

## O BUG NOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS

\*Lizandro Tourinho

Entenda a lei criada para os planos de saúde. E veja as desvantagens de adaptá-la ao seu plano atual.

A lei 9.656/98 criada com o intuito de regular os planos e seguros privados de assistência à saúde, além de criar o caos nas empresas operadoras do sistema, também, deixou totalmente confuso os consumidores destes serviços. O que, com toda a certeza, a maioria esmagadora dos usuários não percebeu, é que a lei criada por tecnocratas e apoiada por algumas entidades corporativas das áreas médicas e hospitalares, com apoio de políticos oportunistas, em busca de divulgação de imagem, veio mais para prejudicar do que defender o consumidor final. Senão vejamos.

As chamadas Operadoras de Saúde (nomenclatura criada pelo governo por ocasião do planejamento da lei 9.656/98) são constituídas na forma de: Seguradoras, planos, medicina de grupo, cooperativas de saúde e auto-gestão (planos próprios constituídos por empresas privadas ou estatais para seus funcionários). Hoje 42.000.000 de pessoas são assistidas por esta modalidade de serviço de saúde. Deste número, a maior parte dos consumidores é representada por usuários de planos cedidos por empresas estatais e privadas. A maioria dos usuários, por serem atendidos por plano pessoa jurídica, tem em seus contratos flexibilidades não constantes nos planos pessoa física, notadamente a isenção de carências e coberturas especiais.

O governo federal, inicialmente tentou impor, aos chamados planos de saúde, formas de controles através da SUSEP, Superintendência de Seguros privados, órgão fiscalizador de todo o tipo de seguros feitos no país. Evidentemente que a SUSEP não o fez, pelo simples fato de sua conceituação ser de seguros e não de planos. O número de medidas provisórias, reeditadas a cada momento, complica mais o entendimento da lei e sua aplicabilidade. Não há bom senso nas medidas impostas.

A obrigatoriedade proposta no início, de impor a todos os consumidores de seguros e planos de saúde, a partir do dia 1º de janeiro de 2000, de adaptarem-se aos novos planos criados pela lei 9.656/98, foi por água abaixo. Na medida provisória publicada em 27.08.99, alterou o artigo 35 no seu parágrafo sexto, dando nova redação, na seguinte forma: “Os planos e seguros de assistência à saúde contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fins de comercialização”. Em outras palavras, os responsáveis por esta legislação verificaram que: 1º - Não se poder infligir os contratos celebrados antes da referida lei, pois violariam o ato jurídico perfeito e o direito adquirido anteriores a sua vigência. 2º - Para adaptar-se a nova lei os contratos antigos teriam que ser reajustados numa variação de preços na ordem de 40 a 300%. Esta lei também criou uma distorção fiscal. Ela obriga, os planos de saúde a pagarem por atendimentos realizados por seus beneficiários associados, quando estes vierem, a utilizar-se dos serviços na rede pública de saúde, pagando 4 vezes o valor da tabela do SUS. Ora, se o preço dos planos baseia-se em cálculos atuariais, em que um dos seus componentes é o número previsto de utilizações. É óbvio que a partir de agora, este novo componente entrará na formação do preço, aumentando o seu valor final. Como, estes beneficiários já pagam através do pagamento de seus impostos, a utilização dos serviços públicos, passamos a ter uma bi tributação. Uma distorção de ótica pública, esta lei foi absurdamente promovida pelo senhor Ministro da Saúde, que neste caso, mostrou-se despreparado e ignorante sobre o assunto, aliando a arrogância à intempestividade ao se investir de defensor do povo brasileiro, quanto a seu acesso aos serviços de saúde. Porém, perguntamos se o ministro quis intervir nos planos privados visando proteção aos seus consumidores, por que o mesmo não faz com os hospitais públicos. Muito mais consumidores ficariam satisfeitos, ou não?

Há de se entender que as empresas que constituem os chamados planos de saúde, desde o seu início, há 30 anos atrás, o fizeram como forma de negócio, inicialmente para pessoas que procuravam para si e sua família um atendimento mais personalizado, do que aquele oferecido pela rede pública e, posteriormente pela necessidade decorrente da gestão incompetente do Estado.

Com a famigerada lei 9.656/98, os consumidores perderam a possibilidade de terem um tipo de plano adequado a sua realidade financeira. E mais, com o desenho dos planos estabelecidos pela nova lei, não

há possibilidade de competitividade entre as operadoras, pois as coberturas são exatamente iguais. Finalizando. Quem pensa que o sistema é altamente lucrativo para as empresas de saúde, engana-se, pois hoje estas empresas estão com custos reais para cobertura de sinistros na ordem de 85% do seu faturamento, quando o ideal seria de 70%, quando muito 75%.

Esta é mais uma daquelas situações em que o Estado, que não deve intervir tanto na iniciativa privada, porém o faz com miopia política, na vã utopia de proteger o povo, com resultados prejudiciais para todos.

Esta lei sofrerá seguidamente tantas emendas, que se transformará numa imensa colcha de retalhos, com brechas jurídicas que serão motivos para atritos entre consumidores e as operadoras de saúde.

Portanto, um bom conselho, não mude seu plano, espere com paciência, pois benefício que receberá com a mudança, não será compatível com seu custo.

**\*Lizandro Tourinho**

Administrador de Empresas

Diretor da Tourinho & Associados, empresa especializada em consultoria e auditoria de sistemas privados de saúde.

Coordenador do PNBE/RJ – Pensamento Nacional das Bases Empresariais.