

VISÃO SAÚDE

REGULARIZAÇÃO

CARTÕES DE DESCONTOS E CLÍNICAS POPULARES REALMENTE ATENDEM AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO?

CONSCIENTIZAÇÃO

O PAPEL DA ODONTOLOGIA VAI ALÉM DE GARANTIR A SAÚDE BUCAL DAS PESSOAS.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

EM ENTREVISTA, MINISTRO DA SAÚDE APRESENTA UM CENÁRIO PROMISSOR DO SETOR NO PAÍS.

REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

OUT/NOV/DEZ • 2019



abramge • sinamge • sinog

10 4 Nº 14
ISSN 2448-0630



ATUALIZAÇÃO DA LEI DE PLANOS DE SAÚDE

MUDANÇAS SÃO NECESSÁRIAS, MAS QUAL O MOMENTO IDEAL?

É HORA DE MUDAR?



Lei dos Planos de Saúde completa 21 anos em um cenário controverso; queda no número de beneficiários médico-hospitalares, desestímulo à venda de planos individuais, alta exigência de lastro às empresas e obrigatoriedade de atualização tecnológica constante fomentam a necessidade de modernização. Planos segmentados ou regionalizados seriam opção?

O Brasil e o resto do mundo têm vivido anos de mudanças cada vez mais aceleradas em diversas áreas. Com a evolução tecnológica, o que outrora era novidade passa, em pouco tempo, a ser ultrapassado. Assim, é necessário reavaliar, periodicamente, as regulamentações vigentes, a fim de promover a competição e para que se adequem às evoluções tecnológica e de mercado. Nesse sentido, é natural que leis criadas há mais de uma década sejam amplamente atualizadas.

Foi o que aconteceu, por exemplo, com a Lei Geral das Telecomunicações (LGT), que recebeu uma nova versão no último dia 3 de outubro, graças à aprovação do Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 79, de 2016. Já no setor elétrico, duas propostas de mudanças vêm sendo discutidas: o PLC nº 1.917, de 2015, e o Projeto de Lei do Senado nº 232, de 2016. Outro campo próximo de um novo marco regulatório é o do saneamento básico, cujo PL 3261, de 2019, foi aprovado pelo Senado e está em tramitação na Câmara dos Deputados. No entanto, por que para a Saúde, setor tão fundamental à vida, ainda não há previsão de um novo marco regulatório?

Em 1998, éramos 170 milhões de brasileiros. Naquele ano, foi decretada e sancionada a Lei 9656, em 3 de junho, dispondo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Pela primeira vez, surgia um olhar oficial, político e jurídico para o tema; ela trazia restrição à liberdade das operadoras, ampliação da cobertura mínima e chegava para garantir e dar maior segurança no atendimento aos beneficiários.

O Brasil passava por uma década de desestatização e pela elevação de investimentos privados em esferas de interesse social. Não era mais possível ao Estado prover todos os serviços fundamentais ao bem-estar e à economia do País. Havia concorrência entre desejos políticos e econômicos,

a fim de que a iniciativa privada executasse diferentes atividades de importância social, mas com uma espécie de supervisão externa do Estado.

Entretanto, inicialmente as empresas de medicina de grupo, depois as seguradoras de saúde, cooperativas médicas e entidades de autogestão começaram a atuar com os serviços do setor ainda na década de 1960, antes mesmo da publicação da Constituição Federal, devido aos problemas gerados pela saúde pública.

Antes da lei, a cobertura assistencial era regida por contratos com restrições de atendimentos, períodos de carências e a livre definição, por parte de cada documento, sobre o que poderia ser ou não coberto. Com a lei, períodos de carência passam a ser definidos, bem como os critérios de reajustes e encerram o limite para internação e a pré-seleção de beneficiários de acordo com riscos.

Em junho de 2019, mês em que a chamada Lei dos Planos de Saúde alcançou a maioria, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou 47 milhões de beneficiários dos planos privados médico-hospitalares no Brasil – um aumento de 56% dessa população em relação a 1998, no entanto, desde o início da crise econômica em 2015, houve perda superior a três milhões de beneficiários (quando eram mais de 50 milhões de conveniados). Neste momento, somos 210 milhões de brasileiros, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Não foram só os números que mudaram: a tecnologia desenvolveu-se, ampliando possibilidades de atendimentos e tratamentos, os beneficiários têm mais expectativas quanto aos serviços prestados e as empresas mais desafios, em um cenário que não permite o fechamento das contas.

ORDEM NA CASA

Não há quem não concorde que a criação da lei era necessária e precisa: ajudou a regulamentar um setor que estava sem rumo, contribuiu para a profissionalização das estruturas das operadoras e para a criação de regulamentações básicas dos contratos.

“O advento da lei foi um marco regulatório importante; antes, os planos eram vendidos sem determinação e os contratos eram feitos com inclusões e exclusões conforme se entendia ser vantajoso de acordo com o perfil do cliente”, afirma Sheila Mittelstaedt, sócia-diretora da KPMG, que já viveu, em 20 anos de atuação na Saúde, todos os lados da cadeia.

Segundo a própria ANS, foram estabelecidas regras de funcionamento, antes inexistentes para o setor, e assegurados direitos fundamentais aos beneficiários de planos de saúde: “a não limitação do tempo de internação dos pacientes; a padronização dos prazos de carência e a limitação a períodos efetivamente necessários para reduzir a seleção adversa; a atualização periódica do rol mínimo de coberturas, que busca compatibilizar as novas tecnologias em Saúde com a sustentabilidade setorial; o estabelecimento de regras econômico-financeiras capazes de sanear gradativamente o mercado, promovendo uma gestão mais profissional e prudente dos recursos e, portanto, tornando o setor mais solvente”.

Mas, passadas duas décadas, naturalmente a percepção é de que é hora de rever seu conteúdo e ajustá-lo às condições mais modernas e ao panorama que vivemos. Inicialmente, é preciso ressaltar que seu texto original já foi muito bombardeado: “Desde 2001, a lei foi modificada 45 vezes por medidas provisórias e desde agosto de 2001 é regida pela Medida Provisória 2177-44.



Não podemos ficar com uma medida provisória, isso tem que ser revisto”, ressalta Maria Stella Gregori, advogada e professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Ela defende, então, que o marco regulatório seja aperfeiçoado: “É essencial que o Congresso revise esse tema, envolvendo a participação de todos – operadoras, prestadores de serviço e consumidores. O debate tem que ser aberto com a participação do Poder Executivo por meio da ANS. Precisamos construir um novo paradigma”.

Para Raquel Marimon, diretora do Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e presidente da Prospera, consultoria atuarial especializada em *data analytics* na Saúde, a Lei dos Planos de Saúde precisa de uma releitura. “O que observo como mais crítica entre as regras da lei atual é a questão das faixas etárias. A lei havia definido isso de uma forma, mas depois o Estatuto do Idoso trouxe um artigo expresso em que planos de saúde não poderiam ter reajuste por faixa

etária a partir dos 60 anos. Ou seja, exclusivamente para os planos de saúde, ele altera a referência dos 65 anos. Com isso a ANS teve que fazer a divisão em dez faixas etárias: um mesmo grupo até 18 anos, depois a cada cinco anos, e quando chega aos 60 anos ou mais, torna-se uma única faixa etária.”

A atuária indica que dos 60 aos 65 anos, o custo não é fora do normal, por isso o reajuste do valor do plano não precisaria ser tão alto. Dos 68 até os 75 anos, o gasto já sobe para outro patamar. E após os 75 anos, a elevação é ainda mais fora do comum. “O que acontece hoje quando o atuário vai calcular o preço do plano de saúde: como não será possível um reajuste a partir dos 60 anos, é necessário cobrar o que a pessoa custará quando completar 80 anos. Do contrário, o plano não se sustentará. Então, romper essas faixas etárias traria mais viabilidade para o idoso de 60 a 75 anos permanecer no convênio”, explica. “Na maioria das famílias, quando a pessoa completa 60 anos, o valor torna-se tão elevado que não é possível manter o pagamento por muito tempo. Assim, ou ela deixa de ter o benefício ou a família toda tem de se unir para juntar o montante necessário”, completa.

Outro ponto negativo destacado por Raquel Marimon é a impossibilidade de as operadoras fazerem replanejamento de rede por produto. Caso uma operadora registre um produto com uma determinada rede hospitalar, só é possível alterá-la se houver substituição por algo equivalente. Em resumo, se

o plano está um hospital com 250 leitos em uma determinada região, e a operadora quer transferi-lo para outro estabelecimento em uma área diferente da cidade, ela até pode fazer isso, mas terá que encontrar um hospital com o mesmo número de leitos e as mesmas condições assistenciais. “Isso não faz sentido. Hoje, o modelo considerado pela ANS é de número de leitos, de pontos de atendimento e não do perfil de demanda dos beneficiários que já estão na carteira”, reprova a diretora do IBA. “Depois de um determinado tempo, a carteira característica está formada, portanto temos como, atuarialmente, determinar qual é a demanda de assistência à saúde, em quais regiões da cidade ou em quais municípios se encontram os beneficiários, dentre outros fatores”, acrescenta.

É PRECISO MODERNIZAR

Em julho deste ano, em entrevista ao jornal O Globo – disponível para assinantes em <https://glo.bo/2ne7Jjz> –, o presidente da Câmara dos Deputados Rodrigo Maia já havia levantado a questão da necessidade de atualização da lei, ao avaliar o protagonismo do parlamento como um todo; ao ser questionado sobre a Saúde Privada, afirmou: “Ela hoje inviabiliza o acesso de quem tem menos recursos. Há a necessidade de [o plano privado] cobrir tudo. A legislação, que deveria ser uma ampla desregulamentação, é uma regulamentação excessiva que

prejudica a necessidade de ter mais pessoas na base do setor privado. O problema é que eu tenho certeza de que nenhum ente federado vai ter recursos para investir na área de Saúde nos próximos dez anos”.

Ele ressaltou, ainda, que os planos passaram, nos últimos anos, a ter uma situação parecida com o setor público, e que é preciso haver uma solução porque, sem reforma, “a saúde, educação e segurança vão continuar piorando. O estado vai continuar tentando tirar mais dinheiro da sociedade para financiar sua estrutura básica”.

Muitos especialistas defendem a revisão e atualização da lei por seu próprio tempo de vida; sócio-fundador da Arquitetos da Saúde, Adriano Londres acredita que não há dúvidas de que alterações são essenciais, “seja pelo fato de que a paisagem da Saúde hoje é completamente diferente da que era em 1998, seja porque temos novas tecnologias disponíveis, uma mudança de cenário e do papel dos atores”. Para ele, já vivemos uma grande revolução na área da Saúde Suplementar, provocada pela crise econômica, especialmente a partir de 2014.

Em nota à *Revista Visão Saúde*, a ANS afirma que a lei não ficou estante nesses mais de 20 anos: “Por meio das normativas instituídas e aprimoradas pela ANS, o mercado de planos de saúde seguiu evoluindo e passou por diversas transformações, acompanhando o desenvolvimento do País e da sociedade de maneira geral”.

Ainda, mais recentemente, iniciativas e regras impostas pela Agência teriam tentado incentivar as melhores práticas de gestão pelas operadoras, promover a concorrência no setor (por meio da ampliação da portabilidade de carências) e induzir o mercado a novos modelos de assistência em Saúde e de remuneração de prestadores, que privilegiem a qualidade, combatam o desperdício e assegurem a sustentabilidade do Sistema de Saúde.

“Essas iniciativas, dentre tantas outras que foram implementadas ao longo de duas décadas, têm contribuído para modernizar o estoque regulatório e promover mudanças capazes de adequar a regulação do setor à evolução pelas quais o País tem passado. E, nesse processo, o diálogo com todos os entes do setor tem sido fundamental para o bom funcionamento e para as melhorias que ainda se fazem necessárias. Ciente disso, a ANS tem fortalecido os mecanismos de transparência e participação social, por meio de grupos e câmaras

técnicas, comitês, consultas e audiências públicas. Dessa forma, acreditamos estar qualificando e estreitando cada vez mais o relacionamento com o mercado regulado e com a sociedade, ampliando o debate e envolvendo todos os interessados nessas discussões”, conclui.

Fernando Bianchi, sócio da Miglioli e Bianchi Advogados, especializado em Direito da Saúde Suplementar e membro da Comissão de Estudos de Planos de Saúde da OAB/SP, afirma que “a legislação técnica não pode ser assistencialista; é preciso modernizar a lei, definir melhor os limites de cobertura e reduzir a quantidade de exigências econômico-financeiras para as empresas. Da mesma forma, com regras claras, o beneficiário saberá onde está entrando. Temos hoje uma política institucional de penalização das operadoras, que precisa ser alterada. Também, é preciso acabar com a retirada de pequenas e médias operadoras do mercado, o que não beneficia nem as empresas, nem seus segurados”.

“ É PRECISO MODERNIZAR A LEI, DEFINIR MELHOR OS LIMITES DE COBERTURA E REDUZIR A QUANTIDADE DE EXIGÊNCIAS ECONÔMICO-FINANCEIRAS PARA AS EMPRESAS. DA MESMA FORMA, COM REGRAS CLARAS, O BENEFICIÁRIO SABERÁ ONDE ESTÁ ENTRANDO. ”

Fernando Bianchi, sócio da Miglioli e Bianchi Advogados e membro da Comissão de Estudos de Planos de Saúde da OAB/SP





SEGURANÇA JURÍDICA

Há a sensação de desequilíbrio entre o que é esperado das empresas e dos beneficiários. Para Bianchi, a lei passou do ponto e o plano de saúde virou o constante vilão da história. “É excessiva, desproporcional e intolerável a exigência, pela ANS, de artigos garantidores, reservas técnicas, lastro econômico-financeiro. É necessário entender que os planos auxiliam o Estado ao fornecer Saúde e não se pode retirar deles essa relevância pública”.

De fato, o dono de operadora de saúde é um dos poucos empresários atualmente, se não o único, a sofrer indisponibilidade pessoal caso haja falência, ou seja, ele responde com seu patrimônio de pessoa física se ocorrer algum problema financeiro na justiça. Por vezes, esse cuidado para “proteger” o mercado, como prega a ANS, acaba por inviabilizar operações, fazendo com que o empresário simplesmente desista. Bianchi completa defendendo que é possível ter previsibilidade e passar a exigir menos lastro dos planos por meio de políticas de *compliance*.

Quanto ao papel da ANS, Maria Stella pontua que precisa, na verdade, ser fortalecida, para que tenha condições de fiscalizar adequadamente o mercado, atendendo seus consumidores e prestando serviços de qualidade. Ao olhar para os altos índices de judicialização, ela avalia que se devem a problemas na lei vigente em relação ao Código de Defesa do Consumidor. Dados do Conselho Nacional Justiça (CNJ) indicam que havia cerca de 2,2 milhões de ações envolvendo direito à saúde em março deste ano. “A judicialização é um fenômeno crescente e não há uma perspectiva de diminuição enquanto não houver limites claros e objetivos impostos pelo legislador ou pelo próprio poder judiciário”, afirma Luciana Veiga, juíza federal que coordena o Comitê Executivo da Saúde do CNJ no Paraná.

Segundo Raquel Marimon, o desafio no Brasil é fazer com que toda a esfera técnica seja respeitada pelo sistema judiciário: “Hoje, os juízes estão aprovando qualquer coisa.

Por mais que a ANS tenha o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, um médico pode assinar um documento dizendo que seu paciente precisa de um procedimento experimental, um medicamento importado ou um procedimento que não é reconhecido no Brasil para tratar certo tipo de doença”.

A diretora do IBA ressalta que existem casos nos quais todo o processo de judicialização da ação é feito no próprio consultório do médico: “Não se pode generalizar, mas há interesses diversos na prática da Medicina, assim como médicos que solicitam procedimentos experimentais ou sem comprovação científica. Já o juiz, como não tem condições de decidir tecnicamente, acata a opinião do médico. Além disso, os advogados apresentam o caso pouco antes do fim do expediente semanal, em caráter de urgência, para que não haja tempo de a operadora se defender. Assim, o juiz é obrigado a decidir rapidamente, pois os casos são apresentados como de risco de morte”. E opina: “Se tivéssemos uma vinculação automatizada com protocolos clínicos, como o que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde [Conitec] está produzindo, teríamos, obviamente, uma saúde muito mais organizada no Brasil”.

Luciana Veiga concorda que seja necessário um preparo técnico maior por parte dos juízes ao tomarem uma decisão: “As demandas que envolvem direito à saúde são complexas e exigem uma gama de conhecimentos técnicos que não está entre aqueles exigidos de um magistrado. Quando ele se depara com uma ação judicial, envolvendo direito à saúde, ou seja, demandas que normalmente exigem certa urgência na apreciação e envolvem questões relevantes tanto do lado ético quanto emocional, a tendência é que, na ausência de mais informações técnicas sobre as especificidades do caso, as alternativas terapêuticas, o prognóstico, as evidências científicas, entre outros fatores, o pedido seja deferido”.

No entanto, a juíza Federal já vê sinais de progressos técnicos na atuação dos magistrados: “Apesar de pesquisas apontarem que há uma tendência em se decidir a favor dos pacientes, isso é reduzido nas varas especializadas, o que demonstra a eficácia de sua criação e mostra que a especialização traz mais qualificação para a demanda e um maior

aprofundamento na matéria pelo juiz. Ainda, a realização de cursos de aperfeiçoamento e a utilização dos Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário [NAT-Jus] para análise das demandas são ferramentas importantes na busca de uma decisão mais técnica e adequada ao caso concreto”.

Além de qualificar a atuação de todos os atores (médicos, advogados, defensores, promotores, gestores e magistrados), trazendo informações e conhecimento técnico, bem como sanar falhas de gestão e vazios assistenciais, tanto na esfera pública quanto na suplementar, Luciana Veiga crê que o mais importante seja abrir um debate coletivo sobre o que deve ser oferecido pelos Sistemas de Saúde, estabelecendo quais os limites. “Esse debate passa por, além do necessário regramento legal ou constitucional, uma maior transparência e legitimidade dos órgãos que tratam da incorporação de novas tecnologias, seja na saúde suplementar ou na saúde pública. Somente com a legitimidade a aceitação desses órgãos se caminhará para uma maior deferência às suas decisões.

SEGMENTAR É A SOLUÇÃO?

A impossibilidade da venda e aquisição de planos individuais incomoda o mercado de forma geral; com os reajustes, ficou impossível ao beneficiário adquirir o produto e, às operadoras, mantê-los. “Tem que ter metodologia, transparência. Sou a favor de certa flexibilização, desde que esse cálculo seja avaliado com isenção”, afirma Adriano Londres.

Sheila Mittelstaedt concorda que o reajuste imposto pela lei dificultou o cenário: “Um aumento de 14% pode ser mais do que justo para um beneficiário adulto, pelo uso que ele faz do serviço, mas talvez seja aquém para um idoso, que teria que pagar, por exemplo, 80% a mais no ano subsequente para cobrir seu uso. Fica inviável para os dois lados”, afirma.

A coordenadora do GV Saúde – Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas, Ana Maria Malik, avisa: “Não se pode pensar em planos que sejam só baratos. É preciso ver o que eles oferecem de fato”.

A segmentação deveria ser tratada como alternativa – e não segmentar por quantidade, mas por tipo de serviço, de acordo com Adriano Londres. “Porém deve ser uma escolha muito clara, bem comunicada; é preciso que, desde o início, isso fique claro para ele. Sou favorável a criar um produto que caiba no bolso, sem a necessidade de contratar tudo. Plano de saúde não é o SUS; nem o SUS dá direito a tudo, então realmente não acho que o plano tenha que oferecer tudo. Se o caminho é os planos terem menores coberturas, por qual motivo não tratar dentro de uma razoabilidade que não envolva quantidade e que envolva uma definição muito clara de começo, meio e fim?” Ainda, um segundo ponto a discutir seria a incorporação tecnológica, para integrar o que já está disponível no Serviço Público ao Privado.

Sheila Mittelstaedt ressalta que, só em 2018, foram incorporadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS 16 novas tecnologias, que representaram um aumento de R\$ 5,4 bilhões nos custos para as operadoras. Assim, a cobertura mediante o rol faria sentido se previsse o estudo do impacto econômico-financeiro que as novas inclusões causariam à Saúde Suplementar. “Para o SUS, a CONITEC faz esse papel, desenvolve esse estudo, mas a Saúde Privada não tem isso regulamentado, então o rol fica muito inchado. E, como beneficiários, nós temos direito a quase tudo – e se não nos entregam, nós judicializamos”, afirma.



SEU MÉDICO

Adriano Londres defende o cálculo avaliado por região, até pelas proporções do País. “Devemos respeitar a regionalidade e até a própria demografia. Por que não? Se é uma população mais envelhecida, com certeza a evolução de custo daquele público não é igual à de uma jovem. Precisamos trazer um pouco de inteligência e coerência para a discussão”, diz.

Maria Stella concorda que uma solução seria repensar a metodologia dos reajustes. Hoje, a ANS os define para planos individuais e de forma linear para o Brasil inteiro. “Porém o País é muito desigual, então considerar em reajustes regionais seria uma hipótese”.

Gerente médico da Clinipam, Paulo Poli Neto concorda que existe uma cultura de utilização e organização dos serviços de Saúde que pode dificultar uma melhor gestão sobre os recursos disponíveis e o mais efetivo cuidado às pessoas: “Se olharmos como o próprio SUS se organizou ou o modelo das cooperativas Unimed, veremos uma gestão muito centrada em municípios ou pequenas regiões. No Brasil temos um número muito grande de pequenos hospitais, com menos de 100 leitos, o que impede uma economia de escala mais racional”.

De fato, as operadoras de saúde nascem em grandes centros urbanos; por isso ele acredita que, as que se verticalizam, como fez a Clinipam, criam um modelo mais sustentável no que se refere à distribuição epidemiológica dos problemas de saúde e à oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares. “Acho necessária uma modernização da Lei dos Planos de Saúde em várias frentes; uma delas, para facilitar a interiorização, é a possibilidade de uma oferta mais racional dos serviços de saúde baseada nas grandes regiões. Ainda que existam determinadas especialidades médicas em pequenos municípios [e às vezes formam-se grupos muito fechados a diferentes protocolos clínicos], o maior custo-efetivo para uma operadora poderia ser a organização de serviços baseados na Atenção Primária, na oferta de especialidades e serviços hospitalares nos centros maiores, não necessariamente contíguos à cidade de origem do beneficiário”, defende Poli.

Sheila Mittelstaedt concorda com a regionalização da oferta: “Quanto mais você abre a rede, mais difícil fica o controle da operação. Ao restringir por áreas, você facilita os cuidados, cria uma jornada orientada ao paciente, uma porta de entrada inteligente e a possibilidade de ter um médico para chamar de seu”.

PROFISSIONAIS E SERVIÇOS

Para o gerente médico da Clinipam, outra regra que dificulta muito a assistência à saúde é a da Resolução Normativa 259, do prazo das especialidades. “Muito mais importante do que criar uma regra geral para qualquer situação clínica, de 7

ou 14 dias, é termos um paciente avaliado em no máximo 24 ou 48 horas por um médico de referência, como o da família ou o pediatra geral, e esse profissional, por meio de critérios técnicos, dizer-nos o prazo necessário para esse atendimento. Esse contato entre médico da família [ou APS] e especialidades, aliás, pode muitas vezes ser feito a distância (telemedicina), evitando deslocamentos e custos desnecessários ao beneficiário, outro fator que ajudaria muito na interiorização dos planos”, ressalta.

Ainda que um caminho mais longo, a racionalização dos prestadores de serviços seria uma alternativa, segundo ele: “Se olharmos a distribuição atual dos recursos de Saúde no Brasil, ou seja, médicos, clínicas, hospitais e equipamentos, não faz muito sentido termos uma enorme divisão operacional entre diferentes entidades gestoras [SUS, autogestões, seguradoras, medicinas de grupo e cooperativas]. Racionalizando os profissionais, eles poderiam oferecer atendimento de qualidade a diferentes fontes pagadoras.

Outro ponto levantado por Sheila Mittelstaedt é a questão do ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde quando o sistema público atende um paciente levado em caráter de emergência, sem que a operadora seja informada, impossibilitando o acompanhamento do tratamento e até mesmo, se possível, transferi-lo para sua rede própria ou credenciada, abrindo espaço na rede pública para quem não tem plano de saúde. “O problema é que o Sistema Público não é obrigado a comunicar a ocorrência ao plano com agilidade”, lembra.



UMA QUESTÃO ALÉM DA LEI

Ao se discutir a atualização do marco, naturalmente, o foco é sempre o aspecto legal. Porém Adriano Londres afirma que não depositaria todas as fichas só nessa lacuna, pois outras mudanças são necessárias, especialmente de cunho técnico. “Eu vejo isso como um trabalho complementar. O aspecto legal é importante, mas precisamos principalmente mudar a cabeça dos gestores”, provoca.

Para ele, isso seria possível se os gestores da cadeia conseguissem retrair os papéis de maneira a tornar o sistema mais sustentável e fazê-lo crescer de um modo eficiente, sem precisar de lei. “Acho que estamos vivendo um grande repensar do papel dos membros da cadeia. O pagador de contas – leia-se as empresas – está entendendo que precisa se tornar cogestora, com o objetivo de cuidar melhor da saúde do colaborador de forma sustentável. A operadora está repensando o seu papel e avaliando se quer deixar de ser prioritariamente o intermediário financeiro e se tornar o gestor de Saúde. Os planos deveriam ter políticas de Saúde, deveriam ser quase que secretarias de Saúde, no sentido de ter uma visão pública dela.”

Desta Forma:

O hospital deixaria de apenas tratar doenças para ser um gestor também – e poderia aí ter uma área de intersecção com o plano de saúde, ao deixar de ser um intermediário financeiro e passar a cuidar da gestão da saúde das pessoas;

O corretor precisaria tornar-se um consultor - aquele que só faz agenda estaria com os dias contados;

A indústria de insumos necessitaria participar mais do risco no processo;

Eu usuário, o paciente, deveria também ter a sua corresponsabilidade e o cuidado com a sua saúde.

“No fim do dia, vamos conseguir gerar mais valor para quem paga a conta não coloque a culpa na crise por termos perdido três milhões de beneficiários”, critica Adriano.



UM OLHAR PARA A ODONTOLOGIA



Muitos não se dão conta, mas a Lei 9656/1998 também cobre os planos odontológicos. Até o início da década de 1990, não existia política pública de Saúde Bucal; a primeira surge nessa década, ainda de forma embrionária. Em 2000, foi criado o Brasil Sorridente, Programa Público focado na área; é o início dos planos odontológicos.

A área odontológica vem tendo um forte e constante crescimento nos últimos anos, mesmo com a crise econômica, pois os planos são financeiramente acessíveis à população. “Quando a lei foi criada há 21 anos, havia uma operadora com uma carteira significativa de clientes, mas o restante do mercado era algo muito esparso, de pouca relevância e com uma taxa de cobertura populacional muito pequena”, lembra Raquel Marimon.

Na opinião da atuária, o setor merece uma regulamentação específica, pois um plano exclusivamente odontológico vive uma realidade bem diferente do plano de assistência médica. “O risco de morte em odontologia é extremamente baixo.

Além disso, não existem procedimentos que custem somas absurdas como os da assistência médica”, exemplifica.

Quando a ANS regula o setor, ela pensa na norma adequada para ele, mas analisa primeiramente as grandes operadoras. Um plano de saúde tem um ticket médio de cerca de R\$ 300, enquanto o do plano odontológico é de R\$ 12, R\$ 15.

“É muita diferença. Como é possível estabelecer uma multa de mesmo valor para os dois segmentos, sendo que as duas operações são completamente distintas? É uma desproporção regulatória”, analisa a diretora do IBA, ressaltando que o problema é mais facilmente percebido no valor das multas, mas essa desproporção permeia toda a regulamentação infralegal.

Em comunicado, a ANS afirma entender que vem mantendo com as operadoras setoriais um produtivo diálogo para o reconhecimento das especificidades desse segmento, que tem crescido ano a ano e vem demonstrando grande potencial. ■