

Medicina privada

Setor diz que acumula prejuízos e que rescisões são previstas em lei

Operadoras de saúde dizem que cancelamento de contrato é última alternativa para manter o equilíbrio financeiro das companhias

FABIANA CAMBRICOLI

As operadoras de planos de saúde admitiram os cancelamentos de planos de saúde, mas afirmaram que eles ocorrem dentro da legalidade e sem seleção de beneficiários específicos. Alegaram ainda que a medida é a última saída para manter a sustentabilidade financeira das empresas.

O superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Novais, disse ao **Estado** que, ao longo dos últimos anos, as empresas tentam outras alternativas para redução de custos, mas, com o aumento das despesas trazidas por fatores como a incorporação de novas tecnologias e a autorização para realização de terapias em número ilimitado, alguns contratos não tiveram como ser mantidos.

Ele disse que outras medidas são adotadas pelo setor para reduzir custos, como ajuste de rede credenciada, redefinição de regras de reembolso, aplicação de reajustes, mas que, no caso dos contratos cancelados, já não havia mais alternativas.

“Quando você aplica um aumento elevado, as pessoas que não utilizam o plano saem do mercado ou migram para um contrato mais barato. Quem fica são as que têm maior nível de utilização. E aí o que acontece no próximo ano? Vamos precisar de outro índice de reajuste elevado. É um círculo vicio-

so que está tornando impossível esses produtos que a gente está falando que estão desequilibrados”, disse Novais.

Ele afirmou que a sinistralidade média — razão entre as despesas assistenciais de uma carteira e o valor das mensalidades pagas pelos segurados — dos planos coletivos de adesão está em 87%, o mais alto entre as diferentes modalidades, e que 734 mil clientes desse tipo de plano (11,9% do total) estão em contratos com sinistralidade superior a 100%, situação apontada pelo setor como inviável.

Novais afirmou ainda que, embora as companhias tenham registrado lucro líquido de R\$ 3 bilhões no ano passado, a operação dos planos de assistência médica ainda está no vermelho, com déficit entre receitas e despesas. O lucro líquido, afirmou ele, inclui resultados de planos odontológicos e questões patrimoniais. Quando considerado o resultado operacional dos planos médicos, houve prejuízo de mais de R\$ 5 bilhões, segundo o superintendente da Abramge.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) afirmou, em nota, que a rescisão unilateral de planos coletivos é “uma possibilidade prevista em contrato e nas regras setoriais definidas pela ANS”. Disse ainda que, quando o cancelamento acontece, eles são

O que diz a ANS

As regras para que o contrato seja rescindido

Regra

ANS afirmou que as condições para cancelamento de um contrato devem estar previstas no documento e são válidas para toda a operação e não para cada beneficiário a ele individualmente vinculado

Veto

O órgão reiterou que “é proibida a prática de seleção de riscos” pelas operadoras no atendimento, na contratação ou na exclusão de clientes. “Nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura

negada por qualquer condição e não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos”

Condições

A ANS diz que planos individuais/familiares poderão ser cancelados somente em caso de fraude ou inadimplência, enquanto nos coletivos “a rescisão contratual pode ocorrer após o prazo de vigência inicial, devendo ser sempre precedida de notificação”

O que pode

A agência disse considerar lícita a rescisão unilateral do contrato coletivo com beneficiários em tratamento. “No entanto, se houver a rescisão de plano coletivo e existir algum beneficiário ou dependente em internação, a operadora deverá arcar com todo o atendimento até a alta hospitalar”

comunicados aos contratantes com antecedência e “jamais são feitos de maneira discriminatória, discriminatória ou com intuito de restringir acesso de pessoas a tratamentos”.

Afirmou também que “os contratos coletivos de planos de saúde já são amplamente regulados, sujeitos aos mesmos prazos de atendimento, necessidade de suficiência de rede, disponibilidade de canais de ouvidoria, entre outras regras”.

“DESEQUILÍBRIO”. Também procurada, a Amil afirmou que o cancelamento de contratos foi feito “dentro da mais absoluta legalidade” e representa apenas cerca de 1% do total de beneficiários. A empresa disse que “lamenta os transtornos causados, uma vez que cada pessoa

merece a devida consideração”, mas justificou que a decisão se deve ao fato de tais contratos apresentarem há vários anos “situação de desequilíbrio extremo entre receita e despesa”.

A operadora disse ainda que as pessoas com contrato rescindido têm “direito legal à portabilidade para manter suas coberturas, sem a obrigatoriedade de cumprir novamente prazos de carência” e ressaltou que “a medida não tem nenhuma relação com demandas médicas ou quaisquer tratamentos específicos, uma vez que mais de 98% das pessoas envolvidas não estão internadas ou submetidas a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física”.

Beneficiários em tais condi-

ções, disse a operadora, “continuarão recebendo cobertura da Amil para os cuidados assistenciais prescritos até a efetiva alta, conforme os critérios e normativas estabelecidos”. A Amil não se manifestou sobre os casos específicos de beneficiários citados na reportagem.

Também procurada pela reportagem, a Unimed Nacional afirmou que cumpre “rigorosamente a legislação e as normas que regem os planos de saúde” e que as rescisões de contratos de pessoa jurídica (coletivo empresarial e coletivo por adesão) estão previstas e regulamentadas pela ANS e que jamais são feitas de maneira discriminatória.

“Elas ocorrem em definição conjunta com as administradoras de benefícios, dentro das condições estabelecidas em contrato. Isso quando esgotadas as alternativas de renegociação junto às administradoras. A rescisão se dá após estudos de aspectos técnicos e econômico-financeiros, que buscam o equilíbrio entre as relações cliente/operadora bem como garantir uma assistência de qualidade visando o coletivo”, afirmou a operadora, em nota.

Sobre os beneficiários Rosângela Goto e Carlos Goto, a operadora disse que “acata todas as decisões judiciais que são cabíveis” e que o plano de saúde do casal permanece ativo.

Sobre o procedimento aberto pelo Ministério Público Estadual e o Termo de Ajustamento de Conduta, a Unimed afirmou que “o TAC firmado mostra que a operadora mantém diálogo aberto com o poder público em prol de medidas que contribuam para o aprimoramento da saúde suplementar e reforça nosso compromisso, em cumprir rigorosamente a legislação e as normas que regem os planos de saúde”.

A Bradesco Saúde não comentou. Sobre o procedimento aberto pela Promotoria paulista, a empresa disse que “não comenta temas levados ao Judiciário”. ●

No vermelho

R\$ 5 bilhões

é o prejuízo que o segmento de planos de saúde diz ter acumulado no ano passado, de acordo com a Abramge

Justiça do DF manda operadora restabelecer plano para autistas

A Justiça do Distrito Federal e Territórios determinou, em decisão liminar anteciente, que a Amil e a Allcare Administradora de Benefícios não cancelem planos de saúde de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), exceto em caso de inadimplência.

As empresas ainda ficam obrigadas a retomar contratos de beneficiários com autismo que já haviam sido afetados por rescisões contratuais unilaterais. A multa diária em caso de des-

cumprimento é de R\$ 50 mil.

A liminar foi concedida a partir de uma ação civil coletiva movida pelo Movimento Orgulho Autista Brasil e pelo Instituto Pedro Araújo dos Santos. De acordo com o Tribunal de Justiça do DF, os autores apresentaram na ação dois casos de crianças com TEA que necessitam de tratamento e receberam um comunicado sobre o cancelamento dos planos. Os autores pediram na ação a suspensão do cancelamento dos con-

tratos desses dois beneficiários e ainda que o efeito da decisão se estendesse a todos os pacientes da Amil com TEA.

Na decisão, a juíza Simone Garcia Pena destaca que a lei que regula os planos de saúde (Lei 9.656/1998) estabelece que pessoas com TEA não podem ser impedidas de participar dos convênios em razão de sua condição e salienta que a jurisprudência existente define que não se pode encerrar contratos de pessoas em tratamento médico.

“Tratando-se de pessoas albergadas por legislação especial, ademais, consumidoras de serviço cativo e essencial à garantia de sua dignidade e sobrevivência, o argumento financeiro não pode sobrepor-se ao pleito de normas protetivas”, escreveu a magistrada.

Questionada, a Amil informou que cumprirá integralmente a liminar e que “está avaliando a decisão proferida e reafirmou que “a medida tomada pela operadora não tem nenhuma relação com demandas médicas e tratamentos específicos”. Já a Allcare afirmou que apenas repassou aos beneficiários o comunicado da operadora.

Na liminar, não fica claro se a decisão é válida somente pa-

ra clientes do DF ou de todo o País. A advogada Camila Varella, presidente da Comissão dos Direitos das Pessoas com Deficiência da OAB-SP e sócia do Varella Guimarães Advoga-

Resposta

Amil promete cumprir integralmente a liminar e que medida não tem relação com pacientes específicos

dos, afirmou que, pelas normas jurídicas, a validade, a princípio, é só para o Distrito Federal, mas a liminar pode ser usada como jurisprudência para decisões individuais em outros Estados. ●