

COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

REQUERIMENTO N.º , de 2009.

(Do Sr. Eduardo da Fonte)

Requer seja realizada reunião de audiência pública nesta Comissão para discutir o reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os Planos de Saúde.

Senhora Presidenta,

Nos termos dos arts. 255 e 256 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, **REQUEIRO** a Vossa Excelência, ouvido o Plenário desta Comissão, seja realizada reunião de audiência pública para discutir o reajuste de 6,76% autorizado pela ANS para os planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999, a partir de 1º de maio de 2009.

Sugiro sejam convidadas as seguintes autoridades:

- 1) Sr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor-Presidente da ANS;
- 2) Representante do Ministério Público Federal;
- 3) Sr. Arlindo de Almeida, Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE);
- 4) Sr. Paulo de Argollo Mendes, Presidente da Federação Nacional dos Médicos (FENAM);
- 5) Sr. Geraldo Rocha Mello, Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE);
- 6) Sra. Marilena Lazzarini, Coordenadora Institucional do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC);
- 7) Sr. José Luiz Gomes do Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira.

JUSTIFICATIVA

A ANS foi criada pela Lei nº 9.961, de 2000, e é vinculada ao Ministério da Saúde. A Agência funciona como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde,

incluindo a autorização de reajustes do valor dos planos e a definição do Rol de Procedimentos Médicos.

Por sua vez, os planos e seguros privados de assistência à saúde são regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998, a qual prevê reajustes nos planos de saúde:

- para recomposição do valor da moeda (inflação);
- aumentos por faixa etária nos casos de planos individuais e familiares; e
- para alteração de sinistralidade e variação de custos nos casos de planos empresariais.

Dia 24/4/2009 a ANS autorizou os planos de saúde a reajustarem os contratos firmados a partir de janeiro de 1999 em 6,76%. Segundo informações da Agência, a decisão afetará 6,5 milhões de consumidores, que representam 12,4% do total de 52 milhões de clientes do setor. A ANS tomará a decisão sobre o reajuste dos planos de saúde anteriores a 1999 em julho/2009.

Conforme dados da ANS os reajustes autorizados para os planos de saúde foram os seguintes:

Ano	Índice de reajuste
2000	5,42%
2001	8,71%
2002	7,69%
2003	9,27%
2004	11,75%
2005	11,69%
2006	8,89%
2007	5,76%
2008	5,48%
2009	6,76%

Fonte: ANS

Como se observa, a partir do ano de 2004 os reajustes foram sempre decrescentes, sendo que o reajuste de 2008 representou menos da metade do reajuste autorizado em 2004.

Para explicar a alteração da tendência de reajustes menores a ANS divulgou nota em seu sítio na *internet* vazada nos seguintes termos, **verbis**:

Para calcular o índice de 2009, a ANS utilizou a metodologia adotada desde 2001, que se baseia estatisticamente nos reajustes dos planos coletivos. Para a definição do índice de reajuste deste ano também foi considerada a variação relativa à maior oferta e utilização de procedimentos e eventos em saúde a partir da vigência da RN 167 de 09/01/2008, que revisou o Rol.

O índice de 2009 foi obtido a partir de fórmula matemática composta pelo valor relativo aos reajustes dos planos coletivos, 5,60%, e a variação, acima descrita, apurada no período, 1,1%.

O Diretor-Presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos, lembrou que, na ocasião da edição da RN 167, a ANS esclareceu que avaliaria a influência que estas mudanças trariam ao setor da saúde suplementar, tanto em relação a um possível impacto econômico nas operadoras como também quanto à qualidade da assistência à saúde que o novo rol garante. O índice encontrado, no entanto, ficou bem abaixo do esperado pelas operadoras de planos de saúde.

"O acréscimo referente à variação deve ser considerado na totalidade do benefício que o novo rol trouxe aos beneficiários. Procedimentos importantes como vasectomia, laqueadura ou exames de genética e profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional hoje estão incorporados à cobertura assistencial mínima. Além disso, o percentual sem esse acréscimo, demonstra a estabilização do setor", avalia o Diretor-Presidente.

Convém esclarecer que o reajuste autorizado pela ANS é 1,15% acima da inflação dos últimos doze meses, que ficou em 5,61%, conforme o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A Agência alega que autorizou reajuste 20% acima da inflação para cobrir os supostos custos com o aumento no rol de procedimentos obrigatórios. No entanto, a ANS não divulgou o estudo que demonstra o peso dos novos procedimentos na estrutura de custos dos planos de saúde. A metodologia utilizada pela ANS não reflete os custos do setor e as diferenças de preços regionais. Portanto, não se tem um parâmetro adequado e confiável para avaliar se cresceu o custo das operadoras e quanto cresceu.

Além disso, a Agência parte da premissa de que no mercado de contratos coletivos de planos de saúde existe uma negociação igualitária entre operadoras e contratantes. Esquece-se o órgão que trata-se de contrato de adesão, onde ao contratante não cabe discutir as cláusulas do contrato. Por esse motivo, a doutrina e a jurisprudência dos tribunais reconhecem a posição de inferioridade do contratante em relação às empresas operadoras de planos de saúde.

O certo é que o processo de definição do índice de reajuste deveria ter sido transparente, refletir a política econômica do governo e confirmar a tendência de queda observada desde 2004. Antes de decidir o aumento a ANS deveria observar os vários problemas que afetam os milhões de consumidores que utilizam planos de saúde, em especial a qualidade do atendimento.

Segundo informações divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), em 2007 os planos de saúde lideraram o ranking de consultas e reclamações do pelo oitavo ano consecutivo, respondendo por 17,1% dos contatos de consumidores recebidos. Segundo a Entidade, os principais problemas foram reajustes abusivos e falta de cobertura de procedimentos, consultas e exames. Os planos de saúde ficaram à frente do setor financeiro (14%) e do segmento de telecomunicações (13,8%).

Um dos principais problemas é o crescimento dos planos de saúde privados, sem a consequente ampliação da rede de atendimento, provocando

sobrecarga e baixa qualidade de atendimento. A ANS omite-se e não fixa parâmetros sobre o número ideal de usuários por quantidade de estabelecimentos de saúde credenciados pelas operadoras. A própria ANS reconhece essas distorções. Recentemente, em matéria divulgada pela Agência Estado, em 16/4/2009, intitulada: “Planos de Saúde crescem sem controle de atendimento”, **verbis**:

Nem mesmo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sabe dizer se a proporção atual entre usuários dos planos de saúde privados e os equipamentos disponíveis é adequada. "Hoje, não se sabe qual seria a quantidade ideal de leitos para atender a contento toda a rede de usuários de planos de saúde", admite Ceres Albuquerque, gerente-geral de Informação e Sistema da ANS, justificando que o cálculo seria muito complexo e teria de considerar uma série de variáveis.

Em abril, pela primeira vez no histórico de pesquisas da ANS a agência apurou a quantidade de hospitais, clínicas e prontos-socorros privados existentes no Estado de São Paulo. Diante dos novos dados, foi possível constatar que existe, por exemplo, um pronto-socorro especializado para cada 1,4 milhão de segurados. "Pesquisar os estabelecimentos de saúde existentes hoje já é o primeiro passo para que, no futuro, possamos estabelecer um parâmetro e melhorar a regulação do setor", afirma o gerente.

SEM INVESTIMENTOS

Para Márcio Bichara, secretário de Saúde Suplementar da Federação Nacional de Saúde Suplementar e representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), a ausência desse indicador é a principal causa dos problemas que atingem os segurados de planos de saúde. "A maioria das pessoas que tem convênio sabe que a espera nos hospitais e consultórios só aumentou nos últimos anos", afirma Bichara. "E isso acontece porque a quantidade de conveniados cresceu sem que a rede privada de hospitais e clínicas tenha sido ampliada."

De 2006 a 2008, mais de 1,2 milhão de pessoas entraram para o sistema privado de saúde no Estado de São Paulo - hoje, são 16,8 milhões de segurados. Mas não se pode dizer quantos novos hospitais a região ganhou nesse período - a ANS não apurou esse dado nos anos anteriores e nenhum outro órgão, público ou privado, parece dispor da informação.

"Não há como medir o problema, mas é triste constatar que o segurado de plano de saúde que reclamar de demora no atendimento estará desamparado pela legislação", reconhece Renata Molina, técnica da Fundação Procon-SP. "O máximo que o Procon pode fazer é pressionar a empresa para que ela atenda seu cliente o mais rápido possível. Mas hoje não temos base legal para exigir mudanças efetivas no sistema e acabar com o problema de atendimento de uma vez por todas." (www.abril.com.br/noticias/comportamento/planos-saude-crescem-controle-atendimento-358788.shtml)

Conforme se observa, essa Comissão não pode se furtar ao dever de discutir um assunto de tamanha repercussão.

Sala da Comissão, em de abril de 2009.

Deputado **EDUARDO DA FONTE** - PP/PE