

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)
Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec)

PLANOS DE SAÚDE: nove anos após a Lei 9.656/98

As falhas da regulamentação
A omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
O comportamento do mercado

Sumário

Introdução	3
Os planos individuais irão desaparecer e os “falsos” planos coletivos são uma ameaça aos usuários	5
Mais de 13 milhões de pessoas continuam ligadas a planos antigos, que praticam inúmeras restrições	13
Usuários de planos novos ficam sem assistência em diversas situações	22
Os planos de saúde interferem no trabalho do médico, remuneram mal e prejudicam a saúde dos pacientes	28
Mercado de planos de saúde está concentrado e movimenta R\$ 40 bilhões por ano	45
Planos “quebram” por má gestão, ANS pouco interfere e quem paga a conta é o consumidor	53
Cada vez mais recursos públicos são destinados aos planos de saúde privados	65
Recomendações à ANS	76

Introdução

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) apresentam a publicação “Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98”.

Resultado da parceria e da experiência histórica acumulada pelas duas entidades na discussão e acompanhamento do tema, o presente estudo analisa, nove anos após o marco legal do setor, as principais falhas da regulamentação, o comportamento do mercado dos planos de saúde e a atuação do órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desde a promulgação da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), a expectativa era de que a legislação específica representasse, de fato, um avanço para a parcela da sociedade atendida pelos planos de saúde, pois tratava-se de um segmento que há mais de 30 anos atuava seguindo as “leis” do mercado, sem normas regulamentadoras, controle ou fiscalização por parte do Estado.

A Lei 9.656/98 trouxe inovações positivas, porém insuficientes: a definição de padrões mínimos de cobertura; o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas no setor; a transferência para a área governamental da saúde da responsabilidade pela regulação e fiscalização das operadoras, tanto os aspectos assistenciais como aqueles ligados à atividade econômica.

Ao longo dos anos a regulamentação mostrou-se fragmentada, complexa, incompleta, omissa e restritiva em diversos aspectos, prevalecendo o desequilíbrio e os conflitos permanentes entre operadoras, prestadores de serviços e usuários de planos de saúde.

Neste sentido, o presente relatório traz conclusões preocupantes, algumas

até alarmantes: a diminuição da oferta de planos individuais e as fragilidades dos contratos coletivos; a situação de milhões de pessoas que continuam ligadas a planos antigos, que ainda negam coberturas e praticam restrições de toda ordem; as falhas da regulação que deixam sem assistência até mesmo os usuários de planos novos, assinados já sob a vigência da Lei 9.656/98; as interferências dos planos de saúde no trabalho do médico, que prejudicam diretamente os pacientes; os aumentos abusivos de mensalidades e a má remuneração dos prestadores.

Além disso, o estudo aborda a omissão da ANS diante de diversas questões que dizem respeito à saúde e à vida dos usuários de planos de saúde; aborda a crescente concentração e faturamento do mercado de planos de saúde, além dos prejuízos dos consumidores com a “quebra” de operadoras. E, ainda, evidencia o volume cada vez maior de recursos públicos envolvidos com o mercado dos planos de saúde privados.

Ao mesmo tempo em que apontam as necessidades de mudanças na saúde suplementar, o Cremesp e o Idec defendem uma política para o setor que seja pautada na defesa do direito à saúde e não apenas se ocupe em ditar regras para o mercado, o que diminui o acesso à assistência em saúde à condição de mercadoria.

Os problemas devem ser abordados não apenas como um assunto que diz respeito aos mais de 40 milhões de brasileiros ligados aos planos de saúde privados, mas considerando as inúmeras repercussões das práticas deste setor sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a imensa maioria de brasileiros e brasileiras.

Também esperamos que a Agência Nacional de Saúde Suplementar passe a exercer adequadamente sua função pública, seu papel regulador e fiscalizador de forma mais eficiente, mais transparente e mais comprometida com a saúde da população.

Desiré Carlos Callegari

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – Cremesp

Marilena Lazzarini

Coordenadora Executiva do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec

Os planos individuais irão desaparecer e os “falsos” planos coletivos são uma ameaça aos usuários

Os contratos coletivos já representam 70% do mercado, mas recebem pouca ou nenhuma atenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Os contratos coletivos representam a maior parte do mercado de planos de saúde e a tendência é que essa modalidade cresça ainda mais. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), considerando só os contratos assinados a partir de 1999, 75,57% são coletivos; quando se consideram todos os contratos (antigos e novos), 68,08% são coletivos, 22,76% são individuais e em 9,15% não há identificação da forma de contratação¹.

No período de 2000 (ano de criação da ANS) a 2006, a participação dos contratos coletivos no mercado de planos de saúde teve um aumento de 184% se comparada à expansão dos contratos individuais. No gráfico a seguir, tem-se a evolução percentual ano a ano da participação de cada tipo de contrato no total de planos de saúde².

Diferença entre contratos individuais e coletivos

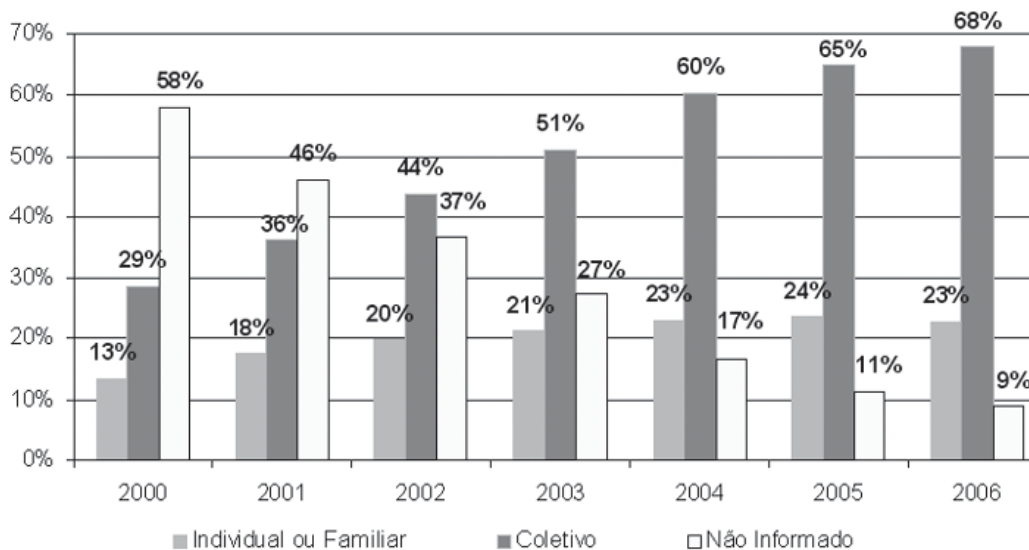
Os planos de saúde podem ser individuais/familiares ou coletivos, dependendo da forma de contratação.

Planos individuais são oferecidos pelas operadoras de planos de saúde a todos os consumidores, sendo livre a adesão por qualquer pessoa física, individualmente ou em conjunto com seus dependentes.

Nos contratos coletivos existe um intermediário. O ato formal de contratação ocorre entre a operadora de plano de saúde e uma pessoa jurídica (empresa, sindicato, associação, fundação), sendo que o plano de saúde será em prol dos funcionários ou sindicalizados ou associados, podendo se estender a seus dependentes.

As autogestões são planos coletivos sem finalidade lucrativa, cujos serviços de saúde são prestados para um grupo determinado (funcionários de uma empresa, por exemplo).

Participação no total de beneficiários - tipo de contratação



Fonte: ANS - Elaboração: Idec/Cremesp

Outros dados confirmam que os planos coletivos são predominantes entre todos os tipos de operadoras de planos de saúde:

Contratos de planos de saúde novos e antigos março/2006

Classificação	Tipo de contratação				Total
	Coletivo	%	Individual	%	
Autogestão	4.406.547	82,43	98.389	1,84	5.345.650
Cooperativa Médica	7.412.593	64,82	3.108.669	27,18	11.435.876
Filantropia	656.057	50,82	475.996	36,87	1.290.889
Medicina de Grupo	8.666.464	63,29	3.678.514	26,86	13.692.711
Seguro Saúde	3.328.385	79,71	819.869	19,64	4.175.522
Total	24.470.046		8.181.437		35.940.648

Fonte: ANS - Elaboração: Idec/Cremesp

A maioria dos contratos coletivos existentes decorre de relação empregatícia, geralmente chamados de planos empresariais. Se no plano coletivo a pessoa jurídica contratante arca parcial ou totalmente com o pagamento da mensalidade (uma empresa que paga plano de saúde para seus funcionários, por exemplo), trata-se de um plano coletivo com patrocinador. Se é o consumidor quem paga a totalidade da mensalidade, denomina-se plano coletivo sem patrocinador. Essa situação geralmente ocorre quando o intermediário é uma associação, sindicato ou fundação.

Demissão, aposentadoria e planos coletivos

De acordo com o artigo 31 da Lei nº 9.656/98, o aposentado que contribuiu para um plano ou seguro de saúde coletivo por dez anos ou mais pode continuar como beneficiário desse plano, nas mesmas condições. Se ele contribuiu por menos de dez anos, poderá permanecer no plano coletivo durante um período limitado à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Para o consumidor que tiver contribuído para plano coletivo e for demitido sem justa causa ou se desligar do emprego, o artigo 30 da Lei nº 9.656/98 assegura que ele continue usufruindo do plano pelo período igual a um terço de sua permanência, sendo-lhe garantido um prazo mínimo de seis e máximo de 24 meses. Por exemplo, se o trabalhador contribuiu para o plano durante três anos, ele poderá continuar como beneficiário por mais um ano. Atenção: tanto no caso de aposentadoria quanto de demissão, o benefício não será válido se o plano coletivo tiver sido custeado integralmente pela empresa, isto é, se o usuário não tiver contribuído com parte do pagamento.

Na opinião do Idec, mesmo após os prazos de benefício previstos nos artigos 30 e 31, da Lei nº 9.656/98, o consumidor não poderá ser excluído do plano. Também há decisões judiciais nesse sentido. De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, é proibida a rescisão unilateral do contrato, sendo obrigatória sua manutenção, se assim desejar o consumidor, ainda que não mais no plano coletivo, mas sim em um plano individual. Com isso o consumidor não poderá ser submetido a novas carências.

Em qualquer dos casos, havendo o desligamento da empresa o consumidor terá que arcar com o valor integral da mensalidade do plano de saúde.

Na contramão da realidade do mercado que deve regular, a ANS é omissa em relação a dois pontos essenciais dos contratos coletivos e que impactam diretamente na continuidade da prestação do serviço: reajuste e rescisão unilateral de contrato. Com isso, e somando-se à omissão referente aos contratos antigos, tem-se uma Agência que custa milhões/ano para os cofres públicos³, concentra suas atividades na regulação de contratos individuais que tendem a desaparecer e deixa que o próprio mercado “regule”, do jeito que bem entende, a maior parte dos planos de saúde.

Fatores que poderão levar ao fim da oferta dos planos individuais

Muitas operadoras de planos de saúde, em especial as seguradoras⁴, têm deixado de oferecer planos individuais, concentrando suas atividades nos planos coletivos. Antes mesmo de fecharem totalmente as portas para a contratação individual, já davam demonstrações evidentes de seu desinteresse por esse tipo de contrato, instruía corretores para que não o comercializassem, pagavam comissões baixas ou mesmo deixavam de pagá-las.

Se, no que diz respeito aos corretores, já é forte a pressão em favor dos planos coletivos, sob a ótica do consumidor a situação não muda. Dependendo da operadora escolhida, não há mais a opção do contrato individual. E, entre aquelas em que ainda é possível encontrar planos individuais, os preços iniciais são muito elevados e até proibitivos em comparação aos planos coletivos.

É o que se observa, por exemplo, na tabela de preços de abril de 2007 da Medial Saúde. A mensalidade do plano mais completo desta operadora (Diamante III), para pessoas com até 18 anos, é de R\$ 767,75 no plano individual, enquanto que no plano coletivo o valor cai para R\$ 351,17. Ou seja, o plano individual, neste caso, chega a custar mais que o dobro do preço do plano coletivo. Essa lógica é reproduzida por várias operadoras.

Por que as operadoras não querem mais os planos individuais?

As operadoras de planos de saúde preferem os planos coletivos porque esta modalidade sofre menor controle da ANS.

Se mantida essa tendência, quem sairá perdendo é o consumidor, que ficará submetido a reajustes de preços sem qualquer controle por parte da ANS. Também haverá possibilidade de rescisão contratual a qualquer tempo, seja pela pessoa jurídica à qual encontra-se vinculado, seja unilateralmente pela operadora, caso esta julgue que o contrato não é mais lucrativo. Além disso, o acesso aos planos coletivos pode representar uma barreira para usuários que não contam com uma pessoa jurídica a quem recorrer para “tomar emprestado o CNPJ” e fazer as vezes de um contrato coletivo.

Problemas criados pela omissão da ANS

Nos contratos coletivos, a Agência não atua em situações de reajustes de preço e cancelamentos de contrato. Por conta disso, há rescisão unilateral de contratos, de uma hora para outra; a imposição de aumentos não previstos claramente em contrato; e a ocorrência de reajustes por sinistralidade. Tudo isso, sem qualquer justificativa ou acompanhamento da ANS.

O argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral de contratos coletivos é embasado no fato de a Lei 9.656/98 proibir textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não fazer qualquer menção aos coletivos.

Na ausência de determinação específica desta Lei, o correto seria a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que veda expressamente a rescisão unilateral de contrato, motivo pelo qual a ANS deveria coibir essa prática, indiferente do tipo de contrato.

Rescisão unilateral de contrato

Mesmo que a Lei 9.656/98 (art. 13) não proíba expressamente a rescisão unilateral de contratos coletivos, como ocorre para os planos individuais e familiares, tal prática não é permitida. Isto porque a renovação automática do contrato aplica-se indistintamente aos contratos individuais e coletivos e, além disso, o Código de Defesa do Consumidor, lei também aplicável aos contratos de planos de saúde, veda a rescisão unilateral desse tipo de contrato.

Quanto à não intervenção nos reajustes, a Agência apregoa que nos contratos coletivos ocorre negociação entre duas pessoas jurídicas, com suposta paridade de forças, não sendo, portanto, necessária a sua atuação. Com esse comportamento, a ANS desrespeita a lei que definiu sua criação, Lei 9.961/00, que determina que a ela cabe regular os planos de saúde, não fazendo qualquer distinção ou exceção quanto ao tipo de contrato – se coletivo, individual, antigo ou novo.

Cancelamento do contrato entre plano de saúde e empresa, sindicato ou associação que mantém plano coletivo

Se houver rompimento do contrato entre a operadora de assistência à saúde e a empresa (ou associação ou sindicato), o consumidor beneficiário do plano tem o direito de manter o vínculo com a empresa de assistência à saúde na modalidade de plano individual ou familiar. Nesta hipótese, terá que arcar com o pagamento integral do plano, mas pelo menos não terá que se submeter às carências já cumpridas.

Se a intenção de encerrar o contrato partir da operadora de assistência à saúde, o Idec entende que a pessoa jurídica contratante (empresa, associação ou sindicato) poderá pleitear, se necessário até na Justiça, a manutenção do plano coletivo, com base no Código de Defesa do Consumidor, pois nesta situação, o contratante se enquadra na definição de consumidor. Assim, a rescisão é proibida.

Já se o cancelamento for solicitado pela empresa, sindicato ou associação, em tese ele será permitido. Se os beneficiários – funcionários da empresa, sindicalizados ou associados – pretenderem manter o vínculo coletivo, devem buscar um entendimento junto ao contratante. E, caso não haja uma solução, deverão pleitear a preservação do contrato, individualmente, mas terão que arcar com o pagamento integral das mensalidades.

Como a prestação de serviços pelos planos de saúde envolve uma relação de consumo, é imprescindível que a ANS também leve em conta, no exercício de sua atividade regulatória⁵, os preceitos do Código de Defesa do Consumidor. A própria Lei dos Planos de Saúde e a Lei da ANS exigem a aplicação subsidiária do Código nas relações entre planos de saúde e usuários. Mas, na prática, a Agência despreza o CDC como instrumento para ser utilizado no controle dos reajustes e na fiscalização dos planos de saúde.

São inúmeros os exemplos de consumidores que passaram por problemas com contratos coletivos, a começar pelos reajustes abusivos. Em abril de 2005 houve um aumento de 15,49% para os beneficiários do contrato firmado entre SulAmérica e a Associação dos Funcionários Públicos do Estado de São Paulo (AFPESP). A carta que comunicava o reajuste aos beneficiários justificava que “os demais índices distintos que eventualmente estão sendo divulgados na mídia, referem-se a apólices de seguro saúde individuais, sendo que a regra para as coletivas, conforme previsibilidade contratual e em cumprimento às disposições do órgão público regulador, como é o caso presente da AFPESP, são distintas, não só no tocante à política de reajustes, mas também quanto aos benefícios”.

Em respostas formais a consumidores que contestam aumentos que consideram lesivos, a ANS declara: “Para reajustes aplicados aos planos coletivos, como no caso do seu contrato, não há necessidade de prévia autorização da ANS nem período mínimo para aplicação. (...) É importante salientar que o índice aplicado não é submetido à análise da ANS, posto que esta agência não tem atribuição legal para determiná-los. A legislação de saúde suplementar presume que, para os reajustes em contratos coletivos, não é necessária a prévia autorização da ANS, pois o poder de negociação entre as pessoas jurídicas contratantes e as operadoras de planos de saúde é maior do que nos casos dos contratos individuais”.

Reajustes

Apesar de o reajuste dos planos coletivos não ser controlado pela ANS, o consumidor não deve aceitá-lo caso seja abusivo. A melhor forma de solucionar o problema é por meio da organização dos usuários que sofreram o mesmo aumento, tentando uma redução por intermédio da contratante (empresa/ sindicato/associação). Caso não haja solução amigável, o consumidor deve procurar a Justiça.

Uma outra espécie de reajuste muito comum nos contratos coletivos é o chamado reajuste técnico ou reajuste por sinistralidade. Na prática funcionam de modo bastante semelhante. A operadora de plano de saúde impõe um reajuste de mensalidade devido ao aumento do uso das coberturas. Ou seja, a empresa argumenta que, em determinado período, seus beneficiários passaram a utilizar o plano de saúde com maior frequência, provocando um aumento nos custos da empresa. Essa é, em geral, a justificativa desse tipo reajuste.

O Idec considera esse procedimento ilegal. Primeiro porque acaba caracterizando um reajuste unilateral de preço, proibido pelo Código de Defesa do Consumidor, uma vez que fica a cargo da empresa aplicar o reajuste quando verificar o aumento de seus custos. O consumidor não tem como acompanhar esse mecanismo e acaba sendo pego de surpresa. Além disso, cabe à operadora suportar os riscos de seu negócio, que não podem ser repassados ao consumidor. Trata-se de uma situação de total desequilíbrio, pois o consumidor só é lembrado para pagar pelo suposto aumento de custo, mas jamais para ver reduzida sua mensalidade quando há redução da frequência de uso.

Tanto os planos coletivos quanto os individuais adotam mecanismos de transferência dos riscos da atividade para os consumidores, o que não é admitido pelo CDC.

Outra situação exemplar foi a enfrentada pela classe médica, beneficiária de plano de saúde coletivo da SulAmérica firmado por intermédio da Associação Paulista de Medicina (APM). Depois de sucessivos aumentos entre janeiro de 2004 e janeiro de 2005, que somaram 93,12%, houve rescisão unilateral de contrato por parte da operadora do plano de saúde.

Segundo a associação informou em comunicado enviado aos beneficiários do plano, a SulAmérica “se posicionou no sentido de que não mais renovaria as atuais apólices coletivas da APM”. Como consequência, aos consumidores médicos foi dada a opção de fazer outro contrato de plano de saúde, com a mesma SulAmérica, só que com mensalidades duas vezes e meia mais caras.

Estas situações comprovam a prática da rescisão unilateral de contrato pelas operadoras, mas também demonstram que não é verdade que existe “maior poder de negociação” nas contratações entre pessoas jurídicas e operadoras de planos de saúde. Ou seja, cai por terra o que insiste em dizer a ANS ao justificar a sua omissão quanto aos contratos coletivos.

Se a APM e a AFPESP, que são grandes associações e representantes de importantes categorias profissionais, não conseguiram impedir aumentos abusivos seguidos e até mesmo a rescisão de contrato, não é difícil imaginar o que acontece com uma associação ou empresa pequena, em uma negociação de plano de saúde coletivo.

No mercado de contratos coletivos, até em virtude da omissão da ANS, são identificadas práticas bastante questionáveis não só do ponto de vista ético como também no que diz respeito à segurança jurídica. A começar pela prática da oferta de planos coletivos por meio de panfletagem e outras estratégias de marketing ostensivas, geralmente planos vinculados a associações que o consumidor sequer conhece. Há casos em que ele é convidado a participar de associações de classe da qual não faz parte (por exemplo, associação comercial ou associação de cabeleireiros) apenas para poder contratar um plano de saúde coletivo, não sendo raras as situações em que sequer há esclarecimento acerca da natureza dessa modalidade contratual.

Além da carência de informações, nem mesmo há vínculo real com a associação intermediária, tornando mais frágil a posição do consumidor. E será ela a responsável pelas negociações diretas com a operadora de plano de saúde em situações como de reajuste de mensalidades ou rescisão de contrato.

O fenômeno da falsa coletivização

Outra situação preocupante – a da “falsa coletivização” – é identificável no oferecimento de contratos coletivos a grupos pequenos. Há operadoras de planos de saúde no mercado que permitem a contratação de planos “coletivos” por “grupos” formados por duas ou mais pessoas⁶.

Em um grupo pequeno não há qualquer poder de negociação com a operadora. Além disso, em muitos casos, tem sido uma prática do mercado calcular a sinistralidade do contrato (variação do número de eventos/sinistros verificados no total de consumidores vinculados àquele contrato) levando-se em consideração apenas aquele pequeno universo de consumidores, sendo insignificante a diluição do risco.

Em virtude do pequeno número de consumidores, a necessidade de um tratamento mais custoso – como para câncer, por exemplo – elevará muito os custos do grupo. Nestas situações, é grande a chance de aumento do valor da mensalidade – a título de reajuste unilateral ou mesmo sinistralidade, sendo impostas “correções” consideráveis e, até mesmo, a rescisão unilateral do contrato pela operadora – por não ser mais conveniente o vínculo com pequeno grupo em que haja membro com doença grave.

A “falsa coletivização”, que não passa de uma forma das operadoras escaparem da regulação, também não tem merecido a mínima atenção da ANS.

Resumo das diferenças entre planos individuais e coletivos

	Planos individuais/familiares	Planos coletivos
Possibilidade de contratar	Qualquer pessoa física pode contratar	Só é possível contratar com a intermediação de pessoa jurídica (empresa, associação ou sindicato)
Preços iniciais	Geralmente são mais caros que os coletivos da mesma operadora e de cobertura equivalente	Geralmente são mais baratos que os individuais/familiares da mesma operadora e de cobertura equivalente
Reajustes	Regulados e limitados pela ANS	Não regulados pela ANS, geralmente são maiores do que os impostos aos contratos individuais/familiares
Rescisão contratual	ANS regula a questão e veda a rescisão unilateral pela operadora	ANS não regula e é prática corrente a rescisão unilateral pelas operadoras
Permanência no plano	Tempo indefinido	Há a possibilidade de rescisão unilateral de contrato e, em caso de contrato coletivo empresarial, existem restrições ligadas ao desligamento da empresa (demissão ou aposentadoria)

NOTAS

1 Fonte: ANSTab Net. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>. Acesso em 10/mar/07.

2 Inicialmente a ANS dispunha de pouca informação sobre muitos dos contratos de planos de saúde, sendo grande o percentual de contratos sobre os quais a Agência não tinha informação

3 Conforme o Relatório de Gestão de 2005 da ANS, naquele ano o orçamento da Agência foi de R\$145.000.000,00 (http://www.ans.gov.br/portal/upload/transparencia/contratosdegestao/Relat_Anuual_Contrato_Gest_2005.pdf). Em 2006, somente de recursos advindos do orçamento do Ministério da Saúde, estava previsto na Lei de Orçamento o repasse de R\$ 114.799.652,00. Para 2007, o Projeto de Lei Orçamentária reservou para a ANS R\$152.842.217,00, também do orçamento do Ministério da Saúde.

4 Atualmente, entre as maiores seguradoras atuantes no setor de planos de saúde, SulAmérica, Bradesco Saúde e Porto Seguro não oferecem mais contratos individuais, sendo que a última alienou toda sua carteira de contratos individuais para a Amil (Medicina de Grupo) em 2006.

5 Assim também entende a Advocacia Geral da União, Procuradoria Geral Federal / Procuradoria Federal – ANS, conforme conteúdo do Parecer 316, de julho de 2004, no qual respondeu à consulta formulada pela Diretoria de Fiscalização da ANS.

6 A Samcil considera “coletivo” plano com duas pessoas. A Medial exige um mínimo de três contratantes; SulAmérica e Intermédica quatro; e Bradesco Saúde cinco pessoas.

2

Mais de 13 milhões de pessoas continuam ligadas a planos antigos, que praticam inúmeras restrições

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) despreza os planos antigos e defende a validade dos contratos excludentes, já rechaçados pelo Poder Judiciário

Há vários anos as entidades médicas, de defesa dos consumidores e os próprios usuários criticam a omissão da ANS em relação aos contratos antigos de planos de saúde que, em dezembro de 2006, quase nove anos após a Lei 9.656/98, somavam 35,23%¹ do mercado. Hoje, ainda são mais de 13 milhões de usuários com contratos antigos. Data de 23 de outubro de 2000 a primeira carta das entidades enviada à ANS reivindicando a fiscalização dos contratos antigos, acompanhada da fundamentação que demonstrava a ilegalidade da conduta omissa do órgão.

A Lei 9.961/00, de criação da ANS, prevê as competências amplas do órgão, que não excluem os contratos antigos. De acordo com o artigo 3º, é finalidade institucional da ANS “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

As atribuições da Agência não se restringem aos contratos novos e/ou individuais. É certo que, para agir, a ANS teria que lançar mão da legislação aplicável a cada situação, valendo-se do CDC para os contratos antigos e da Lei dos Planos de Saúde (e subsidiariamente do CDC) para aqueles firmados a partir de 1999. Mas, já naquela época, a ANS não cumpria seu papel.

Deveres da ANS

Segundo o artigo 4º. da Lei 9.961/00, entre outras atribuições, são obrigações da ANS: fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; exercer o controle e a avaliação

dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; 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, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor); zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A decisão do STF

Em 21 de agosto de 2003, outro fato foi usado como justificativa pela ANS para fugir do seu dever legal de fiscalizar os contratos antigos. O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, liminarmente, pela inconstitucionalidade dos artigos 35-E² e 10, § 2º³ da Lei dos Planos de Saúde, reconhecendo que as disposições da referida Lei não atingem os contratos antigos. Com isso, tais dispositivos legais – que expressamente se aplicavam aos contratos antigos – foram suspensos.

Em síntese, o STF suspendeu:

- (a) A necessidade de prévia autorização da ANS para aplicação de qualquer aumento por mudança de faixa etária para maiores de 60 anos;
- (b) A necessidade de prévia regulamentação de doenças preexistentes;
- (c) A proibição de suspensão ou rescisão de contrato, salvo por atraso por mais de 60 dias ou fraude do consumidor;
- (d) A proibição de limite de internação hospitalar;
- (e) A necessidade de prévia autorização da ANS para aplicação dos reajustes anuais.

Em nota pública⁴, a ANS fez “terrorismo” com os usuários, declarando que poderia haver um forte impacto para os milhões de usuários de planos antigos:

“Principalmente porque o artigo suspenso garantia a estes usuários de planos antigos alguns dos direitos assegurados aos usuários de planos novos (contratados após a Lei 9.656/98), como a proibição de suspensão de internações, inclusive de UTIs, e controle dos reajustes para usuários com mais de 60 anos de idade.

Dos 23 milhões de usuários de planos antigos, o maior impacto, porém, será para os 9 milhões, cujos planos antigos são individuais. Estes ficam mais vulneráveis na garantia de manutenção de seus contratos e no controle de reajustes de mensalidade.”

A posição da ANS mostrou-se absolutamente sem sentido, uma vez que na mesma nota a Agência reconheceu que “o STF reafirmou, no entanto, a validade dos princípios básicos da Lei 9.656/98 e reconheceu o poder de regulação e fiscalização da ANS, poder este que será inteiramente utilizado na defesa de todos os usuários de planos antigos contra eventuais abusos de interpretação da Liminar concedida.” E, mais ainda, manifestou que iria adotar as medidas necessárias para facilitar o acesso destes usuários ao Judiciário, com base no Código de Defesa do Consumidor⁵.

O fato é que os direitos contidos no artigo 35-E da Lei dos Planos de Saúde, estendidos aos contratos antigos, já estavam assegurados pela Lei 8.078/90, o CDC.

As determinações da Lei dos Planos de Saúde objeto da decisão liminar eram apenas detalhamentos daquilo que outra legislação já assegurava. Afastada a Lei dos Planos de Saúde, aplica-se o que dispõe a fonte original – o CDC.

Cláusulas abusivas

O Código de Defesa do Consumidor diz que são ilegais, e portanto nulas, as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. Para a Lei, é considerada exagerada, entre outros casos, a vantagem do fornecedor – no caso a operadora de plano de saúde –, que ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence; restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu objeto ou o equilíbrio contratual; e/ou que se mostre excessivamente onerosa para o consumidor, considerando a natureza e o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Com relação aos planos de saúde, a natureza do serviço é prestar assistência à saúde; por isso, regras contratuais que reduzam o direito à assistência à saúde devem ser questionadas. São exemplos de cláusulas abusivas dos contratos antigos aquelas que limitam o tempo de internação hospitalar; negam cobertura a câncer, Aids e a doenças preexistentes; admitem a suspensão ou rescisão unilateral do contrato; entre tantas outras.

O Poder Judiciário tem reconhecido a aplicação do CDC aos planos de saúde e afastado cláusulas abusivas em reiterados precedentes dos Tribunais de Justiça (TJ) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ)^{6 7 8 9}. O TJSP, por exemplo, dá ganho de causa aos consumidores em cerca de 80% das ações judiciais que envolvem exclusões de cobertura, sobretudo em contratos antigos, aplicando o CDC.

Doenças e procedimentos mais excluídos

Os contratos antigos, assinados antes de janeiro de 1999, trazem cláusulas que permitem a exclusão de inúmeras doenças, por meio de conceitos vagos, como “doenças crônico-degenerativas”, “doenças preexistentes”, “doenças infecto-contagiosas”, dentre outras. Os contratos antigos, em geral, não cobrem doenças já instaladas (preexistentes, congênitas), nem que venham a se instalar e sejam dispendiosas, como as doenças crônicas que requerem tratamento contínuo.

As doenças mais excluídas pelos planos de saúde, de acordo com estudo da Faculdade de Medicina da USP¹⁰, principalmente pelos contratos antigos, são, nesta ordem: câncer, doenças cardiovasculares, Aids, meningite, acidentes e causas externas, cirrose hepática, insuficiência renal, hérnia, diabetes e doenças congênitas.

Já os procedimentos e insumos mais negados são: transplantes, quimioterapia, radioterapia e outros procedimentos ligados ao tratamento de câncer, órteses e próteses (principalmente *stents*, marcapassos e cateteres), exames diagnósticos, implantes, hemodiálise, oxigenoterapia, fisioterapia, assistência ao recém-nascido e medicamentos de uso hospitalar.

Da mesma forma, o Poder Executivo, por meio da Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça, em complementação ao rol de cláusulas abusivas do artigo 51 do CDC, editou diversas portarias reconhecendo a ilegalidade das cláusulas contratuais. A SDE declarou a abusividade da cláusula que *“imponha em contratos de seguro-saúde, firmados anteriormente à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, limite temporal para internação hospitalar”*¹¹ e também daquelas cláusulas que *“estabeleçam prazos de carência na prestação ou fornecimento de serviços, em caso de impontualidade das prestações ou mensalidades”*; bem como daquelas que *“estabeleçam sanções, em caso de atraso ou descumprimento da obrigação, somente em desfavor do consumidor”*¹².

Quanto aos reajustes anuais dos contratos antigos que tenham cláusula de reajuste adequada (clara e precisa), de acordo com a decisão do STF, estes devem ser seguidos. No entanto, no caso – até bastante freqüente – de o contrato não estipular um critério objetivo que permita ao consumidor conhecer previamente a forma de reajuste, tais contratos terão que se submeter ao limite imposto pelo órgão regulador. Esta conclusão decorre do simples fato de que, na ausência de regra contratual válida, cabe ao Poder Público, por meio do órgão competente, trazer segurança jurídica à relação entre operadora e usuário, por meio da definição daquilo que está incerto no contrato.

Esse entendimento óbvio foi manifestado pela ANS – muito tardiamente – quatro meses após a decisão do STF, em dezembro de 2003, nos seguintes termos:

“Os contratos individuais de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, cujas cláusulas não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverão adotar o percentual de variação divulgado pela ANS e apurado de acordo com a metodologia e as diretrizes submetidas ao Ministério da Fazenda.”

Reajuste de mensalidade

O Código de Defesa do Consumidor definiu o direito básico à informação precisa e clara para os consumidores (artigos 6º, III e 54, § 3º) e proibiu a variação do preço de modo unilateral (artigo 51, X). Isto significa que devem estar claramente previstos no contrato os critérios de reajuste para aplicação de aumento da mensalidade. Se não estiver, o aumento praticado será considerado abusivo. Esta regra vale tanto para os reajustes anuais quanto para os aumentos por mudança de faixa etária. Especificamente quanto ao aumento por mudança de faixa etária, o Poder Judiciário tem reconhecido que, mesmo para os contratos antigos, ele só é possível quando as regras estiverem bem claras no contrato e não houver abuso contra o consumidor¹³. E, no mesmo sentido, a SDE também apontou a ilegalidade da cláusula contratual que imponha, aos contratos antigos, aumento por mudança de faixas etárias sem previsão expressa e definida¹⁴.

Não se sabe exatamente o motivo, mas a verdade é que ANS nunca aceitou aplicar o Código de Defesa do Consumidor, que é uma Lei que atinge todas as relações de consumo, traz princípios e direitos básicos, e rege, inclusive, os contratos antigos de planos de saúde.

Nova Medida Provisória

Em dezembro de 2003, após ter demonstrado sua fragilidade valendo-se de interpretação restritiva e equivocada da decisão do STF, a ANS divulgou nota¹⁶ comemorando a ampliação de seu poder com relação aos contratos antigos, por meio da edição da Medida Provisória 148¹⁷. Esta MP estabeleceu que os consumidores que têm contratos antigos podem mantê-los, sendo que *“nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.”*¹⁸

Com a edição da MP 148, a Agência entendeu que finalmente passava a ter poder para fiscalizar e punir infrações referentes aos planos antigos. Ocorre que, na prática, o órgão que ao longo de três anos recusou dar atenção aos usuários que possuem contratos antigos, fez muito pouco para reverter a situação. Nenhuma iniciativa foi tomada, além de um tímido e pouco esclarecedor comunicado no seu site na internet:

“A fiscalização da ANS para a proteção dos consumidores que decidirem permanecer com contratos antigos terá de respeitar, no entanto, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que, em Liminar, em agosto passado, considerou que estes contratos antigos estão em pleno vigor. Na ocasião, o STF julgou inconstitucional o Artigo 35-E da Lei 9.656/98, que estendia aos consumidores destes planos antigos importantes benefícios legais.

*Preocupada então em ampliar a proteção destes consumidores, a ANS obrigou as operadoras de planos de saúde a cadastrar todos os contratos antigos, fornecendo informações econômico-financeiras, de rede hospitalar e de assistência à saúde, detalhando as exclusões de atendimento, que eram muito comuns antes da entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde. A Agência também fixou em Súmula Normativa que sempre que nestes contratos antigos não houver cláusula indicando o índice de reajuste anual vai determinar que seja aplicado o índice que fixar para os contratos novos, individuais e familiares.”*¹⁹

Informações precárias e desastrosas

Além da posição incompreensível sobre os direitos dos usuários de contratos antigos, também no site da ANS, principal mídia de divulgação de seus atos para o público em geral, a Agência dá uma clara demonstração de que efetivamente não se preocupa com os consumidores que têm contratos assinados antes de 1999. Não há informações básicas e essenciais a esses usuários sobre seus direitos e, pior, o órgão reforça uma posição absolutamente ilegal e ultrapassada de que vale o que

está nos contratos, inclusive as limitações. A ANS desconsidera que a própria legislação brasileira repudia cláusulas contratuais ilegais²⁰.

Na página dedicada aos “consumidores”, constata-se em diversos momentos o descuido da ANS:

“Planos novos, planos antigos

“Se o seu contrato foi assinado após janeiro de 1999, ele está totalmente amparado pela nova legislação. Os contratos novos têm que oferecer todas as garantias previstas na Lei 9.656/98, quanto à cobertura assistencial, cobertura geográfica, rede de serviços, prazos de carência e aumento de mensalidade, entre outras.

Os planos antigos (individuais ou familiares) não têm registro na ANS e estão proibidos de ser comercializados desde janeiro de 1999. São, também, intransferíveis, sob qualquer pretexto. Somente o titular e seus dependentes inscritos antes da entrada em vigor da nova lei têm a garantia de permanência no plano. Quando previsto no contrato, é possível a inscrição apenas de novos cônjuges e filhos.”²¹

As informações da ANS dão a entender – erroneamente – que os contratantes de planos antigos não têm direitos, a não ser aqueles previstos nos contratos. Elas são contraditórias com o comunicado anterior da própria Agência de que “os contratos antigos (individuais ou familiares) não têm registro na ANS”, porque em nota à imprensa de dezembro de 2003 informava que “(...) a ANS obrigou as operadoras de planos de saúde a cadastrar todos os contratos antigos, fornecendo informações econômico-financeiras, de rede hospitalar e de assistência à saúde, detalhando as exclusões de atendimento, que eram muito comuns antes da entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde”²².

Ao tratar mais especificamente dos direitos do usuário, na página dedicada ao “consumidor”, fica ainda mais evidente o descaso do órgão²³, na medida em que não existe uma única linha dedicada a explicar a aplicação do Código de Defesa do Consumidor para os contratos antigos e, muito menos, quanto à farta jurisprudência construída ao longo de anos reconhecendo como ilegais as exclusões e outros abusos.

No quadro denominado “Conheça seus direitos”, ao tratar da cobertura de quimioterapia e radioterapia, por exemplo, o informativo da ANS declara: “quimioterapia e radioterapia têm cobertura obrigatória. Nos planos contratados a partir de 1999, o paciente pode realizar quantas sessões forem recomendadas pelo médico”, sugerindo que os usuários de planos antigos não podem realizar quantas sessões precisarem. Essa desinformação é lamentável, tendo em vista as disposições do CDC e os precedentes do Poder Judiciário²⁴, inclusive do Superior Tribunal de Justiça, proibindo a exclusão ou limitação de cobertura de procedimentos necessários ao tratamento de doenças, mesmo para os contratos antigos²⁵.

Em 2005, a ANS lançou uma série contendo três guias sobre os direitos dos usuários de planos de saúde²⁶. Aqui também o órgão ignora os direitos dos usuários de planos de saúde antigos, limitando-se a duas frases que não orientam os

consumidores, nas cerca de mais de 20 páginas dedicadas a cada guia.

Na publicação denominada “Cobertura assistencial”, consta o conceito de planos antigos, seguido de um “esclarecimento” de que *“a cobertura é exatamente a que consta no contrato e as exclusões estão expressamente relacionadas”*.

No guia “Reajuste de mensalidade”, as únicas referências aos contratos antigos são a sua definição e a mesma elucidação de que vale o que está escrito no contrato. Nem neste aspecto a Agência se dignou a explicar que, se o critério de reajuste disposto na cláusula contratual não for claro, aplicar-se-á o índice da ANS definido para os chamados contratos novos – conforme consta de suas normas.

Por fim, no guia “Carência, doenças e lesões preexistentes e urgência e emergência”, consta uma única referência igualmente incompleta e incorreta afirmando que se aplicam as regras dispostas no contrato.

Em síntese, para a Agência, não importa que esses contratos estejam repletos de abusos, que exista legislação – o Código de Defesa do Consumidor – para proibi-los, além de forte posição jurisprudencial contrária aos abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

Essa conduta da ANS representa um grande desserviço, na medida em que prejudica a compreensão dos usuários de planos antigos quanto aos seus direitos, contribuindo para o fortalecimento das ilegalidades cometidas contra pelo menos de 13 milhões de usuários.

Fiscalização

A ANS fornece pouquíssimos dados públicos e sistematizados sobre a fiscalização que realiza, limitando-se a apresentar alguns números sem especificações sobre o tipo de contrato e de problema, multa aplicada, valores etc.

De acordo com notícia publicada, a ANS aplicou 687 multas em 2006; 844, em 2005; e 724 multas em 2004²⁷, o que significa uma média de 751 multas/ano ou 62 por mês, nos últimos três anos.

Segundo declarações de representante da ANS, *“menos de 10% das denúncias recebidas pela ANS acabam virando motivo para uma efetiva fiscalização das operadoras e, desses 10%, nem todos os casos resultam em multa”*.

Os relatórios de gestão da Agência são pouco transparentes e extremamente superficiais quanto à fiscalização das operadoras, um dos aspectos que mais poderiam indicar o trabalho em prol dos usuários de planos de saúde.

No relatório de 2006, os dados referentes à fiscalização são pouco elucidativos. Consta que foram recebidas 14.010 denúncias em um universo de 116.496 contatos feitos ao Disque-ANS. Os demais foram apenas consultas. As principais denúncias, segundo o órgão, dizem respeito à cobertura assistencial (19,28%), à rede de prestadores de serviços (15,94%) e aos contratos e regulamentos (14,75%).

Não há informação sobre o tipo de contrato (antigo ou novo, individual ou coletivo), tampouco existe maior detalhamento sobre tais denúncias. Seria relevante conhecer, por exemplo, as exclusões ou restrições de cobertura assistencial com maior

incidência; as modalidades de prestadores de serviço que estão sofrendo descredenciamento (médicos, hospitais, laboratórios); e os demais problemas referentes aos contratos. Outro dado relevante e omitido pela ANS é o número global de denúncias por operadoras, impedindo o conhecimento – por parte dos cidadãos e das instituições interessadas – dos planos de saúde que mais têm reclamações dos usuários.

No item “fiscalização”, no espaço do site da Agência dedicado às “operadoras”, constam 417 recursos julgados pela ANS no período de dois anos e sete meses (de 09/06/04 a 07/01/07²⁸), o que equivale a uma média de 13,45 recursos julgados por mês.

A falta de informações compiladas sobre fiscalização impede qualquer conclusão sobre a atuação do órgão para punir os abusos praticados tanto nos planos novos, quanto nos antigos. Mas, os poucos elementos disponíveis constituem forte indício de que a atuação da Agência no tocante à fiscalização das operadoras do setor tem pouca efetividade.

Buscando conhecer melhor os dados de fiscalização, o Idec solicitou, em 06 de março de 2007, informações detalhadas e completas. Até a conclusão deste documento, em maio de 2007, não havia recebido qualquer resposta.

NOTAS

- 1 *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. ANS, Ministério da Saúde, março/2007.
- 2 “Art. 35-EA partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I – qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II – a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III – é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV – é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I – a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II – para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III – a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV – a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V – na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.”

- 3 A Suprema Corte também suspendeu liminarmente a vigência do termo “**atuais e**” do artigo 10, § 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.” (grifos nossos)
- 4 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_6586.asp
- 5 Nesse sentido, v. Boletim Informativo nº 317 do STF, que traz o resumo da decisão: “(...) o *Tribunal, entendendo caracterizada a aparente ofensa ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito* (CF, art. 5º, XXXVI), deferiu a cautelar para suspender a eficácia do art. 35-G, renumerado como 35-E pela Medida Provisória 2.177/2001, que estabelece a aplicação da Lei 9.656/98 a contratos celebrados anteriormente à data de sua vigência, **ressaltando, no entanto, a possibilidade de incidência nos casos concretos do Código de Defesa do Consumidor ou de outras normas de proteção ao consumidor.**” (grifos nossos)
- 6 Sobre decisões judiciais do Tribunal de Justiça de São Paulo – TJ/SP, v. SCHEFFER, M.C.. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo*, dissertação de mestrado pela Faculdade de Medicina Preventiva da USP, 2006. Disponível em www.teses.usp.br. Entre tantos outros acórdãos do STJ, v. REsp 244847/SP, 3ª Turma, Ministro Antônio de Pádua Ribeiro, julgado em 19/05/2005, que proíbe a exclusão de cobertura de Aids.
- 7 No TJ/SP, reconhecendo a impossibilidade de limitação de internação hospitalar, é possível citar seguintes precedentes: Apelação Cível 168.696-4/6-00, Apelação Cível 251.277-4/4-00 e Apelação Cível 316.052-4/0-00.
- 8 Quanto à abusividade da rescisão ou suspensão unilateral do contrato, encontram-se, entre outros, os seguintes precedentes do TJ/SP: Apelação Cível 316.167-4/5-00, Apelação Cível 378.266-4/0-00, Apelação Cível 258.229-4/7-00; e no STJ, os acórdãos proferidos no REsp 602397/RS e no REsp 259263/SP.
- 9 O Superior Tribunal de Justiça tem inúmeros precedentes rejeitando o limite de internação hospitalar e já uniformizou o entendimento da Corte por meio da Súmula no 302 que determina: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.
- 10 V. nota 6.
- 11 Portaria nº 5, de 27/08/02. No mesmo sentido, há disposição na Portaria nº 4, de 13/03/98, e na Portaria nº 3, de 19/03/99.
- 12 Portaria nº 4, de 13/03/98.
- 13 No Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, destaca-se como precedente a decisão proferida na Apelação Cível 70014103725, enquanto que no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, destacam-se os julgados na Apelação Cível 2006.001.19688 e na Apelação Cível 2006.001.12544.
- 14 Portaria nº 3, de 19/03/99.
- 16 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_8881.asp
- 17 Convertida na Lei 10.850, em 25/03/04.
- 18 Art. 3º, parágrafo único.
- 19 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_8881.asp
- 20 Artigo 51, do CDC e artigo 424, do CC.
- 21 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_Consumidor/saiba_mais_artigo_914.asp
- 22 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_8881.asp
- 23 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_Consumidor/direitosdoconsumidor.asp
- 24 No Tribunal de Justiça de São Paulo, a decisão na Apelação Cível 233.476-4/0-00, e no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, os julgados na Apelação Cível 2006.001.51873, na Apelação Cível 2006.001.14176 e na Apelação Cível 2006.001.05004.
- 25 Resp 439410/SP: determinou a cobertura de sessões de fisioterapia motora necessárias ao restabelecimento do paciente; e REsp 519940/SP: determinou a cobertura de prótese, no caso o esfíncter urinário artificial, decorrente de ato cirúrgico coberto pelo plano.
- 26 Disponível em http://www.ans.gov.br/portalv4/site/home/home_consumidores.asp
- 27 *ANS aplicou 687 multas a planos de saúde em 2006* – Disponível em http://www.cns.org.br/links/menu/noticiadosetor/clipping/2007/01/clipping_2901.htm
- 28 Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/decisoes_2a_fisc.asp?secao=Operadoras (consulta realizada em 05/03/07)

3

Usuários de planos novos ficam sem assistência em diversas situações

Brechas na lei e decisões da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) impõem inúmeras restrições mesmo em contratos assinados após a vigência da Lei 9.656/98

Antes da Lei 9.656/98 e da regulamentação específica, o mercado de planos de saúde era um caos, ainda pior do que atualmente. Os donos de empresas de planos de saúde garantiam seus altos lucros às custas de limite de internação, negativas de cobertura, cancelamento de contrato sem dar satisfação ao consumidor, períodos de carência muito longos, aumentos abusivos de mensalidades que impediam os mais idosos de ficarem nos planos, o que de certa forma ainda ocorre.

A partir da vigência do Código de Defesa do Consumidor, em 1991, os abusos praticados pelos planos de saúde passaram a ser condenados por lei, o que estimulou os consumidores a reivindicarem seus direitos perante o Judiciário, sempre que preciso. Porém a prática do setor pouco mudou, persistindo os problemas dos beneficiários com os planos de saúde.

Apesar da luta das entidades de defesa do consumidor, de ONGs de portadores de patologias e de instituições representantes dos médicos e de outros profissionais de saúde na defesa de uma legislação para o setor, o texto final aprovado pelo Congresso Nacional perpetuou algumas práticas abusivas que já vinham sendo praticadas pelos planos de saúde. Não se pode desconsiderar o *lobby* das empresas operadoras dos planos e o enorme poder de influência sobre os parlamentares, inclusive a partir do financiamento de campanhas eleitorais¹.

Assim, muitos dos interesses das operadoras de planos privados de saúde foram preservados, como, por exemplo, a aceitação do aumento por mudança de faixa etária; a possibilidade de contratação da assistência à saúde segmentada (“em pedaços”) por meio de planos com cobertura restrita; e as exclusões, por dois anos, de procedimentos relacionados às chamadas doenças ou lesões preexistentes.

A Lei dos Planos de Saúde foi ainda alterada por medidas provisórias e regulamentada por resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) e da ANS, sendo que algumas dessas modificações prejudicaram ainda mais os usuários e são passíveis de questionamentos na Justiça, porque ferem a própria Lei, o Código de Defesa do Consumidor e a Constituição Federal.

Todos os procedimentos e medidas que sirvam para a manutenção e recuperação da saúde do consumidor deveriam estar cobertos, legal e eticamente, por ser esta a finalidade do contrato de assistência à saúde. Mas, na prática, não é o que se verifica.

Carência para doença preexistente

A Lei 9.656/98 autorizou a exigência de um longo prazo de “carência” (dois anos) para a cobertura das doenças preexistentes:

“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.” (com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44)

Portanto, o usuário que for portador de uma doença ou lesão à época da assinatura do contrato não terá direito a uma lista de procedimentos de alta complexidade, inclusive cirurgias. É o período denominado de “cobertura parcial temporária”.

A expressão doença ou lesão preexistente foi criada pelo mercado de planos de saúde para negar atendimento ao consumidor, prática que acabou sendo ratificada pela Lei dos Planos de Saúde. O problema principal é o fato de ser tecnicamente impossível delimitar o momento exato do surgimento da maioria das doenças.

Diversas entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) já se manifestaram contrariamente à restrição de cobertura das doenças preexistentes. Essas instituições defendem que o conceito de preexistência não se baseia em qualquer fundamentação médico-científica e que a exclusão do atendimento devido à alegação de doenças preexistentes interfere na autonomia do médico, deixa o usuário em permanente estado de insegurança, e pode trazer sérios prejuízos à saúde².

O longo prazo de carência para a cobertura de doenças e lesões preexistentes é um dos mais graves problemas da nova legislação de planos de saúde, assim como a extensa lista de procedimentos excluídos, conforme a Resolução Normativa 82 da ANS.

Agravo

A legislação prevê o oferecimento obrigatório de alternativa que possibilite a cobertura imediata de todos os procedimentos, inclusive de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia, aos portadores de doenças e lesões preexistentes.

Trata-se do “agravo” – que significa um acréscimo no valor da prestação mensal do plano de saúde em função da doença preexistente. Assim, o usuário que optasse por essa modalidade pagaria uma mensalidade maior, mas seria atendido em todas as necessidades e procedimentos médicos relacionados à doença, sem a carência de dois anos à qual estão sujeitos aqueles que optarem pela “cobertura parcial temporária”.

Neste caso, a empresa de plano de saúde deveria diluir o impacto dos custos com o atendimento do doente entre todos os usuários do plano, ou seja, entre a imensa maioria de pessoas saudáveis, sempre que necessitar calcular o agravo.

Porém, na prática, as empresas não viabilizaram a oferta obrigatória do agravo, seja porque não o oferecem ou em virtude do preço proibitivo fixado para esse tipo de cobertura. A CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados apurou que, em 2003, o agravo para tratar HIV/Aids, por exemplo, chegava a R\$ 5.223,24 mensais; para diabetes, o valor era de R\$ 2.222,55; para o tratamento do câncer de mama, a mensalidade totalizava R\$ 1.747,15.

Portanto, esta medida criada pelo Consu e respaldada pela ANS é uma verdadeira ilusão: os planos fingem que oferecem e a Agência finge que fiscaliza. Lançada como uma alternativa para reduzir o impacto dos dois anos de exclusão de cobertura, mesmo assim restrita para aquele universo de pessoas que poderia arcar com mais esse gasto, trata-se de mais um engodo, uma medida que nem sequer saiu do papel.

Urgência e emergência

Após 24 horas da assinatura do contrato, a Lei 9.656/98 determina que haja atendimento dos casos de urgência e emergência. Porém, contrariando esta deliberação legal, uma resolução posterior buscou restringir, de forma significativa, a assistência à saúde nessas condições, o que criou situações absurdas para os usuários e resultou em mais um ônus para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Resolução 13 do Consu limitou os atendimentos de urgência e emergência a somente 12 horas no ambulatorio, nas hipóteses de o usuário ter um plano exclusivamente ambulatorial ou mesmo tendo um plano hospitalar, se estiver durante o período de carência do plano. A medida nega também assistência à saúde do usuário que possui plano hospitalar, se a urgência ou emergência não representar necessidade de internação. Para a gestante que possui plano com direito à cobertura hospitalar e obstétrica, é oferecido apenas atendimento ambulatorial por 12 horas, se ainda estiver cumprindo carência.

Esta resolução é absolutamente ilegal, uma vez que, ao invés de regulamentar o atendimento dos casos de urgência e emergência garantidos na Lei, impõe uma série de restrições ao direito dos usuários.

Aumento por faixa etária

Os planos de saúde excluem ou “expulsam” muitos usuários idosos, especialmente pela imposição de elevados reajustes, decorrentes da alteração de faixa etária. Trata-se de uma verdadeira “exclusão pecuniária”.

O aumento do valor da mensalidade em razão da idade do usuário foi outro abuso admitido pela Lei dos Planos de Saúde:

“Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.”

A primeira regulamentação do aumento por faixa etária se deu por meio da Resolução 06/98 do Consu, que estabeleceu sete faixas etárias: zero a 17 anos; 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 anos ou mais. De acordo com esta norma, a última faixa etária não poderia ter valor superior a seis vezes o valor da primeira faixa, ou seja, a variação máxima em termos percentuais entre elas é de 500%.

Com a entrada em vigor do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), que reconheceu como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, foi estabelecida uma nova disciplina para os reajustes por mudança de faixa etária. O Estatuto proibiu essa espécie de reajuste para os idosos:

“Art. 15. (...), parágrafo 3º. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.”

Para adequar a regulamentação do reajuste por faixa etária a esta nova disposição legal, a ANS editou a Resolução Normativa 63, que estabeleceu dez faixas etárias: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.

Esta resolução, válida para os contratos firmados a partir de janeiro de 2004, lamentavelmente manteve o percentual de 500%, que passou a ser diluído antes dos 60 anos. A única imposição do órgão foi impedir que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas fosse superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Impossibilitados de arcar com os pagamentos, justamente no momento em que seus salários são reduzidos em decorrência das baixas aposentadorias, os idosos muitas vezes são obrigados a abandonar os planos de saúde – com a aquiescência da Lei dos Planos de Saúde e da ANS.

Fragmentação da assistência

A legislação criou cinco tipos de planos, sendo um deles o plano referência, com ampla cobertura. Os demais são subplanos que cobrem atenção ambulatorial ou hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológica.

Essa oferta dos planos de saúde fragmentados é contrária à idéia de integralidade da assistência à saúde defendida pelas entidades de defesa dos usuários e pelas entidades médicas.

Restrições de cobertura

Além das chamadas doenças preexistentes, os usuários de planos de saúde recebem negativas de cobertura sob diversos argumentos das operadoras.

A Lei 9.656/98 impõe a todos os planos de saúde que sejam cobertas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que é um avanço, pois a maioria dos contratos anteriores à Lei exclui muitas patologias (como câncer, Aids, doenças congênitas ou crônicas) e ainda tratamentos como psicológicos, fonoaudiológicos e para dependentes químicos, entre outros.

Quanto às restrições de cobertura, a Lei dos Planos de Saúde permite apenas a exclusão de:

- ▲ tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- ▲ procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- ▲ inseminação artificial;
- ▲ tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- ▲ fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- ▲ fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- ▲ fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- ▲ procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;
- ▲ tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- ▲ casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

No entanto, a ANS restringiu os procedimentos que devem ser cobertos por meio da criação de um Rol de Procedimentos, previsto na Resolução Normativa 82.

A limitação ou exclusão de cobertura é uma medida ilegal, porque contraria a própria natureza do contrato do plano de saúde, que teria a finalidade de garantir a saúde integral – e não apenas parte dela.

Exclusão de transplantes

A Lei dos Planos de Saúde, com a alteração promovida pela Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, estabeleceu que:

“Art. 10 (...) parágrafo 4º. A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.”

Com esta disposição, a Lei deu margem à incorreta interpretação de que a regulamentação poderia vir a restringir a cobertura de transplantes. E foi exatamente o que aconteceu.

A Resolução 12 do Consu restringe a cobertura de transplantes apenas a rins e córneas; deixa de fora transplantes de fígado, medulas, coração etc. Esta medida, que deveria apenas regulamentar a Lei 9.656/98, contraria claramente as disposições legais.

A cobertura, pelo menos, deve incluir todas as despesas necessárias à realização do transplante, inclusive as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio (exceto medicamentos de manutenção), as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Exclusão de acidentes de trabalho

A Resolução 15 do Consu, anterior à criação da ANS, exclui, sem qualquer respaldo legal, a cobertura dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais que seriam de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

O usuário de plano de saúde tem direito à cobertura de tratamento de qualquer doença ocupacional ou acidente de trabalho, com base na interpretação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei 9.656/98.

Esta resolução mostra-se ilegal, pois na condição de norma inferior – não pode excluir ou restringir um direito garantido pela Lei, que é uma norma superior. E a Lei dos Planos de Saúde em momento algum permite a exclusão de cobertura de acidentes de trabalho, não podendo uma resolução posterior, cuja função é estabelecer meios para a fiel execução da Lei, criar tal exclusão.

NOTAS

1 Para verificar os financiamentos de empresas de planos de saúde nas eleições de 2006, bem como os candidatos beneficiados, acesse www.tse.gov.br

2 Entidades repudiam resolução da ANS sobre planos de saúde, *Jornal Medicina*, fev/2001.

4

Os planos de saúde interferem no trabalho do médico, remuneram mal e prejudicam a saúde dos pacientes

Pesquisa aponta que mais de 20.000 médicos paulistas sofreram ou sofrem algum tipo de restrição ou imposição dos planos, como negação de exames e internações

As operadoras de planos de saúde, ao buscarem a contenção de custos e a manutenção de altas margens de lucro, utilizam diversos mecanismos para interferir no exercício profissional dos médicos, além de pagar baixos honorários, que não acompanham os reajustes anuais impostos aos usuários.

Segundo pesquisa do Instituto Datafolha realizada para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), no período de 2 a 11 de maio de 2007, mais da metade dos médicos paulistas (55%) atende pacientes por meio de planos de saúde. Ou seja, cerca de 50.000 dos 90.000 médicos em atividade no Estado de São Paulo prestam serviços às operadoras de planos de saúde.

Destes, 43% (cerca de 21.000 médicos) afirmam que sofreram ou sofrem algum tipo de restrição ou imposição dos planos de saúde, afetando sua autonomia.

Os médicos já sentiram interferência dos planos, principalmente, quanto a:

▲ negação de autorização de consultas, internações, exames, procedimentos ou insumos: 82% dos médicos;

▲ glosa de procedimentos ou medidas terapêuticas: 81%.

▲ restrições a doenças preexistentes: 59%;

▲ tempo de internação de pacientes: 55%;

▲ atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores: 54%;

▲ descredenciamento: 42%;

▲ período de internação pré-operatório: 38%

Denúncias no Cremesp

As conclusões da pesquisa são reforçadas por levantamento (Tabela 1) realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que analisou 382 denúncias de médicos contra planos de saúde, recebidas pelo órgão entre os anos de 1999 a 2006.

Vale ressaltar que se trata de pequena amostra do problema, uma vez que os conselhos profissionais – que atuam na fiscalização do exercício ético da Medicina – não constituem uma porta de entrada adequada para o recebimento dessas queixas, pois não têm competência para coibir grande parte dos abusos praticados pelas operadoras contra os prestadores de serviços médicos.

Mesmo assim, a análise das denúncias de médicos que chegaram ao Cremesp demonstra que não são poucos os problemas vivenciados por esses profissionais. O descredenciamento (desligamento do médico unilateralmente pela operadora) é o problema mais reclamado (44% das denúncias), seguido por glosas de honorários e procedimentos (32%) e interferência direta no ato médico (12,8%).

Tabela 1 – Denúncias de médicos contra planos de saúde encaminhadas ao Cremesp

Assunto	Número	%
Descredenciamento	169	44
Glosas	122	32
Negativa de autorização de exames, procedimentos, insumos e consultas	49	12,8
Cerceamento profissional	26	6,8
Meta referencial	7	2
Quebra de sigilo	4	1,1
Obrigatoriedade de constituição de pessoa jurídica	3	0,8
Concorrência desleal	2	0,5
Total	382	100%

Fonte: Cremesp, 2007

Na Tabela 2, na página a seguir, constam as operadoras mais denunciadas pelos médicos junto ao Cremesp:

Tabela 2 – Planos de saúde mais denunciados pelos médicos no Cremesp

Plano	Nº de denúncias
SulAmérica	62
Bradesco Saúde	17
Porto Seguro Saúde	12
Samcil	12
Interclínicas	12
Unimed Jundiaí	11
Amil	10
Fundação CESP	10
Cassi (Banco do Brasil)	10
Unimed Paulistana	8
Santa Casa Saúde	8
Unimed Campinas	6
Blue Life	5
Marítima Saúde	5
Ameplan	4
Mediservice	4
Grupo Saúde ABC	4
Abet/Plantel	4
Unimed Votuporanga	3
Unimed São José dos Campos	3
Unimed Bauru	3
Saúde Internacional	3
Cruz Azul	3
Economus	3
Nacional Assistência Médica	3
Intermédica	3
Operadoras com duas denúncias cada	28
Operadoras com uma denúncia	69
Planos não identificados	62
Total	382

Fonte: Cremesp/2007

Desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, o Cremesp e o Conselho Federal de Medicina (CFM) têm chamado a atenção sobre a necessidade de o órgão regulador tratar das relações entre os planos de saúde e os prestadores médicos.

Em documento de 2001 dirigido ao Diretor-presidente da ANS, o Cremesp e outras entidades médicas já destacavam:

“(...) Os médicos firmam contrato ou convênio ao se credenciarem como prestadores de serviços de planos de saúde. As cláusulas do documento, no entanto, nem sempre são compatíveis com aquelas que foram pactuadas entre a empresa e o usuário do plano, seja individual ou coletivo. Como agravante da situação, as empresas vêm adotando medidas prejudiciais a médicos e pacientes, sob a alegação do suposto impacto da regulamentação nos custos do setor, da crise econômica do país e das obrigações previdenciárias. Dentre os expedientes mais comuns das operadoras, destacamos:

- *Aumento abusivo das mensalidades*
- *Descredenciamento unilateral dos profissionais*
- *Redução significativa dos honorários médicos*
- *Oferta de pacotes de atendimento com valores prefixados, com interferência na autonomia profissional e risco de deterioração na qualidade do atendimento*
- *Restrição de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos*
- *Fixação de prazos mínimos entre consultas médicas*
- *Exigência de personalidade jurídica na relação de prestação de serviços entre médicos e operadoras*
- *Descumprimento da lei no que se refere ao registro das empresas operadoras de planos de saúde nos Conselhos de Medicina.”*

A omissão da ANS quanto à relação entre operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde não só tem prejudicado diretamente os profissionais e usuários, mas também representa uma afronta às competências legais do órgão. A Lei nº 9.961/00, que criou a Agência, em seu artigo 3º, afirma que:

“A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.”

Após uma série de reivindicações, campanhas e denúncias públicas, somente em 2004 a ANS criou um mecanismo para regulamentar a relação entre operadoras e prestadores de serviços por meio da chamada “contratualização”, definida na Resolução Normativa 71. Na época, as entidades médicas teceram críticas à norma, que ainda continua em vigor. As propostas da ANS não contemplam, por exemplo, a definição de uma data-base para reajuste dos honorários médicos e nem mesmo regras mais claras de credenciamento e descredenciamento, que deveriam ser explicitadas nos contratos.

A medida não teve nenhum impacto no sentido de minimizar os problemas, permanecendo conflituosa a relação entre médicos e planos de saúde.

Descrédenciamento

Apontada como a principal queixa dos médicos paulistas³ e uma das principais reclamações dos usuários, o descrédenciamento representa, em geral, uma medida unilateral ou retaliação da operadora de plano de saúde ao profissional médico. O maior prejudicado é o paciente, que tem seu acompanhamento médico ou tratamento de saúde interrompido, justamente com um profissional de sua confiança.

A partir dos mecanismos de regulação, de metas e outros meios, as operadoras “fiscalizam” a atuação de cada profissional. Geralmente o descrédenciamento ocorre após os planos verificarem que determinado médico está, por exemplo, indicando mais procedimentos do que a empresa considera adequado, muitas vezes independente do diagnóstico clínico e da necessidade de saúde dos pacientes.

Por parte da operadora, a justificativa oficial do descrédenciamento é, no entanto, sempre administrativa, alegando, por exemplo, necessidade de reformulação da rede credenciada.

Uma deliberação do Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução nº 1.616/2001 – tentou proibir o descrédenciamento dos médicos feito pelos planos unilateralmente e sem justa causa. De acordo com a resolução, a empresa de saúde deveria adotar dois procedimentos para fazer o descrédenciamento do profissional: informar ao médico, por escrito, as razões do descrédenciamento, concedendo um prazo para a apresentação de defesa, fundamentar e justificar as razões do descrédenciamento. E, obviamente, o consumidor deveria ser informado do desligamento do seu médico.

No entanto, os Conselhos de Medicina têm atuação limitada na solução desse tipo de problema, que constitui atribuição da ANS. Os CRMs podem, no máximo, co-responsabilizar o diretor médico do plano de saúde pela conduta arbitrária da operadora.

Baixa remuneração

Entre os principais problemas na relação entre operadoras e prestadores médicos estão o baixo valor e as formas de remuneração. O credenciamento dos médicos e o pagamento retrospectivo por produtividade continuam sendo as principais formas de vínculo da maior parte dos médicos brasileiros com as operadoras de assistência médica suplementar⁴.

Segundo pesquisa do Instituto Datafolha realizada para o Cremesp, em maio de 2007, os médicos que atendem planos de saúde recebem das operadoras, em média, R\$ 30,00 por consulta. O menor valor médio é R\$24,00 e o maior, R\$ 40,00, abaixo do mínimo de R\$ 42,00 reivindicado pelas entidades médicas. A mesma pesquisa identificou que o preço médio de uma consulta médica particular no Estado de São Paulo é R\$ 145,00.

Além disso, a pesquisa concluiu que os médicos gastam em média R\$ 2.500,00 mensais exclusivamente para manter a atividade profissional: despesas com manutenção do consultório, transporte e alimentação no horário de trabalho, impostos e atualização profissional. Ou seja, o médico deve atender pelo menos 4 consultas por dia útil somente para cobrir suas despesas.

Até 1994, os planos de saúde reajustavam frequentemente os honorários médicos, mas havia defasagem significativa, uma vez que utilizavam como base os índices de inflação do mês anterior ao do atendimento do paciente, efetuando os pagamentos 30 a 60 dias depois⁵, em uma época de inflação expressiva. Mas, existia, em alguma medida, a correção dos valores.

A partir de 1995 a situação piorou. Os honorários profissionais deixaram de ser reajustados e, em alguns casos, tiveram redução de seus valores⁶.

De acordo com levantamento da Associação Paulista de Medicina, os médicos ficaram sem reajustes de 1994 a 2004, período em que os custos operacionais do trabalho médico (tudo aquilo que o profissional gasta para o exercício da atividade profissional) aumentaram em mais de 100%.

Soma-se o fato de o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), do Ministério da Justiça, ter sido contrário, em diversas ocasiões, à edição da Tabela da AMB, sob a alegação de prática de cartel, chegando a impor multas e restrições às entidades médicas.

Há 10 anos, em 1997, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe/USP) apresentou um estudo para subsidiar as negociações de honorários entre as entidades médicas e as empresas representativas de planos de saúde de autogestão. A Fipe, baseada no levantamento de custos operacionais mínimos para a manutenção da atividade profissional do médico (consultório, deslocamento, impostos etc.) concluiu que o preço mínimo para uma consulta médica deveria ser de R\$ 29,00 naquele ano. O preço médio da consulta particular apurado na época era de R\$ 75,00.

Passada uma década, o valor médio nacional pago pelos planos de saúde para uma consulta, conforme apurado pela ANS em 2006, era de R\$ 26,14. No Estado de São Paulo, conforme pesquisa Datafolha já mencionada, a média é R\$ 30,00. Desde 2003, as entidades médicas passaram a reivindicar o mínimo de R\$ 42,00 por consulta.

A postura dos planos de saúde em relação à remuneração paga aos médicos não guarda qualquer paralelo com as mensalidades impostas aos consumidores. As operadoras são autorizadas pela ANS a reajustar as mensalidades acima dos índices oficiais de inflação, mas não repassam sequer parte dos reajustes aos profissionais médicos.

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM

Em março de 2000 a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) iniciaram, com a assessoria da Fipe, a elaboração de uma lista referencial de procedimentos

médicos, com base em metodologia científica, com incorporação de novas tecnologias e exclusão do que já havia caído em desuso. Também indicava referenciais de valores para a contraprestação dos serviços, exames e procedimentos médicos. A idéia era que a lista servisse de referência para as operadoras de planos de saúde.

O projeto foi colocado em consulta pública na Internet e encaminhado a todos os segmentos da sociedade diretamente envolvidos com essa questão: operadoras de saúde, órgãos de defesa do consumidor, ANS e Cade.

Em maio de 2003, durante o Encontro Nacional de Entidades Médicas – ENEM, foram discutidos os valores e as estratégias para implantação. Ainda neste evento foi anunciada a edição de uma resolução pelo CFM, que estabeleceu o documento como referencial ético para a remuneração de honorários médicos⁷.

O lançamento oficial da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM ocorreu em Vitória, no Espírito Santo, no dia 15 de julho de 2003.

Dias antes, em 1º de julho de 2003 mais de 800 médicos reuniram-se em assembléia histórica, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, e decidiram favoravelmente à adesão do Estado ao movimento de luta pela implantação da CBHPM, que já atingia a maioria dos estados. Os médicos chegaram a realizar “boicotes”, deixando de atender a planos de saúde, sobretudo seguradoras, que praticavam baixos honorários.

No dia 11 de novembro de 2003, as entidades médicas deram início a novo movimento nacional e apresentaram a “Carta Aberta ao Presidente da República”. O documento resumia as principais reivindicações da classe médica em relação ao setor de saúde suplementar, entre elas a adoção pelas operadoras da CBHPM como padrão mínimo e ético de incorporação de procedimentos e remuneração⁸.

O Cremesp e as demais entidades médicas paulistas promoveram nos últimos anos intensa campanha pela implantação da CBHPM, seguida de negociações com as principais operadoras de planos de saúde.

Atualmente há uma Comissão Nacional de Honorários Médicos e uma Comissão Nacional para Implantação da CBHPM, ambas formadas por integrantes das três entidades médicas nacionais (CFM, AMB e Fenam), bem como Comissões Estaduais de Honorários Médicos.

Após mobilização das entidades médicas, no dia 31 de maio de 2007, o Plenário da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 3.466/04, do deputado Inocêncio Oliveira (PR-PE), que cria o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos (RPSM), tendo como referência a CBHPM, e que será usado nas negociações de honorários médicos com os planos de saúde. O projeto seguiu para o Senado.

A 4ª edição da CBHPM, de setembro de 2005 (atualizado em maio de 2007), admite uma variação de até 20%, para mais ou para menos, como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização.

Até agora foi pífia a atuação da ANS nesta questão dos honorários. Fracassou

a única tentativa por parte da Agência de incentivar o reajuste das mensalidades aos médicos. Em 2002, o órgão fixou o teto do reajuste das mensalidades em 9,39% para as operadoras que assinassem um Termo de Compromisso concordando em reajustar as consultas médicas em, no mínimo, 20%. Para as operadoras que não assumiram o compromisso, o reajuste foi fixado em 7,69%.

Porém, apenas cerca de 10% das operadoras concederam reajustes aos médicos. A partir de 2003, a ANS sequer discutiu com as entidades médicas o reajuste dos planos de saúde, que naquele ano foi de 9,27%.

Mas não são apenas os médicos que vivem este problema; os hospitais e demais prestadores de serviços também enfrentam situação semelhante. De acordo com o Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (Sindhosp), os valores pagos pelas tabelas de diárias de internação e os valores de procedimentos para a maioria dos hospitais não são reajustados desde a vigência da Lei 9.656/98. Somente os hospitais de “grife”, que representam uma alavanca potencial de vendas para as operadoras, recebem atenção diferenciada. Mesmo após o lançamento da CBHPM, em 2003, muitas operadoras continuam utilizando como referência para o pagamento de médicos e hospitais a tabela da AMB, edições de 1990 e 1992.

Rol da ANS é excludente

A ANS edita o Rol de Procedimentos, que constitui a referência para a cobertura assistencial mínima obrigatória aos usuários dos planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Quanto menor a extensão do rol, mais dificuldades o médico terá de lançar mão dos recursos diagnósticos e terapêuticos para tratar o paciente.

O rol, editado pela primeira vez em 2001 e atualizado em 2004, mostra os procedimentos que as operadoras têm de garantir aos usuários e traz a relação dos dos procedimentos em ordem alfabética. Relaciona separadamente aqueles procedimentos de alta complexidade que podem ser excluídos durante os dois anos de carência nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

A Resolução Normativa nº 82, de 2004, reeditou o Rol de Procedimentos, que vigorava até maio de 2007, quando foi concluído este estudo.

Em novembro de 2004, logo após a atualização do rol da ANS, a Comissão Nacional de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira elaborou uma tabela comparativa entre a CBHPM e a nova lista.

A conclusão foi de que a ANS deixou de incluir 1.210 procedimentos da CBHPM na revisão do rol em 2004. Por conta disso, os usuários continuarão sem ter acesso a importantes exames (por exemplo, diagnóstico de hepatite), tratamentos e cirurgias, como de câncer de ovário, transplantes de coração e pulmão, tratamento cirúrgico de epilepsia, além de consultas em pronto-socorros.

Segundo as entidades, a agência descumpriu o que foi pactuado no Ministério

da Saúde, de que haveria compatibilização da CBHPM com o rol de procedimentos da ANS.

As entidades médicas defendem que o rol da ANS tenha os cerca de 5.300 procedimentos da CBHPM e seja atualizado pelo menos a cada três anos.

O Ministério Público Federal (MPF) determinou⁹, em 2005, que a ANS revisasse e alterasse seu rol de procedimentos de alta complexidade, constante na Resolução nº 68/2001, “tendo em vista a falta de fundamentação e de critérios claros” na elaboração dessa lista.

Além disso, o MPF exigiu que a Agência adotasse as medidas necessárias para eliminar todas as situações nas quais a exclusão da cobertura de determinado procedimento, durante os 24 meses de carência, possa causar danos à saúde ou representar risco de vida ao paciente.

A recomendação lembrou que, apesar da “oposição contundente dos órgãos de defesa do consumidor”, a Lei 9.656/98 possibilitou a exclusão de atendimento e assistência aos portadores das chamadas doenças e lesões preexistentes durante os primeiros 24 meses de vigência do contrato.

Com isso, a ANS expediu a uma resolução (RDC nº 41), “elencando um exorbitante número de procedimentos de alta complexidade passíveis de exclusão”.

“Depois de intensa mobilização por parte das entidades médicas e de defesa do consumidor diante das impropriedades técnicas e do potencial prejuízo aos pacientes e aos profissionais de saúde”, continua o documento, “a ANS editou outra resolução (RDC nº 68), retirando cerca de 100 procedimentos, que voltaram a ser de cobertura obrigatória após carências adequadas”.

Mesmo assim, segundo o Ministério Público Federal, “os critérios para a seleção dos procedimentos mantidos não foram os sugeridos pelas entidades, visando “apenas a exclusão de procedimentos que representam custos mais elevados para as empresas prestadoras”.

A recomendação também denunciou que este rol de exclusões ocasiona a transferência dos gastos com procedimentos de alto custo do setor privado para o Sistema Único de Saúde, “o que implica aumento de rentabilidade das operadoras de planos e agravamento da crise de financiamento do setor público”.

Por fim, o MPF afirmou que as empresas não têm oferecido a opção legal da alternativa à cobertura parcial temporária: agravo do contrato quando constatada a existência de lesão ou doença preexistente. A ANS, até maio de 2007, ainda não havia cumprido a recomendação do MP.

Restrições de coberturas

As limitações de cobertura são o tema mais freqüente nas decisões judiciais contra planos de saúde no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e também estão entre as principais reclamações levadas aos Procons e ao Disque-ANS. Além de trazerem riscos e prejuízos à saúde dos usuários, interferem diretamente no ato médico.

Muitas restrições de cobertura são freqüentes nos contratos anteriores à Lei

nº 9.656/98, como a limitação de dias de internação, admitindo apenas 30 dias por ano, ou 10 dias no caso de UTI; exclusão de cobertura para câncer, Aids, doenças infecciosas e crônicas; exclusão de exames e procedimentos de alto custo. Mas os contratos novos, assinados a partir de 1999, também estão sujeitos a diversas limitações, tais como a suspensão de cobertura de procedimentos relacionados às doenças preexistentes e o atendimento em situações de urgência e emergência.

Autorização prévia

Além das imposições descritas nos contratos, as operadoras adotam diversos mecanismos “administrativos” que visam limitar procedimentos e exames solicitados, o que atinge os consumidores e também os médicos, que são cerceados em sua autonomia e atuação profissional.

A autorização prévia é uma dessas medidas de controle. Os planos de saúde exigem que parte expressiva dos serviços, procedimentos, exames mais caros e internações, fiquem vinculados à anuência prévia da empresa. E, não raro, condicionam ainda a “liberação da guia” ao atendimento de outros critérios, como, por exemplo, a avaliação pelo setor médico da operadora.

Muitas operadoras valem-se da autorização prévia para dificultar ou mesmo negar a cobertura, além de monitorar o trabalho do profissional médico que solicitou o pedido.

Barreira ao atendimento

As autorizações prévias são mecanismos de regulação admitidos pela nova legislação, desde que não restrinjam ou impeçam o atendimento; não caracterizem infração ao Código de Ética Médica ou de Odontologia; não impeçam procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada; não estabeleçam co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário; ou, não estabeleçam, em casos de internação, alguma forma de pagamento por parte do usuário por evento, com exceção das definições específicas admitidas em saúde mental.

É obrigatória a informação prévia e clara ao consumidor sobre os mecanismos de regulação, assim como, nos contratos entre médicos e operadoras, deve constar os atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora.

É indiscutível a fragilidade do paciente diante dos obstáculos impostos ou da negativa da operadora, o que também repercute na atuação do médico, já que o profissional não poderá dar o tratamento que julga ser o adequado.

A ANS até agora ignorou o uso indevido que grande parte das operadoras faz da autorização prévia e de outros mecanismos de regulação, em prejuízo à atuação médica e à saúde dos usuários, apesar das várias denúncias públicas.

Glosas indevidas

Outra prática que interfere na atuação profissional, prejudicando também os pacientes, são as glosas indevidas. Após a realização de determinado procedimento, os profissionais simplesmente não são pagos pelas operadoras, sob várias alegações.

Há diversas consultas de médicos ao Cremesp a respeito de glosas feitas pelas operadoras de planos de saúde, que demonstram várias ilegalidades:

“Consulta nº 98.379

(...)

Após a realização de cateterismo cardíaco e/ou angioplastia, é comum o seguimento do paciente portador de insuficiência coronariana pelo cardiologista responsável. Muitas operadoras glosam esta consulta, alegando que elas já estão incluídas no procedimento, por prazo de 15 dias, conforme determina a tabela AMB. É correta tal atitude, uma vez que o procedimento e a consulta são realizados por profissionais distintos?

(...)

PARECER

(...)

Não há nenhum motivo plausível para não pagar o cardiologista. Tratam-se de profissionais distintos (hemodinamicista e cardiologista), que realizam atos distintos e devem ser pagos separadamente.

(...)”

“Consulta nº 86.265

(...)

Solicita parecer do Cremesp sobre operadora de plano de saúde não reembolsar o médico auxiliar que realizou cirurgia de próstata, alegando ser desnecessário.

PARECER

(...)

A CBHPM preconiza que a cirurgia seja feita por cirurgião e auxiliar. Não se trata apenas da questão financeira. Trata-se da questão técnica.

A Sociedade Brasileira de Urologia, que é responsável pela definição na especialidade de urologia, coloca como necessária a presença de um auxiliar. Não remunerar esse auxiliar é ato de ignorância médica por desconhecer sua necessidade ou de má-fé, visando conter o custo a qualquer custo.

(...)”

A ANS não regulamentou expressamente a questão das glosas realizadas pelas operadoras, nem mesmo quando editou a Resolução Normativa nº 71, que trata da contratualização entre médicos e operadoras.

Os departamentos jurídicos das entidades médicas, ao analisarem a RN 71, chamaram a atenção para a ausência de norma explícita definindo que não poderá

haver glosa em procedimentos previamente autorizados. Muito menos pode haver retenção de honorários médicos nos casos em que a suposta irregularidade esteja no âmbito da instituição hospitalar.

A ANS novamente se omitiu, ao não incluir norma prevendo que, na ocorrência ou suspeita de alguma irregularidade referente ao ato médico, a retenção somente pode ser feita mediante comunicação prévia obrigatória, com justificativa do auditor endereçada ao médico responsável, cabendo resposta-justificativa do médico e, uma vez descaracterizada a irregularidade, o pagamento deve ser feito imediatamente¹⁰.

Quebra do sigilo médico

Os dados sigilosos sobre o estado de saúde dos pacientes e procedimentos utilizados no tratamento podem ser utilizados pelas operadoras no sentido de impor restrições de coberturas ou de impor sanções sobre os médicos.

Em 2005, a ANS lançou o TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), modelo unificado para troca de informações que pretende nortear o intercâmbio de dados entre operadoras de planos de saúde e prestadores. O objetivo seria promover a desburocratização, uniformização de guias e formulários, redução de custos administrativos e melhoria da qualidade de gestão.

O fato é que a ANS não se preocupou com a garantia do sigilo do paciente, os gastos adicionais e o acesso do médico aos equipamentos necessários para a implantação do sistema.

As entidades médicas reconhecem a importância do TISS para a coleta de informações epidemiológicas, necessárias para o planejamento das políticas de saúde e que não têm sido gerados pelo sistema suplementar. Por isso, concordam com a necessidade de criação de mecanismos para aprimorar as notificações às autoridades públicas, mesmo das doenças e agravos à saúde de notificação não-compulsória.

No entanto, a grande preocupação dos Conselhos de Medicina recai sobre o uso e destino, pelas operadoras, dessas informações. Daí a edição da Resolução 1819/07 pelo CFM, que proíbe o médico de colocar a CID 10 nas guias de consultas de planos de saúde, junto com a identificação do paciente.

Esta recomendação será válida enquanto o preenchimento for realizado em guias de papel, que não garantem o sigilo absoluto do paciente. A adoção futura de formulários eletrônicos criptografados e, conseqüentemente, mais seguros, poderá fazer com que as entidades revejam essa orientação.

De acordo com a ANS, a partir do dia 31 de maio de 2007, todos, sem exceção, deveriam passar a utilizar as guias, os demonstrativos de pagamento e os resumos do demonstrativo de pagamento que já foram padronizados, em papel.

Para a transação eletrônica foram estipulados prazos diferenciados, sendo que hospitais, clínicas e unidades de saúde começam essa troca eletrônica a partir de 31 de maio de 2007. Já os médicos têm até 30 de novembro de 2008 para adotar o formulário eletrônico.

Falta de padronização dos contratos

A partir da CPI de Planos de Saúde, que explicitou a inexistência de padronização dos contratos firmados entre os profissionais de saúde e as operadoras, o Ministro da Saúde à época, Humberto Costa, apresentou às entidades médicas, em setembro de 2003, sugestões de cláusulas obrigatórias que deveriam constar nesses contratos.

Em março de 2004, a ANS regulamentou os contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde¹¹, estabelecendo que devem prever com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes. Estabeleceu ainda o prazo de 180 dias para a revisão e adaptação dos contratos então em vigor.

A Agência previu várias cláusulas que deveriam obrigatoriamente estar nos contratos firmados entre médicos e operadoras. No entanto, nenhuma delas enfrenta o cerne da questão, de forma a por fim à submissão da atuação dos profissionais médicos.

As entidades médicas divulgaram nota pública, em março de 2004 intitulada “ANS ignora médicos e pacientes ao definir regras de contratos de planos de saúde”.

As entidades ressaltaram diversos aspectos não contemplados na resolução, entre eles a não garantia da continuidade do tratamento do paciente com o médico que elegeu de sua confiança; a ausência de obrigatoriedade quanto ao repasse dos reajustes anuais aos prestadores, com instituição de, no mínimo, uma data-base anual para reajuste obrigatório dos honorários e valores de procedimentos; não ter sido mencionada a adoção da CBHPM como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, incluindo suas instruções gerais e valores; a falta de definição das regras para impedir restrições a exames e procedimentos. Apontaram ainda a criação de um novo empecilho burocrático com a obrigação de registro dos médicos em cadastro nacional, já que tanto estes como as instituições que praticam assistência médica já estão obrigados a se inscrever no CRM, bem como já é obrigatório o cadastramento de todos os consultórios médicos junto à Vigilância Sanitária. Na ocasião a ANS divulgou nota em que afirmava que estavam incorretas as sugestões dos médicos.

Até hoje a ANS não reconsiderou sua posição, mantendo-se omissa aos inúmeros abusos cometidos contra os prestadores de serviços médicos e que diretamente afetam os usuários de planos de saúde.

Metas, “pacotes” e sanções

Além das medidas que interferem nas atividades médicas, as operadoras de planos de saúde ainda impõem “sanções” aos profissionais que descumprem metas estipuladas pelos próprios planos de saúde.

A partir de diversos argumentos, geralmente baseados em dados e estatísticas internas de utilização de serviços, as operadoras padronizam um perfil de demanda para determinados procedimentos, exames, atos e condutas médicas.

Essas metas nada têm a ver com as diretrizes médicas e consensos terapêuticos, que visam padronizar atendimentos com base em evidências científicas.

A “meta referencial”, conforme é chamada por algumas operadoras, tem uma variante nos “pacotes com valores pré-fixados”. Neste caso, o plano de saúde oferece ao médico o pagamento por “pacote” para prestação de determinado atendimento ou solução de determinado problema de saúde, independente dos exames e procedimentos que serão necessários para cada paciente.

Outra prática é a definição de meta individual para o médico, referente à quantidade de procedimentos, exames e cirurgias que ele pode solicitar em determinado período. Se o médico ultrapassa a “cota” periódica, geralmente mensal, ele é penalizado com uma redução do valor que recebe por procedimento. Aqueles que não atingem o limite máximo recebem bonificação.

Portanto, a estipulação de metas e “pacotes” estimulam a má prática profissional, prejudicam a saúde da população assistida e podem levar a conflitos de interesse.

Personalidade jurídica

Tem crescido a cada dia o número de médicos que, por imposição dos planos de saúde, constituem pessoa jurídica. De acordo com Pesquisa do Datafolha, realizada para o Cremesp em maio de 2007, 38% dos médicos paulistas já têm personalidade jurídica. Com isso, as operadoras conseguiram jogar o ônus dos impostos e outras contribuições para os prestadores de serviços, que obrigatoriamente passam a emitir nota fiscal para recebimento dos honorários médicos.

Os médicos, assim como muitos trabalhadores brasileiros, vivem uma situação complicada no que se refere às relações trabalhistas e à seguridade social. Dificilmente o médico consegue um posto de trabalho com carteira assinada junto aos planos de saúde e freqüentemente é forçado a prestar serviços como autônomo, cooperado ou na condição de empresa.

Raramente o médico pode fazer a escolha de ser contratado, pois, na maioria das vezes, é o plano de saúde que “dá as regras do jogo”, com o objetivo de obter a prestação de serviços com o menor custo possível.

Os médicos que constituem pessoa jurídica geralmente recolhem imposto pelo critério de lucro presumido e têm carga tributária em torno de 15%. Além do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), as empresas prestadoras de serviço formadas por um único médico pagam PIS (0,65% sobre a receita), Cofins (3% sobre a receita), ISS (de até 5% sobre a receita, conforme a legislação municipal), tributos sobre a folha de salários (INSS, FGTS, Contribuição para Terceiros, totalizando 44% sobre a folha), mais taxas, IPTU, IPVA, IOF, CPMF etc. Tudo somado pode atingir mais de 30% do faturamento mensal sobre a pessoa jurídica do médico.

Unimilitância

A chamada “unimilitância” é um meio de tornar o médico atrelado a um único plano de saúde. Trata-se da exigência de exclusividade de prestação de serviços, prática comum em várias cooperativas médicas, exercida por meio de cláu-

sula de fidelidade societária entre os médicos cooperados.

De acordo com esta cláusula, os médicos não podem prestar serviços como credenciados a outras operadoras de planos de saúde, devendo atender exclusivamente os usuários da cooperativa.

Não há dúvida de que a unimilitância fere a liberdade de associação do médico, principalmente num mercado de trabalho saturado e competitivo. O credenciamento a vários planos ao mesmo tempo é uma necessidade dos médicos, principalmente para aqueles que acabaram de ingressar no mercado de trabalho.

O art. 3º da Lei nº 5.764/71, que institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, estabelece que “celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro”¹². E como é público, tais cooperativas profissionais de trabalho médico, na realidade, são operadoras de planos de saúde, inclusive em termos legais¹³.

Porém, parte do Judiciário tem o entendimento no sentido de que são válidas as cláusulas contratuais que prevêem a exclusividade nos estatutos de cooperativas. Tal entendimento baseia-se no reconhecimento de que, no direito cooperativo, são os estatutos das cooperativas que estabelecem as normas fundamentais sobre sua organização, sua atividade e os deveres de seus cooperados, sendo lícita, portanto, a previsão estatutária de que estes não podem vincular-se a outra entidade congênere, provocando concorrência à cooperativa. Também se baseia na premissa de que ninguém é obrigado a filiar-se ou permanecer filiado à cooperativa¹⁴.

Ocorre que esta cláusula de exclusividade nada mais é que outra forma de restringir e interferir na atividade dos médicos, o que afronta as garantias constitucionais de liberdade de exercício profissional e de livre concorrência econômica, afetando indiretamente os consumidores.

O Cade, do Ministério da Justiça, já apreciou a questão, tendo se manifestado por diversas vezes contrário a esta prática, afirmando que em diversos casos a exigência de exclusividade caracteriza-se como abuso de poder econômico, quando considerado o mercado em que atua a cooperativa. Vale transcrever um trecho de uma das decisões do órgão:

“(...) A Lei 8.884/94 não distingue entre as naturezas constitutivas da entidade (civil ou comercial) na avaliação da propriedade das suas ações e interferências na ordem econômica. Mesmo sendo uma Cooperativa de Trabalho e a contratação com médicos e hospitais se tratar de um ato próprio das regras do direito comercial, as condições de celebração de tais atos estão sujeitas às normas da Lei nº 8.884/94. Conclusão de que os efeitos líquidos da exclusividade de filiação são deletérios para a concorrência, trazendo ineficiências para o mercado de trabalho médico e aumentando as barreiras à entrada no mercado de prestação de serviços médicos através de planos de saúde. (...)”

(Processo nº 08000.004961/1995-76)

A ANS, em sua Resolução Normativa 71, que regulamenta os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, estabelece que é vedada a exigência de exclusividade na relação contratual. E na Resolução Normativa 124, a Agência estabelece expressamente ser a unimilitância uma infração da operadora, em seu relacionamento com o prestador de serviços:

“Unimilitância

Art. 41. Exigir exclusividade do prestador de serviço:

Sanção – advertência;

multa de R\$ 50.000,00.”

Ambas as normas da ANS são plenamente aplicáveis às cooperativas que comercializam planos de saúde, já que a Lei nº 9.656/98 estabelece que são operadoras de plano de assistência à saúde toda e qualquer “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” de planos privados de assistência à saúde.

Planos devem ter registro no CRM

Mesmo considerando que os CRMs não têm competência legal para coibir os abusos dos planos de saúde, foi possível identificar, conforme já mencionado, 382 denúncias de médicos que chegaram ao Cremesp.

O registro nos CRMs é imprescindível para que os conselhos fiscalizem o exercício profissional da Medicina e, eventualmente, responsabilizem os diretores médicos das operadoras diante de eventuais infrações éticas que prejudiquem os prestadores médicos e os usuários dos planos.

Desde 2005 o Cremesp tem solicitado à ANS a informação sobre quais operadoras de planos de saúde obtiveram autorização de funcionamento, baseadas na legislação e na Resolução Normativa 100 da Agência. Isso porque, quando da solicitação de registro à ANS, elas deveriam apresentar comprovação de registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Em levantamento realizado pelo Departamento de Registro de Pessoas Jurídicas do Cremesp, foram identificados 46 planos de saúde sem registro no Conselho, apesar de constarem no site da ANS na condição de “operadoras em atividade”.

O Cremesp ajuizou Ação Judicial contra a Agência no sentido de obrigar o órgão a exigir das operadoras o registro no CRM, como condição para registro definitivo na ANS.

NOTAS

1 Conselho Federal de Medicina.

2 Pesquisa nacional “Avaliação dos Planos de Saúde”, realizada pelo Instituto Datafolha, em 2002.

3 Conforme levantamento realizado pelo Cremesp, em 2007, a respeito das denúncias ocorridas entre 1999 a 2006.

4 Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde.

5 *Justiça seja feita* – José Avilmar Lino da Silva (Diretor de Defesa Profissional da SOGIMIG) – artigo disponível no site da SOGIMIG – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais – <http://www.sogimig.org.br/defesa/integra.php?id=13>

6 *Os Honorários Médicos e Políticas de Saúde* – APM – http://www.apm.org.br/aberto/defesaprofissional_lista.aspx?id=180

7 Essa resolução foi publicada pelo CFM em 7 de agosto de 2003, sob o nº 1.673/2003.

8 Conforme determina a Resolução nº 1673, de 2003, do Conselho Federal de Medicina.

9 Recomendação, identificada como MPF/SP nº 64, de 7 de dezembro de 2005, assinada pelo Procurador da República Sergio Gardenghi Suiama.

10 *Posicionamento da AMB quanto à contratualização proposta pela ANS* – disponível em http://www.remuneracaomedica.org.br/posicao_amb.asp.

11 Através da RN nº 71, de 17 de março de 2004, publicada em 18 de março de 2004.

12 Vale observar que o exercício conjunto e cooperado de atividade profissional não pressupõe o trabalho com exclusividade.

13 Conforme artigo 1º., parágrafo 2º. da Lei 9.656/98.

14 Nesse sentido, confirir, entre outros, acórdão do STJ, AgRg no REsp 179711/SP, 4ª Turma, Rel. Ministro Fernando Gonçalves, publicado no DJ de 19.12.2005.

5

Mercado de planos de saúde está concentrado e movimentado R\$ 40 bilhões por ano

Sem concorrência nem portabilidade de carências, grandes empresas dominam o mercado e faturam cada vez mais, beneficiadas pela política de reajustes da ANS

A imposição de carências para os usuários que ingressam nos planos de saúde e a inexistência de portabilidade de carências¹, na hipótese de o consumidor pretender mudar de plano, são algumas das principais razões da ausência de concorrência no mercado de planos de saúde.

A determinação de um período de tempo em que o cliente paga, mas não pode utilizar grande parte dos serviços, é justificada pelas operadoras como forma de não provocar desequilíbrios financeiros. Argumentam que, caso não houvesse imposição de carências, muitas pessoas não contratariam os planos a não ser no momento em que estivessem doentes. A infeliz comparação, muitas vezes repetida pelos dirigentes de planos de saúde, é que não podem correr o risco de “segurar um carro batido”.

Prazos de carência

A Lei dos Planos de Saúde (artigos 11 e 12, V, Lei 9.656/98) impôs carências, como pretendiam as operadoras, mas estabeleceu alguns limites: 24 horas para casos de urgência ou emergência; dez meses para parto; seis meses para os procedimentos em geral (consultas, exames, internações hospitalares); e **24 meses para um extenso rol de procedimentos relacionados às doenças ou lesões preexistentes**. No entanto, a Lei não tratou da mobilidade dos usuários.

O fato é que o usuário que adere a um plano de saúde, em caso de insatisfação com o prestador de serviço, hoje não tem o direito de mudar para outro, a não ser que cumpra novas carências.

Em especial para consumidores portadores de doenças preexistentes, a migração para outra operadora de plano de saúde não é viável. Assim, no segmento de planos de saúde é praticamente inexistente a opção de mobilidade do consumidor, um dos principais fatores de estímulo à concorrência no mercado.

Além da ausência de competição, o mercado cada vez mais se concentra nas mãos de algumas grandes empresas de planos de saúde.

Dentre as operadoras de planos de assistência médica em atividade e com beneficiários (1.239 empresas), as três maiores concentram 12% do mercado. Se computadas as 24 maiores empresas desse segmento, observa-se uma concentração de 61,7% dos beneficiários de planos de saúde (22.766.783 pessoas) nas mãos de 1,9% das operadoras!²

Tabela 1 – Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica entre as operadoras (Brasil – dezembro/2006)

Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
4.417.089	12,0%	3	0,2%
7.372.237	20,0%	7	0,6%
10.977.457	29,7%	14	1,1%
14.716.155	39,8%	25	2,0%
18.296.852	49,5%	44	3,6%
22.003.475	59,5%	78	6,3%
25.714.579	69,6%	130	10,5%
29.392.695	79,5%	217	17,5%
33.081.001	89,5%	385	31,1%
36.953.198	100,0%	1.239	100,0%

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 12/2006 e Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 12/2006

Nota: O termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

Além disso, toda a configuração do mercado indica que a concentração tende a aumentar, não só por conta da “quebra” financeira de operadoras de planos de saúde – que resultam em alienação compulsória – como também em decorrência das alienações voluntárias de carteiras (universo de beneficiários das operadoras).

Alienação de carteira: “venda” ou transferência de usuários de um plano para outro

A ANS, por meio das Resoluções Normativas 112/05 e 145/07, regulamenta a alienação de carteiras de planos de saúde³.

A alienação pode ser compulsória, por determinação da ANS, em decorrência de problemas financeiros ou administrativos; ou voluntária, por meio da venda da carteira, total ou parcialmente, de uma empresa para outra.

Caracteriza-se venda parcial de carteira a transferência de apenas parte dos contratos de planos de saúde de uma operadora. Nesse caso, a regulamentação exige que a alienação seja precedida de autorização da ANS. No caso de alienação voluntária total, até 15 de janeiro de 2007, quando entrou em vigor a Resolução Normativa 145, a Agência sequer exigia a autorização prévia para realização da transferência da carteira, deixando o consumidor totalmente à mercê da “vontade do mercado”.

Transferência de usuários

Para o Idec, a possibilidade de livre negociação de carteiras de planos de saúde de operadoras saudáveis, sem que o consumidor seja consultado, é um desrespeito ao cliente. Afinal, se quisesse contratar outra operadora de plano de saúde, teria feito desde o início, pois o consumidor também escolhe os serviços que contrata com base na confiança que deposita no fornecedor.

Além de configurar um desrespeito ao consumidor contratante, a alienação voluntária de carteiras está levando o mercado de planos de saúde a uma concentração ainda maior dos contratos em poucas operadoras.

Um exemplo de grande repercussão foram os contratos individuais da operadora Porto Seguro. Em 24 de outubro de 2006, a ANS autorizou a venda da carteira de apólices de seguro saúde de clientes individuais da Porto Seguro para a Amil Assistência Médica Internacional. A carteira vendida contava com 23.000 contratos, envolvendo 41.000 pessoas.

No mês de maio de 2007, outras movimentações no setor reforçaram a tendência de concentração do mercado. Os 150 mil usuários da Blue Life serão incorporados à Amil, a partir de julho de 2007⁴; e a Dix Saúde, que faz parte do grupo Amil, anunciou a compra da carteira de clientes da Med Card, com mais de 60 mil conveniados.

É indiscutível que a concentração de mercado traz consequências danosas em todos os setores e não seria diferente no segmento de assistência privada à saúde. Na verdade, nem mesmo entre as poucas operadoras que dominam o mercado existe concorrência devido à imobilidade do consumidor pelas carências que são impostas nos contratos.

A implantação da portabilidade de carências, assim como o maior rigor da ANS na análise das alienações de carteiras, são medidas que se fazem necessárias para a garantia do bom funcionamento do mercado de planos de saúde.

ANS autoriza reajustes acima da inflação

A atuação da ANS nos últimos anos favoreceu as operadoras, admitindo reajustes abusivos. De 2000 a 2006, a Agência autorizou que os planos de saúde individuais/familiares novos aumentassem o valor da mensalidade em 86,1%, mais de 15 pontos percentuais acima do principal índice que mede a inflação ao consumidor (IPCA, que variou 70,82% no mesmo período).

No mesmo período, o Dieese⁵ constatou, por meio da medição do Índice de Custo de Vida (ICV), que os planos de saúde tiveram reajuste de mais de 150%

acima do índice geral de inflação medido no mesmo período, sendo que nenhum dos insumos e demais itens que compõem a prestação dos serviços de planos de saúde sofreu tamanho reajuste de preço *(veja tabela a seguir)*.

Tabela 2 – Variações do ICV de maio de 1999 a abril de 2006 (em %)

Seguros e convênios	232,90
Assistência médica	167,46
Consultas médicas	43,75
Exames laboratoriais	17,08
Internações hospitalares	54,82
Medicamentos e produtos farmacêuticos	2,05
Índice Geral de Custo de Vida	74,96

Fonte: Dieese. Elaboração: Idec

Só em 2006, o reajuste estabelecido para contratos novos individuais/familiares e para contratos antigos não vinculados a operadoras que celebraram Termo de Compromisso com a ANS foi de 8,89%, o que equivale a quase o dobro da variação do IPCA medido no mesmo período (4,63%). Para os contratos antigos das operadoras que celebraram Termo de Compromisso, o índice de reajuste anual foi ainda maior: SulAmérica, Bradesco e Itaúseg – 11,57%, Amil e Golden Cross – 11,46% e Porto Seguro – 14,83%

Os contratos antigos subiram ainda mais, com a autorização de reajustes residuais. Assim, enquanto os contratos novos foram reajustados em 86,17% desde a criação da ANS até 2006, os contratos antigos de grandes operadoras sofreram os seguintes reajustes: SulAmérica – 115,36%, Bradesco e Itaúseg – 114,85%, Amil – 104,86%, e Golden Cross – 103,43%.

Tabela 3 – Variação IPCA x índice de reajuste anual permitido pela ANS para contratos novos individuais e reajustes para os contratos antigos com Termo de Compromisso – 2000 a 2006 (em %)

Índice	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Acumulado 2000/2006
IPCA (1)	6,67	6,61	7,98	16,77	5,26	8,07	4,63	70,66
Índice ANS para contratos novos	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	11,69	8,89	86,17
SulAmérica (2)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	26,1	11,57	115,36
Bradesco e Itaúseg (2)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	25,8	11,57	114,85
Amil (2)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	20,07	11,46	104,86
Golden Cross (2)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	19,23	11,46	103,43
Porto Seguro (2) (3)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	11,69	14,83	96,33

(1) Os índices de inflação medidos pelo IPCA foram calculados para o período de maio do ano presente até abril do ano seguinte – mesma periodicidade dos reajustes aprovados pela ANS. (2) Reajuste autorizado para contratos antigos vinculados a operadoras de planos de saúde que firmaram Termo de Compromisso com a ANS. (3) A Porto Seguro firmou Termo de Compromisso com a ANS em 2006. Por isso, recebeu reajuste diferenciado naquele ano, sendo o reajuste dos anos anteriores igual ao aplicado para contratos novos.

Nos contratos coletivos, mesmo sem justificativa legal, a ANS não atua quanto aos reajustes e cancelamentos de contrato. Por isso há problemas de rescisão unilateral de contratos, de uma hora para outra; a imposição de aumentos não previstos em contrato e reajustes por sinistralidade.

Faturamento é cada vez maior

O faturamento das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares cresce a cada ano em proporção possivelmente maior que o aumento das mensalidades e o suposto aumento do número de usuários. De 2001 a 2006, as receitas das contraprestações cresceram 80%, de R\$ 21,4 bilhões para R\$ 38,5 bilhões, conforme a tabela a seguir.

Tabela 4 – Receitas de contraprestações das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares, informadas à ANS (Brasil 2001/2006)

Modalidade da operadora	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	21.749.031.599	25.443.946.187	28.144.804.490	31.875.636.155	35.934.008.452	39.280.261.331
Operadoras médico-hospitalares (1)	21.403.761.303	25.042.735.425	27.675.927.561	31.289.926.246	35.200.038.931	38.523.686.211
Autogestão (1)	425.533.661	469.158.330	533.524.877	643.251.870	735.775.616	807.662.211
Cooperativa Médica	7.912.540.993	9.018.304.924	10.324.037.030	11.912.473.778	13.935.476.046	15.094.528.410
Filantropia	1.101.589.812	1.289.392.840	783.814.589	855.638.215	1.048.657.002	1.124.407.191
Medicina de Grupo	6.565.898.998	8.052.898.577	9.333.245.987	10.356.012.301	11.567.640.884	12.747.148.834
Seguradora Especializada em Saúde	5.398.197.838	6.212.980.754	6.701.305.077	7.522.550.081	7.912.489.383	8.749.939.565
Operadoras exclusivamente odontológicas	345.270.297	401.210.763	468.876.929	585.709.909	733.969.521	756.575.120
Cooperativa odontológica	127.541.135	146.517.327	153.204.600	210.917.137	246.785.905	230.030.378
Odontologia de Grupo	217.729.162	254.693.436	315.672.329	374.792.772	487.183.615	526.544.742

Fonte: ANS, março de 2007. (1) Não são incluídas as autogestões patrocinadas.

Planos de saúde estão entre empresas mais rentáveis

Em 2005⁶, algumas operadoras de planos de saúde ocuparam posições destacadas no ranking das melhores empresas, em uma classificação das melhores e maiores empresas do País.

Por exemplo, as operadoras Omint e Medial Saúde figuraram entre as 20 empresas mais rentáveis do país (usando o indicador de rentabilidade do patrimônio ajustado),

considerando empresas de todos os setores da economia. A rentabilidade registrada pela Omint foi de 55,6% e a da Medial, 54,2%. Já as empresas Central Nacional Unimed, Intermédica e Unimed de Belo Horizonte, com rentabilidade de 41,5%, 37,9% e 34,1%, respectivamente, também figuraram entre as dez mais rentáveis no ramo de serviços diversos (junto com a Omint e a Medial Saúde, 4ª e 5ª colocadas), segmento que inclui, dentre outras, empresas que atuam com saúde, educação, ramo imobiliário etc.

Ainda nesse segmento, várias empresas de planos de saúde (Tabela 5) tiveram um alto desempenho em crescimento das vendas, calculado considerando o aumento das vendas no ano, já descontada a inflação.

Tabela 5 – Operadoras com melhor desempenho em vendas em 2005

Plano de saúde	Vendas em US\$ milhões em 2005	Crescimento das vendas (%) em 2005, comparado a 2004
Amil	701,4	18,8
Unimed Rio	439,5	13,4
Unimed Paulistana	409,6	17,7
Golden Cross	379,5	3,6
Medial Saúde	366,3	20,4
Unimed BH	312,9	-
Intermédica	301,9	1,4
Unimed Campinas	234,6	4,6
Unimed Curitiba	206,7	4,3
Cen Nac. Unimed	177,6	-
Unimed Porto Alegre	173,7	3,5
Unimed Fortaleza	141,6	-3,7
Unimed Vitória	123,7	-
Blue Life	122,7	10,5
Amesp Saúde	116,4	28,5
Samcil	116,3	-1,3
Unimed Cuiabá	105,8	
Unimed Nordeste RS	101,9	-
Unimed Belém	93,9	17
Omint	-	13,3
Sulamed	-	3,6

Fonte: Exame – Melhores e Maiores

Em relação ao indicador “liderança de mercado” (mercado conquistado nas vendas) (Tabela 6), no ramo de serviços diversos, em 2005, a Amil ocupou o 2º lugar, a Unimed Rio, o 7º, e a Unimed Paulistana, o 10º. No que se refere ao indicador que mede a liquidez corrente (Reais realizáveis em relação a cada Real,

e dívida no curto prazo), este índice é acima de 1 para a Omint, Unimed Porto Alegre, Unimed Campinas, Amil, Golden Cross, Unimed BH, Unimed Cuiabá, Unimed Rio, Unimed Curitiba e Unimed Paulistana. A liquidez corrente acima de 1 indica que o capital circulante líquido é positivo.

Segundo informações da revista Exame, as seguradoras especializadas em saúde ItaúSeg e Bradesco Saúde, entre 2003 e 2004, apresentaram aumento do patrimônio líquido ajustado.

Tabela 6 – Empresas líderes de mercado/mercado conquistado em vendas (2005)

EMPRESA	VENDAS (US\$ milhões)
Visanet	769
Amil	701,4
Redecard	562
Ericsson	558,6
Contax	482,5
Accenture	451,3
Unimed Rio	439,5
Atento	422,4
Universidade Estácio de Sá	417,5
Unimed Paulistana	409,6
GR	389,5
Orbitall	383,2
Golden Cross	379,5
Medial Saúde	366,3
Unimed BH	312,9

A “caixa-preta” dos balanços das operadoras

Segundo os dados da ANS, baseados nos balanços produzidos e divulgados pelas próprias operadoras, cerca de 80% das receitas são destinadas a despesas assistenciais (médicos, laboratórios, hospitais, demais prestadores e insumos) ou servem para pagar os “sinistros”, conforme o jargão das empresas. Os outros 20% seriam aplicados em promoção e marketing, corretagem, despesas operacionais, administrativas, de recursos humanos, impostos etc.

No entanto, as planilhas de custos detalhadas dos planos de saúde ainda são verdadeiras “caixas-pretas”. Por exemplo, não se sabe qual é a real participação dos profissionais médicos nas despesas assistenciais dos planos de saúde. O lucro do setor também não aparece nas contabilidades disponíveis.

Tabela 7 – Despesa das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil – 2005)

Modalidade da Operadora	Total em R\$	Despesa assistencial	Despesa administrativa
Operadoras médico-hospitalares	34.476.835.372	28.436.976.505	6.039.858.867
Autogestão	796.805.112	642.237.936	154.566.176
Cooperativa médica	13.367.260.060	11.339.017.261	2.026.242.799
Filantropia	2.055.860.229	770.337.550	1.285.542.679
Medicina de grupo	10.495.746.181	8.565.486.096	1.930.258.083
Seguradora especializada em saúde	7.761.144.790	7.119.895.660	641.249.131

Fonte: ANS – 2007

NOTAS

- 1** A portabilidade de carências, se instalada, permitiria que o consumidor aproveitasse carências já cumpridas em uma operadora em caso de mudança para outra operadora.
- 2** Conforme Caderno de Informação em Saúde Suplementar – Operadoras, Beneficiários e Planos (tabela 1.1.11), março de 2007.
- 3** Carteira é o nome utilizado para designar um grupo de consumidores que possui vínculo com determinada operadora de plano de saúde.
- 4** Até a conclusão deste trabalho a operação não havia recebido autorização da ANS.
- 5** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos, que mede o custo de vida na região metropolitana de São Paulo
- 6** Fonte: Melhores e Maiores – Revista Exame e Portal Exame: www.exame.com.br



Planos “quebram” por má gestão, ANS pouco interfere e quem paga a conta é o consumidor

**As quebras da Unimed São Paulo, Interclínicas
e Classes Laboriosas exemplificam o fracasso da atuação
da agência reguladora**

As Leis 9.656/98 e 9.961/00 e diversas resoluções da ANS trazem uma série de normas relacionadas aos aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Dentre elas, há medidas para sanear eventuais problemas, incluindo a possibilidade de a Agência intervir nas empresas.

A “saúde financeira” das operadoras, e não a saúde dos usuários, tem sido o principal foco da ANS desde sua criação. Para se ter uma idéia, em 2006 foram concedidos mais de R\$ 4 milhões¹ pela ANS às operadoras, a título de empréstimo, para pagamentos aos diretores técnicos, diretores fiscais e liquidantes, bem como para despesas de liquidações extrajudiciais.

As normas e a atuação da ANS não têm sido efetivas no que se refere aos aspectos econômico-financeiros do mercado de planos de saúde, não tendo alcançado êxito nem mesmo nos aspectos econômicos, campo que priorizou até aqui.

Quem paga a conta dessa opção da ANS é o consumidor, que enfrenta muitas dificuldades para ter a assistência médica contratada. Além disso, as operadoras deveriam ser responsáveis pelos custos dos regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidez, mas a ANS não tem recuperado os valores emprestados. Com isso, recursos que poderiam ser gastos com fiscalização e outras medidas são desperdiçados.

6.1 Casos emblemáticos

Inúmeros processos de direções técnica e fiscal já foram instaurados pela ANS e muitas operadoras também fecharam as portas e saíram do mercado. De 2.639 empresas existentes em 2000, quando foi criada a ANS, ainda estão em atividade 2.070², sendo 1.239 operadoras de assistência médica-hospitalar em

atividade com beneficiários. Alguns casos chamaram a atenção da opinião pública por envolver grande número de usuários e/ou por se tratar de empresas antigas e bastante conhecidas. Aqui são destacados os casos da Unimed São Paulo, Interclínicas e Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas.

A. Unimed São Paulo

A Unimed São Paulo foi criada em 1978 como uma cooperativa de trabalho médico integrante do Sistema Unimed. Era uma das maiores operadoras de planos de saúde de São Paulo, chegou a contar com cerca de 400 mil usuários.

No ano de 2000, a empresa ocupou o terceiro lugar no ranking do Procon/SP de operadoras de planos de saúde com maior número de reclamações dos consumidores. Em novembro desse mesmo ano, sua situação de insolvência foi tema de uma assembléia, durante a qual foi relatado um déficit de aproximadamente 15 a 20 milhões de reais³. Posteriormente, auditoria independente apurou que o rombo era na realidade de cerca de 300 milhões de reais⁴.

A ANS, criada também em 2000, tomou providência em relação à Unimed São Paulo em dezembro daquele ano, instaurando os regimes de direção fiscal e de direção técnica⁵ na operadora.

Cerca de um ano mais tarde, em dezembro de 2001, a Agência determinou que a Unimed São Paulo transferisse sua carteira de clientes para outra operadora. A Central Nacional Unimed, operadora nacional do Sistema Unimed, passou então a administrar esses contratos⁶.

Em janeiro de 2002, já sem usuários, a Unimed São Paulo foi ainda submetida ao segundo regime de direção fiscal⁷, até que em janeiro do ano seguinte a Agência decretou a liquidação extrajudicial da operadora⁸.

Em março de 2003, pouco tempo depois da transferência da carteira, a Central Nacional Unimed⁹ recebeu grande número de reclamações¹⁰, demonstrando a fragilidade a que estão sujeitos os usuários, mesmo após a transferência da operadora anuída pela Agência¹¹.

B. Interclínicas

A Interclínicas foi fundada em 1968 e chegou a contar com cerca de 190 mil usuários.

No início de 2001, recebeu da ANS autorização para efetuar a revisão técnica¹², destinada a operadoras “em situação de desequilíbrio”. Por meio desse mecanismo, foi autorizada a propor alternativas aos seus usuários que implicaram em alteração de seus contratos, por meio de reajuste extra, combinado ou não com co-participação e/ou diminuição da rede credenciada de prestadores de serviço.

Apesar dos esforços do Idec, que questionou judicialmente a revisão técnica, a decisão da Justiça que prevalece até o momento valida a medida, sob a alegação de que possível “quebra” das empresas prejudicaria mais o consumidor do que as alterações permitidas pela ANS.

Porém, a revisão técnica não foi suficiente para reerguer a Interclínicas, que continuou a apresentar problemas financeiros, refletidos na má qualidade dos serviços oferecidos aos consumidores e no atraso e/ou na falta de pagamento dos prestadores de serviços credenciados. Tanto que, no final de 2003, os indícios começaram a aparecer publicamente. Em novembro daquele ano, foi divulgada uma pesquisa¹³ que elegeu os melhores e piores planos de saúde do Estado de São Paulo, na opinião dos médicos, considerando pontualidade de pagamento, remuneração por atendimento, faturamento, procedimentos, burocracia e comunicação. A Interclínicas ocupou a 46ª colocação, sendo considerada uma das piores, perdendo apenas para a Samcil, Amesp e Serma¹⁴.

Mesmo assim, em 2004, a Agência autorizou a Interclínicas a participar do PIAC – Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos¹⁵, levando muitos consumidores a pagar mais por um plano de saúde em situação de instabilidade – fato questionado formalmente pelo Idec e Procon/SP na época.

Pouco depois, em outubro do mesmo ano, a Agência instaurou o regime de direção fiscal na empresa¹⁶. E já em 29 de novembro de 2004, determinou a alienação compulsória da carteira de clientes da Interclínicas¹⁷, que foi adquirida pelo Grupo Saúde ABC, com a autorização do órgão regulador.

As dívidas da Interclínicas à época somavam R\$ 100 milhões¹⁸, até que em dezembro de 2004 foi decretada a liquidação extrajudicial da operadora¹⁹.

O Grupo Saúde ABC, por sua vez, também já dava indícios de irregularidades antes mesmo da conclusão da transferência. Em 2004, recebeu os 166 mil²⁰ usuários da Interclínicas registrando o maior índice de reclamações no Procon de Santo André/SP, sofrendo inclusive autuação de R\$ 6,3 milhões após ter aplicado reajuste abusivo de 41% às mensalidades dos planos de saúde, quando a ANS havia determinado aumento máximo de 11,75%.

No ano de 2005, várias suspeitas de irregularidades vieram a público, entre elas, o prejuízo de R\$ 9,3 milhões não revelado no balanço de 2003; a compra de outra empresa com ágio de R\$ 18,8 milhões para subtrair recursos; o não pagamento de dívidas ao hospital Mauá, o que acarretou o bloqueio das contas bancárias da operadora e de seus proprietários pelo juiz da 42ª Vara Civil de São Paulo²¹.

Em fevereiro de 2005, dois meses depois da aquisição da carteira da Interclínicas, a Saúde ABC já contabilizava uma perda de 68 mil clientes²². Em outubro do mesmo ano, após ter liderado o ranking de reclamações da ANS durante cinco meses consecutivos, a Agência instaurou o regime de direção técnica na operadora²³. O regime de direção fiscal não foi instaurado porque a SaúdeABC conseguiu, junto à Justiça Federal do Rio de Janeiro, uma decisão liminar impedindo a ANS de tomar essa medida.

Também em novembro de 2005, a operadora (sob a marca InterSaúde) recebeu 53 multas da ANS, no valor de R\$ 50 mil cada uma, por redução da rede hospitalar credenciada sem autorização prévia da Agência²⁴. As multas contabilizaram R\$ 2,65 milhões.

A ANS comunicou, em 24 de agosto de 2006, a venda total da carteira de planos de saúde da Saúde ABC (InterSaúde) para a Avicena Assistência Médica (Avimed Saúde)²⁵. A Avicena está registrada na ANS sob o nº 394009 e conta com 190.747 beneficiários²⁶.

C. Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas

A Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas (AACL), fundada em 1891, é uma entidade beneficente e sem fins lucrativos.

Indícios de graves irregularidades na administração da empresa foram apontados já na gestão de 1994-1996²⁷. Um inquérito policial foi instaurado para investigar possível crime de estelionato e outras fraudes, cometidos pelos diretores da associação²⁸.

A situação econômico-financeira da Classes Laboriosas também já preocupava seu Conselho de Orientação e Fiscalização (COF). Em manifestação de abril de 2000, o Conselho constatou que os números eram alarmantes quanto à credibilidade e solidez da empresa, já que para cada R\$ 1,00 de dívida dispunha-se de pouco mais de R\$ 0,30 o que expressava claramente um estado de insolvência. Segundo o COF, apesar dos gastos com propaganda publicitária terem sido quase sete vezes maior do que em 1998, o número de associados caiu de 71.722 em 1998 para 67.657 em 1999²⁹.

Em janeiro de 2001, a Classes Laboriosas recebeu autorização para aplicar a revisão técnica em seus contratos³⁰. Aos usuários da operadora foram impostas alternativas semelhantes aos da Interclínicas: aumento de mensalidade, combinado ou não com o estabelecimento de co-participação e/ou alteração da rede de prestadores de serviço inicialmente estabelecida, sem que houvesse a possibilidade de manter o contrato como originalmente pactuado.

Antes dessa autorização, o Idec foi procurado por um grupo de consumidores da Classes Laboriosas, em novembro de 2000, que entregou documentos com fortes indícios da má administração da empresa. Os documentos foram encaminhados pelo Idec ao Ministério Público³¹ e também à ANS.

Como as medidas advindas da revisão técnica não foram suficientes para estabilizar a situação econômico-financeira da Classes Laboriosas, em 27 de junho de 2001³² a ANS instaurou o regime de direção fiscal na operadora³³. Na ocasião, a ANS informou que encaminharia ao Ministério Público de São Paulo a denúncia de má gestão na Associação³⁴.

Os consumidores desta operadora foram ainda surpreendidos, em outubro de 2001, com o pedido de uma contribuição voluntária, solicitada pela operadora. A diretoria da Classes Laboriosas, em assembléia realizada no dia 05 de setembro de 2001, sugeriu, como meio de recuperar a operadora, que fosse solicitado aos associados uma ajuda financeira de quatro parcelas de R\$ 50,00, além das mensalidades. Essa medida foi tomada sob a direção fiscal conduzida pela ANS.

Em 27 de junho de 2002, a operadora foi novamente submetida ao regime

de direção fiscal³⁵, encerrado em 03 de julho de 2003³⁶. Logo em seguida, em 23 de julho de 2003, a ANS instaurou o regime de direção técnica³⁷. Dois meses depois, em 30 de outubro, nova direção fiscal foi instalada na Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas³⁸.

Segundo dados da própria operadora, a Classes Laboriosas apresentou déficit de R\$ 1,16 milhão em 2002 e de R\$ 6,96 milhões em 2003, iniciando uma recuperação em 2004, ano que fechou com lucro de R\$ 4,78 milhões³⁹. Embora esse cenário tenha se repetido no primeiro semestre de 2005, quando a associação registrou lucro de R\$ 4,6 milhões, o patrimônio líquido (bens móveis) estava negativo em R\$ 2,6 milhões. Além disso, a Classes tinha R\$ 11 milhões de contas a receber em curto prazo, valor menor do que a soma das contas a pagar (R\$ 13,3 milhões)⁴⁰.

Em 13 de maio de 2004⁴¹ a ANS também autorizou a Classes Laboriosas a participar do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC)⁴², o que levou diversos consumidores a concordar com a adaptação de seus contratos e a pagar mais por um plano de saúde em situação de instabilidade.

O Procon-SP divulgou, em março de 2005, um ranking de empresas cujas reclamações de clientes não foram solucionadas, no qual a Classes Laboriosas ocupava a 1ª colocação entre as empresas da área da saúde, já que, do total de 437 reclamações, nenhuma havia sido atendida.

Em 12 de julho de 2005, a ANS determinou que a operadora alienasse sua carteira de 38.000 clientes, instaurando também novo regime de direção fiscal⁴³. Contudo, a carteira da Classes Laboriosas não foi alienada. Novo acordo foi celebrado entre a ANS e a operadora, que apresentou um plano de recuperação no dia 08 de setembro de 2005.

Como parte do plano de recuperação, aprovado pela ANS, os consumidores receberam as mensalidades do mês de setembro de 2005 com acréscimo de R\$ 10,00, contribuição mais uma vez imposta aos usuários. O plano deverá ter duração de dois anos e prevê a injeção de R\$ 8 milhões com estas cobranças extras, que perdurarão durante todo este período⁴⁴. Em 21 de outubro de 2005, foi encerrado o último regime de direção fiscal instalado na Classes Laboriosas⁴⁵.

Após todos esses problemas, o número de associados da Classes Laboriosas diminuiu significativamente. Em 1994 eram mais de 100 mil usuários; em 1998 esse número diminuiu para 71.722, caindo para 67.657 um ano depois. No final de 2006, o número de beneficiários chegou a 31.972, o que representa uma queda de aproximadamente 68% no período de 1994 até 2006.

6.1.2 A atuação da ANS

De acordo com suas atribuições legais⁴⁶, cabe à Agência não só monitorar como também agir em prol do saneamento econômico e financeiro das operadoras, garantindo os direitos dos consumidores que contrataram a prestação de serviços médicos e hospitalares – serviços de relevância pública, nos termos da Constituição Federal de 1988⁴⁷.

Para tanto, a ANS pode lançar mão de algumas medidas como: 1) determinar que a operadora apresente um plano de recuperação⁴⁸; 2) instaurar o regime de direção fiscal ou técnica⁴⁹; 3) determinar a alienação da carteira de clientes⁵⁰; 4) determinar a liquidação extrajudicial da empresa⁵¹.

No entanto, até o momento, a atuação da Agência vem sendo deficiente, incapaz de propiciar um mercado de planos de saúde seguro e saudável, em obediência às finalidades para as quais foi criada. É o que revela a conduta do órgão governamental nos três casos acima relatados. Além de omissões, notam-se graves falhas em relação à eficiência e à oportunidade das medidas tomadas, à transparência das ações e à proteção dos consumidores.

6.1.2.1 O prejuízo imposto aos usuários

As omissões da ANS prejudicaram os usuários vinculados a essas três operadoras.

Na Interclínicas, em outubro de 2004, apesar das reclamações de prestadores de serviço que se tornaram públicas e certamente se refletiam no atendimento ao usuário, a ANS instaurou apenas o regime de direção fiscal, apesar de o regime de direção técnica ser necessário diante de problemas que coloquem em risco a continuidade do atendimento à saúde⁵².

Além disso, contrariando suas próprias determinações, a ANS não se preocupou com a saúde financeira da operadora para a qual autorizou a transferência dos usuários da Interclínicas. Quando recebeu a carteira da Interclínicas, o Grupo Saúde ABC já tinha passado por duas intervenções da ANS devido a problemas econômico-financeiros em anos anteriores, além de apresentar à época indícios de diversas irregularidades. Os problemas desta operadora e a omissão do órgão regulador ficaram comprovados quando a carteira de clientes teve que ser transferida para a Avicena Assistência Médica (Avimed Saúde).

As propostas de contribuições extras feitas pela diretoria da Classes Laboriosas ocorreram enquanto a operadora estava sob regime de direção fiscal instaurado pela ANS. Em nenhum momento houve manifestação dos diretores nomeados pela Agência, tanto em 2001 como em 2005, acerca do cabimento e da suficiência dessas contribuições para a efetiva melhoria da situação econômico-financeira da associação.

Milhares de consumidores pagaram a mais totalmente em vão, já que posteriormente a operadora passou por várias intervenções da Agência, recebendo determinação para alienar sua carteira de clientes. Será que o cenário se repetirá? Mais uma vez os usuários que continuam vinculados a essa operadora contribuem com taxas extras completamente no escuro e a ANS, apesar de ter aceitado o plano de recuperação proposto pela operadora, não veio a público se manifestar sobre a real eficiência desta medida ou sobre as condições da operadora e as medidas necessárias para o efetivo saneamento da Classes Laboriosas.

Contribuições voluntárias

O consumidor não é obrigado a arcar com o pagamento de “contribuições voluntárias”, ainda que estabelecidas em plano de recuperação pactuado pela ANS. Como o próprio nome sugere o usuário tem liberdade de optar ou não pelo pagamneto.

Houve também omissão da Agência no que se refere às informações adequadas e ao acompanhamento especial dos consumidores que deixaram essas operadoras, por não conseguirem mais suportar as inseguranças e a falta de transparência. Foram milhares de consumidores que se viram obrigados a mudar de operadora, cumprir novas carências, arriscando-se a não ter cobertura diante de uma situação urgente – sem qualquer respaldo por parte do órgão governamental.

Isso sem falar naqueles desavisados, justamente por omissão da ANS em informar à sociedade a verdadeira situação das operadoras, que adquiriram planos de saúde dessas empresas já em desequilíbrio e sofreram, juntamente com os antigos usuários, todos os contratempos relatados⁵³.

Mas a tônica no que se refere às omissões da Agência é a falta de averiguação das verdadeiras causas dos problemas econômico-financeiros vivenciados pelas operadoras. Em nenhum dos três casos relatados a ANS preocupou-se em verificar os motivos dos desequilíbrios e seus responsáveis. No caso da Classes Laboriosas, desconsiderou as denúncias encaminhadas pelo Idec e também pelos usuários, que apontavam como principal problema a má administração, autorizando ainda assim a revisão técnica.

A ANS não só deixou de se unir ao Ministério Público na apuração do caso, como também não levou em conta os fortes indícios de má administração para tomar suas atitudes. Seria mesmo o caso de contribuições extras dos consumidores para uma operadora que enfrentava problemas administrativos de tal ordem? Seria o caso de autorizar o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos a essas operadoras, resultando em aumentos significativos para os consumidores optantes?

O mesmo comportamento se repetiu nos casos da Unimed São Paulo, também com vários indícios de fraude e má administração, relatados posteriormente na CPI de Planos de Saúde, e da Interclínicas. Trata-se de falta grave que pode encobrir, por exemplo, os verdadeiros motivos das insistentes reivindicações de reajustes anuais acima da inflação. Será que a má administração da empresa não se esconde entre os motivadores de solicitações de registros?

O fato de os usuários assumirem o ônus dos prejuízos provocados por má administração de operadoras de planos de saúde representa uma situação inadmissível que não poderia acontecer, muito menos com o aval da ANS.

6.1.2.2 A falta de transparência

A publicidade, junto com a legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência são princípios da administração pública direta e indireta fixados pela Constituição Federal de 1988⁵⁴, aos quais a ANS deve obediência.

A falta de transparência está diretamente relacionada com as omissões do órgão regulador e é comum aos três casos relatados. Durante as direções técnica ou fiscal não se tem notícia de que os diretores nomeados pela ANS ou mesmo a própria Agência tenham adotado qualquer procedimento ou iniciativa no sentido de informar os usuários das operadoras em desequilíbrio econômico-financeiro e consumidores em geral acerca da situação encontrada, das medidas tomadas para corrigir os problemas e das perspectivas de solução dos mesmos.

Informações em caso de desequilíbrio econômico-financeiro

O consumidor tem o direito de ser informado das reais condições econômico-financeiras da operadora de plano de saúde, e, em situações de desequilíbrio, das medidas tomadas pela ANS e pela empresa para recuperação, bem como das perspectivas de sucesso. Conforme determinam o Código de Defesa do Consumidor, a Lei 9.656/98 e a Constituição Federal, tanto a empresa como a ANS são obrigadas a prestar tais informações.

O mesmo pode-se dizer das autorizações concedidas à Interclínicas e à Clases Laboriosas para aplicar a revisão técnica em seus contratos. A ANS não informou sequer os usuários dessas operadoras sobre os motivos de sua decisão, limitando-se a dizer que se tratava de “situação de desequilíbrio”. Também não foram esclarecidos os critérios utilizados pela Agência para calcular os valores de aumento e de co-participação, bem como para estabelecer quais hospitais seriam excluídos da rede credenciada, dependendo da escolha do consumidor.

A falta de transparência também impera na escolha dos diretores fiscais e técnicos e dos liquidantes de operadoras de planos de saúde. A legislação aplicável⁵⁵ estabelece uma série de requisitos a serem preenchidos pelos profissionais designados para esses cargos, alguns de extrema importância, como reconhecida idoneidade moral, registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, além de não possuir qualquer vínculo ou interesse conexo com a operadora em regime especial, ou com empresa coligada, ou seus sócios, administradores, controladores ou representantes legais. Contudo, a Agência não fundamenta suas decisões ao escolher os ocupantes de tais cargos e também não disponibiliza informações detalhadas sobre eles, como, por exemplo, seus currículos, dificultando a verificação do cumprimento dos requisitos legais.

6.1.2.3 Ineficiência das intervenções

Considerando que a ANS foi criada no início de 2000, justamente quando os problemas da Unimed São Paulo tornaram-se públicos, a alegação de que agiu tardiamente deve ser relativizada, já que ao fim desse mesmo ano a Agência decretou os regimes de direção fiscal e técnica na operadora.

O mesmo não se pode dizer da eficiência de tais regimes. Passado um ano, a Agência tomou outra medida drástica, a determinação da alienação da carteira da

Unimed São Paulo, demonstrando a completa ineficiência das medidas anteriormente adotadas.

Na Interclínicas, a ANS apenas interveio no final de 2004, sendo que desde 2000 já tinha ciência de que a operadora apresentava problemas. Justamente por isso autorizou a revisão técnica que, lamentavelmente, não foi eficiente. Neste caso, a demora na intervenção é evidente, uma vez que, depois de apenas dois meses da direção fiscal, a operadora teve que ser liquidada judicialmente.

Do mesmo modo, a Agência tinha ciência dos problemas econômico-financeiros da Classes Laboriosas pelo menos desde 2000, autorizando-a também a aplicar a revisão técnica em janeiro de 2001. A ineficiência da revisão técnica é mais evidente neste caso. Apenas cinco meses após a revisão técnica, a ANS instaurou o regime de direção fiscal na operadora. Seguiram-se outras direções fiscais e técnicas que sempre culminaram com pagamentos extras, arcados pelos consumidores. Também aqui fica demonstrada a insuficiência desses regimes criados e aplicados pelo órgão regulador.

6.1.2.4 Proteção dos consumidores

A falta de atenção e de proteção aos consumidores foi outra característica predominante nos três casos relatados. Os usuários de operadoras de planos de saúde que enfrentam problemas econômico-financeiros suportam sérias dificuldades para receberem a assistência médica contratada, durante longos períodos que perduram mesmo após a transferência para outra operadora.

Entre essas dificuldades estão o descredenciamento desmedido de prestadores de serviços; a falta de atendimento adequado e de qualidade; a falta de mobilidade, ou seja, a impossibilidade de mudar de operadora sem ter que cumprir novas carências; a insegurança total diante da falta de transparência (por parte da operadora e também do órgão regulador); a transferência para uma operadora que não contrataram, na qual muitas vezes não confiam e que, dificilmente, mantém a qualidade da anterior.

No caso dos usuários da Interclínicas, foi preciso uma nova transferência para uma terceira operadora. Por sua vez, aqueles que passaram da Unimed São Paulo para a Central Nacional Unimed sofreram e registraram seus problemas nos órgãos de defesa do consumidor pelo menos até dois anos após a transferência. E, os usuários das Classes Laboriosas, única entre os casos relatados ainda em funcionamento, estiveram e ainda estão sob situação de extrema insegurança.

O direito ao atendimento

Durante os regimes de direção técnica e/ou fiscal, o consumidor não pode sofrer qualquer prejuízo, seu atendimento deve ser garantido sem qualquer dificuldade, o que vale dizer sem restrições, a não ser as legalmente permitidas, bem como não pode sofrer descredenciamentos injustificados de prestadores de serviço.

Quando for o caso, o consumidor deve ser remanejado para outra empresa, por meio da alienação compulsória da carteira de planos de saúde, determinada pela ANS. A alienação deve ser feita para operadora em situação regular, com boas condições econômico-financeiras, o que deve ser garantido pela Agência. Nesses casos, deverá ser pactuado um novo contrato, o que poderá implicar em alteração de preço. Novas carências ou cobertura parcial temporária só poderão ser exigidas com relação às coberturas não previstas no contrato anterior. A cobrança de taxas de adesão, pré-mensalidade ou taxa de administração também são proibidas.

Somam-se a toda essa situação, reajustes ou aumentos extras de mensalidades, por meio de revisões técnicas, contribuições “voluntárias”, além dos aumentos das mensalidades decorrentes do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC).

A atuação da ANS não tem servido sequer para amenizar a situação enfrentada pelo usuário nesses casos. Muitos desses consumidores poderiam ficar sem atendimento em situações limites, onde a saúde e a vida estão em jogo, sem sequer serem informados da gravidade da situação da operadora. Sem informação, não puderam se planejar e considerar alternativas como, por exemplo, utilizar os serviços públicos de saúde ou contratar nova operadora. Muitos deles sofreram, de fato, sérias consequências.

Mudança de operadora à revelia

A negociação da carteira de planos de saúde entre as operadoras do setor (alienação voluntária) é permitida, desde que algumas regras sejam obedecidas. As condições contratuais devem ser mantidas integralmente, sem restrições de direitos ou prejuízos para os consumidores. Não poderá haver reajustes ou cobrança de novas carências. Qualquer alteração da rede credenciada de prestadores de serviço deve obedecer às regras da Lei 9.656/98, podendo ocorrer somente mediante aviso prévio ao consumidor, com antecedência mínima de 30 dias, e mediante a substituição de hospital por outro de mesmo nível.

Durante a negociação, a responsabilidade pelo atendimento é da operadora que está vendendo a carteira de planos, isto é, a empresa inicialmente contratada pelo consumidor – não podendo haver interrupção do atendimento. A operadora que adquiriu a carteira deve informar a transferência aos consumidores individualmente e também em jornal de grande circulação na sua área de atuação. O consumidor é apenas comunicado, não tendo qualquer possibilidade de interferir ou participar desta alteração de operadora.

A ANS deve fiscalizar toda a operação e autorizar previamente a transação.

NOTAS

- 1** De acordo com o Relatório de Gestão da ANS – ano 2006 (item 1.5).
- 2** Este número abrange todas as operadoras em atividade, com ou sem beneficiários, inclusive as odontológicas. Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Operadoras, Beneficiários e Planos, tabela 2.1, março de 2007.
- 3** Segundo relato do Sr. Florisval Meinão, Diretor de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina, que consta no relatório final da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) de Planos de Saúde.
- 4** Idem nota acima.
- 5** Conforme RDC 44, de 21 de dezembro de 2000, publicada no DOU em 26/12/2000.
- 6** Não consta do site da ANS, consultado em fevereiro e março de 2007, a norma que determinou a transferência da carteira de clientes da Unimed São Paulo.
- 7** RDC 94, de 16 de janeiro de 2002, publicada no DOU em 17/01/2002.
- 8** Resolução Operacional 116, publicada no DOU de 20/01/ 2003.
- 9** Atualmente, a Central Nacional Unimed, registrada na ANS sob o no. 339679, dispõe de 534.281 beneficiários (dados até dezembro de 2006, conforme consulta ao site da ANS em 28/02/2007). Em dezembro de 2006, esta operadora ficou na 396ª colocação no ranking de reclamações da ANS.
- 10** O índice é calculado com base na quantidade de reclamações feitas ao Disque ANS, que leva em conta o total de usuários cadastrados em cada operadora de plano de saúde.
- 11** Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/upload/indicedereclamacoes/ANS%20-%20indicereclamacoesnovo%20-%20fev2007.xls>, consultado em março de 2007.
- 12** A revisão técnica foi regulamentada pela RDC 27, de 26 de junho de 2000, publicada no DOU em 28/06/2000. A autorização para a Interclínicas lançar mão deste mecanismo foi concedida por meio do Termo de Adesão nº 0002/2001.
- 13** A pesquisa foi realizada pela Associação das Clínicas e Consultórios Médicos do Estado de São Paulo (Acoesp).
- 14** “Economia popular: Médicos elegem os melhores e piores planos de saúde” – disponível em http://www.portalbrasil.net/economia_colunista_2003_nov.htm
- 15** Regulamentado pela RN no. 64, de 22 de dezembro de 2003.
- 16** Por meio da Resolução Operacional nº 226, de 27 de outubro de 2004, publicada no DOU em 28/10/2004.
- 17** Conforme despacho do Diretor-Presidente da ANS, publicado no DOU em 29/11/04, no cumprimento de decisão tomada em reunião ordinária da Diretoria Colegiada do dia 25 de novembro de 2004.
- 18** “Saúde ABC compra carteira e absorve clientes da Interclínicas”, Folha Online, 08/12/2004.
- 19** Por meio da Resolução Operacional nº 232, de 22 de dezembro de 2004, publicada no DOU em 23/12/2004.

- 20 Conforme comunicado do Grupo Saúde ABC divulgado em 08 de dezembro de 2004.
- 21 “Saúde ABC: PT está fabricando um novo escândalo em Santo André” – Revista Consultor Jurídico, 16/04/2005.
- 22 “Governo multa a InterSaúde em R\$ 2,65 milhões” – Diário de São Paulo, 04/11/05.
- 23 Por meio da Resolução Operacional nº 317, publicada em 04/10/2005.
- 24 Em decisões da Diretoria de Fiscalização da ANS, em 25 de outubro de 2005, publicadas no DOU em 3 /11/2005.
- 25 “Intersaúde passará os clientes à Avimed” – Agora SP, 01/09/2006.
- 26 De acordo com consulta ao site da ANS em 16/02/2007, sendo o total de beneficiários em novembro de 2006.
- 27 De acordo com os termos de declarações prestadas no dia 1º de fevereiro de 2002 por dois associados das Classes Laboriosas, na 1ª. Delegacia Seccional de Polícia Civil do Estado de São Paulo.
- 28 De acordo com cópia das declarações entregues ao Idec.
- 29 Conforme documento entregue ao Idec.
- 30 A revisão técnica foi criada por meio da RDC no. 27/2000. A autorização para a Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas está no Termo de Adesão nº 0001/2001.
- 31 Foi instaurado um procedimento na 4a. Promotoria de Justiça Criminal de São Paulo (SMA nº 13.0007.35307/01-08) para investigar os fatos.
- 32 Por meio da RDC nº 76, de 27 de junho de 2001, publicada no DOU em 29/06/2001.
- 33 Não há no site da ANS informação ou norma determinando o final deste regime de direção fiscal.
- 34 “ANS decreta intervenção na Classes Laboriosas” – Folha Online, 02/07/2001.
- 35 Determinado pela RO nº 75, de 27 de julho de 2002, publicada no DOU em 01/07/2002.
- 36 Conforme RO nº 159, de 03 de julho de 2003, publicada no DOU em 07/07/2003.
- 37 Por meio da RO nº 165, de 23 de julho de 2003, publicada no DOU em 25/07/2003.
- 38 Conforme RO nº 180, de 30 de outubro de 2003, publicada no DOU em 31/10/2003.
- 39 “Clientes das Classes já vão pagar adicional neste mês” – Diário de São Paulo, 23/09/2005.
- 40 “ANS manda Classes vender carteira de 38 mil clientes” – Agora, 24/07/2005.
- 41 Informação obtida no site da ANS – disponível em http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/oper_piac/b-planos.asp?x=1&id=2&nav=&page=3&pv=n&cans=&razs=&cnpj=&replan=&noplan=&perfil=Home&contexto=&contapol=
- 42 Regulamentado pela RN nº 64, de 22 de dezembro de 2003.
- 43 Conforme RO nº 284 e 285, ambas de 12 de julho de 2005, publicadas no DOU em 13/07/2005.
- 44 Disponível em <http://www.classeslaboriosas.com.br/Links/PlanoRecuperaçao.htm>, consultado em abril de 2007.
- 45 Por meio da RO nº 323, de 21 de outubro de 2005, publicada no DOU em 25/10/2005.
- 46 Detalhadas na Lei 9.961/00.
- 47 Artigo 197.
- 48 Regulamentado pela RDC nº 22, de 30 de maio de 2000.
- 49 De acordo com o artigo 24 da Lei 9.656/98, artigo 4º, XXXIII da Lei 9.961/2000 e RN 52.
- 50 Conforme artigo 24 da Lei 9.656/98 e 4º, inciso XXXIV, da Lei 9.961/2000 e RN 112.
- 51 Art. 24, *caput*, Lei 9.656/98, com as alterações da MP nº 2.177-44/2001.
- 52 RO nº 226, de 27 de outubro de 2004.
- 53 Não há informações disponíveis no site da Agência acerca da evolução do número de usuários em cada operadora de plano de saúde.
- 54 Artigo 37, *caput*.
- 55 Artigo 33, Lei 9.961/00 e RN nº 109.

7

Cada vez mais recursos públicos são destinados aos planos de saúde privados

Clientes de planos atendidos no SUS, planos privados para funcionários públicos; gastos tributários; dinheiro do Tesouro Nacional para operadoras

Ao contrário do que muitos pensam, não são apenas os indivíduos e as famílias que financiam os planos de saúde privados. O senso comum remete ao pagamento direto de planos de saúde, pois são gastos que pesam no orçamento doméstico ou são descontados em salários. No entanto, é cada vez menor a oferta de planos livremente escolhidos e contratados por consumidores individuais. O mercado de saúde suplementar depende fortemente do financiamento de empresas, mediante os contratos de planos coletivos para seus funcionários. Além disso, o fato é que os planos de saúde são cada vez mais sustentados com recursos públicos.

Não é simples a tarefa de comprovar a participação das fontes públicas no financiamento dos planos de saúde privados. A falta de sistematização de dados sobre as fontes de financiamento é o principal obstáculo para a elaboração de estimativas mais precisas, mas são possíveis alguns levantamentos preliminares.

Os planos de saúde são hoje benefícios trabalhistas, muito mais do que bens de consumo individual. O que explica a expressiva magnitude da cobertura por planos e seguros de saúde no Brasil é o emprego formal e o porte da empresa empregadora, por isso cerca de 70% dos contratos de planos de saúde já são coletivos.

Quanto se gasta com a saúde no Brasil?

Diferente dos gastos públicos com saúde (especialmente aqueles do Ministério da Saúde), que têm sido amplamente divulgados, não estão facilmente disponíveis todos os dados sobre os gastos com saúde das fontes privadas (empresas empregadoras e gastos dos indivíduos e famílias).

Para recompor o total de gastos com saúde segundo fontes públicas e privadas é preciso recorrer a informações sobre pelo menos cinco tipos de origem dos recursos: duas fontes privadas – empresas empregadoras e famílias; e três fontes públicas – federal, estadual e municipal. Porém, não estão disponíveis informações muito recentes para todas as fontes.

A última pesquisa do IBGE sobre gastos das famílias remonta a 2003 (POF/IBGE 2002-2003). Em função dessa defasagem, para traçar um quadro mais completo dos gastos com saúde, as demais informações (quatro outros tipos de fontes de gastos com saúde) devem corresponder ao mesmo período.

A Tabela 1 contém uma estimativa sobre o montante por fontes de financiamento da atenção à saúde no Brasil para o ano 2003. Nota-se que as fontes privadas superam as públicas e a participação do chamado gasto direto das famílias com assistência à saúde é relativamente elevado, mesmo que sejam retiradas as despesas com o pagamento de mensalidades de planos de saúde pelas famílias.

Há, portanto, uma contradição entre o caráter universal do Sistema Único de Saúde e a magnitude das fontes privadas que financiam a saúde. Os sistemas universais europeus e o canadense, por exemplo, são fortemente financiados por fontes públicas. Já no Brasil, a maior parte dos gastos com saúde provém de fontes privadas, o que compromete a universalidade do sistema.

Tabela 1 – Estimativa dos gastos com saúde segundo fontes públicas e privadas por tipo de gasto (Brasil, 2002-2003, em milhões de Reais)

Tipo de Gasto	Fontes	Em milhões de Reais	%	% do PIB ⁴
SUS	Impostos Gerais e Contribuições Sociais ¹	46.574,00	43,85	3,5
	● União	24.737,00	23,29	
	● Estados	10.078,00	9,49	
	● Municípios	11.759,00	11,07	
Planos de Saúde Privados	Planos Privados de Saúde ²	26.497,00	24,95	1,9
	● Gastos das Famílias	13.026,00	12,26	
	● Gastos das Empresas ³	13.471,00	12,68	
Gastos Diretos das Famílias Exceto com Planos Privados de Saúde				
	Desembolso Direto ⁴	33.149,00	31,21	3,1
TOTAL		106.220,00	100,00	8,6

Elaboração: Idec/Cremesp

Fontes: 1 Ministério da Saúde, 2004. 2 IBGE – Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003 e ANS, 2004. A estimativa dos gastos das empresas foi calculada por meio da subtração dos gastos das famílias com planos privados do total do faturamento das empresas de planos e seguros de saúde declarado à ANS. 3 IBGE – Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003. A estimativa do desembolso direto foi calculada a partir das despesas das famílias com assistência à saúde (medicamentos, assistência médica e odontológica particular etc.) excetuando as referentes ao pagamento de planos privados de saúde. 4 PIB em 2002 = R\$1.321.400 milhões

No cálculo dos gastos/financiamento dos planos de saúde, há três importantes considerações: 1) os gastos com o pagamento de planos de saúde de empresas, denominadas autogestões patrocinadas, como Petrobrás, Volkswagen, Itaú, BNDES etc., com planos privados de saúde para seus empregados não estão computados entre as receitas das empresas de planos e seguros de saúde. Se estes gastos fossem considerados, o Brasil gastaria mais com saúde e os gastos das empresas empregadoras ultrapassariam os gastos das famílias; 2) os gastos de grandes empresas privadas, como Itaú e Volkswagen, por exemplo, devem ser considerados gastos privados; mas e os gastos das estatais com planos de saúde, são gastos públicos ou privados? Dependendo da resposta, haveria mudança no cálculo das parcelas pública e privada de financiamento; 3) há imprecisões na classificação de fontes. Os gastos com o pagamento de planos de saúde para funcionários públicos deviam ser computados como gastos públicos e não como gastos de fontes privadas.

Quem paga os planos de saúde?

Conforme a Tabela 1, quem paga os planos de saúde privados são as famílias e as empresas empregadoras (ambas as fontes supostamente privadas). Mas essas duas parcelas (gastos das famílias e das empresas) podem ser melhor estimadas se for adicionada aos gastos com planos de saúde uma projeção, ainda que preliminar, daqueles gastos gerados pelo financiamento de empresas de autogestão patrocinadas. Em seguida, basta subtrair as deduções fiscais de ambas. Tal operação se completa com a discriminação da origem pública ou privada do financiamento das empresas empregadoras.

O Quadro 1 dá uma dimensão do financiamento dos planos de saúde mais próxima do real. Ao contemplar pelo menos os gastos com planos de saúde de empresas estatais de maior porte e abrangência (Quadro 2), nota-se que a parcela correspondente aos gastos das empresas empregadoras ultrapassa a dos gastos das famílias, mesmo que projetados a partir de Índices de Custo de Vida calculados pelo Dieese para medir a inflação específica dos planos de saúde.

Quadro 1 – Projeção dos gastos com planos de saúde privados

Tipo de Fonte	2003	%	2004	%	2005	%
Gastos das Famílias	13.026,00 ¹	47,46	15962,06 ²	48,06	16.982,04 ²	43,60
Gastos das Empresas Empregadoras ⁴	14.423,00	52,54	17.253,94	51,94	21.963,96	56,40
Total 1 (informado à ANS)	26.497,00		31.061,00		36.220,00	
Gastos com Saúde de Empresas Estatais Seleccionadas ⁵	952,00		2.155,00		2.726,00	
Total 2 (Total 1 + Gastos de Estatais Seleccionadas)	27.449,00	100,00	33.216,00	100,00	38.946,00	100,00

Fontes: 1 Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003 IBGE. 2 Projeção dos Gastos das Famílias de 2003, considerando o índice de 22,54% extraído do Banco de Dados de Custo de Vida do Dieese período janeiro 2004 a dezembro 2004 para o item seguros e convênios do grupo saúde. 3 Projeção dos Gastos das Famílias de 2004 considerando o índice de 6,39% extraído do Banco de Dados de Custo de Vida do Dieese período janeiro 2005 a dezembro 2005 para o item seguros e convênios do grupo saúde. 4 Total 2 subtraídos os Gastos das Famílias. 5 Ver os gastos por empresas no Quadro 2.

**Quadro 2 – Gastos em R\$ de empresas estatais (selecionadas)
com planos de saúde (Brasil 2005)**

Empresa	2003	2004	2005
Petrobrás	429.129.000,00	587.585.000,00 / 1.376.152.000,00*	1.862.526.000,00
Banco do Brasil	295.012.000,00	358.267.000,00	379.172.000,00
Caixa Econômica Federal	152.082.000,00	200.248.000,00	218.486.000,00
Eletrobrás	s/i	116.705.000,00	139.096.000,00
Furnas	31.485.000,00	52.294.000,00	58.228.000,00
Itaipu	11.576.000,00	14.021.000,00	24.548.000,00
BNDES	32.320.000,00	37.489.000,00	44.117.000,00
Total	951.604.000,00	1.366.609.000,00 / 2.155.176.000,00	2.726.173.000,00

Fontes: Balanço Social e Relatório Social das Empresas 2003, 2004 e 2005.

(*) Os valores de 2004 foram alterados no Balanço Social 2005 devido à uniformidade de critérios na linha de Assistência Multidisciplinar de Saúde – AMS; para efeito de comparabilidade, o ano de 2004 foi reclassificado para considerar as futuras aposentadorias e a provisão para aposentados.

De fato, os gastos das empresas empregadoras com planos de saúde são ainda maiores do que os assinalados no Quadro 1, porque ainda não estão computados aqueles gastos originados das empresas privadas com planos de autogestão e os gastos de seus empregados; nem os gastos de empresas estatais/empresas públicas que não foram selecionados na relação que consta no Quadro 2. Também está fora uma parte substancial dos gastos com planos privados de saúde de prefeituras e estados.

Se todos esses gastos fossem contabilizados, certamente o total de gastos com planos de saúde seria bem mais elevado do aquele que vem sendo tomado como parâmetro para definir o total de gastos da assistência suplementar (o total das receitas das operadoras).

Recursos públicos para o financiamento dos planos de saúde

Pode até não haver consenso sobre a natureza pública ou privada dos gastos com benefícios trabalhistas e planos de saúde das empresas estatais. Mas não restam dúvidas de que são públicos os gastos com o pagamento de planos privados de saúde para servidores públicos federais, bem como e os gastos tributários¹ decorrentes de renúncia fiscal.

O Quadro 3 procura expor com mais exatidão a natureza do financiamento dos planos privados de saúde considerando as informações disponíveis para o ano de 2005.

Quadro 3 – Gastos e deduções tributárias com planos de saúde (Brasil 2005)

Gastos com Planos e Seguros de Saúde	Valor (em 1000 R\$)	%
Gastos com Planos de Saúde de Servidores Federais	979.111,62	2,51
Gastos com Planos de Saúde das Estatais Seleccionadas	2.726.000,00	7,00
Demais Fontes (empresas empregadoras e famílias)	35.240.888,38	90,49
Total de gastos com planos e seguros privados de Saúde (inclui os gastos com estatais seleccionadas)	38.946.000,00	100,00
Deduções/Gastos Tributários		
Dedução/Gastos Tributários IRPF (desp, med+ planos de saúde)	1.943.016,78	4,99
Dedução/Gastos Tributários IRPJ (desp, med+ planos de saúde)	725.171,08	1,86

Fontes: Ministério do Planejamento – Informações Complementares das Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2005 e 2006. Ministério da Fazenda – Secretaria da Receita Federal (Coordenação-Geral de Política Tributária), 2006. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária.

Nota-se que a soma dos gastos com planos de saúde dos servidores federais (cujos recursos provêm diretamente do Tesouro Nacional) com os gastos de determinadas empresas estatais atinge quase 10% do total de gastos com planos privados de saúde no País.

No mesmo Quadro 3, as deduções tributárias computadas – que representam cerca de 7% do total dos gastos com planos de saúde – devem ser consideradas como valores não arrecadados e não como despesas (aqui estão incluídas as despesas médicas particulares). Por isso, estão sendo superestimadas, não representam apenas as deduções com os planos de saúde.

Por outro lado, vale considerar que para este cálculo não foram consideradas as deduções (cerca de R\$ 1 bilhão em 2005) referentes às instituições filantrópicas (Santas Casas, principalmente), sendo que muitas das quais comercializam planos de saúde e integram a rede de prestação de serviços de empresas de assistência suplementar.

Ressalta-se, ainda, que essas estimativas não incluem os gastos dos governos estaduais e federais, nem os gastos das demais empresas estatais. Caso estes gastos pudessem ser discriminados, a importância dos aportes de recursos de fontes públicas para o financiamento de planos privados de saúde ficaria ainda mais evidente.

Tal padrão de financiamento foi herdado do regime militar, que, em troca de benefícios fiscais, convocou as empresas empregadoras para o esforço de expansão de coberturas previdenciárias, inclusive assistência médica. Ou seja, esse modelo, que não é novo, foi preservado e até ampliado ao longo do tempo.

Nesse sentido, a proposta de “universalizar” o plano de saúde para os servidores do governo federal – que está na pauta na Mesa Nacional de Negociação² e tem por objetivo a suposta “democratização das relações de trabalho no serviço público federal” – é um passo na direção contrária à universalização da saúde.

Recursos públicos financiam a ANS

Outra via de aporte de recursos públicos envolvida com a assistência suplementar diz respeito ao financiamento da ANS. Como se observa na Tabela 2, os aportes de recursos do Tesouro Nacional financiam aproximadamente metade das despesas da ANS. É importante ressaltar que parte significativa destes recursos provenientes de fontes públicas destina-se ao financiamento dos gastos com a operacionalização das atividades de regulamentação (despesas correntes). Os gastos com pessoal, incluindo os gastos com o pagamento de planos privados de saúde dos funcionários da ANS, representam cerca de 30% do total de despesas.

Tabela 2 – Receitas da ANS 2003, 2005 e 2006

Fontes Recursos	2003		2005		2006	
	Despesa Realizada	%	Despesa Realizada	%	Despesa Realizada	%
Tesouro	24.173.647	28,8	4.006.817	3,9	4.947.057	4,7
Contribuição Social – Tesouro	9.555.649	11,4	35.503.733	34,5	45.992.407	43,7
Contribuição Seguridade – Tesouro	—	0,0	4.171.569	4,1	0	0,0
Poder de Polícia (Rec. Próprios)	38.986.971	46,4	51.468.221	50,0	49.040.615	46,6
Recursos Financeiros Próprios	4.225.273	5,0	3.008.997	2,9	689.596	0,7
Recursos Financeiros Superávit/Aplicação	6.993.902	8,3	5.772.302	5,6	4.669.212	0,0
Total	83.935.442	100	103.931.639 102.918.894(*)	100	105.338.887	100

Fonte: Relatórios de Gestão 2003, 2005 e 2006 da ANS

(*) Valor que consta do Relatório da ANS, mas não corresponde à soma das receitas assinaladas para o ano de 2005

A natureza pública de cerca de metade dos recursos que financiam a ANS levanta a questão sobre a pertinência ou não de usar parte destes recursos como empréstimos para empresas de planos e seguros de saúde com problemas econômico-financeiros (Quadro 3).

Quadro 3 – Empréstimos concedidos pela ANS para a liquidação de empresas de planos de saúde privados

Ano	Valor	Var %
2004	2.245.460,86	
2005	4.006.817,00	78,44
2006	4.002.911,00	-0,10

Fonte: Relatórios de Gestão da ANS 2005 e 2006

Ainda que os valores não sejam vultosos e que sejam aplicados, fundamentalmente, para remunerar diretores (de intervenção) nas empresas sob intervenção, é paradoxal que recursos públicos sejam empregados para sanear problemas de gestão de empresas privadas. Observa-se, ainda, que os valores concedidos para empréstimos dobraram entre 2004 e 2005 e se mantiveram estáveis em 2006 (Quadro 3).

Os recursos assistenciais públicos envolvidos com a assistência de planos de saúde

Ainda não é possível dimensionar, em termos financeiros, o intenso trânsito de clientes de planos de saúde em busca de recursos assistenciais públicos. Sabe-se que as áreas nas quais este fluxo é mais intenso são exatamente aquelas de maior custo/complexidade. As informações disponíveis não permitem estimativas sobre o impacto financeiro dos atendimentos relativos, por exemplo, a terapias renais substitutivas, atendimentos de urgência/emergência, transplantes, atendimentos a transtornos mentais, atendimentos a pessoas vivendo com HIV/Aids e a portadores de doenças infecciosas, atendimentos oncológicos, uso de medicamentos excepcionais, dentre outros, que clientes de planos de saúde buscam frequentemente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei dos Planos de Saúde criou o ressarcimento ao SUS para toda vez que um cliente de plano de saúde for atendido em um hospital ou serviço público de saúde. Para identificar os atendimentos, a ANS utiliza o cadastro nacional de beneficiários de planos de saúde, cruzado com as autorizações de internação hospitalar (AIHs) disponíveis no Datasus/Ministério da Saúde.

Segundo a ANS, o SUS realiza anualmente algo em torno de 12 milhões de internações. Desse total, cerca de 200 mil casos referem-se a pessoas que possuem planos privados de assistência à saúde, o que representa cerca de R\$ 1 bilhão. Mas 58% das internações de beneficiários do sistema privado de saúde no SUS não podem ser legalmente cobradas para fins de ressarcimento, pois os contratos destes planos e, em muitos casos, a própria legislação, não prevêem as coberturas atendidas pelo SUS.

A ANS, em seis anos de funcionamento, cobrou das operadoras R\$ 463.582.951,00. Destes, foram ressarcidos ao SUS apenas R\$ 71,2 milhões, devido a recursos administrativos no âmbito da ANS e a ações judiciais movidas pelas operadoras. O Tribunal de Contas da União³ afirmou que a ANS é, em grande parte, responsável pelo péssimo retorno do ressarcimento ao SUS.

Quem são os beneficiários dos gastos com saúde?

Como se sabe, é gritante no Brasil a iniquidade na distribuição de recursos para a saúde. Os cidadãos que pagam direta ou indiretamente um plano de saúde gastam mais com saúde e são mais saudáveis. A disparidade dos recursos disponíveis para as clientela cobertas e não-cobertas por planos de saúde privados pode ser observada no Quadro 4, que traz informações sobre os gastos do SUS e com

planos de saúde privados para o ano 2004 (dados mais recentes disponíveis para a soma dos gastos da União, estados e municípios).

Quadro 4 – Dimensionamento da demanda, oferta e gastos com saúde segundo tipo de cobertura

Tipo de Cobertura	Demanda	Gastos com Saúde (1) / Receita das Empresas de Planos de Saúde + Gastos com Planos de Saúde de Estadais Selecionadas (2)	Estimativa de Gastos per capita (3)
SUS	Pelo menos 75% da população	R\$ 65.105 bilhões	R\$ 358,55*
Planos e Seguros Privados de Saúde	25% do total da população	R\$ 33.216 bilhões	R\$ 741,78**

Fontes: (1) Ministério da Saúde, SIOPS 2006 – estimativa de gastos públicos (federal + estadual + municipal); (2) ANS, 2006 + Gastos com saúde de empresas estatais selecionadas; (3) IBGE, Estimativa de População, julho de 2004.

* Inclui outros gastos com saúde que não os assistenciais, inclusive pagamento de pessoal, considerando a cobertura para 100% da população. ** Gastos essencialmente assistenciais considerando apenas os clientes de planos de saúde (25% da população estimada para 2005).

Apesar da enorme diferença dos gastos com saúde entre os que estão vinculados aos planos de saúde e o restante da população, não se pode afirmar que há uma homogeneidade no segmento populacional coberto pelos planos de saúde. Existe uma estratificação interna no mercado de assistência suplementar: o perfil e a qualidade da assistência oferecida estão relacionados ao valor da mensalidade. Um claro exemplo ocorre no âmbito dos planos para funcionários públicos e de empresas estatais, como demonstra o Quadro 5.

Os empregados complementam o pagamento de seus planos de saúde e de seus respectivos dependentes, o que torna os valores correspondentes a cada contrato

Quadro 5 – Gastos por beneficiários de empresas selecionadas (Brasil 2005, apenas a parte do empregador)

Nome da Empresa/Instituição	Número de Beneficiários	Gasto/Beneficiário/Mês
Caixa Econômica Federal	224.628	81,05
BNDES	7.793	471,76
Furnas	23.903	203,00
Poder Legislativo	106.608	68,13
Poder Judiciário	231.297	72,15
Poder Executivo	1.797.464	31,46

Fontes: Balanço/Relatório Social da Caixa Econômica, BNDES e Furnas 2005; Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Empregados e seus Dependentes – Lei nº 10.934, de 11 de agosto de 2004, Inciso XIV, Alínea “a”, do Anexo III das Informações Complementares ao PLOA 2005.

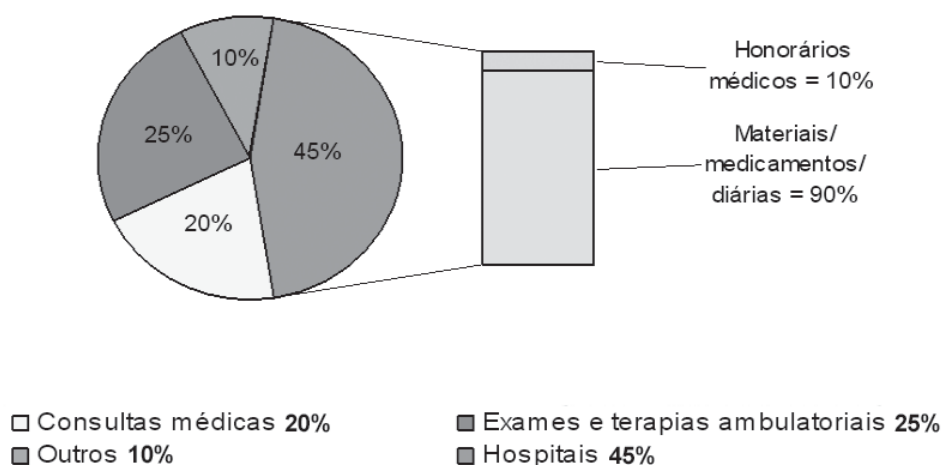
ainda mais elevados. Tomando como parâmetro o valor mensal de R\$ 82,95, que corresponde ao preço médio mensal da contraprestação dos planos de saúde (segundo os dados da ANS que registram, para o ano de 2005, a existência de 35.624.035 contratos de planos de saúde e 35.461 bilhões de receita de contraprestações), nota-se que os empregados de estatais e servidores públicos federais do Poder Legislativo e do Poder Judiciário estão cobertos por planos de saúde com valores superiores aos da média nacional. Já as coberturas para os funcionários do Poder Executivo, ainda supondo que complementem seus planos com o pagamento de 1/3 do valor pago pelo empregador, são efetivadas por meio de contratos com valores abaixo da média nacional.

Quem recebe os recursos que financiam os planos de saúde?

É possível estimar o destino dos recursos que financiam os planos de saúde com base nas informações sobre a estrutura das despesas das empresas de assistência suplementar. Segundo o Guia Saúde da Funenseg (Escola Nacional de Seguros), de 2003, a estrutura de despesas das empresas de planos e de saúde é assim constituída: 42,1% internações hospitalares, 19% exames laboratoriais para pacientes externos, 11,8% para consultas médicas e 27,1% para outros procedimentos. Mas essas proporções devem ser vistas somente como balizamento geral. No Brasil, as informações sobre o perfil da estrutura e a variabilidade de despesas das empresas de planos de saúde são incipientes.

Consequentemente, as estimativas a seguir, sobre o destino dos recursos que financiam os planos de saúde, baseiam-se na utilização de *proxies* (parâmetros estilizados). Trata-se de um exercício preliminar para a compreensão do fluxo financeiro que se estabelece entre as empresas de assistência suplementar, médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico.

Distribuição Teórica das Despesas Assistenciais das Empresas de Planos e Seguros de Saúde



Considerando teoricamente a seguinte distribuição de despesas: 45% hospitais, 20% consultas médicas, 25% exames complementares e 10% outros procedimentos e, ainda que cerca de 10% dos gastos hospitalares correspondam ao pagamento de honorários médicos, seriam obtidos os seguintes parâmetros.

Aplicando esses critérios de distribuição de recursos aos dados sobre despesas assistenciais informados pelas empresas de planos de saúde à ANS em 2006 – no montante total de R\$ 30.241.516.581,00 – os médicos e hospitais seriam destinatários dos valores expostos no Quadro 6.

Quadro 6 – Destinação teórica das despesas assistenciais para médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico

Profissionais/ Estabelec. de Saúde	% Despesas Assistenciais Empresas de Planos de Saúde	Valor em R\$ 2006	Número Total de Médicos/ Estabelec.	Número de Médicos/ Estabelec. Rede Planos de Saúde	Remuneração/ Faturamento Anual	Remuneração/ Faturamento Mensal (em R\$)
Médicos	30	9.072.454.974	320.005	224.004	40.501	3.375
Hospitais	35	10.584.530.803	7.000	4.000	2.646.133	220.511
Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	25	7.560.379.145	14.500	13.000	581.568	48.464

Fontes: Despesas Assistenciais – ANS, Caderno de Informações da Saúde Suplementar, março de 2007.
Número de profissionais: Conselho Federal de Medicina, disponível em <http://www.portalmedico.org.br>
Número de estabelecimentos: IBGE/AMS/2005, Fenaseg, Abramge e Unimed (Central Nacional).

Como os valores teóricos expostos no Quadro 6 representam médias, eles devem ser reinterpretados à luz de evidências empíricas sobre os diferenciais do faturamento dos hospitais considerados de primeira linha e dos categorizados como de terceira linha; sobre a capacidade operacional das unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; e sobre os valores de remuneração de procedimentos médicos.

Segundo dados da ANAPH (Associação Nacional dos Hospitais Privados), que congrega os hospitais denominados de primeira linha, o valor da receita líquida de 27 hospitais em 2004 (R\$ 3.226.504.094,94) representou cerca de 30% do total dos gastos hospitalares das empresas de planos de saúde em 2006. Com base nesses dados, o faturamento de cada hospital associado à ANAPH (subtraindo-se do cálculo a remuneração proveniente de fontes públicas) é pelo menos 40 vezes maior do que o da média dos outros hospitais da rede das empresas de planos de saúde.

Atualmente, os dados disponíveis não permitem inferências sobre as especificidades do fenômeno de concentração/distribuição dos recursos provenientes das empresas de planos de saúde em relação aos médicos e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Pode-se afirmar apenas que o aprimoramento e a divulgação das informações sobre o destino dos recursos são essenciais ao conhecimento e à transparência quanto ao fluxo do financiamento dos planos de saúde privados.

NOTAS

1 Os gastos tributários são desonerações que correspondem a gastos indiretos de natureza tributária. Ou seja, tratam-se de renúncias que podem ser consideradas exceção à regra geral da legislação tributária uma vez que têm a intenção de aliviar a carga tributária de uma classe específica de contribuintes, de um setor de atividade econômica ou de uma região e que, em princípio, poderiam ser substituídas por despesas orçamentárias diretas. Segundo a Secretaria da Receita Federal (2003), os objetivos dos gastos tributários são os de promover o desenvolvimento econômico ou social por intermédio de recursos não-orçamentários e por meio do sistema tributário. As finalidades dos gastos tributários são: (i) compensar gastos realizados pelos contribuintes com serviços não atendidos pelo governo; (ii) compensar ações complementares às funções típicas de Estado desenvolvidas por entidades civis; (iii) promover a equalização das rendas entre regiões; ou, ainda, (iv) estimular determinadas áreas da economia ou localidades.

2 A Mesa Nacional de Negociação Permanente foi instalada em fevereiro de 2003. Em 22/07/04 o protocolo estabelecido entre o governo federal e as entidades representativas dos servidores públicos civis da União foi publicado no Diário Oficial da União e o regimento institucional da MNNP em 22/07/04. A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento coordena a MNNP e em seu âmbito foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social da SRH para tratar questões relacionadas à saúde ocupacional e assistência médica e social do servidor.

3 Acórdão 1146/2006 do TCU, Ministro Relator Augusto Nardes, publicado no DOU em 17/07/2006.

Recomendações

Nove anos após a aprovação da Lei 9.656/98, o diagnóstico apresentado pelo Cremesp e pelo Idec revela as deficiências e os impactos negativos da fraca atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

É inaceitável que uma agência reguladora, com cerca de mil profissionais em sua estrutura e com orçamento anual de R\$ 111 milhões (Relatório de Gestão, 2006) atue somente sobre parte dos contratos de planos de saúde e priorize, sem sucesso, os aspectos econômico-financeiros, em detrimento da assistência à saúde.

Neste sentido, o Cremesp e o Idec recomendam à ANS:

1. Que assuma de fato o seu papel regulador e fiscalizador de todo o mercado, conforme determina a Lei 9.961/00, valendo-se inclusive do Código de Defesa do Consumidor e das demais legislações aplicáveis.

2. A revisão de todas as normas editadas pela ANS que se mostraram ilegais e contrárias à Lei 9.656/98, ao Código de Defesa do Consumidor e à Constituição Federal. Dentre as Resoluções que devem ser revistas destacam-se: Resolução 11 do Consu, que dispõe sobre os transplantes; Resolução 13 do Consu, que trata das urgências e emergências; Resolução 15 do Consu, que exclui a cobertura de acidentes de trabalho e doenças profissionais; Resolução Normativa 82 da ANS, que trata dos procedimentos de alta complexidade; e Resolução Normativa 63 da ANS, que trata do aumento por mudança de faixa etária.

3. A elaboração de norma e a adoção de medidas que permitam a mobilidade dos consumidores, ou seja, a mudança entre operadoras de planos de saúde sem a necessidade do cumprimento de novas carências.

4. A intervenção no processo de “falsa coletivização” de planos de saúde,

tendência crescente do mercado, o que tem levado os usuários contratantes a se tornarem ainda mais vulneráveis.

5. Fiscalização e devida punição das infrações relacionadas aos contratos coletivos, inclusive os aumentos abusivos e as rescisões unilaterais.

6. A implantação de uma nova política de preços e de reajustes dos planos de saúde que seja direcionada a todo o mercado, que inclua planos novos e antigos, individuais e coletivos. Os critérios adequados devem ser definidos após consulta a instituições independentes e especializadas, garantida a transparência e o diálogo da ANS com usuários, prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

7. A intervenção, conforme determina a legislação, na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Os médicos e demais profissionais de saúde estão cada vez mais submetidos a pressões e imposições que prejudicam os pacientes. Neste sentido, a Resolução Normativa 71 deve ser revista pela ANS, considerando, dentre outras sugestões feitas pelas entidades médicas, a restrição ao descredenciamento unilateral pelas operadoras e a definição de regras e data-base para o reajuste dos honorários.

8. A revisão das normas e da atuação da ANS em relação aos problemas econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Diante de cada caso deve ser estabelecido imediatamente um canal de comunicação transparente com os usuários e os prestadores de serviços da operadora em crise.

9. Aprimoramento dos sistemas de identificação e cobrança, para fins de ressarcimento, de todos os atendimentos prestados pelo SUS aos usuários de planos de saúde. Devem ser criados procedimentos e prazos administrativos mais eficientes e ágeis para a apuração e julgamento das impugnações feitas pelas operadoras; além da revisão das normas, que limitam as coberturas dos contratos.

10. O posicionamento claro da ANS sobre a utilização de recursos públicos envolvidos direta e indiretamente com os planos de saúde privados; e sobre a relação da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DIRETORIA

PRESIDENTE

Desiré Carlos Callegari

VICE-PRESIDENTE

Luiz Alberto Bacheschi

1º SECRETÁRIO

Henrique Carlos Gonçalves

2º SECRETÁRIO

Renato Azevedo Júnior

TESOUREIRA

Marli Soares

TESOUREIRO SUPLENTE

Nacime Salomão Mansur

CORREGEDOR

Krikor Boyacian

CORREGEDOR ADJUNTO

Ruy Yukimatsu Tanigawa

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Antonio Pereira Filho

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Gaspar de Jesus Lopes Filho

DEPARTAMENTO FISCALIZAÇÃO

João Ladislau Rosa

DELEGACIAS DA CAPITAL

Rui Telles Pereira

DELEGACIAS DO INTERIOR

Kazuo Uemura

CONSELHEIROS

Adamo Lui Netto, Akira Ishida, Alfredo Rafael Dell'Aringa, André Scatigno Neto, Antonio Pereira Filho, Bráulio Luna Filho, Caio Rosenthal, Carlos Alberto Monte Gobbo, Clóvis Francisco Constantino, Desiré Carlos Callegari, Eurípedes Balsanufu Carvalho, Fábio Henrique Gregory, Gabriel David Hushi, Gaspar de Jesus Lopes Filho, Gilberto Luiz Scarazatti, Henrique Carlos Gonçalves, Henrique Liberato Salvador, Ieda Therezinha do Nascimento Verreschi, Isac Jorge Filho, João Ladislau Rosa, João Márcio Garcia, Jorge Carlos Machado Curi, José Henrique Andrade Vila, José Manoel Bombarda, José Marques Filho, Kazuo Uemura, Krikor Boyacian, Lavínio Nilton Camarim, Luiz Alberto Bacheschi, Luiz Carlos Aiex Alves, Marco Tadeu Moreira de Moraes, Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Marli Soares, Moacyr Esteves Perche, Nacime Salomão Mansur, Pedro Henrique Silveira, Reinaldo Ayer de Oliveira, Renato Azevedo Júnior, Renato Ferreira da Silva, Renato Francoso Filho, Rui Telles Pereira e Ruy Yukimatsu Tanigawa.

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec

CONSELHO DIRETOR

Silvia Vignola (presidente)

Marcelo Gomes Sodré

Marcelo Sousa

Rachel Biderman Furriela

Vera Maria Lopes Ponçano

Vicente Pimenta Júnior e

Vidal Serrano Júnior

CONSELHO CONSULTIVO

Ada Pellegrini Grinover

Cláudia Lima Marques

Evaldo Alves

Hartmut Glaser

João Batista de Almeida

Luciano Coutinho

Maria de Fátima Pacheco Jordão

Mariângela Sarrubo Fragata

Paulo Affonso Leme Machado

Regina Parizi

Renato Janine Ribeiro

Rodrigo Rebello Pinho

Sérgio Mendonça

Sérgio Seigi Shimura

Silvio Valle

Sueli Carneiro

Sueli Dallari

Vera Vieira

Walter Barelli

COORDENADORA EXECUTIVA

Marilena Lazzarini

COORDENADOR EXECUTIVO-ADJUNTO

Marcos Vinicius Pó

Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/98

Maio de 2007

Coordenação

Renato Azevedo Júnior

Autores

Andrea Lazzarini Salazar

Daniela Batalha Trettel

Lígia Bahia

Mário Scheffer

Colaboradores

Fernando Fulanetti

Juliana Ferreira

Júlio Moura

Karina Grou

Thaís Souto

Diagramação

José Humberto de S. Santos

Conselho Regional de Medicina de São Paulo – Cremesp

Rua da Consolação, 753

01301-910 – Centro – São Paulo/SP

Tel.: (11) 3017-9300

E-mail: asp@cremesp.org.br

Site: www.cremesp.org.br

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – Idec

Rua Doutor Costa Júnior, 356

05002-000 – Água Branca – São Paulo/SP

Tel.: (11) 3874-2152

E-mail: institucional@idec.org.br

Site: www.idec.org.br

Autorizamos a reprodução, desde que previamente solicitada ao Cremesp ou ao Idec

Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007.

79 p.

1. Planos de saúde 2. Defesa do consumidor 3. Políticas de saúde I. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo II. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. III. Título