

A ideia de ter um plano de saúde à disposição, para a grande maioria das pessoas, é, no momento necessário, ter a segurança e tranquilidade que haverá um atendimento rápido e seguro, sem a lentidão e burocracia do serviço público, pois vale aquela premissa, a saúde não espera! Mas essa projeção costuma ir “por água abaixo” em determinados momentos. Um deles é quando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina o teto para o reajuste dos planos.

No ano passado, por exemplo, o órgão fixou um teto de reajuste em 9,63% para os planos de saúde individuais e familiares. Já os planos coletivos foram autorizados a ter um reajuste de até 22%. Em 2022, o aumento foi ainda maior: de 15,5% nos planos individuais e familiares; de 26% para os planos coletivos e 22% para os planos empresariais. Essas elevações bem acima da inflação ajudam a explicar os motivos pelos quais os reajustes são uma das principais causas de reclamações dos usuários.

“O problema é que o aumento concedido pela ANS se dá com base nos custos dos procedimentos, e nem sempre a elevação desses custos está atrelada à inflação. Mas é claro que isso é um golpe duro para o usuário, que firma o contrato com a operadora na esperança de gastar muito menos do que gastaria no atendimento particular”, pondera Matheus Bessa, sócio do escritório de advocacia Grossi & Bessa Advogados.

Ele explica que, no plano coletivo, por adesão ou empresarial, os possíveis reajustes podem ser de três tipos, a saber: 1) reajuste por variação de custos (aniversário do contrato); 2) reajuste por faixa etária (idade do usuário); e 3) reajuste por sinistralidade (ocorre quando há um maior número de atendimentos e despesas assistenciais).

Por isso, o advogado Matheus Bessa orienta os usuários a lerem minuciosamente o contrato antes de fechar com a empresa, a fim de verificar as condições. Outra recomendação é de que façam o cálculo do reajuste tão logo perceberem que houve um aumento no valor da mensalidade.

Matheus Bessa afirma ainda que é importante comparar os planos, observando os prazos de carência, a cobertura, o percentual de aumento para cada faixa etária, entre outros pontos que possam afetar o bolso.

“Na dúvida, o melhor a fazer é procurar um escritório especializado, que possa intermediar e até contestar o contrato e a qualidade da prestação do serviço”, afirma.

Teto não é obrigatório

O teto estabelecido anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com o advogado do escritório Grossi & Bessa Advogados, não significa uma obrigação a ser cumprida pelas operadoras. “Ele é um limite máximo para um aumento que sequer é um compulsório. É possível que o reajuste seja menor do que isso ou que até mesmo haja deflação, ou seja, a redução dos valores. Mas confiar nisso é uma utopia incabível diante da alta demanda do mercado”, afirma o jurista.

A oferta de planos de saúde multiplicou-se ao longo dos últimos anos no Brasil. Em dezembro último, a ANS informou que, pela primeira vez, o mercado bateu a marca de 51 milhões de usuários. A Dra. Priscila Perdigão, advogada e especialista em Direito da Saúde do escritório [Grossi & Bessa Advogados](#) reconhece que isso promove uma diversidade de ofertas que muitas vezes tornam mais difícil a averiguação do consumidor. “É manter os olhos abertos e desconfiar quando a esmola é demais, porque as operadoras não perdem dinheiro”, finaliza.

Fonte: Naves Coelho Comunicação, em 05.04.2024