

13 de Setembro de 2017

REFORMA DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE NÃO PODE VULNERAR CONSUMIDOR

Consultor Jurídico – 13/09/2017

Tema sensível aos brasileiros, a alteração da legislação que disciplina os planos privados de assistência à saúde vem ocorrendo com relativa celeridade no Congresso Nacional, e até onde se sabe, sem a participação efetiva dos órgãos e entidades representativos dos interesses dos consumidores.[1] A crítica tem sua razão de ser. Nas sete audiências públicas realizadas pela Comissão Especial que trata do tema na Câmara dos Deputados, dentre as 19 pessoas ouvidas, apenas uma era representante de entidades de defesa dos consumidores, frente a 13 representantes de fornecedores.[2]

Só esse dado é expressivo da defesa insuficiente dos interesses do consumidor no plano político-institucional, o que se reflete no plano legislativo. Tratando-se especialmente da saúde suplementar, outro episódio característico, ocorrido em 2014, é volta e meia objeto de recordação. Trata-se da inclusão, no Congresso Nacional, em medida provisória que versava sobre direito tributário (regras sobre a tributação sobre o lucro das empresas), de artigo que anistia multa das operadoras de planos de saúde, da ordem de R\$ 2 bilhões de reais. A pressão social à época fez com que o próprio parlamentar responsável pela introdução do “jabuti” em questão, o conhecido deputado federal Eduardo Cunha (PMDB-RJ), voltasse atrás, e defendesse o veto ao artigo — o que terminou sendo feito pela Presidente da República.[3] Boa doutrina de direito do consumidor faz referência à existência de uma vulnerabilidade político-legislativa do consumidor.[4] Parece que é disso que se trata.

A iniciativa de aperfeiçoamento legislativo não deve ser, em si, combatida. O trabalho da Comissão Especial da Câmara dos Deputados se debruça sobre mais de 140 projetos de lei em tramitação no Parlamento. Não é de hoje que os planos de saúde são objeto de discussões envolvendo, de um lado, a frustração de interesses dos consumidores que os contratam; de outro, a insatisfação das operadoras (fornecedoras do serviço), em relação aos custos elevados da medicina e tudo o que se relacione com a saúde, bem como a perda de consumidores dos planos coletivos em razão do aumento do desemprego — e falta de condições dos consumidores demitidos de custearem sozinhos com as mensalidades antes repartidas com o empregador. Acrescente-se a isso uma regulação imperfeita, na qual a Agência Nacional de Saúde tem uma atuação burocrática e passiva, frente aos desafios cada vez maiores que se colocam ao setor, e a pressão sobre seus custos, vindos, sobretudo, de setores que ficam ao largo da regulação e supervisão da entidade, como hospitais, medicamentos e honorários médicos.

Todavia, da soma de todos os reclamos, é indisfarçável que o sujeito mais vulnerável entre todos os atores da saúde suplementar é o consumidor. É sabido que a lei vigente sobre os planos de saúde (a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998) em que pesem todas as críticas e sugestões de aperfeiçoamento, não é a responsável pelas dificuldades do relacionamento entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Ao exigir uma cobertura básica obrigatória para estes planos (plano-referência, artigo 12 da lei), teve o propósito de assegurar que o interesse do consumidor não fosse afetado por série de exclusões ou limitações que sacrificassem a própria razão de ser de um contrato desta natureza, que é a cobertura dos riscos ordinários à saúde e os elevados custos que representam.

Atualmente, porém, mesmo esta cobertura mínima obrigatória vem sendo objeto de críticas. Contrapõe-se a ela a oportunidade de um plano de saúde popular, economicamente mais acessível ao consumidor, e que ofereça um conjunto menor de especialidades e serviços, àqueles que não possam pagar pela “cobertura completa” hoje prevista na lei. Trata-se de uma antiga ideia defendida por empreendedores do setor de saúde, e que conta com o apoio entusiasmado do atual ministro da Saúde Ricardo Barros.[5] Em sua defesa, menciona-se, ainda, um alegado alívio sobre o Sistema Único de Saúde, sob o argumento de que cidadãos que passassem a poder contratar estes novos planos de saúde standard, e usufruir de seus serviços, deixariam de representar um custo para o sistema público.

O argumento é atraente, porém um olhar mais atento não deixa de perceber alguns obstáculos. Primeiramente, que de modo indistinto a todos os estratos sociais que contratam planos de saúde, o grande risco identificado como motivação para a contratação diz respeito a custos hospitalares. Estes, como se sabe, são elevadíssimos e, virtualmente, incontornáveis para alguém que venha a ter a necessidade de serviços desta natureza. Por outro lado, a contratação de planos de saúde privados não significa, necessariamente, uma renúncia ao sistema público de saúde.

Ademais porque, em inúmeras situações, a utilização do serviço público não decorre da escolha do consumidor, mas de contingências da necessidade de acesso ao serviço (como ocorre em atendimentos de urgência ou no caso de internação em localidades que não possuem hospitais particulares credenciados pela operadora do plano). Trata-se de tema objeto de acedo debate sobre a existência ou não de um dever de ressarcimento, pelas operadoras, dos custos em relação a seus consumidores, realizados por hospitais integrantes do sistema público de saúde.[6] A Lei dos Planos de Saúde exige este ressarcimento (artigo 32), mas encontra resistência das operadoras, que questionam sua constitucionalidade, frente à liberdade de escolha do cidadão, de exercício do seu direito de acesso universal ao serviço público de saúde (artigo 196 da Constituição da República).

Da mesma forma, é reconhecido, quase à unanimidade, que uma das grandes fontes de litígios entre consumidores e fornecedores no tema dos planos de saúde, diz respeito ao solene descumprimento de deveres básicos de informação no período que antecede ao contrato. Em termos mais claros, a oferta dos planos de saúde é feita, muitas vezes, sem maiores esclarecimentos sobre coberturas a que fará jus o consumidor, bem como a suas limitações. A pressão para a venda, em modelos de negócio nos quais a remuneração dos intermediários se mede pelos resultados de contratos efetivamente celebrados, tradicionalmente desestimulam o oferecimento de informações completas ao consumidor, em especial se a exata compreensão do contrato possa levar à decisão de não contratar. O mais comum, portanto, é que os que se dediquem a oferecer e encaminhar a contratação deixem de prestar informações que desencorajem a decisão de contratar, violando o direito do consumidor à informação e esclarecimento.

Da divergência entre a expectativa legítima que resulta da promessa feita e da informação deficiente, e a posterior recusa no cumprimento, surge boa parte dos litígios no setor. Na oferta de planos de saúde populares, cuja vocação natural dirige-se a pessoas de menor renda e condição social, a tendência de agravamento deste déficit informacional estrutural na relação entre o consumidor, o intermediário que contrata em nome da operadora, e ela própria, que deverá cumprir o contrato, parece elementar.

Porém, as principais questões que envolvem litígios entre consumidores e operadoras de planos de saúde são bastante conhecidas, já de algum tempo. Dizem respeito a recusas de coberturas de procedimentos, ao descredenciamento de profissionais e estabelecimentos de saúde originalmente previstos (e que muitas vezes contribuíram com a decisão de contratação do plano ou da operadora), e à diferença de regras entre planos de saúde coletivos e individuais no tocante ao reajuste das mensalidades e à possibilidade de rescisão unilateral do contrato.

No caso da negativa de cobertura, as principais questões envolvem a demora na autorização de procedimentos, a exigência de percentuais elevados de coparticipação do consumidor e a exclusão de cobertura de procedimentos cujo avanço da ciência e da técnica fazem integrar a expectativa legítima do consumidor (como é o caso dos transplantes de órgãos). Em relação ao descredenciamento de profissionais e estabelecimentos de saúde, nota-se que o próprio interesse do consumidor na contratação orienta-se por certo plano ou operadora, em vista, muitas vezes, dos profissionais e hospitais ofertados. Sua alteração, ao longo da contratação, embora admitida, não pode frustrar os interesses legítimos em relação à certa expectativa de qualidade, ou ainda, causar prejuízo ou descontinuidade aos tratamentos e procedimentos de saúde em curso, a que se submeta o consumidor.

Quanto ao terceiro ponto, da ausência de isonomia em relação aos planos de saúde individuais e coletivos, sua face mais visível é a quase prevalência absoluta da oferta de planos coletivos no mercado, considerando a liberdade de reajuste, independentemente de autorização da ANS; e da mesma forma, a possibilidade de rescisão unilateral do contrato por parte da operadora. Esta prevalência dos contratos coletivos, contudo, não elimina situações

em que o poder de barganha de pequenas e médias empresas não rivaliza com o das operadoras para promover seu interesse. Ou ainda, as dificuldades de transição de modelo e distribuição de custos em face do envelhecimento da massa de beneficiários.

As operadoras de planos de saúde, cujos argumentos são sustentados com invejável expertise por suas entidades representativas, e profissionais a elas vinculados, também colocam sobre a mesa aspectos que merecem atenção. O primeiro deles diz respeito à pressão promovida por laboratórios ou fabricantes de equipamentos de saúde para aceitação de seus produtos sem o cumprimento dos protocolos de validação científica junto aos órgãos governamentais competentes, ou a comprovação de seu efetivo benefício para a saúde do paciente, em especial por intermédio do estímulo à proposição de ações junto ao Poder Judiciário. Por outro lado, a ideia de que a cobertura oferecida seja custeada por recursos originários das mensalidades, assim como o legítimo ganho decorrente desta atividade empresarial, exige a previsibilidade sobre quais os custos que a integram. Daí que a ausência de supervisão governamental sobre certos custos representativos — em especial os relativos a despesas hospitalares — podem prejudicar esta equação.

De tudo se vê que a adequada disciplina legal dos contratos de planos de saúde é tema de grande importância na sociedade brasileira atual. Por isso mesmo, deve ser objeto de ampla participação de todos os setores envolvidos. O Código de Defesa do Consumidor, e as regras gerais sobre relações de consumo que estabelece, de ordem pública, terão sempre sua aplicação cogente, em comum com as que decorram de lei especial do contrato. Dizer o contrário[7] pressupõe violar a Constituição (artigo 5º, XXXII), o que não se espera do legislador ou de quem caiba dizer o Direito.

EMPRESAS CONTRATANTES DE PLANOS DE SAÚDE FOCAM GESTÃO PARA COMBATER FRAUDES E DESPÉRCIOS

FenaSaúde – 12/09/2017

Durante o Fórum de Saúde, profissionais do setor e FenaSaúde apontam a informação aos colaboradores e transparência sobre os custos como novo modelo de gestão

Durante muito tempo, as empresas que contratam plano de saúde tinham foco apenas no custo do serviço e no processo de renovação dos contratos. Mas esse cenário começa a mudar. Este foi o sentimento compartilhado pelos profissionais do setor e palestrantes do Fórum de Saúde, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos, seção Rio de Janeiro (ABRH-RJ), nesta segunda-feira (11). Voltado à gestão de saúde, o evento ampliou o debate sobre as estratégias que contribuem para assegurar um gerenciamento cuidadoso, preciso e preventivo relacionado à saúde dos colaboradores das empresas.

“A boa gestão é que vai determinar a economia que uma organização poderá obter a partir de uma coordenação voltada para a promoção da saúde”, explica Paulo Sardinha, presidente da diretoria executiva da ABRH-RJ. De acordo com o executivo, três questões são preocupações atuais dos profissionais de RH: previdenciária, longevidade e saúde. “O profissional de Recursos Humanos precisa ter condições de transformar esses três aspectos, saindo de uma discussão marcada por custo para um debate sobre modelo de gestão mais eficiente”, destaca Sardinha.

Manoel Peres, diretor-geral da Bradesco Saúde, apresentou um cenário com as perspectivas econômicas e de saúde, entre 2017 e

2020. E alertou, ainda, que o plano de saúde representa 15% da folha de pagamento de uma empresa. De acordo com o executivo, a despesa por beneficiário continuará crescendo além da inflação devido a fatores como: incorporação de novas tecnologias, utilização exagerada dos serviços e transição demográfica. “A empresa precisa criar mecanismos de contenção de acesso, em razão do uso desenfreado que aumenta os desperdícios e, conseqüentemente, os custos. Por isso, fatores de conscientização sobre a utilização são muito importantes. A participação financeira do beneficiário em consultas e demais procedimentos é fundamental como fonte de informação para o segurado – uma vez que ele vai receber os extratos dizendo o que fez e quanto foi pago. Essa conscientização das pessoas deveria ser uma ação primária”, explica Peres.

O diretor da Bradesco Saúde também alertou que as empresas devem trabalhar com transparência: “Dizer quanto o plano de saúde custa para a empresa, qual a proporção do custo”. De acordo com Manoel Peres, o RH deve ser uma fonte de conhecimento para o uso adequado dos serviços de saúde. “Esses três pontos: conscientização, participação no custeio do benefício e prover informação fazem a diferença na gestão e o RH precisa ser o suporte de informação para que as pessoas saibam usar adequadamente o benefício”, enfatiza.

Impacto da Regulação – O superintendente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Sandro Leal, participou do painel ‘A Agenda Regulatória e o Impacto sobre os empregadores: como lidar com desperdícios e fraudes no segmento’, ao lado de Leandro Fonseca, diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O encontro também contou com a participação do jornalista Gustavo Vieira.

Sandro Leal revelou que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência, segundo o relatório “O Financiamento da Cobertura Universal”, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa direção sobre aumento dos custos, o

superintendente da FenaSaúde chamou a atenção para a necessidade de reformas regulatórias que promovam a concorrência e transparência no setor de OPME (Órteses, Prótese e Materiais Especiais). "O diagnóstico feito pela CPI da Máfia das Próteses foi correto e precisa avançar."

Leal apontou os caminhos para reduzir os desperdícios, que passa por uma mudança do modelo de remuneração; prontuário eletrônico para integrar os níveis de atenção; avaliação de custo-efetividade na incorporação de novas tecnologias; implementação de protocolos com revisão periódica; atenção ao paciente: anamnese e exame físico diagnosticam 75% das doenças; e medicina baseada em evidências. "Há um movimento nos Estados Unidos, no qual os empregadores têm uma entidade que basicamente ajuda a colocar

o setor privado no rumo certo. Eles fazem isso analisando indicadores de melhores práticas entre hospitais e prestadores. É hora de discutir a adoção desse movimento aqui no Brasil também", provocou Sandro Leal.

Já o diretor-presidente da ANS destacou que os empregadores possuem características e incentivos econômicos para promoverem efetiva mudança do modelo assistencial. "Precisamos sair desse modelo de planos para cobrir gastos com doenças, para planos que mantenham a saúde", afirma. Para Leandro Fonseca, o cenário é preocupante uma vez que as despesas com a assistência à saúde em relação à folha de pagamento tendem a aumentar: "Por isso, o controle de custos e combate a fraudes são importantes no curto prazo, e a gestão de saúde populacional é crucial no longo prazo".

SAÚDE BOA E BARATA NO BRASIL? SÓ COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Exame – 12/09/2017

A atenção básica de saúde deveria resolver a demanda de 85% dos pacientes que chegam a ela, segundo especialistas ouvidos hoje no EXAME Fórum Saúde

São Paulo – O caminho para um sistema de saúde de qualidade e com preços justos no Brasil começa (e termina) com a oferta de bons serviços de atenção primária e de prevenção. "Precisamos evitar ao máximo a hospitalização", afirmou Renato Velloso Dias Cardoso, sócio-investidor do Dr. Consulta, durante o EXAME Fórum Saúde, realizado na manhã de hoje em São Paulo.

A advogada Lenir Santos, uma das idealizadoras do SUS e coordenadora do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, concorda. "Uma atenção básica de qualidade tem que resolver 85% das necessidades das pessoas que chegam a ela. Só 15% deve ser encaminhado para a atenção de maior custo", disse.

"Se a gente não investe na atenção primária e na secundária, vai apagar incêndio na terciária. Entramos em um redemoinho em que os recursos nunca chegam e começamos a enxugar gelo", afirmou o sócio do Dr. Consulta.

gundo dados apresentados por Velloso, 70% dos pacientes que chegam hoje a um pronto-socorro não precisariam necessariamente estar ali. Em um cenário de envelhecimento da população (a expectativa é de que até 2030, o número de brasileiros com mais de 60 anos triplique), a tendência é um agravamento desse quadro.

"Se continuarmos fazendo desse jeito, vamos gastar muito mais. Um paciente crônico, que tenha uma boa qualidade de vida, gasta todo o custo de saúde gerado ao longo da vida em seu último ano vivo. É nisso que temos que pensar", afirmou Velloso.

Para os especialistas, o caminho para a racionalização do sistema de saúde no Brasil passa pela padronização de protocolos a serem seguidos pelos profissionais do setor e pela incorporação de tecnologias, como o prontuário eletrônico. Nesse ponto, eles afirmaram, há uma convergência clara para como o setor privado pode auxiliar na gestão do público.

Mas Lenir pondera: nem toda inovação tecnológica de saúde traz ganhos reais para o setor. E até nisso, de acordo com ela, é preciso ter racionalização já que 85% das novas tecnologias para a área são desnecessárias. Por isso, segundo a especialista, antes de fazer parcerias com o setor privado, a administração pública precisa de um choque de gestão.

"Se não melhorarmos o público, não seremos competentes para fazer bons contratos, bom controle e boa regulação das parcerias com o setor privado", afirmou.

DIRETOR DA ANS PARTICIPA DE FÓRUM DE SAÚDE

ANS – 12/09/2017

O diretor-presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Leandro Fonseca, participou na manhã desta segunda-feira, 11/9, do Fórum de Saúde da Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH), no Rio de Janeiro.

Integrante da mesa "Agenda regulatória e o impacto sobre os empregadores", Fonseca contextualizou o setor de planos de saúde e informou que 80% dos cerca de 47 milhões de beneficiários de planos de assistência médica estão em planos coletivos,

empresariais e por adesão. "O dinamismo do mercado de trabalho tem relação direta com o crescimento do setor de saúde suplementar", salientou.

Leandro Fonseca ressaltou também a importância do papel dos empregadores na gestão de saúde de sua população: "É fundamental o engajamento dos contratantes para o melhor cuidado de seus funcionários e suas famílias. As operadoras devem ser cobradas por esses resultados, mas são os empregadores os potenciais agentes de mudança do modelo assistencial do setor", afirmou antes de fazer um alerta: "Se o modelo assistencial não mudar, as despesas com assistência à saúde em relação à folha de pagamento das empresas tendem a aumentar".

Em seguida, o superintendente da Fenasaúde, Sandro Leal Alves, falou sobre gastos e desperdícios no setor e destacou o programa Sua Saúde, da ANS, como uma das formas de combater o mau uso de procedimentos: "O paciente precisa ser empoderado e deve ser orientado a participar das decisões acerca dos tratamentos a ele prescritos", destacou.

Na sequência, o coordenador de jornalismo da TV Globo, Gustavo Vieira, falou a respeito da série de matérias exibidas pelo Fantástico sobre o que chamaram de Máfia das Próteses. "A primeira matéria foi exibida em 4/01/2015 e hoje há mais de 15 milhões de resultados

no Google para a pesquisa sobre esse tema", contou, dando a dimensão do alcance do assunto em veículos de todo o país.

Sobre esse tema, Leandro Fonseca destacou que o pagamento de comissões a médicos para o uso de órteses e próteses específicas na saúde suplementar não tem tipificação de crime, destacando que: "Não podemos incorrer no erro de generalizar: há bons e maus profissionais em todos os segmentos. E preciso criar mecanismos para combater essas fraudes e rever a estrutura atual de incentivos econômicos perversos do modelo assistencial vigente que criam espaço para tais comportamentos inadequados e que geram mais custos aos usuários", concluiu Fonseca.

ESPECIALISTAS LISTAM PRINCIPAIS QUEIXAS CONTRA PLANOS DE SAÚDE

O Tempo – 11/09/2017

Negativa de próteses e de exames mais complexos e reajuste abusivo estão entre reclamações

Ter hoje um plano de saúde, seja ele coletivo ou individual, tornou-se fundamental, principalmente se levarmos em conta o estado precário da saúde pública no Brasil. Porém, cresce a cada dia o número de reclamações dos usuários, que em muitos casos recorrem à Justiça para ver garantidos seus direitos. As queixas são as mais variadas, mas algumas delas se destacam pelo grande número de ocorrências, independentemente da operadora. "De uma maneira geral, as reclamações mais comuns em nosso escritório de advocacia dizem respeito às negativas dos pagamentos de próteses, cirurgias e exames complexos, internações de emergência e reajustes e cláusulas abusivos, acima da inflação, além de reembolsos limitados ou recusados", diz o advogado Gilberto Bento Júnior, especialista em relações de consumo.

"Até mesmo em planos mais antigos, a obrigatoriedade de cobertura de todos os procedimentos é garantida pela lei 9.656/98, que trata dos planos de saúde, e por súmulas do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que garantem o atendimento de todas as doenças listadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inclusive com pagamento de próteses, medicamentos e materiais durante a internação", explica.

Além disso, ainda segundo ele, desde 2014 todos os planos têm a obrigação de fornecer medicamentos orais para uso em casa por pacientes com câncer ou custear o tratamento em casa, o chamado home care. "Se alguma dessas coberturas for negada, decisões judiciais quase que imediatas determinam que as operadoras e planos de saúde realizem os procedimentos exatamente como prescritos pelos médicos", afirma o especialista.

Em relação ao reajuste, Bento Júnior diz que, hoje, o valor das parcelas é definido conforme a data da assinatura do contrato. Aqueles formalizados até 1999 podem sofrer apenas um aumento anual, baseado no índice oficial de inflação. Se a assinatura do contrato tiver ocorrido após janeiro de 1999, o percentual será definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contratos com reajuste entre maio de 2017 e janeiro de 2018, por exemplo, podem ser majorados em, no máximo, 13,55%, segundo a ANS.

Em todos os casos, a recomendação é que os consumidores que se sentirem lesados procurem primeiro os canais de atendimento da

operadora. Caso não haja solução, a ANS deve ser acionada, para tentar intermediar a solução do conflito. Porém, nem sempre o problema é resolvido nessas instâncias e o caminho passa a ser a Justiça.

"A chance de vitória quando o consumidor tem razão passa dos 90%", afirma Bento Júnior. No entanto, pré-requisitos precisam ser cumpridos. "O reclamante deve possuir laudo médico atestando a necessidade do tratamento e apresentar protocolos dos contatos com a operadora, além de estar com os pagamentos em dia. O processo demora, mas quase sempre conseguimos liminares determinando o início imediato do procedimento solicitado", diz ele.

Venda. Hoje, em todo o país, está suspensa a venda de 41 planos de dez operadoras em função de reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativas e demora no atendimento.

Há vários canais para reclamações

Para resolver as reclamações de forma ágil e favorável ao consumidor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), ferramenta de mediação de conflitos entre beneficiários e operadoras, cujo índice de resolução em 2016 ficou em cerca de 90%.

A partir de uma reclamação na agência, uma notificação automática é enviada à operadora, que tem cinco dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial.

Se o problema não for solucionado pela NIP, é aberto procedimento administrativo, que pode resultar na aplicação de multa ou outras medidas administrativas, como a suspensão temporária da venda de planos.

Para reclamar, os consumidores podem ligar no Disque ANS (0800 701 9656), ou entrar no site da agência (www.ans.gov.br).

DIREITOS

Pode. O beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar tem direito a manter o plano de saúde oferecido pela empresa se contribuiu mensalmente para o pagamento do plano de saúde contratado a partir de 1999.

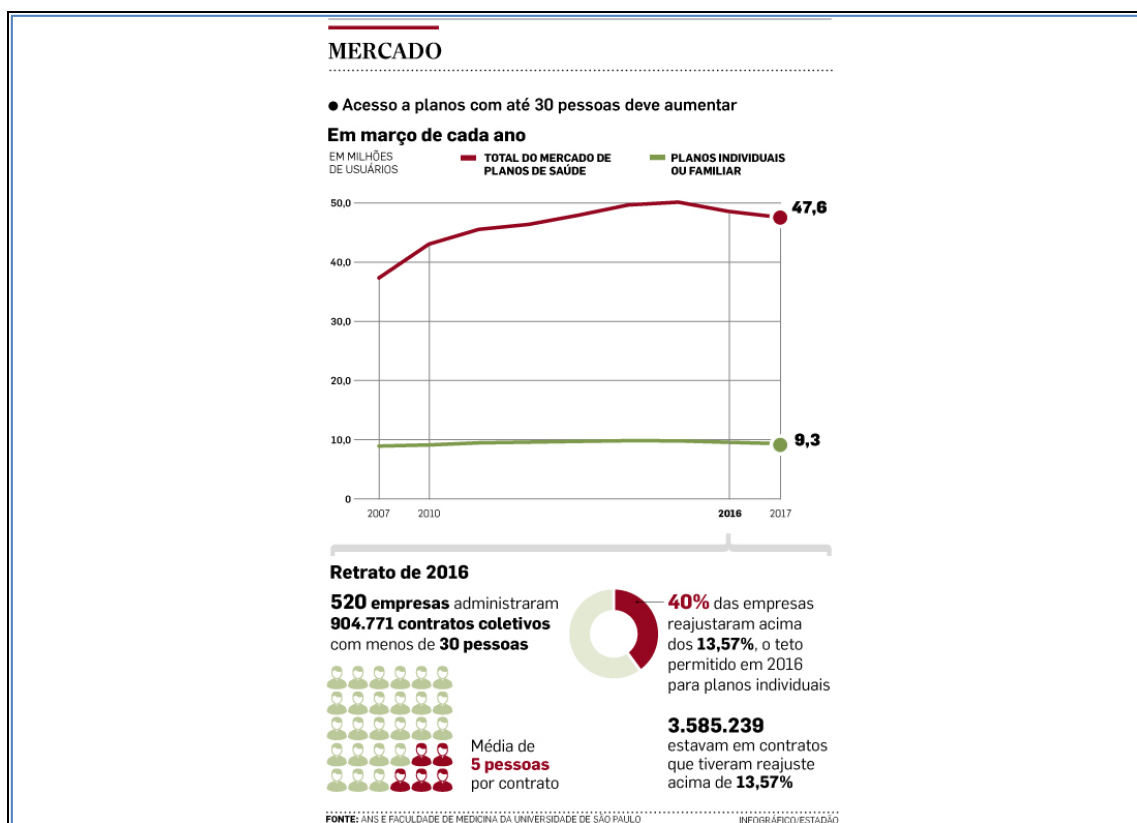
Não pode. Já o beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar não tem direito ao plano de saúde se o empregador paga integralmente o seu plano; assim como o beneficiário que assume só o pagamento do plano de seus dependentes e/ou a coparticipação ou franquia quando usa os serviços.

40% DOS PLANOS 'FALSOS COLETIVOS' TÊM REAJUSTE ACIMA DO TETO FIXADO PELA ANS

O Estado de S. Paulo – 09/09/2017

Não há ilegalidade, pois agência define limite para aumento apenas de contrato individual, não empresarial

BRASÍLIA - Levantamento com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostra que planos de saúde empresariais com menos de 30 pessoas – os chamados “falsos coletivos” – já são quase 10% do mercado. Em 2016, essa modalidade atraiu 4,54 milhões de clientes no País. O fenômeno vem acompanhado do aumento do valor pago pelos usuários. De 520 empresas que oferecem a modalidade, 206 (40%) tiveram em 2016 reajuste acima do teto fixado pela ANS para planos individuais, o que atingiu mais de 3,5 milhões de clientes.



A análise foi conduzida pelo professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Mário Scheffer. “Os números deixam claro que a estratégia adotada pela ANS para tentar evitar os abusos nos aumentos de coletivos com menos de 30 pessoas não deu em nada”, afirma Scheffer. No levantamento, duas empresas apresentaram média de reajuste da mensalidade de 50,7%.

O acesso a planos coletivos de até 30 pessoas deve crescer. De olho na mudança do mercado de trabalho e com a perspectiva de redução de empregos que ofereçam planos de saúde a funcionários, a ANS abriu consulta pública para facilitar a adesão da população a planos empresariais. A proposta permite criar planos para só uma pessoa, se comprovada a existência de empresa há ao menos seis meses. Aprovada, a mudança vai socorrer as operadoras, que temem redução do mercado, e ajudar a sepultar de vez a oferta de planos individuais. Em março, eles não chegavam nem a 9,5 mil, menos de 20% do mercado.

Vistos inicialmente como alternativa para a drástica redução da oferta de planos individuais, os “falsos coletivos” oferecem frágil proteção a consumidores, na avaliação de especialistas. Passado um ano do contrato, ele pode ser rescindido a critério da operadora. O reajuste da mensalidade, após o ano de aniversário, também é

livre, diferentemente do contrato individual, em que aumentos têm teto fixado pela ANS.

“Os reflexos dessa mudança no mercado, com o aumento de planos coletivos, estão estampados na disparada de ações na Justiça”, observa Scheffer. A análise dos números da ANS mostra ainda que boa parte dos contratos reúne número pequeno de consumidores. Em média, são cinco em cada plano.

Muitos dos contratos são feitos por aqueles que, diante da falta de oferta de planos individuais, abrem empresas só para acessar a assistência suplementar. O Estado telefonou para corretoras em busca de planos de saúde. Uma delas sugeriu abrir empresa no interior paulista, o que reduziria a mensalidade, quando comparado com Brasília. “Bastam três pessoas”, dizia a atendente. Para facilitar, a corretora ofereceu até mesmo serviços de contador, que trabalharia para abrir a empresa. O valor seria de R\$ 600, mais taxa mensal de administração.

Debate

Para a advogada Renata Vilhena, especialista em saúde suplementar, a proposta de planos empresariais individuais é um jeito de burlar a lei que regula o setor. “Serve apenas para liberar o

reajuste de planos individuais, que passam a ter outra nomenclatura.” O ideal, para ela, seria a ANS criar mecanismos para garantir a oferta de planos individuais.

Mas também há elogios. “O empreendedor brasileiro é individual. É o vendedor do carro de cachorro-quente. Restringir acesso a plano de saúde para esse grupo não é certo”, diz Pedro Ramos, da Associação Brasileira de Planos de Saúde.

A ANS, por nota, afirmou que a resolução em consulta pública para regulamentar o plano coletivo empresarial por empresário individual tem por objetivo dar mais segurança jurídica à relação e impedir a contratação de planos por pessoas que constituem empresas só para esse fim. Segundo a agência, a ideia é alinhar a regulação com a realidade econômico-social do País.

Preço explode quando grupo mais precisa

O microempresário da área de alimentos Sebastião do Nascimento compara a relação com planos de saúde com um casamento infeliz. “No começo é ‘meu bem para cá, meu bem para lá’. Depois, quando a coisa aperta, a coisa muda para ‘meus bens para cá, meus bens para lá’.” Há seis anos, diante da dificuldade em contratar um plano individual, o empresário fez um contrato de plano empresarial para ele e outras 14 pessoas, entre funcionários de sua empresa e parentes.

“Nos primeiros anos, tudo correu como esperado. Mas também não usávamos o plano. Era uma consulta aqui, um exame ali”, recorda. A situação mudou quando um dos integrantes do grupo precisou fazer uma cirurgia de hérnia. “Já tinha ouvido sobre o risco de aumento de preços quando uma das pessoas adocece. Mas essa cirurgia é tão simples, não imaginava que seria assim.” A confirmação veio em abril, com reajuste de 27%.

“O interessante é que as operadoras, às vezes, atribuem o aumento da mensalidade à elevação dos gastos em saúde”, diz a advogada Renata Vilhena. Uma das estratégias usadas pela advogada, nos

casos em que defende, é justamente pedir para que as empresas comprovem o aumento. “Os dados nunca são repassados.”

Já a presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar, Solange Beatriz Mendes, elogia o formato proposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas defende clareza na venda dos planos. “As principais características do contrato devem ser informadas. A regra do cálculo do aumento, as normas de rescisão com novos contratantes.”

Regra frouxa afeta contrato de adesão

Outra modalidade de planos coletivos é o por adesão, em que pessoas jurídicas de caráter profissional ou associações contratam, via administradora de benefícios, planos de saúde. O mercado, porém, tem uma série de associações pouco expressivas vinculadas a essas administradoras para facilitar a adesão de pessoas interessadas nos planos de saúde, mas que não reúnem condições para ingressar em uma associação.

De pouca representatividade, muitas das organizações cobram mensalidades simbólicas, de até R\$ 10 mensais, e apresentam como maior atração só a oportunidade de entrar em um plano de adesão.

Assim como os planos empresariais de até 30 pessoas, os planos por adesão podem ser rescindidos unilateralmente após o primeiro ano de aniversário e suas mensalidades não seguem o teto fixado pela ANS.

“Não há critérios para esses aumentos. Muitas vezes, quem dita o percentual do reajuste são as próprias operadoras de benefícios, que acabam controlando parte do mercado”, diz a advogada Renata Vilhena, especializada em planos de saúde.

A ANS afirma ser responsabilidade da operadora de planos ou da administradora aferir se a associação tem legitimidade para contratar planos.

PLANOS DE SAÚDE NÃO SÃO VILÕES

Diário do Grande ABC – 07/09/2017

Artigo

Cuidar de vidas é responsabilidade sem igual. Por isso, é possível melhorar esse trabalho constantemente e as críticas sérias sempre serão muito bem-vindas. Ataques sem sentido, contudo, em nada contribuem para que aperfeiçoemos a saúde suplementar. Empresas privadas e cooperativas médicas, sem dinheiro público, que recolhem seus tributos legalmente previstos, prestam assistência à saúde a 47 milhões de brasileiros. O orçamento do SUS (Sistema Único de Saúde), para assistência a todos os 208 milhões de habitantes do País, é R\$ 125,3 bilhões em 2017. Já a saúde suplementar desembolsou mais de R\$ 71 bilhões até junho para cuidar de menos de um quarto da população.

Aos que acreditam que as operadoras só visam ao lucro, lembro que a sinistralidade média é 85%. Ou seja, sobram 15% do faturamento para despesas administrativas, impostos, gastos com comercialização, marketing, investimentos tecnológicos e demais ações necessárias à prestação de serviços, que tem obtido avaliações muito boas de seus clientes, além de acompanhar a evolução mundial. Isso tem se traduzido em retorno praticamente zero, quase sempre sustentado por resultados financeiros, advindos das imensas reservas técnicas impostas pelo órgão regulador. Se

nós visássemos somente ao lucro, com certeza esse não seria o tipo de negócio a receber investimentos.

Nunca partiu das operadoras a ideia do plano de saúde popular. A Lei 9.656/98 sempre contemplou a segmentação de planos de saúde, inclusive contratos somente ambulatoriais. Embora a iniciativa dos novos planos não seja nossa, não nos negamos a dialogar sobre o assunto, até porque estamos em democracia. Além disso, acreditamos que, sim, seja muito importante oferecer mais opções acessíveis a famílias de menor renda. Elitizar a saúde privada não é, nem nunca será, a solução. Nosso entendimento atual é exatamente o do diálogo com toda a sociedade, alertando para o fracasso do modelo vigente e a necessidade imperiosa de direcionarmos nossas estratégias para nova forma de atenção à saúde, que agregue qualidade e tenha o cliente no centro do modelo assistencial.

As operadoras são financiadas pelos pagamentos de seus clientes. Sem resultados positivos, tornam-se insustentáveis. São reguladas em processo que iniciou há somente 17 anos. Em casos extremos, as empresas de planos de saúde sofrem intervenções extremamente gravosas, alienação compulsória de carteiras e liquidação extrajudicial. Liberdades econômica, política e institucional andam sempre de mãos dadas. Estamos abertos ao diálogo transparente, pois esta é a melhor forma de encontrar soluções para a Saúde e a qualidade de vida de todos os cidadãos.

Alexandre Ruschi é médico e presidente da Central Nacional Unimed.

INFLAÇÃO DA SAÚDE ACELERA PARA 0,41% EM AGOSTO

O Globo – 06/09/2017

Grupo registrou a terceira maior alta no mês passado

RIO - Entre os grupos que puxaram [a inflação em agosto](#), a saúde registrou o terceiro maior aumento — atrás apenas de habitação e transportes. Se o IPCA ficou em 0,19%, a alta da categoria de saúde e cuidados pessoais chegou a 0,41%, ante 0,37% em julho. O principal responsável por essa alta foi a alta dos planos de saúde, que subiram 1,07% no mês passado.

A alta dos planos de saúde é muito próxima da variação de julho, que foi de 1,06%. Desde o começo do ano, o item já acumula alta

de 8,83%. Em 12 meses chega até 13,55%. O reajuste dos planos de saúde é definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A inflação também subiu nos serviços médicos e dentários. A variação ficou em 0,51%. Ao contrário do caso dos planos de saúde, a taxa é uma desaceleração em relação a julho, quando ficou em 0,55%. No acumulado de 2017, a inflação dos serviços médicos chega a 4,54%, enquanto o dos últimos 12 meses avança 6,05%

Nos últimos três meses, a inflação da saúde tem se mantido abaixo das taxas do início do ano. Abril foi o mês de maior aumento, quando o índice chegou a 1%. Em abril de 2016, a taxa era de 2,33%.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

Milliman
Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

milliman.com.br