

A Câmara dos Deputados analisa um projeto de lei que pretende alterar a legislação atual que regula o funcionamento dos planos de saúde no país. Entre as principais mudanças em discussão está a possibilidade de parcelamento do último reajuste concedido aos usuários de planos privados quando atingem 59 anos de idade.

Pela legislação vigente, os planos de saúde podem reajustar o valor da mensalidade do beneficiário a cada mudança de faixa etária. Atualmente, são válidas dez faixas cronológicas, a primeira até 17 anos e a segunda a partir de 18 anos, mudando a cada 4 anos de forma subsequente. A última referência se encerra aos 59 anos, quando os planos são autorizados a aumentar em até seis vezes o valor da mensalidade em relação ao valor da parcela da primeira faixa de idade.

Como o Estatuto do Idoso veda a cobrança de valor diferenciado em planos de saúde depois dos 60 anos, os planos reajustam uma única vez aos 59 anos. Se o projeto for aprovado, o valor reajustado para beneficiários de 59 anos poderá ser pago em até cinco parcelas de no máximo 20% do total nominal, vencidas a cada cinco anos, e não poderá ultrapassar o limite de seis vezes superior ao valor da primeira faixa etária considerada pelas operadoras.

A mudança é proposta pelo deputado Rogério Marinho (PSDB-RN), relator da matéria na Câmara, que apresentou relatório esta semana. O deputado informou que já ouviu críticas das operadoras, que temem impacto na lucratividade, e ressaltou que o projeto não permite o reajuste depois dos 60 anos, apenas o parcelamento dessa variação ao longo de 20 anos. Para o deputado, a medida visa a acabar com a cobrança única que antecede os 60 anos e melhorar a condição de pagamento dos usuários idosos.

Tendência

“Isso é uma angústia de quem vai chegar aos 59 anos, porque as pessoas sabem que nessa idade dobra o valor do plano e elas têm três alternativas: deixar o plano por incapacidade absoluta de pagar e voltar para o SUS; a família se cotizar a conseguir pagar o plano do idoso, então se sacrifica o conjunto familiar; ou pagar o plano, mas comprometer de 30% a 40% do orçamento”, acrescentou Marinho.

Foi o que aconteceu com Rosalina Leandro Andreto e Benedito Marcelo Andreto, de 68 e 64 anos, respectivamente. Quando atingiram a última faixa etária, o valor do plano superou R\$ 2 mil e obrigou o casal a cancelar o plano de saúde há três anos. “A gente percebeu que não dava mais conta de pagar com essa situação. Aposentado ganha pouco e aí tivemos de sair do convênio. Fomos obrigados a isso, porque o dinheiro todo era para pagar plano de saúde. Como temos também de comprar remédios, vamos comer o que?”, disse Rosalina.

A decisão do casal segue uma tendência registrada de queda no crescimento de beneficiários de planos nos últimos anos. Segundo o último dado disponível do mercado de saúde suplementar, atualmente o Brasil tem 22,5 milhões de beneficiários com plano exclusivamente odontológico e 47,3 milhões de pacientes vinculados a um plano médico privado, o que representa uma cobertura de 24,5% da população brasileira, índice 2,2% menor do que o registrado no ano passado.

Desse total, pouco mais de 8,5 milhões de beneficiários têm mais de 55 anos de idade, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A faixa com mais número de beneficiários é de 20 a 39 anos, que reúne quase 14 milhões de usuários dos convênios médicos.

Outras mudanças

Entre os princípios que devem ser seguidos pelos planos privados de saúde, o projeto inclui o uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e para gestão em saúde, o respeito à autonomia e à integridade física e moral das pessoas assistidas e o estímulo ao parto normal. Para o relator, o objetivo é reduzir o índice de 85% dos partos cesáreos realizados na rede privada

brasileira para algo próximo do registro mundial de 15%.

A proposta também estabelece que as operadoras de planos de saúde serão obrigadas a realizar programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, inclusive de epidemias que estejam em curso no país, além de apresentar relatório à ANS sobre resultados desses programas. Os usuários que aderirem aos programas preventivos poderão ter desconto no pagamento do plano.

As operadoras deverão, por meio de sua rede de unidades conveniadas, reparar lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob cobertura de seus planos. Atualmente, a reparação é prevista apenas nos casos de erro médico em cirurgias estéticas. A intenção, segundo o deputado, é garantir que outros tipos de lesões não decorrentes de erros possam ser corrigidas.

Ampliação cobertura

O projeto prevê ainda que as operadoras dos planos deverão cobrir consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo e cobrir vacinas solicitadas pelo médico assistentes, desde que devidamente registradas pela autoridade sanitária.

As despesas de acompanhantes, no caso de pacientes idosos, parturientes, pessoas com deficiência ou menores de 18 anos, como já previsto atualmente, deverão ser cobertos pelos planos. Filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda também poderão ser inscritos, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião.

De acordo com o projeto, as operadoras deverão oferecer obrigatoriamente planos de contratação individual ou familiar a seus atuais e futuros consumidores. O beneficiário de plano de contratação individual, familiar ou coletiva fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem na contratação de novo plano de contratação individual, familiar ou coletivo, na mesma ou em outra operadora.

Para sair da carência, o beneficiário deverá estar adimplente com a operadora de origem e com o contrato em vigor. O plano de destino deve ter igual preço ou inferior ao plano de origem e não pode estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa ou cancelado".

Custos

Segundo Marinho, um dos objetivos das mudanças é reduzir o custo das contraprestações para o beneficiário e acabar com fraudes registradas atualmente. Entre as propostas com esse propósito está a divulgação obrigatória, nos sites das operadoras, dos valores pagos pelas consultas e procedimentos contratados.

Nesse sentido, o relator propõe também um limite menor para o valor das multas pagas pelas operadoras que negam de forma injustificada a oferta de um procedimento ou produtos aos clientes. O substitutivo estabelece que a penalidade a ser paga pela operadora não poderá superar em mais de dez vezes o valor do procedimento ou do produto a que se refere.

Nos casos de reincidência, poderá ainda ser aplicada multa de até 30 vezes o valor do procedimento ou produto negado. A multa não deve ser superior a R\$1 milhão, de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração. O relator defende que a limitação é para benefício do próprio consumidor.

“Pagar multa não desobriga a operadora de ofertar produto ou serviço. O que estamos querendo é que esta situação seja pedagógica, equilibrada e proporcional, não do jeito que está sem nenhum controle. Se não, recai sobre o próprio consumidor”, afirmou Marinho.

O projeto obriga empresas a realizar auditorias de forma independente para contabilizar sinistros ou número de vezes em que o plano é acionado pelo usuário. “A sinistralidade é um dos fatores que

mais influem no aumento e a informação, muitas vezes, é unilateral. Então, estamos pedindo que seja checada por uma auditoria independente.”

Ressarcimento ao SUS

O projeto traz mais detalhes sobre o processo de ressarcimento das operadoras aos estabelecimentos do SUS que prestarem serviços a beneficiários de planos privados de saúde. A operadora continuará responsável pelo pagamento de todos os procedimentos ofertados pelo SUS, mas, no caso de internação, o ressarcimento deverá ter um acréscimo de 25%. O hospital ou unidade de emergência pública deve comunicar em até 24 horas à operadora sobre o atendimento de urgência do beneficiário do plano.

A proposição institui a Taxa de Controle e Fiscalização sobre o Ressarcimento ao SUS, que será gerada a partir da fiscalização da ANS sobre as operadoras e servirá para custear e manter os procedimentos e sistemas informatizados para ressarcimento ao SUS. Também estabelece que o repasse dos recursos do ressarcimento não seja feito diretamente ao Fundo Nacional de Saúde, como é atualmente, mas sim dividido entre os estados e municípios onde ocorreram os atendimentos.

A nova destinação do ressarcimento atende a uma reivindicação dos gestores locais, como foi discutido esta semana em audiência pública na Câmara. Na ocasião, o representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) defendeu equilíbrio na destinação desses recursos e melhor verificação sobre a participação de estados e municípios no financiamento do sistema.

Outro ponto que pode ser alterado é com relação às demandas judiciais. Se o usuário pleitear na Justiça pela realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto ou medicamento, o juiz deverá requisitar parecer de profissional da saúde que integre núcleo de apoio técnico do tribunal ou entidade conveniada, ou ouvir perito de sua confiança antes de conceder a tutela de urgência.

A consulta fica dispensada se a situação for de grave e iminente risco à saúde ou à vida do autor da ação judicial.

A Agência Brasil não teve retorno da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge). Por meio da assessoria de imprensa, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informou que ainda não emitirá nenhum posicionamento até que o projeto seja aprovado. A votação do parecer do deputado Rogério Marinho está prevista para o dia 08 de novembro na comissão especial da Câmara, mas poderá ser apreciado diretamente no plenário, pois tramita em regime de urgência.

Fonte: Agência Brasil, em 21.10.2017.