

Durante audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), nesta terça-feira (4), representantes dos usuários que tiveram o cancelamento unilateral de contratos coletivos de planos de saúde defenderam a aprovação de um projeto de lei que estabeleça a “proibição total” desse tipo de rescisão. Por outro lado, representantes da saúde suplementar alegaram “desequilíbrio financeiro” no setor e pediram uma resolução que busque a sustentabilidade do sistema a longo prazo. O debate contou com a participação de 13 convidados.

Uma das requerentes da audiência pública, senadora Damares Alves (Republicanos-DF), informou que nos últimos dias os senadores têm sido “bombardeados” com pedidos de cidadãos para que o Congresso Nacional busque uma alternativa sobre o tema.

— A sociedade está vindo aos nossos gabinetes por meio de e-mails, das nossas redes sociais. Estão vindo de forma física porque o assunto está inquietando a sociedade e essa comissão precisava dar essa resposta. Talvez não seja a resposta que a sociedade esperava, mas a Comissão está cumprindo o seu papel de atender ao pedido da sociedade e de todos os senadores que estão com dúvida sobre o que de fato está acontecendo — disse Damares.

Segundo o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), nos últimos meses tem aumentado o número de queixas de consumidores sobre o cancelamento unilateral de planos de saúde, despertando, inclusive, a possibilidade de criação de uma CPI na Câmara dos Deputados para investigar o setor de saúde. Um dos pedidos apresentados já conta com cerca de 170 das 197 assinaturas necessárias para a instauração da CPI.

A mobilização fez com que o presidente da Câmara, Arthur Lira, se reunisse com representantes dos planos de saúde que, segundo o comunicado, comprometeram-se a reverter os cancelamentos unilaterais de contratos relacionados a algumas doenças e transtornos, como daqueles que têm o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O coordenador do programa de saúde do Idec, Lucas Andrietta, lamentou que a reunião do presidente da Câmara, Arthur Lira, sobre o tema tenha sido apenas com representantes das operadoras de planos de saúde, deixando de fora, justamente, a sociedade civil e os representantes daqueles que foram prejudicados pelos cancelamentos.

Na avaliação dele, as empresas buscam encontrar alguma brecha na legislação para criar exceções, mas que o Idec defende a proibição total do cancelamento unilateral para os planos coletivos, constituindo-se uma cláusula abusiva, como é atualmente com os planos individuais.

— O que estamos defendendo aqui é a proibição do cancelamento unilateral para todos os tipos de planos de saúde. Particularmente por entender que o principal problema da regulamentação do setor é o duplo padrão regulatório entre os planos individuais e os coletivos. Esse é um problema que não foi resolvido pela lei, que nunca foi equacionado e seguimos aqui ainda discutindo o desdobramento e problemas gerados por lacunas regulatórias em relação aos planos coletivos.

Andrietta ainda defendeu avanços como a regulamentação dos reajustes com critérios claros e transparentes da mesma forma como é feito com os planos individuais.

Os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a instância do governo responsável por regular esse setor, mostram que essas rescisões de contrato pelas empresas são relativamente frequentes.

Regras

Atualmente existem dois tipos principais de planos de saúde. O primeiro é o individual, que uma pessoa contrata diretamente para si ou para a família. O segundo é o coletivo, que geralmente é acertado por uma empresa para os funcionários — ou por sindicatos e entidades de classe para os

associados. Para os planos individuais ou familiares, a legislação proíbe o cancelamento unilateral do contrato, a menos que exista inadimplência ou fraude. No entanto, a mesma regra não vale para os convênios coletivos e, nesses casos, as empresas acabam fazendo cancelamento, recorrendo a cláusulas previstas no contrato que foi assinado. Para os usuários, essas cláusulas têm sido cada vez mais abusivas.

A coordenadora da Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps), Renê Patriota, disse que existe uma organização de "pretensão de exclusão de beneficiários vulneráveis" do sistema e que isso tem acontecido pela atitude "permissiva" da ANS. Na visão de Patriota, a agência precisa assumir a responsabilidade de regular o setor e impedir que cláusulas abusivas estejam previstas no contrato.

— Nós temos uma associada nossa que recebeu uma carta ontem da Qualicorp [gestora de planos de saúde], no dia 3 de junho, dizendo que o contrato dela está cancelado pela Amil, mas quem mandou a carta foi a Qualicorp. Nesse momento aqui nós temos várias cartas da Amil com a Qualicorp dizendo que o contrato está sendo cancelado unilateralmente, mas está lá no contrato. O contrato diz que pode ser cancelado unilateralmente, o contrato estabelece condições extremamente abusivas.

Violação de direitos

A defensora pública federal Carolina Godoy Leite disse que o cancelamento de forma unilateral é uma grave violação de direitos. Segundo a defensora, muitas mães de crianças autistas e idosos, que estavam em tratamento, estão procurando a defensoria pública por ainda constarem entre os beneficiários suspensos do serviço, mesmo após a decisão dos planos de interromper os contratos.

Além da questão do direito fundamental à saúde, a defensora informou que o caso envolve outras questões como má fé, insegurança jurídica e a função social dos contratos e que, além da solução estrutural, é preciso uma via emergencial para socorrer urgentemente os cerca de 70 mil contratos de pessoas vulneráveis cancelados de forma unilateral nos últimos meses.

— Além de todo o desamparo que essas pessoas ficam, quando elas aderem a um plano substituto há sensação de uma carência de informação que precisa ser suprida. Além desse compromisso das operadoras e gestoras de plano de saúde com relação as pessoas em situação de vulnerabilidade, a gente precisa que a ANS [Agência Nacional de Saúde] reforce a sua fiscalização, a sua regulação. Porque certamente a forma como os planos coletivos estão regulamentados, no momento, não tem sido suficiente para garantir nem o direito à saúde da população que conta com esses planos, nem a sustentabilidade dos planos.

Exclusão

Os representantes da sociedade civil e dos beneficiários, que estão tendo seus planos cancelados, observaram que a legislação brasileira dos planos de saúde não acompanhou as evoluções da medicina e dos diagnósticos nos últimos anos, mantendo lacunas que acabam promovendo essas exclusões e tratamentos desiguais e "desrespeitosos" na relação plano de saúde e beneficiário.

A presidente da Comissão Permanente da Pessoa com Deficiência da Câmara Municipal de Recife, Liana Cirne, disse que os planos têm partido de um pressuposto que se pode excluir os clientes "indesejáveis" porque causam um custo maior. Na opinião dela, o histórico de violência e exclusão às pessoas autistas se comprova desde o momento em que foi preciso incluir na lei que esses cidadãos "têm direito" de adquirir um plano de saúde. Ela sugeriu a apresentação de um projeto de lei que proíbe o cancelamento do plano de saúde a autistas enquanto o beneficiário estiver em tratamento ou estiver em internação.

Já a advogada Marllia Mendes de Sousa lembrou que o lucro líquido dos planos de saúde, em 2023, foi de R\$ 3 bilhões, conforme indicado pelo Painel Econômico e Financeiro da Saúde Complementar, divulgado pela ANS. Para ela, o atendimento universal e não segregado é um direito básico que

deve ser assegurado ao cliente.

— O tratamento com a pessoa com autismo não tem alta. E o autista tem a necessidade de um tratamento contínuo, e a situação é grave. Porque o autista, no caso a deficiência, a gente está falando de uma deficiência mental, é intelectual e que envolve pessoas que não têm, muitas vezes, uma fala funcional, são pessoas não verbais. São pessoas que por dificuldade na comunicação se tornam agressivas e tornam um caos a vida de uma mãe que muitas vezes tem que abandonar o seu trabalho para poder cuidar desse filho.

Na opinião do diretor do departamento de Proteção e Defesa do Consumidor da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon-MJSP), Vitor Hugo do Amaral, o Código de Defesa do Consumidor já é claro em relação aos direitos básicos do consumidor como proteção à saúde, à segurança e a sua vida e, nesse caso, deve ser recorrida a proteção do beneficiário do plano de saúde coletivo.

— Nós não podemos continuar repetindo ou talvez querendo entender que os planos de saúde coletivos não regulados pela ausência de uma norma específica não estão sob o manto do Código de Defesa do Consumidor. Nós temos legislação para isso. E nós não temos qualquer legislação. Nós temos uma legislação com mais de 30 anos e reconhecida em todo o mundo como uma das melhores leis de defesa do consumidor.

Desequilíbrio financeiro

No entanto, para os representantes dos planos de saúde e cooperativas o país precisa se debruçar em uma alternativa que busque a sustentabilidade do setor.

Na avaliação do diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), Marcos Novais, o atual cenário se tornou insustentável, na maioria dos contratos coletivos, porque as despesas dos planos coletivos têm aumentado e o valor da mensalidade não tem acompanhado os gastos. Para ele, é preciso buscar um equilíbrio na estruturação e sustentabilidade desse sistema que atende, atualmente, 51 milhões de usuários.

Ele usou como exemplo a aplicação de algumas tecnologias que, segundo o diretor, custam mais do que o valor arrecadado pelo plano mensalmente. O que tem levado, segundo dados apresentado por ele, ao cenário de desequilíbrio econômico em que 55% das operadoras do Brasil (responsáveis por atender cerca de 23 milhões de pessoas) estão operando no negativo.

— Há custos crescentes, porque incorporamos tecnologias de forma desorganizada também, seja porque a gente tem um aumento da frequência de utilização, porque estamos no período pós pandemia. Os custos crescem. E as mensalidades desse condomínio precisa crescer junto, só que quando elas crescem as pessoas vão saindo e deixam de financiá-lo. A gente precisa olhar para esse todo para tentar solucioná-lo.

Ainda de acordo com Novais, hoje 89 operadoras de saúde que atendem plano individual ou familiar estão com sinistralidade acima de 100%, com mais de 1,7 milhão de pessoas atendidas. Já no coletivo por adesão, são 75 empresas com desequilíbrio financeiro em mais de 100%. Conforme cálculos do diretor da entidade, atualmente seria necessário um reajuste de 29% para reverter essa situação.

Na opinião da senadora Teresa Leitão (PT-PE), a relação entre cliente e planos de saúde tem sido desrespeitosa e que é impossível manter um cenário em que somente o usuário acabe pagando a conta dos riscos que a lei do mercado oferece.

— O tratamento tem sido muito desrespeitoso sim. Quem se preserva de um plano mais elaborado, de um plano mais respeitoso, de um plano mais consistente no mercado, se preserva. Mas quem está no mercado, independente, entrou no mercado sabe que corre riscos. E os riscos não podem ser unilaterais, apenas para quem está pagando. Tem que ser também para quem está ganhando dinheiro. É risco. Mercado é cruel. A lei do mercado é esta.

Desperdício

Apesar de considerarem fundamental a incorporação de tecnologias de alto custo, os gestores avaliaram a necessidade de se estabelecer uma regulamentação desses valores. Para isso, defenderam a avaliação de valores, a regulamentação de preços e o protocolo de diretriz de utilização dos procedimentos.

O presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), Anderson Antônio Monteiro Mendes, apontou o desperdício como um dos gargalos que geram desequilíbrio financeiro. Ele apresentou pesquisa indicando que enquanto países como Inglaterra, Chile e países da OCDE realizaram uma média de 40 a 50 ressonâncias magnéticas por mil habitantes, em 2017 no Brasil esse número é de 162 exames. Para ele, o país tem uma saúde suplementar cara e ineficiente.

— Alguma coisa está errada, né? Isso tem muito a ver com a falta de integração, um exame que você faz num serviço e não é reconhecido no outro, e aí para participar do serviço você precisa repetir o exame porque o médico não consegue ter acesso aquilo que você já realizou. E isso vem gerando um desperdício que realmente vem na conta e a conta exclui pessoas.

O senador Dr. Hiran (PP-RR), que também é médico, criticou as normas que regem os contratos coletivos e a intermediação por operadoras e associações. Ele avaliou que é preciso ampliar o debate no sentido de criar um novo marco legal que garanta clareza, eficiência e transparência nesses contratos coletivos.

— O que vai acontecer com essa relação? Quem está prestando o serviço vai indicar o mínimo possível de exames, cirurgias mais dispendiosas para que sobre um pouco de recurso para remunerar essa instituição que está fazendo essa contratualização. Essa é uma relação difícil. Aliás nós estamos vivendo uma verticalização para as operadoras que além de dificultar o acesso dos usuários remunera muito mal quem presta o serviço. Então eu acho que nós precisamos aprofundar essa discussão.

ANS

A fundadora da Associação Vítimas a Mil, Letícia Fantinatti de Mello, teve omissão de socorro por falta de atendimento pelo plano através do descredenciamento. Ela disse que, mesmo com liminar, as operadoras têm se recusado a cumprir as decisões judiciais. Ela ainda reclamou da falta de acesso, no âmbito da ANS, para que os clientes possam reclamar ou denunciar.

— Em 2021 meu plano estava ativo, normal, e eu fui procurar um atendimento para um problema de saúde que me coloca em risco de vida. Eu fui para o hospital. Consegui dia 9 de dezembro iniciar o tratamento. Mas eu piorei e começou a atingir o rim. Dia 20 de dezembro eu entrei no mesmo hospital pedindo atendimento e eu fui colocada para fora.

A senadora Soraya Thronicke (Podemos-MS) também relatou dificuldades com acesso a informações básicas junto à ANS. Já em relação às liminares, a parlamentar disse que, em caso de descumprimento, é preciso comunicar o juiz e pedir a “prisão”, já que a aplicação de multa não está resolvendo.

A diretora-adjunta da diretoria de normas e habilitação dos produtos da ANS, Carla Figueiredo Soares, informou que a agência não tem notado nenhum aumento em relação ao número de cancelamentos dos planos de saúde coletivos. Ela observou que a atual legislação veda qualquer prática de seleção de risco por parte dos convênios e que a atuação da agência tem sido no sentido de garantir o cumprimento das normas em vigor.

— Não notamos, de janeiro de 2023 a abril de 2024, um grande aumento desses cancelamentos. A agência está sempre atenta a esse ponto, está acompanhando muito de perto — informou.

Fonte: Agência Senado, em 04.06.2024