

Por Lara Haje

Relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde adia apresentação de relatório para meados de agosto

Representantes de médicos e hospitais privados disseram que são prejudicados pela má remuneração das operadoras de planos de saúde. Eles participaram de audiência pública na Comissão Especial sobre Planos de Saúde nesta terça-feira (4). O colegiado analisa o [Projeto de Lei 7419/06](#) e mais 140 propostas apensadas que alteram a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) e que tramitam em regime de urgência na Câmara.

O relator da comissão, deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), informou que o substitutivo às propostas será apresentado em meados de agosto, e não mais antes do recesso parlamentar, como inicialmente previsto.

“Solicitei ao presidente [da Câmara] um pouco mais de paciência da Casa, para ouvirmos segmentos da sociedade organizada”, afirmou. A ideia é realizar pelo menos mais três audiências públicas antes da apresentação do relatório.

Marinho acredita que há um conflito instalado na sociedade nessa área, já que os interesses dos beneficiários, dos prestadores do serviço e das operadoras de planos de saúde são díspares. “E é nossa responsabilidade tentar conciliá-los”, acrescentou. Hoje o número de pessoas com planos de saúde no Brasil hoje chega a 47 milhões.

Desequilíbrio

O representante do Conselho Federal de Medicina (CFM), Salomão Rodrigues Filho, foi um dos que apontou desequilíbrio na correlação de forças atual entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde.

“Hoje o prestador é mal remunerado dentro do sistema”, salientou. “É necessária boa remuneração para o prestador”, reforçou. Conforme ele, a lucratividade das operadoras é bem elevada, acima de 10%.

Na opinião dele, não devem ser instituídas novas formas de remuneração, mas devem ser adotadas as já previstas na Lei 13.003/14, que modificou a Lei 9.656/98. Entre outros pontos, a lei de 2014 define que o contrato entre médico e operadora tenha cláusulas sobre o reajuste anual dos procedimentos. Se o reajuste não for definido até o final de março, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá estabelecer o valor.

Lucro de 4%

O presidente do Conselho de Administração da Associação Nacional dos Hospitais Privados, Francisco Balestrin, também acredita que o setor hoje é “totalmente desequilibrado”. Para ele, após 20 anos, a lei precisa de aperfeiçoamentos.

A premissa principal das mudanças na lei, na opinião dele, deve ser a centralidade do cidadão, além do equilíbrio e sustentabilidade do setor. “Precisamos trabalhar a qualidade da rede assistencial”, defendeu ainda.

O presidente substituto da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Leandro Fonseca, disse que o lucro médio do setor é 4%, mesmo que o de algumas empresas seja maior. De acordo com ele, a cada R\$ 100 que o consumidor paga de plano de saúde, R\$ 85 são para despesas assistenciais, e o

restante é de gastos administrativos e lucro.

O deputado Odorico Monteiro (PSB-CE), que pediu a audiência, afirmou que o Estado banca, por meio da renúncia fiscal, o sistema privado de saúde, deslocando dinheiro que seria do Sistema Único de Saúde (SUS). Para ele, há um subfinanciamento do sistema público.

Sem contraponto

Odorico lamentou a ausência de representante da entidade Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que, na visão dele, poderia fazer contraponto à visão dos médicos e hospitais.

O relator Rogério Marinho também criticou a ausência do debatedor, assim como de representante da Confederação Nacional das Santas Casas, que também foi convidado para a reunião e não compareceu.

Segundo ele, representantes da sociedade não debatem as propostas no momento de sua reformulação, mas querem modificá-las durante ou após a votação.

Fonte: Agência Câmara Notícias, em 04.07.2017.