

DE QUEM É A RESPONSABILIDADE PELA PROTEÇÃO DOS RECURSOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR? FATOS E ARGUMENTOS DEVEM CAMINHAR JUNTOS!

Angélica Carlini

Advogada, Docente do ensino superior e Vice-Presidente do Instituto Brasileiro de Direito Contratual – IBDCONT.

No Brasil a lei mais importante é a Constituição Federal que está em vigor desde 1988. Nenhuma outra lei pode contrariar o que está determinado na Constituição Federal sob pena de se tornar lei inconstitucional e, portanto, sem efeito legal ou legítimo.

A Constituição Federal brasileira é bastante detalhada e trata de inúmeros temas que estão presente no cotidiano de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país. Quando alguém decide contratar um plano de saúde, por exemplo, pode fazê-lo porque a Constituição Federal em seu artigo 199 determina que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, o que significa que empresas podem se organizar para prestar serviços de saúde no Brasil.

Fausto Pereira dos Santos¹, que foi presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, relembra a respeito da história dos planos de saúde no Brasil:

O início das atividades de saúde suplementar no Brasil inscreve-se na década de 1960 quando algumas empresas dos setores industrial e de serviços começaram a oferecer assistência à saúde aos seus funcionários, sem nenhum tipo de regulação pública.

Pietrobon, Prado e Caetano² relatam sobre o início da saúde suplementar no país:

¹ SANTOS, Fausto Pereira dos. SAÚDE SUPLEMENTAR – IMPACTOS E DESAFIOS DA REGULAÇÃO. Disponível em: file:///D:/DADOS/Downloads/48114-Texto%20do%20artigo-201603-1-10-20170728.pdf. Acesso em 17 de setembro de 2020.

No Brasil, a saúde suplementar começou sua estruturação após a revolução industrial, momento em que surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que pertenciam a diversas categorias e representavam os trabalhadores urbanos e que compravam as prestações de serviços de saúde. Paralelamente, nos anos 40, apareceram também as Caixas de Assistência, como a dos funcionários do Banco do Brasil (Cassi), que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à previdência social. Nos anos 50, surgem os sistemas assistenciais próprios fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. Os IAPs, no ano de 1966, são então unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos. Portanto, a década de 60 foi um marco na história da saúde suplementar, pelo fato de boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde e, ainda, por serem observadas diversas possibilidades de assistência médica: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Todas essas possibilidades ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa.

² PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do and CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* [online]. 2008, vol.18, n.4 [cited 2020-09-17], pp.767-783. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>.

A organização da saúde suplementar no Brasil ocorreu, portanto, por pelo menos dois fatores primordiais: (i) a ausência de um serviço público que alcançasse toda a população; e, (ii) a necessidade de propiciar aos trabalhadores da indústria condições adequadas para cuidarem de sua saúde e também de seus familiares.

Os empresários da indústria, comércio e serviços organizaram com médicos, hospitais, clínicas e laboratórios sistemas privados de atendimento à saúde tanto em caráter preventivo como para necessidades de tratamento. Com isso, foi garantido aos trabalhadores brasileiros e suas famílias assistência à saúde com qualidade, eficiência e bons resultados.

A trajetória histórica dos planos de saúde no Brasil demonstra que a qualidade, eficiência e os bons resultados continuaram a existir ao longo dos quase 60 anos de existência. Duas evidências comprovam essa afirmação.

Em 2015, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS contratou o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística – IBOPE para realizarem pesquisa sobre interesse dos brasileiros na contratação ou conservação de planos de saúde. O resultado³ encontrado merece ser cuidadosamente analisado.

Pesquisa realizada pelo IBOPE Inteligência a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) revela que 75% dos brasileiros que possuem plano de saúde estão satisfeitos ou muito satisfeitos com seus planos. O plano de saúde foi apontado como o terceiro maior desejo dos brasileiros, atrás apenas da educação e da casa própria, respaldando o resultado de 86% que afirmam

³ Disponível em:

<https://www.iess.org.br/?p=imprensa&categoria=noticia&id=101#:~:text=O%20plano%20de%20sa%C3%BAde%20foi,Veja%20os%20resultados>. Acesso em 17 de setembro de 2020.

pretender “com certeza” ou “provavelmente” permanecer com o plano já contratado.

São dois números muito altos: 75% que possuem planos de saúde estão satisfeitos ou muito satisfeitos e, 86% afirmam que desejam “com certeza” ou “provavelmente” permanecer com o plano contratado.

Outro dado relevante é que a contratação de saúde suplementar se coloca no terceiro lugar entre os desejos dos brasileiros, atrás da educação e da casa própria.

Há ainda um dado que merece ser estudado, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 01 de julho de 2020, e que dá um retrato do volume de procedimentos em saúde realizados na saúde suplementar em 2019: 1.616.396.995 somados procedimentos em saúde e odontológicos.

Considerados somente os dados da saúde suplementar foram realizadas 227 milhões de consultas médicas; 917 milhões de exames; 8 milhões de internações e 72 milhões de terapias. Tudo isso para 47 milhões de usuários!

Esses dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, demonstram que o atendimento tem sido realizado de forma consistente e eficiente. Não representa que não existam problemas para serem corrigidos e aprimoramentos a serem implementados, mas oferece uma fotografia bastante positiva do atendimento do setor o que é comprobatório de que ele cumpre as obrigações legais, regulatórias e contratuais assumidas.

Trata-se de setor econômico com história e maturidade; com atendimento comprovado; e, com desejo dos usuários pela manutenção e contratação.

Como compreender a atuação dos poderes judiciário e legislativo que quase de forma cotidiana interferem nas relações de saúde

suplementar sem apresentarem evidências de que seja preciso realizar essa interferência.

Dois temas podem ser utilizados para fomentar essas reflexões: o primeiro, o rol de procedimentos previsto na Lei 9.656, de 1998 e que constantemente é discutido como sendo apenas uma referência e, portanto, sem taxatividade; e, o segundo tema é o aumento das mensalidades praticado pelas operadoras de saúde para os planos coletivos empresariais e coletivos por adesão.

A respeito do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS argumentam alguns estudiosos de direito que não pode haver restrições para tratamentos em saúde, cabendo somente ao médico o poder de definir o que é melhor para seu paciente.

Se por um lado não há dúvida sobre a autonomia médica garantida por lei no Brasil, por outro lado é preciso indagar como será possível custear tratamentos em saúde sem fixação prévia dos eventos para poder organizar o fundo mutual para custear as despesas. Saúde suplementar se organiza tendo por base o mutualismo: todos contribuem para que muitos possam utilizar durante o tempo de vigência do contrato.

Esse fundo é organizado com rigorosos cálculos atuariais, estatísticos e de probabilidades, baseados fundamentalmente em eventos pregressos, já ocorridos, que fornecem as diretrizes para que seja possível prever o que vai ser gasto e o montante necessário para formar o fundo responsável pelo pagamento das despesas assistenciais.

Se o rol não for taxativo e tiver que custear todas as despesas mesmo aquelas que não constavam do rol, não há como constituir um fundo mutual com recursos suficientes para dar conta das despesas. Vão faltar recursos por falta de planejamento. E onde não há planejamento também não existe solvência.

O aumento das mensalidades das operadoras de saúde obedece para os contratos coletivos por adesão e empresariais a mesma lógica:

avaliação dos números de utilização, dos custos e previsão de valores necessários para o custeio das despesas no futuro.

Alguns argumentam que os aumentos servem para garantir os lucros das operadoras de saúde. É um raciocínio que esquece alguns fatores relevantes: parte das operadoras de saúde atua em sistema de autogestão, portanto não têm objetivo de lucro; outra parte está no sistema de cooperativas médicas, igualmente sem possibilidade de gerar lucro.

As cooperativas de saúde suplementar representam 36% do setor de saúde e são 282 no Brasil; a autogestão representa 9,1% do setor e são 155 em atividade; e, 1,9% são filantrópicas em número de 35 em atividade.⁴

Isso significa que 47% do setor não tem fins lucrativos!

São números, fatos, que sinalizam que muitas intervenções do poder judiciário e do legislativo são fundamentadas em lei, porém nem sempre fundamentadas em dados reais.

A saúde suplementar tem longa história no Brasil, anterior mesmo à Constituição Federal de 1988. Tornou-se regulada pelo Estado a partir da criação da Lei n. 9.656, de 1998 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 2000. Presta serviços para 47 milhões de usuários e os números de utilização comprovam que o faz em conformidade com a lei, a regulação e os contratos assinados. Está entre os desejos de consumo da população deste país. Cerca de 47% do setor não tem fins lucrativos e as empresas com finalidade de lucro - medicina de grupo e seguradoras - exercem suas atividades em estrita consonância com a lei, inclusive trabalhista, tributária, social, consumerista, além da legislação específica do setor.

⁴ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>, Acesso em 17 de setembro de 2020. E <https://fenasaude.org.br/estatisticas/beneficiarios.html>. Acesso em 17 de setembro de 2020.

Aprimorar é sempre possível em todas as áreas do setor de saúde suplementar. Mas as medidas devem ter por fundamento o fato de que somos todos responsáveis pela solvência do setor, pela proteção aos recursos dos fundos mútuos. Governo, operadoras, usuários, legislativo, judiciário, sociedade. Somos todos responsáveis para que nunca falem recursos para custear as despesas assistenciais que garantem a efetividade da saúde no país.

Diante dos fatos e da realidade sempre é melhor agir com cautela.