

Por Léo Rodrigues

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quer limitar o valor que os planos de saúde podem cobrar pela coparticipação, quando o usuário paga uma parte do procedimento autorizado pela operadora. A proposta está em uma minuta de resolução normativa sobre planos de coparticipação e franquia divulgada pela agência junto com a reabertura de uma consulta pública sobre o assunto.

O documento sugere que a coparticipação não ultrapasse 40% do valor do procedimento. Também estabelece a isenção da cobrança do percentual em até quatro consultas com médicos generalistas - pediatria, clínica geral, médico de família, geriatria, ginecologia - no período de 12 meses e em exames preventivos como mamografia, colonoscopia, glicemia de jejum, teste de HIV, entre outros.

Em abril e maio deste ano, a ANS recebeu contribuições sobre o tema, que levaram à elaboração da minuta. No entanto, por causa de mudanças na direção da agência, os gestores decidiram abrir mais uma etapa de participação pública antes da atualização das normas para planos de coparticipação e franquia. Por causa da nova fase de manifestações, a proposta de minuta de resolução normativa ainda deve passar por alterações.

Com as mudanças, o objetivo da ANS é atualizar regras para o setor, vigentes desde 1998, e dar mais transparência aos usuários que contratam estes serviços. As contribuições podem ser apresentadas por qualquer pessoa até o dia 25 de outubro e serão acrescentadas às colaborações recebidas na consulta feita em abril e maio deste ano. Os interessados em participar devem utilizar o formulário online.

De acordo com o diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, aproximadamente 50% dos 48 milhões de beneficiários dos planos de saúde no Brasil possuem em seus contratos um dos dois mecanismos de regulação: a coparticipação ou a franquia. Na coparticipação, além de um valor mensal fixo, o usuário tem um custo adicional sempre que realiza um procedimento, como consulta, exame, entre outros. Com isso, espera-se uma mensalidade mais baixa que os planos tradicionais.

Por sua vez, a franquia consiste em estabelecer um limite financeiro até o qual a operadora não tem obrigação de custear o procedimento. “Digamos que um determinado contrato estabeleça que, durante um período de 12 meses, como é a forma mais recorrente, o usuário vai custear o seu próprio tratamento até o valor de R\$ 2 mil. Então ele vai em alguns médicos, realiza alguns exames e paga do seu próprio bolso. A partir do momento em que se atingiu R\$2 mil, a operadora é quem passa custear as consultas, exames e demais procedimentos”, explicou Aguiar. Nesse tipo de contrato, o usuário acaba sendo estimulado a moderar o gasto com os serviços de saúde, já que em um primeiro momento é ele quem paga a conta.

Segurança jurídica

Segundo o diretor da ANS, por serem muito antigas, as regras que envolvem esses contratos partem de premissas genéricas. “A dinâmica do mercado vem mostrando a necessidade de termos uma maior segurança jurídica sobre esses mecanismos, especialmente o de coparticipação, que gera muitas dúvidas e responde por 66% desses tipos de contratos. A normatização atual não apresenta quase nenhum parâmetro. Não contém, por exemplo, qualquer limite financeiro na cobrança da coparticipação. O que existe é uma orientação. Para a ANS, valores acima de 30% são considerados fatores restitivos severos da utilização dos serviços de saúde. Mas isso não está normatizado”, explica.

Aguiar afirma que tanto a isenção de cobrança de coparticipação em alguns procedimentos como a criação de um limite de percentual são assuntos polêmicos sobre os quais a população pode opinar através da consulta pública. “A coparticipação é geralmente cobrada em cima do valor do

procedimento. Entretanto, há procedimentos que podem custar milhares de reais. E, nesse caso, qualquer percentual aplicado resultará em um valor muito alto. E aí entra outra discussão. Deve-se estabelecer um limite percentual ou um limite de valor monetário específico?”, pondera.

A nova regra também deve fortalecer processos que garantam a transparência. Hoje, já existem algumas regras com este intuito. Desde 2016, por exemplo, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a dar aos usuários acesso detalhado aos serviços que ele utilizou: com quais médicos se consultou, quais exames realizou, etc. Ainda assim, a ANS avalia que há um déficit informacional envolvendo estes contratos, o que cria dificuldades para se saber o que está sendo comercializado.

Fonte: Agência Brasil, em 21.10.2017.