

QUEM ESTÁ POR TRÁS DO PL E DA URGÊNCIA DA REFORMA DA LEI 9656/98?

1. Porque regime de urgência e em momento tão inoportuno?

As alterações de regras dos planos de saúde, ainda que viessem em interesse ou benefício da sociedade (não é o caso), exigem um espaço de debate muito mais amplo do que o promovido pela Comissão Especial da Câmara dos Deputados. Das nove audiências públicas realizadas pela Comissão Especial desde sua instalação, em dezembro de 2016, em apenas três oportunidades foram convidadas e ouvidas entidades representantes dos interesses dos consumidores, em absoluta desproporção à participação dos representantes de planos de saúde. É inexplicável tanta pressa para aprovar alterações em uma lei tão sensível, em condução atropelada, e, mais grave, sem enfrentar os problemas que afetam os consumidores de planos de saúde, que tem causado a exacerbação de conflitos nesse setor.

Reforma tão relevante, que pode afetar a saúde e a dignidade de parcela enorme da população, deve ser pautada em momento apropriado, não se alinhando com este período de dificuldade que o país atravessa, de crise na economia e na credibilidade de parte significativa dos governantes e parlamentares.

O regime de urgência em que tramitam os trabalhos da Comissão por si só representa notoriamente a grave violação ao processo democrático e ao interesse público. Foi imposto sob a justificativa de acelerar o trâmite de apenas um dos 150 Projetos de Lei que estão reunidos na Comissão, e que por sua vez visava obrigar a cobertura, pelos planos de saúde, de testes para detecção de do vírus zika (PL nº 4.477/2016). Ocorre que, desde junho de 2016, a ANS já tinha publicado resolução obrigando a cobertura obrigatória desses testes, tornando desnecessária a pressa para aprovação do citado PL. Assim, não há, nem nunca houve, qualquer razão ou fundamento que justifique o trâmite de urgência deste projeto de lei, dos demais a ele pensados, e muito menos das propostas apresentadas pelo relator da comissão.

Essa pressa atende a demanda do Ministério da Saúde, alinhada com a de grandes grupos econômicos do setor, sob a enganosa justificativa de desonerar o Sistema Único de Saúde (SUS). Caso seja aprovada, só vai onerá-lo ainda mais, pois não serão atendidas as verdadeiras necessidades do usuário, que vai acabar receber atendimento no SUS.

2. Objetivo da reforma: atender demandas das empresas

É facilmente perceptível o alinhamento entre as propostas apresentadas pelas entidades representantes dos interesses empresariais com as do governo. Em julho do ano passado, o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, defendeu a ideia de planos mais populares, para aliviar o SUS¹ e, já em agosto, criou Grupo de Trabalho para discutir o

¹ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml>

assunto, com a ANS, a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização², a Fenasaúde, a Abramge, a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, a Unimed e a Proteste, que se reuniu entre setembro e dezembro de 2016.

No final de outubro, a Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), a Unimed do Brasil e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia (CMB), encaminharam ao Ministério da Saúde proposta de mudanças no arcabouço legal/regulatório para viabilizar os planos “acessíveis”. Propuseram o Plano Simplificado, para cobrir apenas serviços de atenção primária à saúde (sem cobertura para internações, atendimento de urgência e emergência, hospital-dia e exames de diagnósticos de alta complexidade)³. E um plano “regionalizado”, que cobriria apenas os serviços assistenciais disponíveis no município onde o plano está localizado.

Ainda em outubro, a Fenasaúde apoiou o plano regional de cobertura menor⁴ e propôs ao GT que ao plano “acessível” fosse adicionada a co-participação de até 50% do valor de cada procedimento. Propôs ainda a rede hierarquizada, modelo que impede a consulta direta com especialistas, ao obrigar o consumidor a passar primeiro pelo médico generalista. Além disso, propôs a instituição de segunda opinião médica em casos de maior complexidade.

Pediram ainda alterações no panorama regulatório, indicando a necessidade de alteração da Lei 9.656/98 para viabilizar os planos “acessíveis” e a garantia de segurança jurídica no cumprimento dos contratos, ou seja, que essas regras tivessem aceitação no âmbito do Poder Judiciário.

Em dezembro, a Câmara dos Deputados instalou, em regime de urgência, Comissão Especial de Planos de Saúde para reformular a lei 9.656/98, reunindo 151 PLs em tramitação, presidida pelo Dep. Hiran Gonçalves (PP/RR) e relatada pelo Dep. Rogério Marinho (PSDB/RN).

Em janeiro deste ano o Ministério da Saúde encaminhou ao presidente da ANS a proposta dos planos acessíveis “formulado pelo Grupo de Trabalho”, um “*recorta e cola*” das propostas das operadoras⁵, requerendo a avaliação da viabilidade técnica da mesma.

A ANS, por sua vez, criou Grupo de Trabalho Interno para elaborar parecer sobre as propostas do Ministério da Saúde, os mesmos idealizados pelas operadoras⁶. E, no final

<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-propoe-planos-de-saude-mais-baratos-para-reduzir-demanda-no-sus,10000061297>

² DOU: Portaria no 1482, de 4 de agosto de 2016

³ Disponível em (ZIP): <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>

⁴ Disponível em (ZIP): <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>

⁵ Disponível em (ZIP): <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-de-trabalho-sobre-planos-acessiveis>

⁶ Portaria ANS 8851/23 março de 2017

de maio, a Comissão Especial da Câmara dos Deputados iniciou o seu trabalho para reformar a lei 9.656/98.

No final de agosto, a ANS concluiu seu relatório sobre Planos Acessíveis solicitado pelo Ministério da Saúde⁷, que repercutiu na imprensa em meados de setembro com a notícia de que o relatório da ANS era favorável aos planos acessíveis idealizados pelas operadoras.

Em seu relatório, a ANS indicou que, para as propostas de rede hierarquizada, fator moderador e protocolos clínicos definidos, não haveria impedimento regulatório, já existindo tais produtos no mercado. Quanto aos canais digitais de atendimento e à obrigatoriedade de segunda opinião médica, pontuou que já existiam normativas regulando a matéria.

Quanto ao plano simplificado proposto pela Abramge, CMB e Unimed, a ANS entendeu que seria possível alterar a Consu 13 (atualizada pela Consu 15) que trata da cobertura obrigatória de urgência e emergência em planos ambulatoriais nas primeiras 12 horas, como “...algo que pode ser planejado por este regulador, **embora consideremos que eventual alteração do texto da Lei 9.656/1998 possa trazer maior segurança jurídica ao assunto**” (grifo nosso).

Em relação ao plano regionalizado, a ANS entendeu que, por força da Lei 9.961/00, art. 4º, XIII, a agência tem competência para decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos. “Desse modo, **embora pudesse conferir maior segurança jurídica**, a revisão das segmentações vigentes não careceria de alteração legislativa”. Ou seja, recomenda a alteração legislativa para dar maior segurança jurídica. Em seguida, em 18 de outubro, é divulgada a 1ª versão do relatório do Dep. Rogério Marinho e, no dia **8 de novembro**, a 2ª versão do mesmo é divulgada, estando prevista a votação na Comissão Especial para o dia 29/11 próximo.

3. O substitutivo do relator dá os “arremates finais”

A análise detida do relatório do grupo de trabalho do Ministério da Saúde, do relatório da ANS e do relatório do Dep. Rogério Marinho, leva à conclusão de que essas ações se articularam em torno das mesmas propostas, com o objetivo de incluir na lei 9.656 aqueles aspectos que atendam às demandas das empresas do setor.

Em relação à eliminação da cobertura das 12 primeiras horas de urgência e emergência no plano simplificado ambulatorial, embora o artigo 12 da lei 9.656/98 não tenha sido diretamente alterado, como foi sugerido, o art. 13-A do substitutivo deixa de mencionar prazos de carência para urgência e emergência na portabilidade de planos ambulatoriais (numa clara tentativa de excluir essa cobertura desses planos).

Em relação à redução de coberturas do plano regionalizado, o art. 1ª, § 6º do

⁷ http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf

substitutivo menciona o dever de obediência à “segmentação contratada” e o art. 35-G condiciona a aplicação do CDC à segmentação, dando respaldo legal (como reivindicado pela ANS) à possibilidade de revisão das segmentações vigentes. Há ainda um agravante nessa redação, de tornar o rol de procedimentos e eventos de saúde um “teto” para as coberturas obrigatórias, na contramão do atual entendimento jurisprudencial de que o rol é apenas indicativo. O consumidor leigo contrata Plano de Saúde com o intuito de se precaver contra possíveis imprevistos que venham ocorrer em sua vida e de seus familiares sem cogitar qual procedimento específico venha a necessitar.

Há outras coincidências relevantes. O art. 35-N do substitutivo, que obriga o juiz a ouvir um perito antes de se pronunciar a respeito de concessão de liminares, vai ao encontro do proposto pela Fenasaúde: *“deve haver esforço conjunto dos atores públicos para que haja segurança jurídica no cumprimento dos contratos. É vital que as regras exclusivas dos Planos Acessíveis tenham plena aceitação da ANS e do Poder Judiciário”*.

Para completar, somam-se outras propostas que terão impacto negativo para os consumidores, como a criação de empecilhos à inclusão de novos procedimentos no rol da ANS (§ 5º, Art. 10 do substitutivo), facilitação na redução da rede assistencial pelas empresas mediante autorização automática se a ANS não avaliar a qualidade da rede em até 180 dias (acrescenta §§ 5º e 6º ao artigo 17), e a diminuição do valor das multas, abrandando a pena em casos de descumprimento da lei pela operadora (acrescenta §§ 3º e 4º ao art. 25).

4. Os idosos continuam sendo expulsos

A proposta de parcelamento do último aumento por faixa etária para os idosos destaca-se por sua gravidade. Não resolve o problema enfrentado pelos idosos, ilude os desavisados ao trazer, aparentemente, um benefício, com a divisão do aumento para a última faixa etária (59 anos) em cinco parcelas. Projeções demonstram que a expulsão do plano, por impossibilidade de arcar com o custo da mensalidade, poderá ser retardada por poucos anos, vindo a ocorrer em momento em que o idoso estará mais fragilizado – o que torna a proposta desastrosa e desumana. Esse “benefício”, na melhor das hipóteses, servirá para adiar a expulsão do idoso do seu plano de saúde por poucos anos.

Não se pode perder de vista que os idosos também estarão sujeitos a outros reajustes permitidos por lei, e que muito provavelmente as operadoras encontrarão meios para antecipar receitas impondo tais reajustes, contando para isso com a leniência e pouca efetividade da ANS na regulação dos preços do setor, o que acabará tornando a sua permanência no plano impraticável.

Corroborar com o aumento de preços de mensalidades de consumidores após completarem 60 anos, seja em forma de reajustes, parcelamento de reajustes ou em qualquer outra forma que se queira nomear, representa retornar esse público consumidor hipervulnerável ao tratamento desleal anterior ao Estatuto do Idoso,

quando, de uma forma ou de outra, aumentos das mensalidades por idade eram permitidos após essa faixa etária⁸.

Os elevados reajustes que sofrem os consumidores antes de completarem 60 anos de idade são inaceitáveis. E a proposta de parcelamento desse valor exorbitante durante os anos seguintes não resolve o problema; apenas o ratifica, e retrocede os direitos dos idosos ao período anterior ao seu Estatuto protetivo. Trata-se de uma forma camuflada de revogar e violar a essa Lei tão importante.

Se a intenção do relator fosse realmente beneficiar o público idoso deveria enfrentar a questão estrutural que está na raiz do problema, propondo mudanças efetivas no modelo atual. Porque não propôs uma redução significativa desse absurdo patamar de 500% de aumento total do valor do plano, imposto em razão do envelhecimento? Um dos maiores absurdos do Substitutivo do Relator é justamente o de pretender permitir, por lei, aumento total de 500% (quinhentos por cento) por mudanças de faixas etárias.

Ao incluir o percentual de 500% na Lei de Planos de Saúde, o Congresso Nacional deixará a Justiça de mãos atadas para julgar a abusividade diante do caso concreto. E os idosos continuarão sendo excluídos dos planos de saúde, com ou sem parcelamento desse reajuste final, no momento em que mais necessitam da assistência à saúde, após décadas de contribuição, quando sua renda costuma ser drasticamente reduzida em razão da aposentadoria.

5. Pontos “cosméticos” para ajudar a vender o substitutivo

Outras propostas têm caráter meramente cosmético, redundantes, de nenhuma eficácia, agregadas apenas para ajudar a “vender” a proposta do relator. É o caso da oferta obrigatória de planos individuais pelas operadoras e, de forma específica, a idosos, em caso de cancelamento do plano pela operadora (art. 10-E). O fato é que as operadoras farão essa oferta em condições de pagamento inviáveis ao consumidor. Isso, aliás, já acontece: embora a Consu 19/99 obrigue as operadoras a oferecerem planos individuais, os valores ofertados são exorbitantes. Idem em relação à oferta de planos individuais a idosos, nos casos de cancelamento imotivado pela operadora.

Da mesma forma, o relator tem propagandeado a regra de portabilidade dos contratos, que é idêntica à proposta pela ANS em uma consulta pública realizada este ano pela agência, sem impacto real sobre os consumidores. Incorporou à lei a cobertura de despesas de acompanhantes para idosos e parturientes, já em vigor, segundo dispõem a Resolução Normativa ANS/DC nº 338 de 21/10/2013 (parturiente) e o art. 16 do Estatuto do Idoso. E a inclusão de dependentes sem carência prevista no relatório (art.

⁸ Antes da vigência do Estatuto do Idoso, as regras para planos de saúde permitiam as faixas etárias para reajustes por idade como sendo: 1ª) 0 a 17 anos; 2ª) 18 a 29 anos; 3ª) 30 a 39 anos; 4ª) 40 a 49 anos; 5ª) 50 a 59 anos; 6ª) 60 a 69 anos; e 7ª) 70 anos em diante. A partir do Estatuto do Idoso passou a ser proibido reajustes por faixa etária após 59 anos. Para burlar essa limitação imposta aos planos de saúde, que visa beneficiar os consumidores idosos, as operadoras têm concentrado os maiores reajustes nesta última faixa etária anterior aos 59 anos. Permitir o “parcelamento” desse reajuste final absurdo apenas consolida a possibilidade de elevar exageradamente, de uma forma ou de outra, a mensalidade de consumidores idosos em algum momento após os 60 anos.



12, VII) prevê, de forma incompleta, o que a ANS já determina na Súmula Normativa 25/2012.

Por fim, há que se ressaltar o silêncio sepulcral do parecer do relator em relação a aspectos cruciais benéficos para o consumidor, tais como a regulação dos contratos coletivos⁹.

Como se pode verificar de toda a análise feita até aqui, as propostas apresentadas pelo relator da Comissão Especial de Planos de Saúde não tem o propósito de beneficiar o consumidor de planos de saúde. Pelo contrário, o que se objetiva é tornar o mercado menos regulado, atendendo aos interesses das empresas do setor e fragilizando conquistas dos consumidores. Por esta razão, e considerando a inexplicável urgência na tramitação da reforma, o Idec se opõe veementemente às propostas.

⁹ Um exemplo: o tratamento da necessidade de regulação dos planos coletivos em matéria de reajustes e cancelamento. Esta é uma demanda muito antiga da defesa do consumidor que verifica uma tendência já consolidada do mercado de “fugir” para sua parte menos regulada. Não por outra razão os planos individuais rareiam e uma grande quantidade de ações tramita hoje na Justiça, tendo como objeto rescisões unilaterais de contrato e aumentos abusivos nos reajustes das mensalidades. Houve 05 projetos de lei com o objetivo de regular esses reajustes e o cancelamento: os **PLs 6714 e 6715/2013 do deputado Ivan Valente**, o **PL 7142/2014 do Deputado Danilo Forte** e o **PL 2274/2015 do Deputado Rogério Rosso**. Todos com boa técnica legislativa e juridicidade aprovadas pela Comissão de Constituição e Justiça e, a despeito disso, foram rechaçados pelo relator.