

Relatório da audiência pública sobre planos de saúde, realizada na Comissão de Assuntos Sociais em 19 de setembro de 2007.

A audiência foi aberta pela Presidente, Senadora Patrícia Saboya, que ressaltou alguns problemas enfrentados pelos usuários dos planos de saúde. Informou que a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) planeja realizar mais uma ou duas audiências públicas sobre o tema. Em seguida, após explicar as regras de funcionamento da audiência, passou a palavra à primeira expositora.

1. Sra. SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES, representante da FENASAUDE.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAUDE) sucedeu a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) na representação das entidades do mercado de seguros de saúde e tem por objetivo a troca de experiências entre as operadoras do mercado. Representa as empresas responsáveis por 40% das despesas assistenciais e por 28% dos usuários de planos de saúde.

A saúde suplementar no Brasil é exemplo de parceria público-privada bem sucedida, visto que o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) não é suficiente para atender a todas as necessidades da população, enquanto o sistema suplementar (privado) tem orçamento duas vezes superior ao público. O sistema privado desonera o público e permite que este seja direcionado a quem dele mais necessita, ou seja, a população pobre.

O mercado da saúde suplementar é muito complexo e não pode ser comparado ao restante da economia. É composto por empresas de

medicina de grupo, cooperativas médicas, operadoras de autogestão, seguradoras, hospitais, laboratórios, entidades filantrópicas etc. Sendo um mercado imperfeito, deve ser regulado pelo Estado, a fim de impedir distorções e prejuízos para clientes e prestadores de serviço. Alguns elementos que induzem à distorção do mercado, por sobre-utilização, são: seleção adversa (plano é contratado por quem tem mais risco), risco moral (quem contrata quer fazer jus ao pagamento) e terceiro pagador (onde o usuário não se preocupa com os custos).

O marco regulatório do setor é a Lei n.º 9.656, de 1998, que deu mais segurança jurídica tanto para empresas quanto para clientes. A falha da lei é que, de toda a cadeia produtiva da saúde suplementar, ela regula apenas as operadoras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei n.º 9.961, de 1998, com o objetivo de regular o mercado e eliminar as distorções.

O funcionamento dos planos de saúde é baseado no mutualismo, onde todos pagam para que uns usem mais o sistema e outros menos, de modo que haja diluição do risco. Quando ocorre seleção adversa e risco moral, a tendência é aumentar expressivamente a utilização média (sinistralidade), levando ao desequilíbrio financeiro. Por isso é importante haver limitações como, por exemplo, de tempo de internação (90 dias), porém dentro dos ditames legais.

Os planos de saúde antigos (não regidos pela Lei 9.656/98) representam aproximadamente 33% do mercado. Em relação à modalidade, 72% dos contratos são coletivos. Dessa forma, os grandes financiadores desse mercado são os empregadores – todas as 500 maiores empresas do Brasil mantêm planos de saúde para os empregados. No entanto, os gastos com a manutenção desses benefícios têm crescido de forma exponencial, o que tem

deixado as empresas preocupadas. Nos Estados Unidos, o problema alcançou proporções alarmantes.

No Brasil, as principais razões para a elevação dos custos com a manutenção dos planos de saúde são:

- regulação, pelo Governo e pelo Poder Legislativo, que amplia os direitos e as coberturas;
- concessão, pelo Poder Judiciário, de direitos individuais não previstos nos contratos;
- incorporação de tecnologia médica, sem prescindir das antigas;
- alteração do perfil demográfico da população em geral e da clientela dos planos em particular, sendo esta agravada pela seleção adversa;
- alteração do perfil epidemiológico da clientela;
- risco moral.

Possíveis soluções para os problemas:

- diluição de custos, para a seleção adversa;
- estimular o consumo consciente, para o risco moral;
- levar em consideração a relação custo-efetividade, quando do aumento de coberturas;
- sensibilizar o Judiciário para que os interesses individuais não prevaleçam sobre os direitos da coletividade;

- modificar os mecanismos de remuneração dos prestadores para evitar a sobre-utilização dos recursos.

Não há o que fazer em relação à transição demográfica e epidemiológica.

2. Dra. VANESSA ALVES VIEIRA, representante da PRO TESTE – Associação Brasileira de Defesa do Consumidor.

A PRO TESTE é a maior associação de consumidores da América Latina, reunindo, atualmente, duzentos mil associados. Tornou-se recentemente uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A tutela estatal da saúde e dos consumidores é de índole constitucional. Os contratos dos planos de saúde devem ser interpretados conforme sua função social, levando em conta a boa-fé objetiva e demais princípios insculpidos no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Os contratos dos planos de saúde têm diversas peculiaridades, pois se está lidando com bens jurídicos diferenciados: vida e saúde. Na sua interpretação, devem ser observados a vulnerabilidade e os direitos básicos do consumidor, em especial à informação, à proteção da vida, da saúde e da segurança, e à prevenção e reparação de danos. Nesse diapasão, observam-se diversas incompatibilidades entre o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98):

- As segmentações previstas no art. 12 da Lei dos Planos de Saúde não deveriam existir.

- A previsão de rescisão unilateral do contrato em caso de inadimplência prolongada do consumidor (art. 13, parágrafo único) não deveria existir, pois significa vantagem exagerada para a empresa, em detrimento do consumidor.
- A vedação da rescisão unilateral do contrato durante a internação do titular (art. 13, parágrafo único, III) deveria ser estendida aos dependentes.
- A obrigatoriedade de entrega dos regulamentos e condições gerais do plano deveria ser estendida aos planos coletivos, e não ficar restrita aos individuais (art. 16).
- A previsão de substituição de prestadores de serviço em caso de descredenciamento não poderia estar restrita a hospitais, mas estendida a médicos, clínicas e laboratórios.
- A regulamentação da cobertura dos transplantes é equivocada, pois abrange apenas os de rim e córnea e, assim, deveria ser estendida para transplantes de outros órgãos, tais como fígado, coração e medula óssea.
- O mesmo se aplica à questão do atendimento de emergência – que não deveria ter carência – e dos transtornos psiquiátricos, que não deveriam ter limitação do número de sessões ou de duração do tratamento.

A portabilidade é necessária e deve ser implementada urgentemente. Da mesma forma, é preciso dar maior liberdade de escolha de médicos e hospitais, com garantia de reembolso.

3. Dr. PEDRO PABLO CHACEL, representante do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A saúde suplementar caracteriza-se pela administração de um sistema de saúde feita por agente financeiro, que determina que um prestador execute serviços de saúde para determinada pessoa. Após o advento do CDC, essa pessoa deixou de ser um paciente e passou a ser concebida como um consumidor, e o trabalho do médico passou a ser entendido como um produto a ser consumido.

A relação médico-paciente desapareceu por completo, sendo substituída pela relação comercial. Nessa relação, o agente financeiro visa o lucro, o prestador de serviço, uma boa remuneração, e o consumidor quer o melhor serviço possível pelo menor custo.

Naturalmente, o consumidor opta sempre por tratamentos mais caros, ainda que desnecessários, visto que não percebe ser ele o responsável pelo pagamento. Daí surgirem distorções no sistema, que têm sido coibidas pela ANS.

O melhor sistema de saúde é o SUS, pois com menos recursos atende maior número de pessoas e de maneira integral, enquanto o sistema suplementar fica apenas com a parte menos onerosa da assistência médica.

Os cálculos atuariais referidos pela Sra. Solange não são factíveis, pois não há como prever a quantidade e a proporção de doenças nas pessoas. Por isso a instituição da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) visa a permitir identificar objetivamente os consumidores de alto risco e procurar uma forma de excluí-los da carteira de clientes.

4. Dr. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O mercado de saúde suplementar no Brasil é concentrado por um lado e disperso por outro: há aproximadamente 1.600 empresas, porém 50 delas detêm mais da metade do mercado, com forte concentração na Região Sudeste. Segundo dados do mês de junho, estão em vigor 46,2 milhões de contratos de planos de saúde. O faturamento do setor no ano passado foi de R\$45 bilhões.

Principais problemas do setor:

- i. Transição “do mundo não-regulado para o mundo regulado”. Durante quarenta anos, a saúde suplementar cresceu com regulação mínima do Estado, restrita ao setor de seguros, enquanto os outros – medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestões e entidades filantrópicas – cresceram sem qualquer tipo de regulação. Quando foi promulgada a Lei dos Planos de Saúde, em 1998, a situação já estava consolidada. A grande maioria das demandas judiciais refere-se exatamente aos contratos firmados antes da Lei.
- ii. Dificuldade no ressarcimento do SUS pelos serviços prestados aos clientes dos planos de saúde. A causa é a morosidade decorrente dos procedimentos legais necessários para o ressarcimento e da excessiva judicialização do setor.
- iii. Aumento do índice de reclamações. Trata-se de falácia, visto que os números da ANS e dos PROCONs desmentem

tal afirmação, o que não significa ausência de problemas no setor.

- iv. Lei não regula os planos coletivos e faz empréstimos às operadoras. De fato, esses contratos são tratados de forma diferente no texto legal, mas existe, sim, regulação, sendo que a ANS tem a prerrogativa de aprovar ou não os contratos. Em relação aos empréstimos, na verdade, a ANS apenas “faz um adiantamento para a massa para o pagamento de um eventual liquidante dessa massa”.

Propostas:

- a. Promover a melhoria da competitividade do setor por meio da quebra de barreiras para que ela se dê de maneira mais efetiva. Uma possibilidade é estender a portabilidade para os planos individuais, para que as pessoas possam mudar de operadora sem cumprir novos períodos de carência.
- b. Combater a falsa coletivização dos planos, onde pessoas ilegítimas negociam em nome de uma massa de consumidores. Nem sempre o negociante defende adequadamente os interesses dos consumidores.
- c. Constituir fundo garantidor para assegurar a transferência da carteira de clientes de uma operadora para outra sem solução de continuidade, em caso de insolvência.
- d. Qualificar o processo de assistência à saúde, por meio da utilização de protocolos clínicos, diretrizes ou boas

práticas para o setor de saúde suplementar. A qualificação deve ser estendida às operadoras e aos prestadores de serviço, com o emprego de um processo de acreditação, feito pela ANS.

- e. Aprimorar a relação público-privado para viabilizar o ressarcimento ao SUS. A relação deve ser transparente e sua discussão deve se dar no Congresso.

Intervenções dos Senadores

O SENADOR PAPALÉO PAES dirigiu a todos os expositores questionamento sobre a portabilidade, exceto ao Dr. Pablo, que foi perguntado sobre a contratualização das relações entre operadoras e prestadoras de serviços.

O Senador GERALDO MESQUITA JÚNIOR perguntou sobre o excesso de burocracia imposto aos médicos pela ANS.

O Senador FLAVIO ARNS fez questionamento no mesmo sentido e acrescentou sua preocupação com relação aos índices de aumento das mensalidades dos planos de saúde, que superam os índices de inflação.

A Senadora ROSALBA CIARLINI perguntou sobre o atendimento de emergência no âmbito da saúde suplementar.

Em resposta, o Dr. Fausto informou que o setor de saúde suplementar já está suficientemente maduro para incorporar a portabilidade, principalmente porque a maior parte dos contratos (70%) é posterior à Lei dos Planos de Saúde e têm certa uniformidade.

Em relação ao suposto excesso de papéis a serem preenchidos, o expositor argumenta que se trata de uma dificuldade inicial que trará benefícios no futuro, com redução do trabalho burocrático. Por outro lado, as informações coletadas serão muito úteis para todos os envolvidos no setor, desde o Governo até os consumidores.

Sobre os índices de reajuste dos planos, informa que a ANS tem uma política específica para o assunto, vigente há seis anos, que toma as negociações de planos coletivos como base para o reajuste dos planos individuais. Os reajustes são geralmente superiores aos índices da inflação, exceto no ano de 2003, quando ficou abaixo.

O ressarcimento não resolveu o problema do atendimento de emergência, que continua sendo efetuado, preponderantemente, pelo setor público. No entanto, essa ainda é a melhor saída, que, no entanto, deve ser aprimorada, já que seria inviável para o setor privado criar uma estrutura paralela de atendimento.

O Dr. Pablo salientou que o ônus pela captação das informações deve recair sobre a ANS e as operadoras, não sobre os médicos.

A Dra. Vanessa posicionou-se favoravelmente à portabilidade, à TISS e ao ressarcimento ao SUS.

A Dra. Solange apoiou a iniciativa da portabilidade, desde que haja critérios bem definidos.