

## **Diante de um consumidor mais empoderado, setor debate alternativas de comunicação durante a Conseguro**

A equidade nas relações das operadoras de saúde e beneficiários no Brasil passa pela transparência; pela simplificação dos contratos; por uma linguagem mais clara nas especificações; por maior informação para evitar o desperdício e no encontro de soluções dialogadas, sem tanta judicialização. Em resumo, esse foi o norte do debate em torno da Proteção do Consumidor nas Relações de Saúde Suplementar, um dos temas do segundo dia da 7ª Conferência de Proteção do Consumidor de Seguro, que acontece no Rio de Janeiro, em paralelo com a 8ª CONSEGURO.

“Que nos próximos 27 anos, possamos aprimorar os contratos e torná-los mais simples, objetivos e claros. Que possamos incentivar o consumidor a conhecer seus direitos e compreender seus deveres, até para que possam questionar; e que possamos construir soluções dialogadas, sem a interferência dos órgãos fiscalizadores. Que esse diálogo possa ser construído com instrumentos de mediação ou da conciliação e que possa ser tecido em conjunto com a contribuição do conhecimento e experiência de todos”, sublinhou Angélica Carlini, advogada e especialista na área de Saúde Suplementar.

Do início ao fim de sua palestra, Angélica – sócia da Carlini Sociedade de Advogados – ressaltou a importância do Código de Defesa do Consumidor (CDC), sobretudo, para proteger a vulnerabilidade do consumidor brasileiro, geralmente impactado pela deficiente educação formal e ausência de políticas públicas de educação financeira. Na opinião da advogada, o CDC chegou no momento certo, principalmente na área de saúde suplementar que, naquela época (1991) não era regulada nem possuía legislação própria. “O CDC foi de enorme importância naquele momento, com vigorosa aplicação e solução para problemas vitais que colocavam muitas pessoas em situação de vulnerabilidade”, enfatizou.

Ela destacou, no entanto, que, por mais que a integralidade e a universalidade sejam possíveis e buscadas na área de saúde preventiva e básica a que todos os cidadãos têm direito, em se tratando de saúde, não se pode dar tudo o que se tem disponível a todos, principalmente quando se trata de procedimentos e estruturas médicas. “Mas dar tudo a todos quando se trata de acesso a procedimentos mais complexos, caros, que exigem equipamentos, materiais ou medicamentos de alto custo não é possível porque não existem recursos para isso nem no setor público nem no setor privado”, atestou.

Para o presidente da Evidências Consultoria, Otávio Clark, um dos grandes responsáveis pelo desequilíbrio no sistema de saúde suplementar é o desperdício, tanto das operadoras de planos, quanto dos usuários. Segundo ele, existe uma série de situações clínicas que dispensam médico ou tratamento. É o caso, por exemplo, de teste de esforço ou exame de eletrocardiograma para quem pretende fazer exercício físico. De acordo com Clark, que é oncologista de formação, todas as evidências científicas, atestadas, inclusive, por quatro das maiores organizações de cardiologia do mundo, fazem recomendação contrária a esses procedimentos para quem deseja praticar esporte porque não há exame que mostre a previsibilidade de se ter enfarto e que garanta que a pessoa não terá problema. “Esse tipo de desperdício, que é feito aos milhares no Brasil, é um dos principais motivos do desequilíbrio que existe nas contas do setor”, atestou.

De acordo com Clark, estima-se que no Brasil, 30% do que se gasta em saúde suplementar são desperdícios com coisas que muitas vezes não funcionam para o consumidor e que provocam reajustes de 13,5% nos planos. “Isso é insustentável. Se tivermos reajuste dessa ordem a cada ano, em 6 anos e meio, o custo do plano de saúde dobrará. Precisamos debater isso com clareza”, assinalou.

Diante desse cenário possível de que, a médio prazo, o sistema de saúde suplementar não

aguentará fazer frente às futuras demandas, o diretor da Bradesco Saúde Flávio Bitter disse considerar de grande relevância a discussão em torno desses desequilíbrios. “É o dever de casa do mercado. As operadoras de saúde têm papel fundamental de organizar melhor o sistema e seu modelo”.

Paulo Jorge Rascão Cardoso, diretor técnico da Amil, lembrou que, há 4 anos, a operadora amargou a liderança no índice de reclamações na ANS, o que fez com que a buscasse soluções “dentro da própria casa”, mudando procedimentos e criando novos canais de comunicação com os clientes. Em 2015, informou, a proporção eram de seis reclamações para cada 10 mil beneficiários Amil. Atualmente, frisou, a proporção é de 3. “Colocamos o dedo na ferida, resolvemos internamente, colocando o cliente no centro das discussões”, destacou.

**Fonte:** [CNseg](#), em 21.09.2017.