



PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº _____, DE 2018

(Do Sr. Chico Alencar, Ivan Valente e outros)

Susta os efeitos da Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 433, de 27 de junho de 2018, que aprovou a implantação do sistema de franquia nos Planos de Saúde e novas regras para a coparticipação dos Planos de Saúde, ao dispor “sobre os mecanismos financeiros de regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar” e dá diversas outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL, no uso de suas atribuições e, com fundamento no artigo 49, incisos V, X e XI, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1º - Este Decreto susta os efeitos da Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 433, de 27 de junho de 2018, que aprovou a implantação do sistema de franquia nos Planos de Saúde e novas regras para a coparticipação dos Planos de Saúde, ao dispor “sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura



assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.”

Art. 2º - Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Em 28 de Junho de 2018, foi publicado no Diário Oficial da União a decisão da ANS que regulamentou novas regras para aplicação de coparticipação e implementa o sistema de franquia em Planos de Saúde. Essa normativa deixa claro o viés da ANS a favor dos Planos de Saúde e contra os brasileiros, em exorbitância e desobediência a norma constitucional que estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública (art. 197 da Constituição Federal), bem como que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

Ou seja, a ANS atuou em sentido diametralmente contrário aos preceitos constitucionais, uma vez que ao favorecer as operadoras de Planos de Saúde privados trouxe, por instrumento infralegal, para o sistema de saúde as seguintes mazelas: restrição de acesso a procedimentos; aumento da judicialização; potencial de endividamento dos usuários; falta de compreensão dos contratos, especialmente quando a franquia e a coparticipação forem cumuladas; pagamento do procedimento, mesmo o consumidor possuindo um plano de saúde; escassez da oferta de planos outros que não sob a modalidade da franquia e/ou coparticipação¹.

¹ Não comporta maiores comentários o fato de que certas vantagens trazidas pela resolução, no tocante à informação via extratos, sites e clareza sobre os “mecanismos financeiros de regulação”, tais como a forma de aplicação de valores, critérios de reajustes, limites de exposição financeira, procedimentos que incidirão coparticipação, dentre outras, de nenhuma maneira compensa o gravame aos usuários e cidadãos, bem como à própria lógica do sistema de saúde, de relevância pública.

Como destaca José Afonso da Silva,

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, nos termos da lei, a quem cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. **Se a Constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização.**²

Nesse mesmo sentido, proclama Sebastião Tojal a finalidade pública das normas que devem reger a saúde pública, afirmando que "**qualquer iniciativa que contrarie tais formulações há de ser repelida veementemente, até porque fere ela, no limite, um direito fundamental da pessoa humana**"³.

Ora, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 199, caput, da Constituição federal), mas tal atuação e, sobretudo, a competência da agência reguladora se faz em harmonia com os já transcritos arts. 196 e 197 do Texto constitucional. É por isso que o art. 22 da Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080, de 1990) determina que na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados **os princípios éticos** e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

E mais ainda: apesar da resolução gerar aumento de demanda para o SUS, na exata medida em que dificulta o acesso ao seu cliente/usuário porque visa apenas a lucratividade, tal resolução é lacunosa acerca do estabelecimento da necessária interface do setor de saúde suplementar com o SUS, tanto que também não traz nenhuma regra atualizada de agilidade e eficiência sobre o ressarcimento dos Planos de Saúde ao SUS naquelas situações em que os titulares de Planos de

² SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 10. ed. São Paulo: Malheiros, p. 697.

³ TOJAL, Sebastião Botto de Barros. Constituição dirigente de 1988 e o direito à saúde. Os 10 anos da Constituição Federal. (vários autores). São Paulo: Atlas, 1998. p. 43.



Saúde em coparticipação e/ou franquia utilizarem os serviços do sistema público de saúde.

Vale destacar que a comercialização de produtos com coparticipação e/ou franquia é uma opção das operadoras de Planos de Saúde e podem ser pactuadas em um mesmo contrato, prática que gera vantagem manifestamente excessiva e que descumpre o artigo 39, V, do Código de Defesa do Consumidor.

E o pior: despreza o princípio da legalidade, na exata medida em que cria regras ao cidadão e altera o sistema de saúde suplementar sem observar a obrigatoriedade das mudanças por via da estrita legalidade.

Veja-se que sem conseguir no Parlamento, via processo legislativo, a alteração pretendida e de claro favorecimento aos Planos de Saúde, a ANS atuou como agência capturada. O jornalista Bernardo Melo Franco denunciou o fato em sua coluna do jornal O Globo:

Goooooooool... é dos Planos de Saúde!

(...) O mês da Copa tem sido lucrativo para os Planos de Saúde. No dia 5, o Senado aprovou a indicação de Rogério Scarabel Barbosa para o cargo de diretor da ANS. **Ele era advogado de seguradoras antes de ganhar uma vaga na agência que deveria fiscalizá-las.** O senador Randolfe Rodrigues comparou a nomeação à escolha de uma raposa para cuidar do galinheiro.

Na semana seguinte, a mesma ANS autorizou um reajuste de 10% nos planos individuais, uma goleada sobre a inflação oficial de 2,76%. O aumento chegou a ser barrado na Justiça. O desembargador Neilton dos Santos cassou a liminar na última sexta-feira, dia de Brasil x Costa Rica.

Em 2017, deputados ligados aos Planos de Saúde tentaram mudar a legislação para aumentar os lucros das empresas. As entidades de defesa do consumidor reagiram, e a proposta não chegou a ser votada.

Com o pacote de ontem, **o governo encontrou um atalho para presentear as seguradoras sem depender da Câmara.** Por mais

que o lobby dos planos seja forte, os parlamentares ainda precisam do voto dos pacientes para se reeleger. Não é o caso do presidente da República⁴.

No contexto de profunda precarização da saúde e de inúmeras violações de Direitos por parte dos Planos de Saúde, a ANS, que teria o dever legal de proteger os usuários dos Planos, mais uma vez é alvo de duras críticas devido a recente decisão que altera regras da coparticipação e implementa a franquia nos Planos.

Atualmente, o modelo assistencial de saúde suplementar brasileiro inclui um contingente de quase 50 milhões de usuários. Em razão disso, cresce o dispêndio das famílias brasileiras que tem aderido aos Planos de Saúde privados no país, sem que elas recebam em troca um serviço de qualidade e de acordo com as normas vigentes no Código de Defesa do Consumidor e na Constituição brasileira.

Aliás, entidades ligadas ao Direito do Consumidor e Associações Médicas (Associação Paulista de Medicina - APM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp), mostram-se totalmente contrários à implementação dos sistemas de franquia e coparticipação nos Planos de Saúde. Os motivos são a possibilidade de endividamento por parte dos clientes, menor cuidado das pessoas com exames preventivos e sobrecarregar ainda mais o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que a Coparticipação é pagar, além da mensalidade do plano de saúde, uma parte do preço da consulta, do exame ou do procedimento. Cerca de 24 milhões de pessoas têm esse tipo de plano. A cobertura é a mesma que de um plano tradicional, por isso muitos consumidores optam por esse serviço devido ao seu baixo valor mensal. Contudo, o barato pode sair caro. Isso porque o consumidor terá que pagar a complementação a cada vez que passar por uma consulta ou fizer um exame, por exemplo. Conforme a resolução em tela, o valor passará a ser entre

⁴ Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/bernardo-mello-franco/post/goooooool-e-dos-planos-de-saude.html>

40% e 50%. Segundo o Idec, deveria ser mantido o percentual máximo de 30% para as coparticipações, que agora podem alcançar até 50%, em caso de planos coletivos.

Já a cobrança de franquia era permitida, mas por falta de regulamentação, não existia na prática. A franquia é um valor estabelecido em contrato e pelo qual a operadora do plano de saúde não se responsabiliza. É um valor a mais, fora da mensalidade, que o paciente tem que pagar para ter acesso a alguns procedimentos, exames e consultas. Explicando melhor, os serviços de franquia nos planos funcionam de forma similar ao que acontece em seguros de carros: se a franquia for de R\$ 2 mil, por exemplo, procedimentos que o usuário utilizar até esse valor não são custeados pelo plano. Se for acima desse preço, o consumidor paga o valor da franquia e a operadora arca com o restante. Ora, quando você condiciona o acesso ao pagamento de algum valor, você está criando limites para esse acesso. A chance de o cidadão doente postergar o atendimento em saúde é muito alta, mesmo com o limite da exposição financeira.

Muito embora a resolução da ANS tenha estabelecido que a coparticipação e a franquia não devem ultrapassar a mensalidade e nem serem cobradas por mais de 12 meses, um exemplo fornecido pelo Idec é elucidativo para mostrar a negatividade e prejuízos decorrentes: uma mensalidade de R\$200 pode chegar a no máximo a R\$ 400. Logo, a possibilidade de dobrar o gasto do orçamento familiar é situação onerosa e que viola os direitos do consumidor⁵.

Assim, receio do usuário é o mesmo do Instituto de Defesa do Consumidor. “Ou ele contrai uma dívida para custear a franquia e a coparticipação, que estão em níveis elevados, ou ele posterga o procedimento. Um terceiro caminho é a pessoa procurar o SUS, mesmo tendo plano de saúde”⁶.

É bom lembrar que o Idec, atuante da defesa do consumidor desde 1987, tem apresentado dados inequívocos dos abusos cometidos pelos Planos de

⁵ Disponível em <https://idec.org.br/noticia/entidades-questionam-ans-sobre-novas-regras-de-franquia-e-participacao>.

⁶ Idem.

Saúde privados, não apenas contra os consumidores, mas também contra a categoria dos médicos e demais trabalhadores da área da saúde. Entre as irregularidades apontadas pelo Idec, destacam-se: o descumprimento por parte dos Planos de Saúde do prazo máximo para marcar consultas; a precariedade em relação à disponibilidade de profissionais na rede credenciada; presença de cláusulas abusivas nos contratos, que excluem ou limitam a cobertura de uma série de procedimentos.

De acordo com análise da entidade, o setor de Planos de Saúde foi o campeão de reclamações de consumidores no ano passado. Segundo levantamento divulgado, as queixas relacionados a operadoras de saúde somaram 23,4% do total em 2017. Com esse número, o setor encabeça o ranking de reclamações pelo terceiro ano seguido. Ainda segundo o Idec, a maior parte das reclamações é sobre os aumentos abusivos dos Planos de Saúde⁷. Ora, a resolução em apreço aumenta diretamente o valor das mensalidades ao majorar os valores da coparticipação dos planos existentes. Evidentemente que a maquiagem “regulação” não é capaz de esconder o que de fato ela significa: aumento dos valores da coparticipação.

Em resumo, trata-se de uma norma claramente contrária às normas constitucionais do processo legislativo e do sistema de saúde; ao Código de Defesa do Consumidor, em que a agência dita "reguladora" atua para atender aos interesses do mercado. Esta verdadeira proteção dada pela ANS aos Planos de Saúde não só anula seu papel de fiscalização e regulação do setor, como também confirma o que há tempos o PSOL tem denunciado, junto com outros segmentos sociais que atuam na área da saúde e em defesa dos direitos dos consumidores: a ANS, cuja maioria do corpo executivo vem do setor privado de Planos de Saúde, não tem qualquer independência para regular o sistema de saúde suplementar no país.

Assim, o inciso V do art. 49 da Constituição Federal (CF) atribui importantíssima competência exclusiva ao Congresso Nacional, qual seja, a de sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder

⁷ Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/03/12/planos-de-saude-lideram-ranking-de-reclamacao-pelo-3-ano-seguido-diz-idec.htm>



regulamentar. Ademais, os incisos X e XI conferem ao referido órgão as competências de “fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta” e de “zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros Poderes”.

Observa-se, portanto, que Decisão colegiada da ANS que se pretende sustar desobedeceu e extrapolou, e muito, o poder regulamentar concedido ao Poder Executivo, sendo absolutamente incompatível com os princípios reitores da Constituição Federal de 1988, especialmente em relação ao Direito fundamental à saúde e às relações de consumo.

Por todo o exposto, considerando que a decisão colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar representa claro desrespeito à ordem constitucional (caracterizando, portanto, clara “exorbitância do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa”, conforme art. 49, V da Carta Magna), cabe ao Congresso Nacional, ouvindo a séria preocupação da população e das inúmeras entidades que atuam na defesa do direito à saúde, com fundamento na Constituição Federal, sustar os referidos pontos da decisão colegiada da ANS.

Sala das Sessões, 03 de julho de 2018.

CHICO ALENCAR
PSOL/RJ
Líder da bancada

LUIZA ERUNDINA
PSOL/SP

IVAN VALENTE
PSOL/SP



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

JEAN WYLLYS

PSOL/RJ

EDMILSON RODRIGUES

PSOL/PA

GLAUBER BRAGA

PSOL/RJ