025.304.068-04;
- PAULO DE AGUIAR MIGUEL, CPF/MF N.º 506.321.248-49;
- LUIZ BRASIL DA COSTA FAGGIANO, CPF/MF N.º 663.039.588-34;
- JOÃO BAPTISTA DO AMARAL MOURA, CPF/MF N.º 021.260.798-72;
- SIDNEY TOMMASI GARZI, CPF/MF N.º 767.460.038-68;
- MARCOS RODRIGUES DE SOUZA, CPF/MF N.º 931.498.248-34;
- JOÃO ALBERTO VILAR MAMEDE, CPF/MF N.º 86.023.678-72.

As investigações deverão estender-se, ainda, a toda a DIRETORIA EXECUTIVA da UNIMED/SP, no período em que foi seu Presidente o Sr. CID CÉLIO JAYME CARVALHAES, bem como a toda a DIRETORIA EXECUTIVA seguinte a esta.

A extensão da investigação se deve ao teor do depoimento prestado pelo Sr. Cid Carvalhaes à CPI, no dia 18/09/2003, no qual, inclusive, foi noticiado à Comissão que a Unimed/SP estava, à época, sob regime de Direção Fiscal e de Direção Técnica da ANS, fato que deverá, igualmente, ser abrangido pela investigação.

4 – Ao Ministério Público do Estado de São Paulo, para que proceda à investigação de possíveis ilícitos penais, envolvendo os seguintes ex-diretores-executivos da UNIMED DE SÃO PAULO:

- EDMUNDO CASTILHO, CPF/MF n.º 031.237.908-00;
- RENÉ DE OLIVEIRA MAGRINI, CPF/MF n.º 288.488.617-68;
- ALDO FRANCISCO SCHIMDT, CPF/MF n.º 834.808.978-00;
- SÉRGIO ROBERTO DE FREITAS, CPF/MF n.º 001.184.528-78;
- JOSÉ RICARDO SAVIOLI, CPF/MF n.º 931.498.248-34;
- JULIO CEZAR VIOLA, CPF/MF n.º 037.788.538-05.
- HEITOR D'ARAGONA BUZZONI, CPF/MF N.º 931.069.557-15;
- EDGAR FIGUEIREDO BARTOLOMEI, CPF/MF N.º 667.016.788-15;
- ÂNGELO RINALDO ROSSI, CPF/MF N.º 025.304.068-04;
- PAULO DE AGUIAR MIGUEL, CPF/MF N.º 506.321.248-49;
- LUIZ BRASIL DA COSTA FAGGIANO, CPF/MF N.º 663.039.588-34;
- JOÃO BAPTISTA DO AMARAL MOURA, CPF/MF N.º 021.260.798-72;
- SIDNEY TOMMASI GARZI, CPF/MF N.º 767.460.038-68;
- MARCOS RODRIGUES DE SOUZA, CPF/MF N.º 931.498.248-34;
- JOÃO ALBERTO VILAR MAMEDE, CPF/MF N.º 686.023.678-72.

As investigações deverão estender-se, ainda, a toda a DIRETORIA EXECUTIVA da UNIMED/SP, no período em que foi seu Presidente

o Sr. CID CÉLIO JAYME CARVALHAES, bem como a toda a DIRETORIA EXECUTIVA seguinte a esta.

A extensão da investigação se deve ao teor do depoimento prestado pelo Sr. Cid Carvalhaes à CPI, no dia 18/09/2003, no qual, inclusive, foi noticiado à Comissão que a Unimed/SP estava, à época, sob regime de Direção Fiscal e de Direção Técnica da ANS, fato que deverá, igualmente, ser abrangido pela investigação.

5 – Ao Ministério Público do Estado de Pernambuco, para que aprofunde as investigações relativas aos fatos narrados, apurados durante audiência pública desta CPI em Recife, conforme descrito neste Relatório.

6 – Ao Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, para que apure a prática de eventuais ilícitos penais contra a ordem econômica, envolvendo o comércio de insumos como órteses e próteses, conforme noticiado a esta CPI, por ocasião da audiência pública que realizou naquele Estado.

7 – À Mesa, para as providências de sua alçada, tendo em vista a apresentação, por esta CPI, de um Projeto de Lei, um Projeto de Lei Complementar e uma Indicação, a serem incluídos em Ordem do Dia dentro de cinco sessões (art. 37, I, do Regimento Interno), bem como a adoção de providências para que seja conferida urgência à tramitação do PL 65, de 2003, e do PL 2585, de 2003.

8 – À Comissão de Seguridade Social e Família, à qual competirá acompanhar e fiscalizar todo o contido neste Relatório.

Sala da Comissão, em de de 2003.

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator

PROJETO DE LEI N.º , DE 2003

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde)

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei destina-se a aperfeiçoar a legislação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Os dispositivos a seguir enumerados, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

.....

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato, individual ou coletivo, que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, inclusive:

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas, que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, bem como as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores.

§ 4º(NR).”

“Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como ações de prevenção e promoção da saúde respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

§ 1ºA. Para os fins do disposto no inciso II, junta médica, composta por representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas respectivas e dos usuários, avaliará, quando necessário, se os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como próteses e órteses, objetivam restaurar funções para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva de mama.

§ 4º(NR).”

“Art. 11. É vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei após

dezoito meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. São vedados, ainda:

I – a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS;

II – o oferecimento de agravo ou qualquer outra modalidade de aumento no valor das contraprestações pecuniárias para a inclusão da cobertura referida no *caput* (NR).”

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, inclusive nas modalidades opcionais de hospital-dia e internação domiciliar, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente,

realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, aluguéis e diárias, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, conforme dispuser o regulamento;

VI - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VII - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação

de preços de serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VIII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido (NR).”

“Art. 16.

.....

III – os períodos de carência para consultas, internações, assistência farmacêutica, procedimentos e exames;

.....

VIII – a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica;

.....

XII -(NR).”

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado, referenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará:

I – formalizar, por intermédio de instrumento contratual, os direitos e obrigações mútuos, inclusive:

a) os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado, especificando o regime de atendimento, se hospitalar, ambulatorial, de urgência ou emergência;

- b) os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento;
- c) definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorização prévia;
- d) definição do prazo de vigência do contrato, condições para sua renovação, bem como previsão de multa pelo seu descumprimento;
- e) causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso;
- f) fornecimento à operadora e à ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional;
- g) critérios para credenciamento.

II – se pessoa jurídica, possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

§ 1º A manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se aos estabelecimentos hospitalares sem prejuízo do disposto no art. 17.

§ 3º A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular (NR).”

“Art. 19.

.....

§ 3º

IV – segmentação da assistência, em ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, farmacêutica, odontológica e referência;

.....

§ 7º(NR).”

“Art. 24.

.....

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeitos as medidas por ela determinadas para sanear as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira, sem que esta medida implique na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os mesmos (NR).”

Art. 3º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 11A. É vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de plano de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames e procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mal funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização do objeto da consulta.”

“Art. 13A. Após decorridos cento e oitenta dias da contratação, é assegurado ao usuário insatisfeito com sua operadora, desde que em dia com o pagamento das contraprestações pecuniárias, o direito de mobilidade, consistente na troca de operadora, preservados a similaridade entre os planos e os prazos de carência já cumpridos, inclusive os relativos à cobertura parcial temporária dos casos de doenças e lesões pré-existentes.

§ 1º A insatisfação a que se refere o *caput* deve ser comprovada mediante reclamação acolhida como procedente pelo Poder judiciário, ou pela ANS, em processo regular.

§ 2º O exercício do direito de mobilidade condiciona-se à aceitação por parte da nova operadora.”

“Art. 18A. O consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano.

Parágrafo único. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.”

“Art. 35 N. As pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.”

“Art. 35 O. Constitui crime induzir o consumidor ou usuário a adquirir produto que possa ser confundido com plano privado de assistência à saúde regulado por esta lei, ou apresentar-se como operadora deste, por via de indicação ou afirmação falsa, enganosa ou ardilosa sobre a natureza dos produtos oferecidos, utilizando-se de qualquer meio, inclusive a veiculação ou divulgação publicitária:

Pena: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.”

Art. 4º Esta lei entrará em vigor após 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Ao longo dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a “investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde” (CPI — PLANOS DE SAÚDE), numerosas idéias e sugestões foram encaminhadas à Relatoria, tanto por parte dos depoentes, como dos Parlamentares membros, titulares e suplentes.

Cada idéia ou sugestão foi analisada à luz dos mandamentos constitucionais, de sua exeqüibilidade, de seu mérito, de sua

competência e de sua capacidade para aperfeiçoar o arcabouço jurídico que trata da questão dos planos de saúde.

Muitas dessas proposituras enquadram-se em atos administrativos, que se inserem na esfera de atribuições do Executivo e que, portanto, podem ser tomadas mediante Decretos ou, até mesmo, atos de menor hierarquia.

Outras demandam aprovação pelo Congresso Nacional, mas abordam temas cuja iniciativa de apresentação como Projetos de Lei é exclusiva do Presidente da República, e foram, desse modo, objeto de Indicação, encaminhada ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde.

Por fim, temos as sugestões passíveis de iniciativa do próprio Poder Legislativo, e que, em sua maioria, requerem alterações na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”, agrupadas nesta proposição.

Assim, propomos a alteração da Lei nos seguintes aspectos:

1) Mudança da definição de “plano privado de assistência à saúde”, no inciso I, do art. 1º, de forma a incluir a assistência farmacêutica entre as modalidades de intermediação disponíveis no mercado de saúde suplementar. Esse foi um ponto de convergência entre diversos setores que se fizeram representar nas Audiências Públicas realizadas ao longo dos trabalhos da CPI e configura-se como mais uma opção de segmentação a ser oferecida facultativamente pelas operadoras aos usuários de planos de saúde.

2) Alteração do §1º, do art. 1º, de forma a corrigir uma omissão do texto em vigor que embasa uma suposta não competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para fiscalizar planos de saúde coletivos.

3) Alteração do § 2º, do art. 1º, com vistas a incluir sob o manto da Lei 9.656/98, e conseqüentemente da ANS, as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores, nos moldes do IAMSPE, em São Paulo, e do IASERJ, no Rio. Essas entidades, muitas vezes, agem como operadoras de planos de saúde, contratando e credenciando prestadores e, no entanto, restam sem qualquer fiscalização. Ademais, não informam sobre sua produção e sobre seu

gasto, não permitindo a sistematização dos dados que dizem respeito a mais de cinco milhões de beneficiários.

4) Inserção de expressão no *caput* do art. 10 com vistas a assegurar a saúde integral ao usuário, bem como economia para as operadoras. Os planos de saúde deverão, assim, implementar campanhas educativas e de promoção da saúde, e a adoção de procedimentos necessários para prevenção de doenças (a exemplo do câncer de mama, colo de útero etc) bem como os protocolos de prevenção consagrados pelas sociedades de especialidades médicas e pelo Ministério da Saúde.

Ainda, a inserção de um parágrafo novo no art. 10, com vistas a permitir que cirurgias plásticas, desde que decorrentes de acidentes pessoais ou para reconstrução mamária não sejam consideradas liminar e unilateralmente como “procedimentos para fins estéticos” pelas operadoras. De fato, muitas vezes procedimentos dessa natureza se fazem imprescindíveis. Nossa intenção é que uma junta médica, cuja composição e representatividade serão objeto de regulamentação ulterior, manifeste-se sobre o caráter reparador de tais procedimentos.

5) Alteração do art. 11, *caput*, e inserção de um § 2º, objetivando, em primeiro lugar, a redução do prazo para que as operadoras excluam tratamentos ou procedimentos de doenças ou lesões preexistentes de 24 para 18 meses. Secundariamente, visa-se à proibição da prática do “agravo”, pecúnia que onera as mensalidades pagas pelos beneficiários com vistas a que as aludidas doenças e lesões possam ser objeto de cobertura por parte da operadora. Tais alterações se justificam plenamente, pois houve uma convergência de opiniões sobre o fato de que o prazo de 24 meses hoje em vigor é excessivamente longo, cabendo uma redução, em nosso entender razoável, para 18 meses no período de exclusão de que trata o dispositivo. No que concerne à proibição da prática do agravo, verificou-se que seu valor, quando admitido pela operadora, tem sido tão elevado, que o torna praticamente proibitivo ou inexecutável.

6) Alteração do art. 12, em que são definidas as formas admissíveis de segmentação do mercado de planos de saúde, de forma a facultar às operadoras o oferecimento das modalidades opcionais, na assistência hospitalar, de hospital-dia e de internação domiciliar – esta quando em substituição ao regime de internação hospitalar. Tais modalidades, apesar de

amplamente difundidas e de representarem melhoria na assistência, diminuição de risco de superinfecções e diminuição de custos, ainda não estão previstas nos contratos das operadoras.

7) Ainda no art. 12, foram feitas alterações para que fosse introduzida a faculdade de oferecimento, pelas operadoras, de uma nova segmentação do setor: a de assistência farmacêutica. Essa segmentação foi veiculada por praticamente todos os setores que se fizeram representar nas audiências levadas a cabo, e houve praticamente uma unanimidade sobre sua necessidade e aceitação. Desse modo, não há porque excluir esse possível nicho de mercado, plenamente admitido pelos usuários e empresas, mas que precisa ser previsto em lei para que se configure como uma opção passível de fiscalização, controle e regulação por parte da ANS.

8) Inserção da expressão “assistência farmacêutica” nos incisos III e VIII do art. 16, para compatibilizar o texto atual com a introdução da segmentação de assistência farmacêutica, já mencionada no item a.5.

9) Profunda modificação do conteúdo do art. 18, mantidos os dispositivos originais, de forma a introduzir a contratualização na relação entre operadoras e prestadores de serviços. O novo inciso I define as regras básicas atinentes aos contratos a serem firmados. Destaque-se nessas regras: a indicação do prestador para o tipo de atendimento contratado; os valores, prazos e formas de pagamento e de faturamento dos serviços contratados; a definição das formas de auditoria e dos procedimentos que requerem autorização da operadora; a determinação dos prazos de vigência e de critérios para a renovação e para rescisão; e a determinação sobre fornecimento de informações à ANS. A contratualização permitirá uma relação indubitavelmente mais transparente entre as operadoras e os prestadores credenciados e contratados, com evidentes ganhos para os usuários. Diminuirão, também, as freqüentes queixas dos prestadores de sofrerem pressões para redução de custos, com perda de qualidade da assistência, e as recusas de atendimento com base em atrasos de pagamentos.

10) Introdução, igualmente, de um dispositivo, no mesmo art. 18, de que as pessoas jurídicas contratadas como prestadores estejam cadastrados no Ministério da Saúde, de forma a facilitar o processo de fiscalização da Agência e o ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados em usuários de planos de saúde.

11) Alteração do inciso IV do art. 19, de forma a compatibilizá-lo com a previsão de criação do segmento de assistência farmacêutica.

12) Introdução, no § 5º do art. 24, *in fine*, de expressão com vistas a resguardar os direitos dos usuários quando da alienação de carteiras de operadoras submetidas a intervenção pela ANS, mormente no que concerne à contagem dos prazos de carência.

13) Acrescentado o Art. 11 A, proibindo de forma definitiva e inequívoca a prática, largamente utilizada, da exigência de caução para o atendimento ou para a internação de usuários. Essa prática é determinada pelo comportamento abusivo por parte das operadoras que não mantêm canais de comunicação permanentes com seus usuários e prestadores. Os estabelecimentos e profissionais, desse modo, desejosos de garantias de pagamento do serviço prestado ou de remuneração de seu trabalho, pressionam a parte fraca dessa tríade. Observe-se que tal pressão é exercida sobre o usuário num momento que potencializa sua fragilidade, pois ninguém — seja o próprio paciente, um familiar ou amigo — é capaz de recusar a assinatura de um cheque ou a dação de garantia material quando supõe que a vida ou a integridade, sua ou de um ente querido, encontra-se em jogo. A proibição da caução não significa, entretanto, em jogar os prestadores às feras e fazê-los responsáveis por uma relação sobre a qual não têm controle. A introdução do instrumento de contratualização entre as operadoras e a rede credenciada ou referenciada pode possibilitar a resolução favorável desses gargalos do sistema. Obriga-se, outrossim, que as operadoras mantenham serviço ininterrupto, visando à rápida e ágil autorização para internações, exames e procedimentos.

14) Acrescentado o Art. 13 A, introduzindo o instituto da mobilidade, que representará uma verdadeira Lei Áurea para o usuário. Hoje, ao comprar um plano de saúde, o consumidor não tem qualquer garantia de satisfação ou de cumprimento da lei e das cláusulas contratuais. Isso significa que pode tornar-se um verdadeiro refém de uma má operadora, pois relutará muito em trocar de empresa tendo que cumprir novos períodos de carência. Dessa forma, ao se prever a mobilidade, cria-se a possibilidade de o usuário insatisfeito libertar-se desse vínculo indesejado e enseja-se um vigoroso incentivo ao mercado para que as operadoras procurem cativar a sua clientela, propiciando boas condições de atendimento. Para prevenir tentativas de burla por parte de usuários mal intencionados, exige-se que para exercer a mobilidade o

interessado, desde que decorridos 180 dias da contratação, esteja em dia com o pagamento de suas obrigações, tenha efetivado uma reclamação consistente junto aos foros apropriados e tenha o aceite por parte da nova operadora. Adicionalmente, prevê-se que a mobilidade do usuário entre operadoras deve observar a similaridade dos produtos ofertados, de modo a evitar a anti-seleção. O desenvolvimento de mecanismos que permitam ao consumidor maior mobilidade no sistema – sem a necessidade de cumprir novas carências - é fator fundamental para o controle da qualidade e do preço, por meio da concorrência e da competitividade. A maior restrição à adoção da mobilidade é o fato de que cerca de 70% dos usuários de planos individuais estão em planos antigos, sem qualquer padrão de comparação possível de cobertura assistencial. Portanto, a mobilidade está diretamente ligada à implementação de regras bem sucedidas de migração.

15) Acrescentado o Art. 18 A, resgatando o texto do atual art. 18, desmembrado para que fosse inserido o mecanismo de contratualização.

16) Acrescentado o art. 35 N, dispondo que as pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.

Este novo dispositivo é de suma importância, na medida em que dará poderes à ANS para fiscalizar as empresas que atuam irregularmente no setor de planos de saúde, mesmo que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, data da entrada em vigor da Lei n.º 9656, seja porque, simplesmente, não se registraram na Agência, ou porque não podem ser caracterizadas como operadoras.

17) Acrescentado o Art. 35 O, que tipifica o crime e prevê pena de um a cinco anos de reclusão para os responsáveis por empresas que, fazendo-se passar por operadoras, induzem o consumidor a adquirir seus produtos como se fossem planos de saúde. Tais empresas têm como estratégia mercadológica operar no ramo de saúde sem registro na ANS e, portanto, sem obediência aos ditames legais atinentes ao setor suplementar. Mesmo porque, tecnicamente, não são realmente planos de saúde, haja vista não satisfazerem

os requisitos do art. 1º, incisos I e II, da Lei 9656/98, principalmente no que tange à modalidade de reembolso ou pagamento direto ao prestador. Sublinhe-se que a criminalização de tal conduta, sem dúvida, contribuirá com o intuito dos membros desta Comissão de inibir prática tão insidiosa.

Feitas essas considerações, conclamamos nossos ilustres Pares a apoiar a presente proposição que representará, sem dúvida alguma, um significativo avanço para o setor de saúde suplementar.

Sala da Comissão, em de novembro de 2003.

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR N.º , DE 2003

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde)

Altera a Lei Complementar n.º 116, de 31 de julho de 2003, que dispõe sobre o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre deduções da base de cálculo do imposto sobre serviços de qualquer natureza, nas hipóteses que menciona.

Art. 2º O art. 7º da Lei Complementar nº 116, de 31 de julho 2003, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“Art. 7º

§ 4º Na prestação de serviços a que se referem os subitens 4.22 e 4.23 da lista anexa, deduzir-se-ão da base de cálculo os valores despendidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde com hospitais, laboratórios, clínicas, medicamentos, médicos, odontólogos e demais profissionais de saúde (NR).”

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O ato cooperativo tem regime jurídico específico, que não dá margem à configuração de prestação de serviços sob o aspecto econômico, sujeito à incidência do ISS. Não há, desse modo, identidade entre serviço e retribuição, inviabilizando, assim, a tributação via ISS.

Assim, a exigência, pelos Municípios, do ISS sobre o faturamento total das operadoras de planos de saúde gera uma verdadeira bitributação, uma vez que esses serviços são prestados pelos hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais de saúde, que já pagam o aludido tributo municipal.

Desse modo, devem-se deduzir, da base de cálculo do ISS, via lei complementar, os valores despendidos pelas operadoras de plano de saúde com hospitais, laboratórios, clínicas, medicamentos, médicos, odontólogos e demais profissionais de saúde, dedutibilidade essa necessária, considerando, inclusive, a grande aflição vivenciada pelo setor, em virtude da genérica tributação municipal de seus serviços.

Posto isso, sugerimos, como resultado dos trabalhos desta CPI, a presente proposição, alterando a Lei Complementar nº 116, de 2003, com a eliminação da cobrança do imposto em mais de uma fase da prestação dos serviços.

Contamos com o apoio de nossos Pares para a conversão deste projeto de lei complementar em norma jurídica.

Sala das Sessões, em de de 2003.

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator

REQUERIMENTO

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde)

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa ao aperfeiçoamento da legislação, da regulamentação e do processo de regulação do setor de planos privados de assistência à saúde.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeremos a V. Exa. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação em anexo, sugerindo o envio de Projetos de Lei de iniciativa exclusiva do Presidente da República, a realização de medidas de caráter administrativo e a adoção de providências, visando ao aperfeiçoamento da legislação, da regulamentação e do processo de regulação do setor de planos privados de assistência à saúde.

Sala das Sessões, em de de 2003.

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator

INDICAÇÃO N.º , DE 2003

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde)

Sugere o envio de Projetos de Lei de iniciativa exclusiva do Presidente da República, a realização de medidas de caráter administrativo e a adoção de providências, visando ao aperfeiçoamento da legislação, da regulamentação e do processo de regulação do setor de planos privados de assistência à saúde.

Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde:

Durante os seis meses de investigações a que procedeu, a CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados detectou a necessidade da adoção de várias medidas, visando ao aperfeiçoamento da legislação, da regulamentação e do processo de regulação do setor de planos privados de assistência à saúde.

A par das medidas consubstanciadas em indiciamentos e encaminhamentos ao Ministério Público, as quais, indubitavelmente, ajudarão no saneamento do mercado de planos de saúde, a CPI entendeu necessária a apresentação de projeto de lei, de sua iniciativa, dispondo sobre a alteração da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, no qual se confere nova redação a dispositivos da lei e se lhe acrescentam tantos outros.

Todavia, como é do conhecimento de V. Exa., há matérias legislativas cuja iniciativa é reservada, exclusivamente, ao Presidente da República, e é em face delas que deliberou a Comissão enviar ao Poder Executivo, por seu intermédio, a presente Indicação.

Com efeito, são arroladas medidas que devem se traduzir no envio de Projeto de Lei à Câmara dos Deputados, e que se referem às atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ensejando, destarte, alterações da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e de outras que se mostrem necessárias.

Outras medidas sugeridas não dependem de previsão legal para seu implemento, mas se cingem à esfera do Ministério ou da ANS.

As medidas que, a nosso juízo, deveriam se traduzir em Projeto de Lei são as seguintes:

1) Conferir poderes à ANS para fiscalizar e denunciar aos órgãos competentes de defesa do consumidor as empresas que não são registradas na Agência como operadoras de planos privados de assistência à saúde, mas que atuam no mercado, muitas vezes induzindo o usuário ou consumidor a erro. As investigações da CPI apontam, principalmente, para as empresas que atuam oferecendo convênios com profissionais de saúde e clínicas médicas, muitas vezes ao lado de outras atividades completamente estranhas à saúde. Faz-se, pois, imperioso que a ANS possa estender a sua ação fiscalizadora sobre este mercado paralelo, tendo em vista informar o usuário e sanear o mercado de planos de saúde, porquanto as empresas que nele atuam não são, tecnicamente, operadoras, dado que não se configura nem o reembolso nem o pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

2) Regulamentação da migração dos planos de saúde contratados antes de 2 de janeiro de 1999 para o regime instituído pela Lei n.º 9.656/98. A proposta a ser oferecida aos usuários e às operadoras, tendo em vista a adaptação à referida legislação, deve ser cuidadosa e minuciosamente elaborada pela assessoria técnico-jurídica do Ministério da Saúde e da ANS, a fim preservar o ato jurídico perfeito.

A migração ou adaptação dos contratos deve ocorrer de forma coletiva, em cada plano de saúde, visando o menor reajuste das contraprestações e o menor prazo de carência possíveis; deve garantir a livre escolha do usuário entre permanecer no contrato original; ou adaptar seu contrato com a incorporação de novas coberturas de acordo com a lei 9.656/98.

3) Acompanhamento, regulação e fiscalização dos contratos “antigos” pela ANS, com base nas disposições da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 — Código de Defesa do Consumidor, inclusive para fins de aplicação de penalidades em face de infrações que sejam constatadas.

4) Atribuição de poderes legais à ANS para regular e fiscalizar as relações entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços. A ANS não tem meios para controlar a

higidez do setor de saúde suplementar se sua atribuição legal restar limitada à relação entre as operadoras e os usuários. A eficácia desse controle será muito ampliada se a Agência puder intervir para equacionar o sem-número de conflitos que se dão entre aquelas e os prestadores, conflitos estes que, em última análise, redundam em prejuízos maiores para os usuários.

5) Vinculação automática dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, atribuição específica da ANS, aos reajustes oferecidos pelas operadoras aos prestadores. O repasse aos prestadores não deverá ser integral, o que implicaria numa inconveniente indexação, limitando-se à porcentagem do custo que representam para as operadoras o pagamento de seus prestadores, de acordo com os cálculos apresentados por estas à ANS para a concessão do aumento de preços aos usuários. Com efeito, a reclamação mais contundente dos representantes de prestadores que depuseram perante a CPI concentrou-se na alegação de que os planos são autorizados pela Agência a reajustar seus preços, mas não repassam parcela alguma desses reajustes para os prestadores, os quais, assim, ficam em situação cada vez mais difícil para fazer face aos atendimentos dos pacientes-usuários.

6) Estabelecer uma política de reajustes mais transparente para o setor, que não se baseie quase que unicamente na média dos reajustes dos planos coletivos, hoje praticamente à margem da legislação. A ANS deve assumir papel mais efetivo, avaliando, inclusive, instituir política de reajustes regionais, mantendo, contudo, o reajuste máximo nacionalmente permitido. Ainda no que concerne aos reajustes, sugere-se que a ANS contrate instituição de notório saber com vistas a desenvolver um índice setorial. Tal índice deve refletir os reais custos da atenção médico-sanitária e deve servir de base para a composição dos reajustes a serem concedidos às operadoras.

7) Criar núcleos estaduais de fiscalização. O sistema atual de fiscalização regional mostrou-se bastante inoperante, apresentando acentuado desequilíbrio entre localidades bem fiscalizadas e outras — a maioria — extremamente carentes da proteção da ANS.

8) Estabelecimento de regras mais rígidas para que a ANS conceda o registro e a autorização de funcionamento das operadoras, com ênfase no estabelecimento de exigência de capital social mínimo, compatível com os produtos a serem oferecidos. A CPI constatou a existência de pessoas

jurídicas que atuam no setor, cujo capital social é insignificante, o que pode evidenciar flagrante despreparo para atuar no mercado, ou, às vezes, má intenção por parte dos sócios, quanto a locupletamentos ilícitos.

9) Fixação de prazos máximos para que as empresas possam atuar com registro provisório, devendo ser regulamentada, definitivamente, a concessão do registro definitivo. Tal medida trará, seguramente, maior transparência e segurança para o mercado e para os usuários.

10) Criação de sistema de auditoria para exame de glosas. A questão das glosas foi bastante discutida nos debates da CPI, e levou os membros da comissão a suspeitarem de práticas exageradas e abusivas, por parte dos auditores das operadoras — sobre a atuação dos quais deve haver, igualmente, no sistema ora preconizado, rigorosa fiscalização. Impõe-se, desta maneira, controle efetivo, pela ANS, da relação entre as operadoras e os prestadores — de acordo com a Resolução Normativa n.º 42 da ANS.

11) Introdução de formulário único ou padrão para o registro e para o faturamento de atendimentos e procedimentos, na relação entre operadoras e prestadores. O resgate dos debates ocorridos quando da tramitação do Projeto que deu origem à Lei 9.656/98 mostra que já naquela ocasião havia a intenção de se unificar os procedimentos nas relações entre operadoras e prestadores. A introdução de um formulário único seria uma medida de grande alcance, pois, além da economia processual que representaria, seria um grande passo para a automação dos procedimentos. Ademais, permitiria uma produção de informações mais transparente e mais ágil para que a ANS pudesse exercer seu papel de regulação e fiscalização.

12) Aumentar o controle social sobre o setor de saúde suplementar, por intermédio de legislação que torne mais claras as relações e competências do Conselho Nacional de Saúde — CNS, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar — CONSU e da Câmara de Saúde Suplementar — CSS. Atualmente, o CNS vem encontrando obstáculos para exercer o seu papel de instância máxima de discussão e de deliberação sobre temas relativos à saúde no País. A instituição do CONSU como um “conselho chapa branca”, composto apenas por Ministros de Estado, e a designação desse órgão como máximo de deliberação para o estabelecimento de políticas para o setor, merece ser revista.

O CNS deve ser instado a participar mais ativamente das várias câmaras técnicas que atuam junto à ANS e ao CONSU. Adicionalmente, sugere-se:

- Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, do Orçamento, Plano de Metas e Contrato de Gestão da ANS.
- Reformulação da composição da Câmara de Saúde Suplementar, de forma a tornar paritária a representação dos segmentos que atuam no setor: 25% governo (ANS, MS e demais órgãos governamentais); 25% operadoras (todos os segmentos) ; 25% usuários (defesa do consumidor; patologias e deficiências; usuários coletivos); 25% prestadores (profissionais de saúde, dentistas, médicos, laboratórios e hospitais)
- Aperfeiçoamento da Ouvidoria da ANS, de forma a garantir sua autonomia e independência, voltada a ouvir a sociedade e avaliar de forma crítica e propositiva as ações da ANS.
- Aperfeiçoamento do mecanismo de Consultas Públicas da ANS, com maior divulgação prévia visando a ampliação da participação da sociedade.

13) Regulamentar a atividade dos corretores de planos de saúde. Esta medida impõe-se porque, por um lado, estes corretores subordinam-se, hoje, às normas da SUSEP, e, por outro, faz-se necessário fiscalizar se o alegado custo com as comissões são usados pelas operadoras para compor o índice de reajuste que pleiteiam à ANS, mesmo após o primeiro ano de contrato – a comissão é paga somente quando da contratação.

14) Criação de cargos na ANS e promoção de concurso público de provas e títulos para a investidura nos mesmos.

15) Agregar às atribuições da ANS dispositivo para tornar mais rígidas as regras de transferência de carteiras entre operadoras de planos de saúde, com a adoção de mecanismos que impeçam a prática de “arrendamento” de carteiras. Atualmente é prática usual a administração provisória, por período determinado, de uma carteira por uma outra empresa, levando à diminuição da rede credenciada em qualidade e quantidade. Além disso, o expediente tem servido para as operadoras driblarem as ações de fiscalização.

16) Estabelecer critérios rígidos, inclusive quarentena, com vistas a que, observado o disposto no parágrafo único do art. 6º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, cidadãos ligados às empresas do setor de saúde suplementar possam ingressar no quadro de diretores da ANS. A preocupação da CPI nesse ponto é a de evitar a existência de forte vinculação entre diretores da ANS com as empresas operadoras do mercado de saúde suplementar.

17) Criação de mecanismos de controle e regulação do mercado a fim de coibir tanto a prática das chamadas “metas referenciais”, como, na outra ponta, a de profissionais que excedem na solicitação de exames e na indicação de procedimentos.

Por intermédio das “metas referenciais”, as operadoras procuram limitar a prerrogativa do médico em indicar procedimentos ou solicitar exames. Ao longo dos trabalhos da CPI, foram reiteradas vezes mencionadas práticas dessa ordem, que se revelam danosas e utilizadas em detrimento do usuário, pois podem significar uma assistência de mais baixa qualidade ou com repercussões perniciosas para sua sanidade. Temos plena convicção que qualquer tentativa de induzir o profissional de saúde a atuar de forma contrária à sua consciência ou a seu conhecimento deve ser coibida.

Já no que concerne à utilização abusiva de pedidos de exames e indicações de procedimentos, os prejuízos ao paciente não são menores. Além de tais exames e procedimentos não serem inócuos, podendo gerar complicações iatrogênicas, essa conduta é potencialmente lesiva ao equilíbrio econômico-financeiro do sistema de saúde suplementar que deve ser preservado. Abusos dessa ordem, inclusive, acarretam aumento nos custos e, conseqüentemente, reivindicação por parte das operadoras de reajustes em desfavor dos usuários.

A par das medidas citadas, a CPI deliberou serem pertinentes as seguintes recomendações, as quais podem consubstanciar-se em atos administrativos:

1) Criação, pela ANS, de Central de Atendimento 24 Horas aos Usuários. Diversamente do “Disque ANS”, destinado a esclarecer dúvidas sobre a legislação e gerar procedimentos de fiscalização, esta central funcionaria como um verdadeiro plantão de atendimento aos usuários de planos de saúde. Destinar-se-ia, quando possível, à solução imediata de problemas, e como forma de encaminhar a mediação ou arbitragem (nos termos de lei específica) de

problemas relacionados à exclusão de atendimento e negação de coberturas, sobretudo quando se tratar de casos emergenciais. Buscar-se-ia o esclarecimento e a solução ágeis, pela via administrativa, objetivando a garantia do atendimento ao usuário. Não se deve perder de vista que, hoje, somente pequena parcela da população socorre-se dos PROCONS ou do Poder Judiciário, e mesmo as ações individuais ou coletivas que ensejam tutela de urgência ou antecipada não têm, por vezes, a necessária agilidade. Para a criação da central preconizada, deve-se definir com clareza uma fonte de custeio, de forma a não onerar adicionalmente às operadoras e, por via de consequência, o usuário.

2) Da mesma maneira, propõe-se a criação, pela ANS, de Central de Atendimento aos Prestadores — médicos, hospitais, laboratórios, profissionais de saúde—, visando a que obtenham, com agilidade, informações para o encaminhamento de controvérsias que estejam tentando solucionar junto às operadoras.

3) Criação de Comissão Técnica, constituída por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, da ABIFARMA, das empresas produtoras de materiais médico-hospitalares, de prestadores, de usuários, das operadoras, dos PROCONS e do Ministério Público, a fim de estabelecer uma equação econômica, abrangendo os principais itens que compõem as planilhas de custo dos planos de saúde e de seus prestadores: honorários médicos, insumos, medicamentos, exames diagnósticos, procedimentos, serviços e demais custos.

As planilhas devem ser analisadas e auditadas por órgãos independentes, de notório saber e credibilidade, contratados pela ANS, a exemplo da Fundação Getúlio Vargas e Fundação Instituto de Pesquisas econômicas (FIPE/USP).

4) Criação, pela ANS, de um Banco de Preços da Saúde Suplementar, com a finalidade de, via *internet*, disponibilizar informações comparativas sobre os preços praticados no mercado de órteses, próteses e outros equipamentos (*stent*), com base na tabela de preços estabelecida pela Comissão Técnica, anteriormente citada. Com isso, garantir-se-á transparência ao mercado, evitando-se, inclusive, o mencionado problema do superfaturamento de órteses e próteses, investigado pela CPI no Rio Grande do Sul.

5) Fiscalizar o cumprimento do requisito de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, para que as operadoras possam ser autorizadas a funcionar (art. 8º, I, da Lei n.º 9.656/98).

6) Criação de Câmara Técnica, composta por integrantes do Ministério da Saúde, da ANS, das operadoras, dos prestadores e dos usuários, destinada a estabelecer parâmetros para o uso dos recursos técnicos ou de novas tecnologias médicas e diagnósticas. Cuida-se de determinar se as novas tecnologias tornam obsoletas as já existentes, tendo em vista coibir solicitações médicas desnecessárias, ou, por outro lado, evitar as glosas, quando imprescindíveis.

7) Instituição de protocolos médicos destinados a orientar a conduta diagnóstica e terapêutica. Os protocolos seriam estabelecidos pelas respectivas associações de especialistas, a exemplo do que já ocorre em diversos casos, como a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Com isso, evitar-se-iam, por um lado, procedimentos aberrantes e estranhos ao consenso dos especialistas da área e, por outro, as glosas injustas e muitas vezes praticadas apenas como manobras protelatórias para o acerto de contas entre operadoras e prestadores.

8) Criação de Comissão de Notáveis, integrada por representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Federal de Medicina, da ANVISA, do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado, dos hospitais, das operadoras, da associação de médicos residentes, da associação de reitores e representantes de estudantes de Medicina, com a finalidade de analisar e avaliar as escolas de medicina existentes no Brasil, estabelecer critérios mínimos para que determinado curso possa obter licença para funcionamento junto ao Ministério da Educação e transferência dos alunos de cursos suspensos para outras escolas, sem prejuízo do andamento curricular.

9) Quanto à análise dos pleitos das operadoras para reajuste das contraprestações pecuniárias, recomenda-se à ANS o desenvolvimento de metodologia individualizada que permita a concorrência de fatores específicos, observados em cada empresa, tais como: a sinistralidade efetiva, aspectos regionais, a composição da carteira quanto a faixa etária,

gênero etc., previsão para readequação de preços para prestadores de serviços, previsões para composição de reservas técnicas e nível de eficiência de gestão.

10) Sugerir o desenvolvimento de estudos no sentido de solucionar a questão relativa aos hospitais públicos, inclusive os universitários, que mantêm contratos de prestação de serviços ou são credenciados por operadoras. Se por um lado, há um nítido interesse de muitas instituições públicas em manter contratos dessa ordem por significarem um reforço orçamentário indispensável a seu funcionamento — além de um fator de incentivo para manutenção de recursos humanos competentes —, por outro há que se resguardar a equidade no tratamento entre os usuários de planos de saúde e os demais, atendidos sob a égide do SUS.

11) Desenvolver ações voltadas para a recuperação do equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços de saúde, de modo a garantir a manutenção de sua qualidade. Entre as medidas possíveis para a consecução desses objetivos, encontram-se: criação de linhas de crédito a juros subsidiados e com prazo dilatado — a exemplo do que ocorre com outros setores (agricultura, aviação civil, distribuidoras de energia, bancos etc.) — que permitam a recomposição de suas dívidas e a atualização tecnológica; programas especiais de parcelamento de débitos fiscais com prazos diferenciados; redução da carga tributária do setor.

12) Desenvolver estudos para novo tratamento legal do disposto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, referente ao ressarcimento pelas operadoras dos planos de saúde ao SUS dos recursos despendidos nos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O mencionado ressarcimento financeiro ao SUS permanece sendo objeto de fortes resistências por parte das operadoras dos planos de saúde, que não concordam com os critérios adotados pela ANS, especialmente no que diz respeito aos preços cobrados em tais atendimentos, e, ainda, quanto aos procedimentos operacionais excessivamente burocráticos, exigidos nestas circunstâncias.

Entendemos, pois, que o assunto ainda está longe de ser esgotado, estando a merecer novo tratamento normativo, mais eficiente quanto à

cobrança e arrecadação dos recursos, bem como mais simplificado quanto aos procedimentos exigidos para o controle operacional destes eventos.

Solução próxima à que foi dada nos casos de atendimento aos vitimados do trânsito pelas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, parece-nos bastante razoável. Afinal, a transferência automática, por imposição legal, de parte dos recursos do DPVAT para o SUS acabou mostrando-se uma fórmula eficiente de aumentar os ingressos regulares do SUS, sem maiores resistências por parte das seguradoras privadas, com impacto mais do que positivo nas condições de atendimento dos acidentados de trânsito na rede de hospitais integrantes do mencionado sistema de saúde.

Como a matéria é reconhecidamente complexa, seu tratamento definitivo exige maiores aprofundamentos, tanto em relação aos aspectos fiscais nela contidos, caso se decida por uma nova contribuição social — inclusive para não conflitar com a cobrança do PIS e da COFINS —, a ser cobrada sobre a receita das operadoras dos planos de saúde, para a cobertura do atendimento de seus segurados pelos hospitais conveniados e contratados no âmbito do SUS, como em relação aos riscos que poderiam advir de tal cobrança, na forma de um incentivo adicional para que as operadoras de planos de saúde acabassem por optar, com indesejável frequência, por usar um hospital do SUS, buscando assim reduzir seus custos operacionais de internação hospitalar - como, inclusive, advertiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar ao analisar aspectos operacionais dos ressarcimentos financeiros aos quais estamos nos referindo.

De qualquer maneira, por ora, segue a seguinte proposta concreta de ressarcimento ao SUS:

- Aperfeiçoamento do atual mecanismo de processamento de informações, visando a identificação de todos os beneficiários de planos de saúde que são atendidos pelo SUS, por meio do cruzamento do cadastro das operadoras enviados à ANS com as emissões de AIHs e atendimentos pelo SUS.
- Criação da Taxa de Ressarcimento ao SUS, cujo valor será estabelecido por lei, a ser pago por todas as operadoras à ANS com destinação final ao Fundo Nacional de Saúde. A instituição da taxa é necessária tendo em

vista a grande frequência de utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde e a baixa efetividade do ressarcimento, atualmente comprometido por uma série de fatores, detalhados no relatório da CPI.

13) Atuação da ANS no controle da propaganda enganosa e abusiva dos planos de saúde, por meio de monitoramento, fiscalização e aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

14) Revisão da Resolução n.º 13 do CONSU, que restringe atendimentos de urgência e emergência.

15) Revisão da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 68, que estipulou Rol de Alta Complexidade, bem como os critérios técnicos utilizados para estipular os procedimentos e exames passíveis de exclusão.

16) Edição de Resolução específica visando a caracterização e eventuais medidas para impedir a falsa coletivização de contratos, artifício que vem sendo usado para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais.

17) Recomendar à ANS que mude o sistema de escolha, remuneração e duração das intervenções (Diretoria Técnica e Diretoria Fiscal).

18) Reformulação pela ANS das normas relativas à Revisão Técnica. As normas devem prever a Revisão Técnica desde que essa obedeça, restritivamente, aos seguintes condicionantes: que seja aplicada somente às carteiras de planos e seguros privados de assistência à saúde em desequilíbrio; que tais carteiras tenham índice de utilização, ou sinistralidade, superior a 90%; que o desequilíbrio não tenha sido causado pela má gestão dos administradores das operadoras; e que a demonstração do desequilíbrio tenha sido auditada por instituição externa habilitada pela Comissão de Valores Mobiliários.

19) Recomendar à ANS que seja adotada uma política que permita a redução progressiva do reajuste máximo admitido entre a primeira e a última faixa etária dos planos; que seja proibida a concentração dos reajustes nas últimas faixas etárias; e que sejam criados mecanismos de desconto nos reajustes por faixa etária proporcionais ao tempo de plano do usuário (a título de exemplo, tome-se um desconto de 10% no reajuste por faixa etária para cada período de 10 anos de plano, induzindo, dessa forma, a fidelização e permitindo políticas de prevenção e promoção da saúde).

Feitas essas considerações, que representam as discussões e debates havidos durante o período de trabalhos da CPI — PLANOS DE SAÚDE, cremos que a adoção dessas diretrizes em muito contribuirá não só para o desenvolvimento do setor de saúde, em geral, e de saúde suplementar, em particular, mas também, e sobretudo, para o nosso desenvolvimento como nação justa, democrática e preocupada com o bem-estar de seus cidadãos.

Sala das Sessões, em de de 2003.

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator