

JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DAOUD NASSER

Presidente da Unimed Regional Maringá, Médico, Residência Médica em Cirurgia Geral com área de Atuação em Cirurgia Bariátrica e Docente da Universidade Estadual de Maringá.

Unimed Regional Maringá – Av. Bento Munhoz da Rocha Netto, 750 – 1º andar – Zona 07 - Maringá - PR - CEP: 87.030-010
diretoria@unimedmaringa.com.br

RESENHA

Quando falamos de saúde suplementar, referimo-nos a um setor específico, em que a saúde, de caráter privado, é prestada por operadoras (ou seguradoras) de saúde, por meio da comercialização de planos privados de assistência à saúde.

Na saúde suplementar, os conflitos surgem, principalmente, da inobservância dos beneficiários aos contratos celebrados, fazendo com que busquem maior cobertura de procedimentos, medicamentos e materiais não previstos nos contratos de planos de saúde ou não elencados no rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras — reeditado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a cada dois anos. Para se ter ideia, a maioria das ações judiciais propostas contra as operadoras de saúde, dizem respeito à procedimentos sem cobertura contratual e legal.

Levantamento realizado pela Central Nacional Unimed, analisou o aumento das liminares concedidas entre os anos de 2011 e 2014. O estudo demonstrou que, no período, foram abertas 3.626 liminares, sendo 40% delas provenientes de procedimentos que sequer chegaram a ser solicitados à Operadora. Tal situação mostra que, em um percentual considerável dos casos, os usuários procuram diretamente a justiça, sem antes fazer contato com a operadora.

O crescimento do número de ações judiciais tem levado os diversos setores da Justiça e da Saúde ao diálogo, porém se restringindo a contemplar os direitos individualmente pretendidos, precisando ainda contribuir para melhorias sistêmicas.

A maior responsabilidade imputada às operadoras de planos de saúde gera efeitos econômicos prejudiciais a todo o mercado de saúde suplementar. Diante da insegurança jurídica acerca do cumprimento ou não dos contratos, as transações econômicas tornam-se mais arriscadas e seus resultados, imprevisíveis, já que as operadoras ficam impedidas de prever o teor da decisão sobre seu contrato, ou seja, se as cláusulas serão respeitadas e cumpridas.

Ao conceder aos clientes de planos de saúde direitos não previstos no contrato, na regulamentação ou na lei, faz-se com que os custos derivados desse posicionamento

sejam incluídos nos valores cobrados de todos os consumidores, caso contrário a saúde suplementar desde já se inviabilizaria. E é justamente essa onerosidade do plano de saúde que o torna cada vez mais restrito, na medida em que o aumento da mensalidade restringe o número de consumidores em condições financeiras para contratá-lo. Ademais, deixa-se de atingir a função social do contrato, ou seja, o interesse da coletividade, já que a saúde suplementar não será capaz de auxiliar a saúde pública, que por si só é deficiente. E cabe lembrar ainda que, muitas vezes, o cliente que se desliga da saúde suplementar acaba por procurar o SUS.

É importante destacar que para fixação do preço de sua remuneração, as operadoras realizam cálculos atuariais que levaram em conta a cobertura contratual dentro de sua rede de assistência médica, o perfil e a idade dos usuários, os riscos a que estão sujeitos os integrantes desse grupo, bem assim seus custos operacionais e administrativos, baseados nas normas e diretrizes da ANS.

Se a operadora é obrigada por determinação judicial a fornecer uma cobertura mais abrangente do que a inicialmente prevista e da qual foi estipulado o valor da mensalidade, ocorre um desequilíbrio contratual, em razão da desconformidade entre a cobertura determinada (não contratada) e a contraprestação mensal devida pelo beneficiário, colocando a operadora em déficit e, via de consequência, inviável do ponto de vista econômico, ameaçando a sua própria existência.

Consequentemente, o maior prejudicado será o beneficiário alheio à demanda judicial, que pode ser denominado de “cliente oculto”, que irá arcar com um valor maior, devido ao gasto não previsto de outro beneficiário, que exigiu cobertura além dos termos pela qual foi contratada.

Em outras palavras: o “cliente oculto” não infringe o contrato, mas o fundo comum de reserva que um dia servirá para cobrir seu tratamento estará desfalcado por um outro beneficiário que pleiteou uma cobertura indevida e pela qual a operadora foi obrigada a despende, além disso, este valor a maior pago contribuirá para o aumento das mensalidades, e dificultando aos usuários com menor poder aquisitivo, que não tenham condições de pagar o plano.

Paralelamente à Judicialização da Saúde, outra questão que também onera significativamente a atividade das

operadoras de planos de saúde é a atuação fiscalizatória e regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A imposição de obrigações e deveres às operadoras, por parte da ANS, provoca um desequilíbrio considerável na relação operadora-beneficiário, a citar a quantidade de procedimentos incluídos no Rol da ANS a cada dois anos e a desproporcionalidade do reajuste anual da mensalidade dos contratos, que é estipulado pela própria agência e pelo qual a operadora é obrigada a aceitar.

A incorporação de novas tecnologias a cada dois anos no rol de itens obrigatórios às operadoras por parte da ANS, no qual são disponibilizados os mais modernos procedimentos e deveres devidamente homologados pelos órgãos competentes do governo brasileiro, precisa ser muito bem avaliada. Em alguns casos existem tecnologias similares a custos completamente distintos, corroborando para recrudescer a situação da saúde do Brasil sem necessidade.

A determinação do índice de reajuste máximo para os planos de pessoa física é outro fator que gera impacto para as operadoras. Isso porque o percentual está bem abaixo do aumento dos custos médicos. Em 2015, por exemplo, a Variação dos Custos Médicos Hospitalares foi de 19,3%, enquanto o índice de reajuste estabelecido pela ANS foi de 13,7%.

As multas fiscalizatórias também se mostram desproporcionais, já que, negar indevidamente um material/exame/procedimento que chega a custar menos de cinco reais pode ensejar em multa administrativa que variam de trinta a oitenta mil reais, o que se revela desproporcional.

Outra obrigação determinada pela ANS é a relacionada às provisões técnicas, que representa o cálculo dos riscos esperados inerentes a atuação das operadoras. Tais provisões devem ser garantidas por ativos destinados a cobrir eventuais riscos, caso eles se traduzam em despesas. Os recursos aplicados nesses ativos devem obedecer a determinados limites percentuais, de aceitação e diversificação, de acordo com a natureza e riscos inerentes, além do porte da operadora.

Certas imposições se mostram despropositadas, especialmente quando confrontadas com os deveres e a contraprestação dos beneficiários, vez que estas provisões ficam “congeladas” e a operadora não pode geri-las.

Faz parte do Conselho Federal de Medicina, por sua vez, observar a conduta de alguns médicos que buscam, indevidamente, aproveitar-se do poder da prescrição médica, que é praticamente inquestionável. Desta maneira, condutas e procedimentos menos onerosos, com os mesmos resultados, e que poderiam ser utilizados, acabam sendo desconsiderados.

Não obstante tais considerações, o fato é que as medidas legislativas e políticas regulatórias adotadas ainda não foram suficientes para estancar a ferida da judicialização da saúde suplementar.

Entendemos a dificuldade de o julgador decidir questões técnicas envolvendo vidas humanas e, muitas vezes, “pressionado” por laudos de urgência questionáveis.

Dada a complexidade dessas questões e a quantidade de atores envolvidos (Operadoras, Judiciário, ANS, CRM e beneficiários) considera-se que construir um diálogo transparente pode levar à evolução das questões relacionadas à judicialização da saúde. Iniciativas de conscientização da população, que fomentem a resolução de conflitos e a criação de Núcleos de Apoio Técnico e de Mediação – recomendação do Conselho Nacional de Justiça –, com participação de universidades públicas e associações médicas especializadas, para prestar esclarecimentos estritamente técnicos aos magistrados podem contribuir para uma maior clareza nos processos.

Outro fator importante é um maior investimento em medicina preventiva, para que possamos ter uma melhor qualidade de vida. Caso contrário, cada vez mais haverá um custo maior para saúde suplementar, que será repassado ao beneficiário em forma de mensalidade até que o mesmo não suporte mais arcar com as despesas, deixará o plano de saúde e ficará à disposição do Sistema Único de Saúde, que já está em caos.

REFERÊNCIAS

- [1] Central Nacional Unimed. https://www1.centralnacionalunimed.com.br/pws/login_old.jsf.
- [2] Brasil. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br/>
- [3] Brasil. Conselho Federal de Medicina. <https://portal.cfm.org.br/>
- [4] Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Cenário Saúde, Ano II, nº5, Abril 2016.
- [5] https://www.abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed5.pdf