

Análise do Dep. Dr. Pinotti sobre o PL 4076 que trata dos planos de saúde e está em discussão na Comissão de Seguridade Social e Família

Como a reprodução de meu pronunciamento sobre os planos de saúde, na Comissão de Seguridade (reunião de 02/04/08), apontando as incongruências e omissões do Projeto de Lei do ilustre deputado Henrique Fontana, relatado pelo conspícuo deputado Ribamar Alves, e justificando a necessidade de meu voto em separado, infelizmente apresentou graves defeitos de gravação, faço um pequeno resumo dessas questões para seu conhecimento.

Preliminarmente, devo esclarecer que se trata de um Projeto importantíssimo, pois os Planos de Saúde são hoje utilizados por 40 milhões de brasileiros, passando por suas operadoras mais recursos do que pelo Sistema Público de Saúde.

Apesar de estarmos lutando, há muito tempo e com seriedade, ao lado de vários companheiros da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e das instituições de defesa do usuário (IDEC, Protest, Procon), por uma normatização ética desse setor, a situação vem piorando passo a passo. A lei 9656, aprovada pelo Congresso em 1998, não contém mais nenhum dos itens originais, tendo sido inteiramente mudada por medidas provisórias, possivelmente propostas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e, previamente, discutidas com as operadoras. A ANS tem se preocupado prioritariamente com a saúde financeira das operadoras e muito pouco com os usuários e seus direitos e com os prestadores de serviço.

A CPI dos Planos de Saúde, que teve início no governo FHC, por iniciativa do PT, foi finalizada no governo Lula, sem dar em nada. A discussão foi se prolongando e a Medida Provisória 148, de 2003, do Presidente da República, só piorou a situação, delegando todos os poderes à ANS.

Infelizmente e equivocadamente, tem-se partidariado a discussão dessa questão, que sofre pressões econômicas, perdendo-se o sentido de aprimoramento, com equilíbrio, de uma política de saúde justa para o setor.

Temos agora novamente a oportunidade de redirecionar, de maneira equilibrada, essas questões, discutindo e modificando o Projeto de Lei em pauta. Entretanto, se não houver um esforço concentrado de deputados que analisem, em profundidade, o mérito da questão e

votem com consciência, penso que corremos o risco de perdê-la.

Uma boa amostra da ação orquestrada, certamente induzida pelas operadoras e com viés partidário, foi a discussão do Projeto de Lei na última reunião da Comissão de Seguridade, realizada no dia 02 /04/08. Após eu ter usado da palavra em primeiro lugar, após a leitura do parecer do relator, por mais de trinta minutos, e criticado acerbadamente o Projeto, não houve sequer resposta do relator e tentou-se, com um número reduzido de deputados, votá-lo sem discussão.

O Projeto de Lei 4076, que altera a Lei 9656, relatado pelo nobre deputado Ribamar Alves, contém inúmeras e gravíssimas distorções e, o que é pior, relevantes omissões. Passo a citar algumas das distorções e, em seguida, as principais omissões que fazem parte e razão do meu voto em separado.

1 - artigo 10 (- página 15): DAS EXCLUSÕES

Como todos sabem, uma das formas dos planos de saúde lucrarem mais é através da exclusão dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o que não deveria acontecer, uma vez que, ao adquirir um plano de saúde, o cidadão tem a certeza de que, quando dele for necessitar, em 5 ou 10 anos, terá o estado da arte da medicina. Ledo engano, porque os procedimentos novos não são oferecidos aos usuários. Depois e vagorosamente, vão sendo injetados a conta-gotas, de maneira não atualizada, e, em geral, acompanhados de aumento nas mensalidades. Para se ter uma idéia, em 9 de janeiro deste ano, a ANS baixou uma portaria, determinando aos Planos de Saúde que, a partir de 2 de abril, passem a oferecer dispositivos intra-uterinos, ligadura de trompas, ligadura de deferentes, testes para diagnósticos de hepatite C e B, transplantes otólogos de medula, entre outras procedimentos antigos, de uso necessário, e alguns, como a ligadura de trompas, regulamentados por lei desde 1996.

Se compararmos os procedimentos já incluídos no denominado Roll da ANS, com a lista cuidadosamente elaborada pela Associação Médica Brasileira, denominada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), verificaremos uma diferença, a menos, de mais de 1200 procedimentos no Roll da ANS, do que na classificação da AMB.

Isso posto, analisemos o artigo 10, parágrafo 1º A

Ai se coloca uma questão que dificulta ainda mais a situação dos usuários e dos médicos, ou seja, o artigo determina que, quando houver uma discussão sobre um procedimento não incluído, mas necessário, deve-se montar “*uma junta composta por representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas e dos usuários, que avaliará, quando for necessário, se esses procedimentos são necessários ou não*” e introduzem nesse conjunto “*próteses e órteses, restauração de funções para correções de lesões provenientes de acidentes ou plástica reconstrutiva de mama*”, que é, esse último, um procedimento obrigatório por lei, mas, mesmo assim, não introduzido no Roll da ANS. Portanto, é um item perverso no Projeto de Lei, que não deveria existir. Deveria, isso sim, ser substituído pela obrigatoriedade da ANS colocar como Roll de procedimentos obrigatórios das operadoras de planos de saúde a CBHPM, atualizada a cada dois anos pela AMB e aprovada no Congresso Nacional, através de Projeto de Lei do médico e deputado Inocêncio de Oliveira.

2- artigo 11 (pag. 16) e seus parágrafos:

O item 2 do parágrafo único do artigo 11 proíbe o "agravo" e isso, aparentemente, pode ser entendido como uma vantagem para o usuário. O agravo é aquele pagamento que um determinado usuário, portador de alguma doença crônica (hipertensão, diabetes e tantas outras), paga, a mais, na sua prestação, por tempo limitado, para ter um plano de saúde. O artigo proíbe o agravo, mas, ao proibi-lo, permite à operadora que, em um plano de saúde já adquirido, tenha 18 meses para provar que o cidadão é portador de alguma doença pré-existente e, nessa circunstância, ela, a operadora, fica autorizada a suspender a assistência à saúde do consumidor, mesmo depois dele ter pago por 18 meses. É um verdadeiro descalabro, porque cria-se uma situação em que as pessoas com doenças crônicas e degenerativas não poderão ter planos de saúde. O mais grave é que o principal grupo representativo delas é o das pessoas com mais de 60 anos, que estão saindo dos seus planos corporativos e precisam entrar em um plano individual. Elas não poderão ter um plano de saúde e serão definitivamente excluídas. É outra perversidade inconcebível.

A solução, que está no meu voto em separado, é a de permitir o agravo e regulamentá-lo, ou seja, o cidadão, que tenha uma doença crônica, paga um acréscimo limitado por um número limitado de meses e pode adquirir um plano de saúde.

3- artigo 13 A (página 21) – DA MOBILIDADE

Entendo que a troca de planos deve ser um direito do consumidor e, ao fazê-lo, ele não deveria cumprir novas carências - aquele período que o cidadão paga e não tem ainda o direito de usufruir - porque ele já cumpriu a carência do plano anterior. Obviamente, os planos têm que ser semelhantes e o usuário deve aceitar as condições da nova operadora, mas deveria ter o direito, se assim o desejasse, por estar insatisfeito, de mudar de plano com toda a liberdade. Nesse artigo, o parágrafo 1º diz claramente que a insatisfação a que se refere o “caput” do artigo, que justificaria a mudança de plano, deve ser comprovada “*mediante a reclamação acolhida como procedente pelo poder judiciário e pela ANS, em um processo regular*”. Isso significa tirar toda a liberdade do consumidor de mudar de plano, como se essa liberdade fosse uma questão judicial ou mediada pela ANS, que faz o jogo das operadoras e não o do usuário. Aliás, as leis devem ser feitas para evitar contendas judiciais e não para concitá-las. No meu voto em separado, essa questão é corrigida.

Existem vários outros problemas, dúvidas e distorções nesse projeto, que não vou comentar, para não me alongar. Passo para as questões que ficaram omissas no relatório e no Projeto de Lei, relatado pelo insigne deputado Ribamar Alves.

- 1- PERMISSÃO DE AUMENTO DE 500% POR FAIXA ETÁRIA, aumento que significa, atualmente, multiplicar por seis a prestação do usuário e, mais do que isso, e que é utilizado com liberdade pelas operadoras, de tal modo que as faixas etárias iniciais têm pequenos aumentos e as faixas etárias que se aproximam dos 60 anos de idade têm aumentos 4 a 5 vezes superiores aos das primeiras.

Isso pode ser caracterizado como uma operação “*expulsa idoso*” dos Planos de Saúde, com a eficiente colaboração da ANS, porque as operadoras desejam ficar com as pessoas jovens, corporativadas, que pagam e não ficam doentes, e expulsar os idosos que ficam doentes com maior frequência e dão despesas. Esse é um problema grave, porque, em geral, as pessoas com 60 anos estão se aposentando, saindo dos seus planos corporativos e tendo que comprar um plano individual, uma vez que a prática tem demonstrado que o aposentado não continua usufruindo de seu plano corporativo. Ao tentar comprar esse plano individual, ele tem, não apenas a dificuldade interposta pelas doenças crônicas degenerativas - consideradas doenças prévias, que o excluem ou o impedem de comprar - como também, a dificuldade do preço altíssimo determinado

pelos 500% . Os idosos ficam, dessa forma, na fase de vida que mais necessitam, desamparados em matéria de saúde. O justo é diminuir os 500% e regulamentar os índices de aumentos para que não haja muita diferença entre as primeiras e as últimas faixas etárias. É preciso perceber que isso não interfere no preço cobrado pela operadora. Apenas evita a operação “expulsa idoso”. Significa, também, um pacto intergeracional, usado em todos os países que têm um mínimo de sensibilidade e solidariedade social. Essas características estão incluídas no meu voto em separado.

2 – PAGAMENTO DOS MÉDICOS

O relatório do deputado Ribamar Alves exclui qualquer interferência no relacionamento entre as operadoras e os hospitais ou os médicos, argumentando que não vai lidar com questões comerciais. Este argumento não é aceitável, pois esse tipo de relacionamento vai interferir diretamente na prestação de serviço e, especialmente, na qualidade deste serviço ao consumidor. Um médico, cronicamente mal remunerado, acaba freqüentemente atendendo de maneira inadequada o usuário. Um hospital mal remunerado fa-lo-á da mesma forma.

Para se ter uma idéia, nos últimos 10 anos houve um aumento das prestações dos planos de saúde superior a 400%, descontada a inflação e, nesse mesmo período, não houve qualquer aumento de honorários médicos. Pelo contrário, em alguns momentos eles diminuiriam.

Os honorários médicos são baseados, hoje, em tabelas da AMB, de 1991 e 1992, e, assim mesmo, em percentuais de 15%, 20%, 25% dessas tabelas. Uma consulta médica dos Planos de Saúde no Estado de São Paulo está sendo paga em torno de R\$ 25,00 (em média). Não há, no projeto do nobre deputado Ribamar Alves, qualquer referência a isso.

No meu voto em separado, colocamos a obrigatoriedade de, a cada aumento da mensalidade, corresponder a um estudo para buscar-se um aumento, com uma percentagem semelhante aos honorários médicos. Inclui-se, também, aí a questão dos hospitais. Excetuando-se aqueles de grife, os demais são tratados de uma maneira leonina pelas operadoras de Plano de Saúde, não podendo sequer cobrar através de boleto bancário e tendo que aceitar todas as glosas, às vezes sem razões adequadas. Caso não o façam, são descredenciados sem maiores explicações. No meu voto em

separado, soluciona-se, também, essas questões.

3 - A QUESTÃO DO RESSARCIMENTO.

Todos têm conhecimento da obrigatoriedade das operadoras, através da ANS, de fazerem o ressarcimento dos gastos que os usuários dos planos fizeram no sistema público de saúde com procedimentos aí realizados, cujo direito esta garantido pelo seu plano de saúde. Esse ressarcimento está na Lei 9656 e é praticado de forma altamente insuficiente. O PT, quando era oposição, quantificou-o em aproximadamente R\$ 1 a R\$ 1,5 bilhão por ano.

Depois de fazer, sem resultados, várias denúncias e pedidos de correção a esse respeito, em 2004 solicitei oficialmente ao Tribunal de Contas da União (TCU) uma averiguação oficial. O TCU a fez, com cuidado e precisão, e publicou um acórdão, em 2006, demonstrando duas questões fundamentais:

- a) A ANS cobra parcialmente, desrespeitando a Lei 9656 deixando de cobrar aproximadamente dois terços daquilo que deveria ser ressarcido.
- b) A ANS cobra de maneira tão ineficaz que conseguiu receber, apenas, à ocasião desse acórdão, 5.9% daquilo que foi cobrado.

Calcula-se que, com essa complacência, se perca realmente entre R\$ 1 a 1,5 bilhão de reais por ano, ou seja, sangra-se o Sistema Único de Saúde (SUS) nessa quantia vultosa, que serve apenas para aumentar o lucro das operadoras de Planos de Saúde, agravando as condições já precárias do Sistema Público de Saúde do país. A ANS não se preocupou, no decorrer de uma década de vigência da Lei 9656, em corrigir esse rombo, a não ser de maneira extremamente lenta, ineficaz e não cumprindo a lei.

No meu voto em separado, criam-se condições legais que garantem o cumprimento do ressarcimento e terminam com essa sangria, procedimento que já poderia ter sido realizado há muito tempo pela ANS.

Em função desses aspectos (distorções e omissões), que considero da maior gravidade, para um Sistema que atende 40 milhões de brasileiros e que cresce a cada dia, baseado na ineficiência, mal acolhimento e péssimo acesso ao Sistema Público, solicito sua atenção sobre o assunto e sua colaboração, no sentido de votarmos, discutindo e analisando

previamente e com cuidado, o mérito dessas questões, que acabam interferindo na vida, na saúde e até na morte de milhões de cidadãos e cidadãs brasileiros do Sistema Privado e, também, do Público.

O mais constrangedor da reunião do dia 02/04/08 foi a tentativa de se votar sem discussão. Mesmo depois de eu ter feito essas graves observações, não houve resposta do ilustre deputado Relator, nem tampouco discussão. Tentou-se apenas votar o projeto original, sem qualquer modificação. Isso é a negação do papel do Parlamento, o que não podemos aceitar.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti