

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº , DE 2008 **(Do Sr. Vital do Rêgo Filho)**

Solicita informações ao Sr. Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, sobre os critérios utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para a autorização do percentual dos reajustes de planos e seguros de saúde.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, com base no art. 50, §2º, da Constituição Federal e na forma dos art. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, sejam solicitadas as seguintes informações detalhadas ao Sr. Ministro da Saúde, no sentido de esclarecer esta Casa acerca dos critérios utilizados para o reajuste dos Planos de Saúde no País:

- Quais as categorias de planos e seguros de saúde autorizadas no país?
- Existe alguma categoria que não está sujeita à fiscalização e controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar?
- Quais os fatores/ critérios levados em consideração no cálculo dos percentuais de reajuste autorizados pela ANS para as diversas empresas?
- Quais medidas têm sido tomadas, inclusive as de cunho jurídico, pelo Ministério e sua autarquia no sentido de tentar adequar ou submeter todos as modalidades de planos à lei 9656/2008?
- Desde a publicação do marco regulatório, quais foram os reajustes anuais autorizados às diversas empresas submetidas à regulação pela ANS?
- Apresentar um quadro comparativo com todas as empresas, divididos em planos novos e antigos, de onde constem os reajustes aplicados por cada uma em cada ano corrido após a vigência da lei, de modo a permitir a comparação entre os reajustes regidos por cláusulas contratuais (planos antigos) e os autorizados pela ANS.

JUSTIFICAÇÃO

Como o atendimento público gratuito prestado pelo Sistema Único de Saúde é insuficiente (tanto no que tange aos profissionais, quanto ao financiamento e ao apoio logístico) para atender toda a demanda dos usuários, há necessidade de

complementação pelo sistema privado, onde os consumidores pagam parcelas mensais para terem direito à assistência ambulatorial e médico-hospitalar.

Os planos e seguros de saúde, tanto individuais quanto os coletivos, têm, anualmente, a autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - para reajustar suas mensalidades.

Tais planos, apelidados de “novos”, por estarem regidos pela Lei 9.656/1998, correspondem àqueles cujos contratos foram assinados após 1º de janeiro de 1999, quando a lei entrou em vigor.

Para os “antigos”, segundo a ANS, os reajustes são regidos pelos contratos firmados com os usuários e, por decisão judicial cautelar (ADIN 1931-8 de 03 de setembro de 2003), não têm seus preços controlados por aquela Agência. Entretanto, quando as cláusulas forem omissas ou não estiverem escritas de maneira clara, a Agência pode interferir e intermediar as negociações.

Nosso objetivo é esclarecer como os reajustes são calculados, ou seja, quais os critérios são levados em consideração pela autarquia para autorizar ou intermediar os reajustes, visando avaliar se o consumidor está sendo protegido e/ou levado em consideração nos procedimentos e, principalmente, no resultado final.

Contando com a avaliação favorável de Vossa Excelência, e da Mesa Diretora, aguardamos despacho.

Sala das Sessões, em 14 de maio de 2008.

Deputado VITAL DO RÊGO FILHO

Presidente da Comissão de Defesa do Consumidor