

Propostas de reforma na lei de planos de saúde geram impacto negativo na vida dos consumidores
06 de novembro de 2017

Proposta é ruim para os consumidores, porque

1. Reduz a cobertura assistencial dos planos de saúde

Para possibilitar que as empresas ofereçam planos com menor cobertura e mais baratos, o deputado relator, atendendo pedido do Ministro da Saúde, propôs que a **segmentação dos planos de saúde se tornasse um princípio norteador da lei 9.656/98** (Art. 1º-A).

As ações e serviços de saúde têm como base o princípio constitucional da assistência integral e a Lei 9.656/98, em sua redação atual, atende a esse princípio, ao estabelecer um plano “referência”, cuja regra é a assistência médica abrangente. A lei permite as seguintes modalidades de segmentação assistencial: ambulatorial, hospitalar, obstétrica, e odontológica. Quase 70% dos 53.840 planos de saúde cadastrados na ANS hoje oferecem a mais ampla cobertura de assistência médica, com segmentação ambulatorial, hospitalar e obstétrica (36.964).

O substitutivo do relator pretende inverter essa lógica da cobertura integral, definindo a oferta de “partes” da assistência à saúde como princípio norteador da assistência suplementar. Acontece que as pessoas não têm como prever se necessitarão de assistência apenas em ambulatório ou em um hospital, por exemplo. Definir a segmentação da atenção à saúde como regra viola a Constituição Federal e a lei 9.656/98 e atingirá os consumidores de baixa renda, além de impactar duramente o SUS, pois os planos “acessíveis” serão “inacessíveis” nos momentos de maior necessidade.

Essa proposta originou-se de um PL do Senado que, paradoxalmente, pretendia incluir o princípio da “integralidade das ações” de saúde!

A proposta cria também condição para que seja **reduzida a cobertura de procedimentos para o tratamento de doenças**, ao dificultar a inclusão de novos procedimentos no rol da ANS, sob a

justificativa do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e da modicidade dos reajustes (§ 5º, Art. 10).

E vai além, ao propor que o rol de procedimentos da ANS - que hoje é uma referência - passe a ser adotado como um “teto” para a definição da cobertura de doenças (*Parágrafo único do Art. 35-G*).

O rol de procedimentos da ANS constitui referência básica e não pode servir para impedir a assistência às doenças listadas na CID-OMS, sob pena de ofensa ao próprio artigo 10, caput, da Lei 9.656/98. Deve ser indicativo mínimo dos melhores procedimentos a serem utilizados considerando a média das necessidades populacionais, bem como levar em conta que a ciência médica é dinâmica e que surgem novos procedimentos, mais eficazes, para tratamento das mesmas patologias.

Outro ponto preocupante no relatório é que não estão claras as regras de portabilidade de carências para cobertura de urgência e emergência nos planos ambulatoriais. Isso pode gerar um grande retrocesso na saúde suplementar, com a supressão de um direito sedimentado há quase 20 anos pela CONSU 15/1999 (*artigo 13-A*).

E vai facilitar a redução da rede assistencial pelas empresas. Pelas regras atuais, a supressão de determinada unidade da rede só pode acontecer mediante autorização expressa do órgão regulador. Contudo, a proposta do relator subverte essa lógica precípua, ao dispor que a ANS tem 180 dias para responder à solicitação da operadora para redução da sua rede e que, se esse prazo não for atendido pela agência, a concessão estará automaticamente autorizada! Atos administrativos dessa natureza não admitem presunção de anuência por omissão (*acrescenta § 5º e 6º ao artigo 17*).

A segmentação e reduções de coberturas, defendidos pelo relator pavimentam o caminho para a liberação dos planos “populares”, de cobertura reduzida. Os contratos vão garantir assistência de acordo com a oferta, seja de um determinado estabelecimento de saúde ou área geográfica. Na prática, a operadora não deverá acatar os encaminhamentos médicos para outros especialistas, a realização de exames e mesmo internações que não existam naquela localidade e/ou estabelecimento abrangido pelo contrato.

2. Torna legal o aumento por faixa etária de 500% e altera dispositivo do Estatuto do Idoso (acrescenta § 1º, 2º, 3º e 4º ao artigo 15, e altera o art. 15 do Estatuto do Idoso)

É grave o relator endossar norma infra legal nefasta, promovendo-a ao *status* de lei, impondo o absurdo patamar de 500% de aumento nas mensalidades dos planos, em razão da mudança de faixa etária. Isso vem há anos penalizando os idosos, no momento em que mais necessitam da assistência à saúde, mesmo após décadas de contribuição, quando sua renda costuma ser drasticamente reduzida em razão da aposentadoria.

Alem disso, a proposta do relator é artilosa, ao trazer, aparentemente, um benefício, com a divisão do aumento para a última faixa etária (59 anos) em cinco parcelas, o que adiará a expulsão dos idosos pelos planos de saúde ao completar os 60 anos. Mas esse parcelamento poderá ser inócuo, já que as operadoras poderão impor outros reajustes que compensem esse “benefício”.

Os reajustes por mudança de faixa etária somente podem ocorrer se: a) houver previsão expressa no contrato; e b) respeitarem a regulamentação da ANS. E a Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso) acrescentou a vedação do reajuste em razão da idade para pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais, tendo em vista que as operadoras de planos de saúde passaram a criar obstáculos para a permanência de consumidores de terceira idade em suas carteiras, através da imposição de altos reajustes por mudança de faixa etária concentrados nas últimas faixas.

A proposta do relator, ao legalizar o patamar de 500% não resolve essa situação: os problemas de menor capacidade de pagamento e maior vulnerabilidade permanecem e o parcelamento do reajuste em nada vai alterar a abusividade praticada contra os idosos. Consiste claramente em uma burla ao Estatuto do Idoso e visa, na prática, a permitir reajustes após os 60 anos e as decisões da Justiça vem reconhecendo isso.

3. Impõe ao Juiz consulta a perito antes de conceder liminar

A negativa de cobertura é a maior causa da busca pelo Poder Judiciário, diante da recusa de custeio de exames e tratamentos. Exigir parecer técnico ou perícia para fundamentar a decisão do

juiz, como quer o relator, vai retardar a tutela jurisdicional pretendida, prejudicando o paciente, que já se encontra fragilizado pelo problema de saúde e pela negativa de cobertura de seu plano de saúde (*art. 35-N*).

Para entrar com ação judicial, o consumidor deve apresentar a cópia do contrato, da carteirinha do plano, da prescrição médica do exame ou tratamento e da negativa de cobertura, se houver documento expresso a respeito. Portanto, a decisão provisória do juiz já é concedida com base em um documento técnico (prescrição médica), razão pela qual é desnecessária a apresentação de qualquer outra avaliação técnica. E esta poderá ser requerida pelo juiz, caso ele entenda necessário, no decorrer da instrução processual.

Essa proposta é incompatível com a Constituição Federal (CF), com o Código de Processo Civil e com o Código de Defesa do Consumidor. Ao condicionar a concessão de tutela de urgência à elaboração de parecer de profissional da saúde, vinculado ou não a um Núcleo de Apoio Técnico, viola o direito fundamental ao acesso à justiça e o princípio da inafastabilidade da jurisdição, e afronta o direito à vida e à saúde (art. 5º da CF). Viola ainda o artigo 300 do Código de Processo Civil, que estabelece que a tutela de urgência é concedida se “houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano”.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Resolução nº 238 de 06/09/2016, disciplinando a criação de Comitês Estaduais da Saúde, Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) e especialização de varas pelos Tribunais. E essa norma acertadamente **não obriga os magistrados a acessarem o NAT previamente à concessão de liminares**, apenas orienta os tribunais a disporem desse órgão de apoio técnico.

Traz ainda outros benefícios explícitos para as operadoras, como a diminuição do valor das multas...

A proposta altera a dinâmica da aplicação de multas por infrações cometidas pelas operadoras de planos de saúde ao consumidor, sob o argumento de dar mais proporcionalidade ao sistema (*acrescenta § 3º e 4º ao art. 25*). Nisso, coaduna-se com medidas em andamento no âmbito regulatório da ANS.

E vai além, para alterar também os balizadores previstos em lei. Propõe como balizador a proporcionalidade entre a infração e o custo do procedimento negado.

A negativa injustificada de atendimento é infração grave, independentemente do custo do procedimento e o valor do procedimento não deve ser parâmetro de fixação da multa. Essa proposta, combinada com a de retirar o piso do valor das multas (*art. 27*), traz um resultado ainda mais drástico, propiciando o abrandamento das penalidades por descumprimento de deveres de atendimento.

As penalidades aplicadas pelo órgão regulador têm caráter pedagógico, devem desestimular más condutas e estabelecer parâmetros fechados para penalidades pecuniárias terá o efeito de estimular ainda mais o descumprimento da prestação de serviço de saúde.

A sociedade tem cobrado uma postura efetiva por parte da ANS, diante das condutas reiteradas de negativa de procedimentos, demora na marcação de consultas, diminuição da rede credenciada, descumprimento do rol de procedimentos por parte das operadoras.

....e diminuição das responsabilidades legais

No substitutivo, o relator pretende retirar a responsabilidade da operadora de planos de saúde nos casos de ocorrência de erro médico, sob a alegação de que a obrigação de reparar pertence ao médico que realizou o procedimento cirúrgico danoso (*art 10-C*). A operadora assumiria a responsabilidade apenas quando o médico não fosse responsável.

Isso vulnera o consumidor, porque restringe o espectro de responsáveis por problemas decorrentes do atendimento médico e contraria o CDC, segundo o qual a cadeia de fornecedores é solidariamente responsável (qualquer membro pode ser acionado, sem preferência) por defeitos na prestação de serviços ao consumidor.