

# Planos de Saúde como Agentes de Saúde Suplementar

**Márcia Andrea Rodriguez Lema <sup>1</sup>**

A Lei 9.656/98 regulamentou os Planos de Saúde no país. Antes dela, a regulamentação dos planos de saúde no Brasil era muito limitada. Na realidade, não se contava com disciplina específica em relação aos planos de saúde. Esse documento legal, que regulamentou o Plano de Saúde e também criou a ANS – Agência Nacional de Saúde, constitui bússola para as relações entre prestadoras de serviços médicos e consumidores, visto que todos deverão se orientar e cumprir as determinações e limitações previstas e impostas pela mesma.

A ANS está vinculada ao Ministério da Saúde e não subordinada a ele, sendo uma autarquia de regime especial. A citada agência unifica as regras dos Planos de Saúde e foi criada para dar equilíbrio ao sistema, precipuamente no que tange às questões existentes entre Hospital, Médico e Cliente – paciente.

A partir da Lei 9.656/98, as operadoras de saúde passam a ter autorização de funcionamento, prevendo possibilidade de intervenção do poder regulatório e exigência de garantias financeiras.

O controle da ANS é feito pelo Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, através do Poder Legislativo por meio do Tribunal de Contas e através do Poder Judiciário por força do artigo 5 XXXV da CF/88.

Em seu artigo 15, regulamentou o reajuste da mensalidade do plano de saúde por faixa etária. Tal norma previu a existência de sete faixas etárias.

Por seu turno, o Código de Defesa do Consumidor é norma geral de consumo. O artigo 35 “G” da Lei 9.656/98 dispõe que será aplicado

---

<sup>1</sup>Juíza de Direito da 1ª Vara de Família de Campo Grande.

subsidiariamente o Código de Defesa do Consumidor nas questões em que a Lei 9.656/98 não tiver previsão específica. Da mesma forma, o artigo 4 da Lei 9.656/98 reconhece a vulnerabilidade do consumidor na relação entre pessoa física e planos de saúde.

Considerando que os Planos de Saúde têm como base o mutualismo; ou seja, o fundo comum, a previsão de mudança de valor de mensalidade, quando alcançada determinada idade, não diz respeito a uma pessoa especificamente, mas alcança um grupo de pessoas em determinada faixa etária.

A seguradora é apenas gestora do fundo comum, que arrecada dos participantes sua cota para o fundo, a fim de que, no futuro, se houver a necessidade, o recurso de todos custeará os gastos de um ou mais dos segurados do plano de saúde.

A ANS, através da regulamentação dos planos de saúde, restringe a atividade privada. Da mesma forma, verifica a entrada e saída de pessoas e grupos nos planos de saúde, bem como a qualidade do serviço prestado pelas operadoras de plano de saúde; da mesma forma, controla preços e tarifas e ainda corrige as falhas do mercado.

Ademais, protege o consumidor quanto às informações prestadas pelas operadoras de plano de saúde, verificando se aquilo que a operadora informou ao consumidor está efetivamente sendo cumprido.

Em sua atividade reguladora, observa o sistema, composto pelas seguintes personagens: - Beneficiário: quer segurança, ao ficar doente, de ter como e onde se tratar; - Operadora: é a gestora de recursos; - Prestador de Serviços: são aqueles que prestam o serviço médico hospitalar e são remunerados, com base na tabela existente.

A regulamentação pela ANS se materializa em três poderes, que são:

- Editar normas
- Assegurar sua aplicação
- Punir aquele que não cumpriu as normas.

Os instrumentos regulatórios são:

- Controle de preços

- Controle de qualidade
- Instituição de barreiras a entrada e saída
- Padronização de produtos
- Especificações de técnicas
- Controle de investimentos

As características das Agências Reguladoras são:

- Autonomia Administrativa
- Autonomia Financeira e Patrimonial
- Autonomia Técnica
- Decisão de Diretoria Colegiada
- Mandato Fixo dos Dirigentes

Como exposto, a Lei 9.656/98 autoriza a mudança de preço por faixa etária, distribuídas em sete faixas. A previsão de mudança de preço por faixa etária tem como fundamento o fato de que a sociedade está envelhecendo, pois a taxa de natalidade está diminuindo, ao mesmo tempo em que a população amplia a expectativa de vida.

Com base nesse dado de realidade, os planos de saúde precisam adequar-se às novas condições dos consumidores. O que se verifica na prática é que, à medida que a pessoa envelhece, passa a ter expectativa de maiores necessidades de assistência e gastos com tratamentos médicos e similares, efetivadas por diversas razões, quais sejam:

- Incorporação de Tecnologia: extremamente importante para a vida da sociedade; contudo, a utilização de tecnologia tem um preço, muitas vezes, alto.
- Renda: as pessoas que detêm renda mensal mais alta costumam ter gastos médicos também elevados.
- Envelhecimento: por conta da redução da taxa de natalidade e também da forma como as pessoas exercem autocuidado, isto é, os cuidados preventivos ampliam a expectativa de vida.
- Transição epidemiológica: a erradicação de doenças infecto-contagiosas, em paralelo ao avanço das doenças crônicas.

O envelhecimento das pessoas causará o aumento de 40% (quarenta por cento) das despesas dos planos de saúde. É cediço que a proporção de utilização do plano é inversa relativamente à idade da pessoa.

Como sublinhado, o plano de saúde tem como base o mutualismo, ou seja, a solidariedade entre os participantes. A sugestão relativa à petrificação do custo do plano, que implica preço único para todas as faixas etárias, não é uma boa solução, visto que o jovem não se sentiria atraído em contratar plano de saúde, uma vez que o utiliza muito pouco.

Na atualidade, a Lei 9.656/98 definiu sete faixas etárias, sendo que cada grupo etário é solidário entre si. Houve ainda a regulamentação quanto ao preço da mensalidade, sendo que a diferença entre a primeira e a sétima faixa etária, no quesito preço, não pode ser superior a seis vezes.

Os princípios doutrinadores do SUS são:

- Universalidade: todos são iguais
- Equidade: todos terão acesso a todos os procedimentos
- Integralidade: todas as exigências dos indivíduos deverão ser atendidas.

Sob o ponto de vista da história, o Plano de Saúde surgiu em 1971, sendo diferente da Medicina de Grupo, visto que a negociação com o hospital é do Plano de Saúde e não do indivíduo.

Quanto ao atendimento, as doenças estão previstas no CID – Código Internacional de Doenças e, para tratar cada doença ali elencada, existe determinado procedimento.

O SUS – Sistema Único de Saúde tem como característica o reembolso do tratamento através de remuneração fixa, ao passo que o sistema de saúde suplementar, Plano de Saúde, tem como característica para reembolso do tratamento o pagamento de cada item do procedimento realizado pelo médico para o tratamento correspondente à doença. ◆