

São Paulo, 29 de outubro de 2012

À Agência Nacional de Saúde Suplementar

Aos Senhores

Dr. Mauricio Ceschin

Diretor Presidente

Dra. Stael Riani

Ouvidora**Ref.: Consulta Pública 51, de 19 de setembro de 2012 (CP 51/12) –**

Prezados,

O Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, associação civil sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública federal, legalmente constituída em 1987, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.120.387/0001-08, com sede na Rua Desembargador Guimarães, nº. 21, Água Branca, São Paulo – SP, vem apresentar suas contribuições para a Consulta Pública nº 51, referente à proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente.

Atenciosamente,



Fulvio Giannella Junior

Coordenador Executivo

Contribuições do Idec – Consulta Pública nº 51:

Informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente

1 – Considerações Iniciais

A presente Consulta Pública apresenta proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre a informação, pela operadora de planos de saúde ou seguradora de saúde, ao consumidor, sobre eventual negativa de cobertura de evento ou procedimento solicitado por médico assistente.

Atualmente, a negativa de cobertura é o problema mais enfrentado por consumidores de planos e seguros de saúde. É também o problema mais preocupante, pois essa conduta das empresas de serviços de assistência privada à saúde, além de violar diversos dispositivos do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº. 9656/98, põe em risco a vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana, fundamentos do nosso Estado Democrático de Direito (art. 1º da Constituição Federal) e direitos e garantias fundamentais dispostos em nossa Carta Magna (art. 5º, *caput*, e 6º).

Dessa forma, faz-se necessária a regulação de práticas das empresas de serviços de assistência privada à saúde que interfiram nos direitos acima.

2 – Da possibilidade de uma negativa de cobertura infundamentada

A minuta de Resolução Normativa proposta, em seu art. 2º, apresenta a seguinte redação:

“ Art. 2º Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e *no prazo máximo de 48 (quarenta e oito horas) contados da negativa*, o motivo da ausência de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

Parágrafo único. Nos casos de urgência e emergência a comunicação deverá ser imediata”. (grifos nossos)

O artigo acima permite, claramente, que, durante 48 horas, o consumidor tenha uma cobertura negada sem justificativa ou fundamentação por parte da empresa. Tal proposta é uma afronta ao direito à informação do consumidor; ao direito de

modificação de cláusulas contratuais excessivamente onerosas; e ao direito a prevenção de danos patrimoniais e morais (arts. 6º, II, III, V e VI do Código de Defesa do Consumidor).

A proposta desta Agência ao possibilitar que uma operadora ou seguradora negue aos consumidores de seus serviços, deliberadamente e sem qualquer fundamento, determinado evento ou procedimento que foi solicitado por médico, endossa o descumprimento, pela empresa, da obrigação legal de informar corretamente os consumidores, prejudica o exercício do direito da modificação de cláusula contratual abusiva (uma vez que o consumidor sequer sabe qual cláusula contratual lhe restringiu a cobertura) e inviabiliza a efetividade do direito a prevenção de danos patrimoniais e morais.

Desta forma, entendemos que a redação do artigo 2º da minuta proposta seja alterada de forma que seja excluída a possibilidade da operadora ou seguradora negar uma cobertura e posteriormente apresentar a justificativa para tanto. A justificativa deverá ocorrer no momento da negativa, de forma fundamentada.

Entendemos, ainda, que o prazo para a resposta ao consumidor deverá ser de 24 (vinte e quatro) horas, haja vista a essencialidade do serviço de assistência à saúde. Tal prazo justifica-se na possibilidade do consumidor recorrer, o quanto antes, ao Poder Judiciário, aos órgãos de defesa do consumidor e/ou a esta Agência a fim de buscar a tutela de seus direitos.

3 – Do conteúdo da negativa justificada por escrito

A negativa de cobertura de procedimento solicitado pelo consumidor deverá se dar por escrito, em até 24 (vinte e quatro) horas da solicitação, em linguagem clara e adequada, de fácil acesso e compreensão ao consumidor, evitando-se linguagem excessivamente técnica.

Ainda, o documento com a justificativa da negativa deverá ser padronizado para todas as empresas que prestam serviços de assistência privada à saúde, por meio de formulário (vide Anexo I) contendo a cláusula contratual utilizada como fundamento bem como a legislação. Além disso, o padrão do formulário deve conter as exceções de cobertura previstas no art. 10 da Lei no. 9656/98, a segmentação contratada e as carências contratuais e/ou cobertura parcial temporária já cumpridas pelo consumidor. Essa medida visa evitar subjetividade e discricionariedade de cada empresa ao negar deliberadamente uma cobertura.

Juntamente com o formulário, deverá ser entregue ao consumidor documento contendo os dispositivos legais de seus direitos (artigos da Lei de Planos de Saúde e Código de Defesa do Consumidor – vide Anexo II) e os endereços e formas de contato das seguintes entidades : Procon; Defensoria Pública; ANS; e Juizado Especial Cível.

Tal medida faz-se necessária na medida em que a maioria das negativas de coberturas são duplamente devidas por enquadrarem-se no art. 10, *caput* da Lei nº. 9656/98 e no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS. Em resposta ao pedido de informação feito pelo Idec, esta Agência informou que nos últimos três anos, os dez procedimentos mais negados pelas empresas estavam previstos tanto no art. 10 do referido diploma legal quanto no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde. É o caso de consultas médicas, hemogramas, partos, gastroplastia por videolaparoscopia dentre outros¹. Desta forma, ao informarmos ao consumidor qual procedimento está sendo negado e a ilegalidade desta negativa, juntamente com os endereços para garantir a tutela de seu direito, viabilizamos a efetividade da reparação de danos patrimoniais e morais prevista como direito básico do consumidor no art. 6º, VI, do Código de Defesa do Consumidor.

Portanto, o proposto acima visa informar ao consumidor de seus direitos e dos meios pelos quais poderá exercê-los, em caso de negativa que seja ilegal, ou seja aquela que não é justificada em nenhum dos incisos I a X da Lei nº. 9656/98.

Ainda, entendemos que a redação do artigo em questão seja alterada de forma a incluir a obrigação de envio, pela operadora, de todas as negativas realizadas para a ANS, de forma que a Agência possa tomar as medidas administrativas cabíveis, tais como a instauração de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), para interceder no conflito entre consumidor e operadora.

Tal proposta justifica-se na medida em que, atualmente, a Agência só toma conhecimento das negativas de coberturas quando os consumidores realizam denúncias junto à ANS. Entretanto, devido ao pouco conhecimento da população sobre competência da Agência como intermediadora nos conflitos entre consumidores e operadoras, o envio das negativas, pelas operadoras, à ANS possibilitaria que seus registros de negativas de coberturas guardassem maior relação com a realidade praticada no mercado de planos e seguros de saúde. Ainda, mais consumidores poderiam obter a tutela, pela via administrativa, de seus direitos. Não por menos, ressalte-se o disposto nos arts. 3º, 4º, XXXVI, da Lei nº 9961/2000, que estabelecem, respectivamente, como finalidade institucional da ANS a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde , regulando as operadoras setoriais,

¹ Pedido de Informação SIC nº 25820000190201284.

inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e a competência da Agência em articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde.

4 – Conclusões

Tendo em vista o acima exposto, entendemos que o art. 2º da presente minuta de resolução normativa deverá apresentar a seguinte redação:

*“Art. 2º Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico assistente, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá, **no prazo de 24 (vinte e quatro) horas contados da solicitação**, informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, se autoriza ou não o procedimento, bem como motivo da ausência de autorização, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.*

Parágrafo primeiro. Nos casos de urgência e emergência a comunicação deverá ser imediata.

Parágrafo segundo. Todas as negativas de autorizações efetuadas pelas operadoras deverão ser encaminhadas, juntamente com as respectivas justificativas, à ANS, para que a Agência tome as devidas medidas cabíveis, como a abertura de Notificação de Investigação Preliminar (NIP)”

ANEXO I

Sugestão de modelo de formulário padrão para justificar a negativa de cobertura

- () o procedimento solicitado está dentro da segmentação contratada (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia)
- () o consumidor já cumpriu as carências contratuais e/ou cobertura parcial temporária? Em caso negativo, especificar qual o tempo remanescente de cumprimento _____
- () Há cláusula contratual que exclui a cobertura ao evento ou procedimento solicitado? Em caso positivo, explicitar a seguir _____
- () O evento ou procedimento é tratamento clínico ou cirúrgico experimental
- () O evento ou procedimento é para fins estéticos
- () o evento ou procedimento constitui em órteses e próteses para fins estéticos
- () O evento ou procedimento solicitado é a inseminação artificial
- () o evento ou procedimento solicitado é tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética
- () o evento ou procedimento solicitado constitui no fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados ou para tratamento domiciliar
- () o evento ou procedimento solicitado constitui no fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico
- () o evento ou procedimento solicitado constitui em tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competente
- () Houve declaração pela autoridade competente de cataclismos, guerras e comoções internas
- () Houve formação de junta médica sobre divergências de entendimento de qual procedimento seria o mais adequado para o tratamento

ANEXO II

Legislação sobre coberturas de planos e seguros de saúde para ser entregue juntamente com a justificativa da negativa de cobertura

Lei no 9656/98

Art.10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3o Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2o deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

Código de Defesa do Consumidor

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.

Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade.

Endereço Procon do município em que o contrato foi assinado

Endereço dos Juizados Especiais Cíveis do município em que o contrato foi assinado

Endereço da Defensoria Pública do Estado em que o contrato foi assinado

Endereço dos núcleos da ANS no município em que o contrato foi assinado, juntamente com o telefone de contato da central e endereço eletrônico