

A SAÚDE VAI MAL, OBRIGADO

O caos, antes só no sistema público, chega ao atendimento privado. POR PAULA PACHECO*

DOS 170 MILHÕES DE BRASILEIROS, CERCA DE 38 MILHÕES UTILIZAM planos de saúde. Graças às condições financeiras, remediadas ou privilegiadas, pareciam imunes aos problemas corriqueiros que afetam o setor da saúde no Brasil. Não é o caso, como se viu nas últimas semanas.

Os outros 132 milhões que usam os serviços públicos são atendidos em hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), em hospitais municipais ou simplesmente não têm a quem recorrer. As queixas de quem precisa utilizar o atendimento público são conhecidas – e não são de hoje. Filas, gente aboletada pelos corredores dos hospitais, greve de funcionários, demora no agendamento de consultas.

Nas últimas semanas, outra fratura do atendimento de saúde é revelada. Os planos de saúde colocaram em prática reajustes de até 82% nas mensalidades de usuários que têm contratos anteriores à lei 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde. Ao que tudo indica, o governo dormiu no ponto.

Os planos, em especial as seguradoras, alegam que seus custos são altos e que os valores dos contratos antigos estariam defasados. As planilhas de custos de contratos anteriores à lei, segundo liminar concedida pelo Superior Tribunal Federal (STF) em agosto de 2003, não têm de passar pelo crivo da Agência Nacional de Saúde (ANS). Ou seja, as empresas utilizam índices misteriosos e aumentam as mensalidades o quanto bem entenderem.

Desde que começou a grita dos usuários, liminares suspendendo o reajuste têm pipocado por todo o Brasil. Algumas têm abrangência nacional, outras são estaduais. Enquanto recorrem para derrubar as liminares, as empresas enviam aos clientes os boletos de pagamento com os valores determinados pela Justiça, corrigidos em apenas 11,75%.

Um juiz de Pernambuco foi além. Decretou a suspensão do processo de migração dos planos antigos para o



EQUAÇÃO DIFÍCIL DE ENTENDER

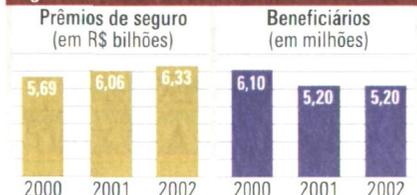
A receita aumenta enquanto cai o número de usuários

Medicina de grupo



Fonte: Abramge

Seguradoras



Fonte: Fenaseg

que prevê a lei. Há cerca de dois meses, o Ministério da Saúde colocou na tevê o médico Drauzio Varella, colunista de *CartaCapital*, em uma campanha de incentivo à migração. Varella lamentou a repercussão, já que muitos entenderam que o governo queria promover a mudança dos contratos para atender as empresas. E lamentou:

– Eu me senti um laranja.

Há duas possibilidades para quem tem contrato antigo e quer adequá-lo à lei. Ou faz a migração para um contrato novo dentro da mesma operadora (e, segundo a própria agência, os aumentos podem ser de até 400%) ou adapta o antigo, que ganha cláusulas mais abrangentes. Nesse caso, as

*Colaborou Luiz Alberto Weber



mensalidades aumentam, no máximo, 25%. Para tanto, 35% dos consumidores têm de aceitar a adaptação para que ela se efetive.

As empresas alegam que os custos aumentaram e não foram cobertos com os reajustes concedidos pela ANS entre 1999 e 2003, quando os contratos antigos ainda estavam sob a proteção da lei e tinham de seguir o índice determinado pela agência. O que é difícil de entender é como as empresas

dizem que os negócios estão desbalanceados se a receita tanto dos planos de medicina de grupo quanto das seguradoras têm crescido nos últimos anos apesar de o número de usuários ter caído (*quadro na pág. 28*).

Ao usuário restam poucas alternativas. Ou muda para um plano mais barato e com menor cobertura, ou paga mais caro por um plano de mesma abrangência, ou conta com o

atendimento do **ESPERA NA FILA.** serviço público.

Os contratos assinados depois da publicação da lei, ao contrário, têm seus reajustes aprovados pela ANS. Neste mês, por exemplo, o índice foi de 11,75%. A liminar do STF que excluiu os planos antigos não foi questionada nem pela ANS, nem pelo Ministério da Saúde, nem pelos órgãos de defesa do consumidor. Depois que a bomba dos reajustes estourou, órgãos de defesa do consumidor, a própria agência e o Ministério Público defendem que mesmo os contratos antigos tenham aumentos de até 11,75%.

Antes da crise, eram 132 milhões de excluídos

O RACIOCÍNIO NÃO É MUITO LÓGICO. ENQUANTO A RECEITA DAS OPERADORAS CRESCEREM NOS ÚLTIMOS ANOS, O NÚMERO DE USUÁRIOS DE PLANOS ENCOLHEU

O ministro da Saúde, Humberto Costa, admite que já esperava pelo estrago, como mostra na entrevista que se segue nas páginas 32 e 33. O que ninguém responde é por que a bomba não foi desativada antes de estourar.

Os carnês que os usuários com planos antigos receberam nas últimas semanas (para contratos que fazem aniversário agora) vieram corrigidos por índices entre 18% e 82%. A maior parte concentra-se entre as seguradoras. A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg) foi procurada por *CartaCapital* e não comentou o assunto.

Os casos de reajustes elevados registrados pelo Procon e pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) são: Bradesco Seguros (até 82%), Sul América (47%), ItauSeg Saúde (mandou carta informando que aplicará 85,5%), Amil (14,75%), Medial (25%) e Trasmontano (até 20%), que já tomou a iniciativa de negociar os reajustes com seus clientes.

Só o Procon de São Paulo tem recebido uma média diária de 200 reclamações referentes aos planos de saúde. No ano passado, o setor só perdeu para as empresas de telefonia e os bancos em quantidade de queixas. O comportamento mostra que, mesmo depois da lei, as falhas continuam e a insatisfação idem.

Segundo estimativa da ANS, cerca de 700 mil contratos se enquadram nessa situação e tiveram reajustes elevados. O universo parece pequeno se comparado ao total de usuários de planos, mas outras empresas podem aplicar os mesmos índices. "Algumas podem até se intimidar depois da repercussão que o assunto começou a ter, mas é claro que esse risco existe", diz Andrea Salazar, coordenadora de campanhas do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec).

O fato é que as empresas não têm mais interesse em manter as carteiras antigas, onerosas por causa de faixa etária crescente. A partir daí, apresentam a nova e altíssima conta como uma maneira de levar o cliente a migrar ou desistir. Com a palavra, o ministro da Saúde:

– Elas jogaram aumentos absurdos

para dissuadir as pessoas a migrarem de plano. Na verdade, elas querem expulsar os clientes deficitários.

A coordenadora do Idec reforça o comentário do ministro: "Quando o contrato não tiver um critério preestabelecido de como será feito o reajuste, ele não pode estabelecer aumentos. Seguindo o Código de Defesa do Consumidor, a cláusula de reajuste não pode ser genérica, ter um critério vago como a variação de custos do setor".

Para Renata Molina, técnica da área de Saúde do Procon de São Paulo, as operadoras não podem transferir o problema das carteiras antigas, usadas principalmente por pessoas de faixa etária mais elevada, para os clientes. "O consumidor não tem redução na mensalidade quando usa pouco o plano. Não é possível que o risco do negócio seja transferido para o consumidor", diz.

Na ANS, a impressão que se tem é de que não há consenso. Enquanto o diretor-geral da agência, Fausto Pereira dos Santos, diz que vai fiscalizar e multar quem passar da medida, o diretor de Normas e Habilitação de Operadoras, Alfredo Luiz Almeida Cardoso, prefere contemporizar.

O diretor cita o problema do aumento da faixa etária em determinados planos antigos, hoje não mais comercializados, que encareceriam os custos de administração. "Essas carteiras têm uma conotação especial. Não estou de-

fendendo os reajustes, mas dizendo em que situação eles ocorreram", afirma. Sobre os resultados financeiros das empresas, ele observa:

– Elas têm lucro líquido, mas o lucro operacional vem caindo nos últimos anos.

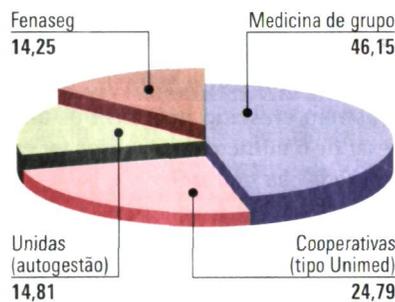
Ao mesmo tempo que os planos tentam arrancar até a última gota de sangue dos segurados, os médicos de São Paulo, seguindo uma onda iniciada há cerca de um mês por outros 15 estados, decidiram que a partir da sexta-feira 30 só atenderão usuários de sete planos mediante pagamento de R\$ 42 por consulta. O segurado terá de pedir o reembolso da despesa à operadora. Foi a forma encontrada para estabelecer com as empresas, conforme acordo acertado com a ANS, contratos com índices de reembolso de serviços corrigidos.

Hoje, a maioria dos médicos, segundo admite a própria ANS, presta serviço aos planos sem contrato. Isso levou a distorções. Há casos em que a tabela de reembolso dos médicos não é reajustada há dez anos. As empresas boicotadas são: ItauSeg Saúde, Marítima, Unibanco, Notredame, Porto Seguro, Sul América e Bradesco Saúde.

Nesta história que a cada dia ganha novos atores, só fica mais claro o poder das seguradoras. É um setor tão forte que todo um grupo de parlamentares atua por eles. Durante a CPI dos Planos de Saúde, no ano passado, o deputado Henrique Fontana (PT-RS), presidente da comissão, mais de uma vez reclamou com próceres do partido na Câmara dos Deputados; as investigações não andavam porque o lobby das seguradoras e operadoras de saúde era muito forte. Fontana dizia que até simples reuniões – sempre acompanhadas por assessores da Fenaseg – eram boicotadas por parlamentares que pareciam escalados para atuar na defesa do setor.

Ligadas muitas vezes a grandes bancos, as seguradoras fazem parte da Fenaseg, com sede no Rio de Janeiro, à rua Senador Dantas, 74. No Ministério da Saúde há quem aposte que reuniões mantidas nesse endereço serviram de estopim para a onda de aumentos nos planos de saúde. Quatro de seus vice-

A COMPOSIÇÃO DA SAÚDE PRIVADA - Em %



Fonte: Abramge

AS SEGURADORAS SÃO TÃO PODEROSAS QUE TÊM O APOIO DE UM GRUPO DE PARLAMENTARES



Você sabia que seu médico não recebe aumento no valor da consulta há mais de dez anos?

CREMESP - APM - SIMESP - FEMESP - ACAD.MED.SP - AMB - CFM - FENAM

presidentes pertencem a empresas que reajustaram seus preços além do estipulado pela ANS.

A Fenaseg é uma entidade poderosa, cuja posse de seu presidente, João Elísio Ferraz de Campos, em maio, em Brasília, no luxuoso Hotel Blue Tree, reuniu 12 senadores, 34 deputados, um governador e prefeitos vários. Na cerimônia, o presidente da Câmara, João Paulo Cunha (PT-SP), brincou: "Temos aqui quórum suficiente para uma sessão na Câmara". A proximidade da federação com poderosos não é de hoje.

No passado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a Fenaseg chegou a contratar os serviços de consultor do ex-secretário-geral da Presidência da República Eduardo Jorge

Caldas. O setor de seguro e planos de saúde privados aproxima-se dos poderosos sempre e em qualquer lugar onde o serviço público de saúde sofre ataques. Nos últimos quatro anos, segundo a organização não-governamental dos EUA Open Secrets, o setor doou para candidatos ao Parlamento norte-americano cerca de US\$ 65 milhões.

Na noite da quarta-feira 21, o assunto chegou ao Palácio do Planalto. O

presidente Luiz Inácio Lula da Silva se reuniu com o ministro Humberto Costa, da Saúde, e José Dirceu, da Casa Civil, para tratar dos reajustes dos planos de saúde. Os três teriam combinado que o governo agirá com mais rigor na fiscalização dos planos com ações político-administrativas.

Quando Lula inaugurou recentemente a primeira farmácia popular (vende remédios a preços mais em conta), disse que a proposta era "possibilitar que remédios no Brasil deixem de ser artigo de rico". Agora, resta saber se os planos de saúde poderão ser também artigo de luxo, um serviço disponível apenas àqueles realmente bem-afortunados. ■

MAIS SINTOMAS.

Médicos paulistas exigem R\$ 42 para remunerar consulta

MEDICINA DE GRUPO

16,2 milhões de beneficiários

12,1 milhões com planos coletivos

4,1 milhões de planos individuais/familiares

SEGURO-SAÚDE

5,3 milhões de beneficiários

1,6 milhão de planos coletivos

3,7 milhões de contratos antigos

"A GENTE FOI PEGO NO CONTRAPÉ"

Humberto Costa, ministro da Saúde, diz que operadoras descumpriram acordo e a crise já era esperada. POR LUIZ ALBERTO WEBER

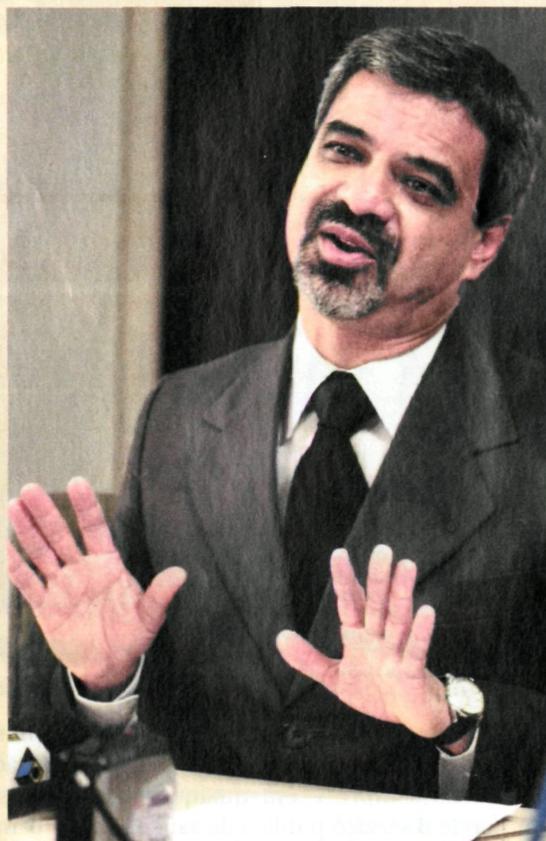
A fita azul novinha do Senhor do Bonfim no pulso direito – sugerindo a existência de um desejo recente – pode ser apenas um amuleto mobilizado pelo ministro da Saúde, Humberto Costa, em sua disputa com as seguradoras e operadoras de planos de saúde. O governo ameaça intervir nas operadoras de planos de saúde que cobrarem reajustes acima dos 11,75% autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nas mensalidades dos contratos assinados antes de 1999. Nesta entrevista, concedida pouco antes de o ministro se encontrar com o presidente Luiz Inácio Lula da Silva e José Dirceu, da Casa Civil, ele avalia os motivos da crise e aposta – ainda – na migração dos contratos como a melhor forma de proteger o usuário de planos de saúde privados.

CartaCapital: As seguradoras armaram para cima do governo ou o governo avaliou mal o tamanho da crise?

Humberto Costa: Tínhamos um acordo de cavalheiros no qual as seguradoras e operadoras garantiam que não iriam lançar mão da decisão do STF, que permite aumentos maiores do que os autorizados pela ANS, enquanto se discutisse a solução definitiva para os planos antigos e seus reajustes. Nós estávamos imaginando que as coisas iriam acontecer de outro jeito. Tínhamos apresentado algumas alternativas para as operadoras. Entre elas, uma que sugeria que em troca de um aumento médio de 15% nos boletos, as empresas fariam a adaptação de todos os contratos antigos, adequando-os às exigências de cobertura prevista na lei de 1998, que é muito maior do que as oferecidas pelos contratos anteriores a ela.

CC: E o que aconteceu?

HC: A gente foi pego no contrapé. Essas seguradoras, sem combinar ou comunicar nada com a ANS, mandaram propostas de migração com valores absurdos. Houve má-fé das empresas porque



J. FREITAS/ABR

"HOVE MÁ-FÉ DAS EMPRESAS. ELAS JOGARAM AUMENTOS ABSURDOS PARA DISSUADIR AS PESSOAS A MIGRAREM DE PLANO"

elas misturaram duas coisas, a migração e a adaptação, que foi uma política estabelecida pelo governo, com a aplicação de reajuste que eles achavam que tinham direito por causa da decisão do STF. Fomos surpreendidos. Elas jogaram aumentos absurdos para dissuadir

as pessoas a migrarem de plano. Na verdade, elas querem expulsar os clientes deficitários.

CC: Mas essa não era uma crise anunciada desde agosto passado, quando o STF decidiu que a ANS não tinha poderes de regular esses contratos antigos?

HC: Sim, claro. Tanto que o governo desde o primeiro momento fez o esforço de promover a adaptação dos contratos antigos. O pior é que temos novas crises anunciadas.

CC: O que mais pode vir por aí, além desses aumentos?

HC: O rompimento unilateral de contrato por parte das seguradoras, deixando os segurados desprotegidos. A decisão do STF permite isso. Pode acontecer de um belo dia uma determinada seguradora mandar uma carta para seus usuários informando-lhes que foi um prazer tê-los como cliente, mas que agora eles não são mais bem-vindos. Boa parte dos contratos antigos não tem uma cláusula que impeça isso. Além disso, caiu o direito a interinação por tempo indeterminado, o que pode causar algumas tragédias. Pode acontecer de o cidadão estar lá na UTI, o hospital botá-lo para fora e a família ser forçada a entrar na Justiça para tirar o cara do corredor e devolvê-lo à UTI...

CC: Há setores do governo que temem o surgimento de uma crise permanente, com repercussões políticas. Afinal, pessoas de idade avançada correm o risco de ficar sem proteção porque estão sendo pressionadas por aumentos de mensalidade de seus planos, que atingem até 300%. O que o senhor acha?

HC: O governo quer que os 11,75% de aumento sejam aplicados para todos os planos e seguros novos e antigos. Nossa prioridade neste momento é resolver a questão do reajuste, até para não fazer mais confusão. Nós já autuamos e multamos

três empresas e não vamos abrir mão disso. Vamos para o enfrentamento com elas. Vamos até as últimas conseqüências.

CC: *E quais seriam elas?*

HC: A intervenção nos planos é uma possibilidade. Isso se as empresas, depois de autuadas e multadas, continuarem a enviar boletos com aumentos maiores do que 11,75%. Nossa idéia, caso eles radicalizem, e a lei assim permite, é colocar um interventor da ANS administrando financeiramente as empresas de planos e seguros de saúde. Mas a fiscalização da ANS vai fazer cumprir os 11,75% de aumento máximo, vamos superar isso e continuar com o programa de migração.

CC: *Mas os Procons Brasil agora reclamam da migração defendida pelo governo...*

HC: O entendimento nosso é diferente dos Procons, que acham que o Código de Defesa do Consumidor é suficiente para garantir os direitos dos usuários dos planos e seguros de saúde. Mas é diferente comprar uma geladeira com defeito, devolvê-la na loja e obter a devolução do dinheiro na Justiça e precisar de um atendimento médico de emergência, chegar lá no hospital e ser informado que o plano não cobre aquele atendimento. O

cliente do plano se veria forçado a entrar na Justiça, mas não teria nenhum balcão do Procon no hospital, nenhum advogado de plantão na UTI para pedir uma liminar a um juiz que garantisse a internação. A migração, a adaptação dos planos, é a solução estrutural para isso.

CC: *A migração é meio uma panacéia...*

HC: O que acontece é que havia pouca clareza da população em relação aos

"A INTERVENÇÃO É UMA POSSIBILIDADE SE OS BOLETOS COM AUMENTOS MAIORES CONTINUAREM"

seus direitos. Então, o cidadão via na tevê que podia fazer uma determinada cirurgia cardíaca, chegava no hospital, e era informado que seu plano antigo não previa tal operação. Isso gera um tumulto em que as pessoas não sabem quais são os seus direitos. Esse é o primeiro aspecto para se fazer migração de planos de saúde: para que todos tenham a proteção da lei. As coberturas da lei são maiores do que a esmagadora maioria dos planos antigos e os au-

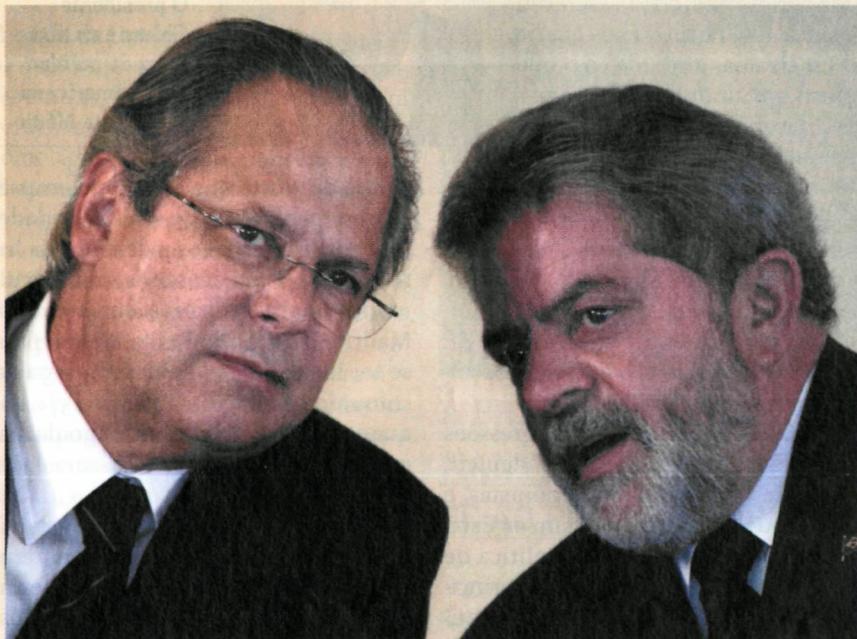
mentos são regulados. Em segundo lugar, a migração ajudaria o SUS a receber pelo serviço que ele presta a pessoas que têm planos de saúde. O SUS só pode receber se o serviço estiver previsto no contrato. Só posso receber se determinada cirurgia estiver prevista no contrato. Como nos contratos antigos as coberturas são baixas, sempre temos segurados privados que recorrem ao SUS e a gente não tem como fazer depois essa cobrança das seguradoras e operadoras. Nós gastamos, por ano, R\$ 1,1 bilhão em hemodiálise, sendo que 35% das pessoas que fazem o tratamento têm planos de saúde, que não prevêm a hemodiálise. Para o SUS, portanto, a migração é importante.

CC: *Toda essa confusão alimenta-se da ineficiência do sistema público de saúde. Se quase 40 milhões de brasileiros são obrigados a recorrer a planos privados é porque algo não vai bem. Não seria hora de discutir a melhoria do SUS no lugar de incentivar a migração para planos privados?*

HC: O SUS é um sistema em implementação, com vocação universal. Em muitas áreas o atendimento já é universal e eficiente, como no caso do tratamento de doenças de alto custo e raras, com as quais gastamos R\$ 750 milhões por ano. É certo que temos gargalos em que a população sente necessidade do plano de saúde privado, caso do atendimento e consultas simples, cirurgias eletivas, exames complementares, mas isso não se resolve de um dia para o outro. Eu espero que chegue o dia em que as pessoas optem pelo plano de saúde privado por comodidade, para ficar num hospital por causa do ar-condicionado e da tevê no quarto, não por ser obrigado porque não consegue lugar na rede pública.

CC: *O senhor tem plano de saúde privado?*

HC: Tenho plano de saúde há 12 anos. Pago, mas não uso muito. Não digo que seja absolutamente necessário. Mas até para que o SUS possa atender outras pessoas, para não sobrecarregar o sistema, tenho plano privado.



APAGA-INCÊNDIO. Costa encontrou-se com Dirceu e Lula para articular uma solução