

Órgãos de defesa do consumidor reclamam que não há poder de barganha nessa negociação e que falta também transparência nos aumentos

A falta de regulação para o cálculo dos reajustes dos planos de saúde coletivos, que prestam serviços a 80% dos usuários, é o principal desafio do setor, segundo entidades de defesa do consumidor. Junto com os representantes das operadoras e do governo federal, elas participaram de audiência pública da Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados nesta quarta-feira (30).

A audiência foi feita a partir de denúncias recebidas pela comissão questionando o reajuste de 9,63% autorizado para os planos individuais a partir de maio deste ano e válido até 2024.

O deputado Márcio Marinho (Republicanos-BA) classificou o aumento de abusivo, salientando que, muitas vezes, o consumidor deixa de comprar comida e roupa para pagar as mensalidades e, depois, não tem o retorno que deseja. “O nosso objetivo sempre é fazer a mediação entre os consumidores e os empresários. O nosso objetivo é ser um braço apoiador daquele que, nessa relação de consumo, se torna hipossuficiente, às vezes não tem uma voz para defendê-lo em relação aos seus direitos junto às empresas, aos fabricantes.”

Em relação aos planos coletivos, os reajustes, por lei, são definidos a partir de livre negociação entre as operadoras e os usuários. Órgãos de defesa do consumidor reclamam que não há poder de barganha nessa negociação e que falta também transparência nas explicações sobre a base de cálculo dos aumentos. Apontam ainda que os contratos menores são os que sofrem os maiores reajustes e os que estão mais sujeitos a cancelamentos.

Coordenador do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, Eduardo Tostes relatou reajustes de até 96% em planos coletivos. “O índice de reajuste do plano coletivo é um dos mais complexos, porque esse índice não tem balizamento, não tem uma regulação por parte da ANS”, ressaltou.

Custos maiores

Os representantes das operadoras fizeram uma radiografia do setor que, segundo eles, representa 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB), gera 4,8 milhões de empregos e atende 50,8 milhões de pessoas nos planos médicos e 31 milhões nos planos odontológicos, somando 920 operadoras.

Eles apontam uma crise, mostrando que as despesas assistenciais respondem por 89% das receitas dos planos de saúde e que os custos da saúde são bem maiores do que a inflação.

Superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Marcos Paulo Novais argumenta que, nos últimos cinco anos, 141 operadoras saíram do mercado e que o setor terá em 2023 um déficit operacional pelo terceiro ano seguido. “De cada 100 beneficiários de plano, um beneficiário vai consumir 30% do que todo mundo pagou. De cada 100 beneficiários de plano, 9 deles vão consumir mais de 60% do que todo mundo pagou. O que significa isso na prática? Os outros 91, eles só veem o reajuste, só veem a mensalidade, mas eles não veem quem está sendo tratado, quem consumiu a maior parte dos recursos.”

Para Daniela Rodrigues, representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as fragilidades do setor são decorrência de fatores como a crise econômica, a falta de empregos e o envelhecimento da população. Segundo ela, a agência admite que é preciso aprimorar o sistema, principalmente em relação às regras para os reajustes dos planos coletivos. “Toda aquela vulnerabilidade que se tem no plano contratado por pessoa física permanece na contratação coletiva porque grande parte dessa contratação está sendo feita por pessoa física e não por pessoa jurídica”, explicou.

Durante a audiência pública, foi lembrado que não há mais oferta de planos individuais no mercado e houve a sugestão de que a Câmara legisle sobre o tema, para amparar os usuários. A Câmara analisa um projeto do Senado ([PL 7419/06](#)) conjuntamente com outras 278 propostas que modificam vários pontos da legislação sobre os planos de saúde.

Fonte: Agência Câmara de Notícias, em 30.08.2023