

Por Maria Stella Gregori (*)

Desde o início da regulação dos planos de saúde, as operadoras de planos de assistência à saúde podem utilizar em seus produtos oferecidos no mercado os mecanismos assistenciais e financeiros de regulação.

Os mecanismos assistenciais são aqueles que dizem respeito à organização do acesso aos serviços de assistência à saúde, como o direcionamento, o referenciamento e a hierarquização de acesso. Já os mecanismos financeiros são fatores moderadores de utilização desses serviços, tais como a coparticipação e a franquia.

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. E a franquia é o valor estabelecido no contrato de plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso, quer no pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

A Resolução Consu 8/98, primeira norma a regular a matéria, prevê que os mecanismos financeiros de regulação somente podem ser utilizados caso não desvirtue a livre escolha do consumidor, não caracterize financiamento integral por parte do consumidor ou restrinja qualquer acesso à prestação dos serviços. Essa resolução reforça a Lei dos Planos de Saúde, que diz que as operadoras devem pagar integral ou parcialmente os procedimentos ou eventos em saúde. Significa dizer que é vedado o custeio integral dos procedimentos pelo consumidor.

Cabe salientar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) somente tem competência para regulamentar a Lei dos Planos de Saúde. Não compete a essa agência reguladora criar ou extinguir direitos; não pode inovar no ordenamento jurídico.

A possibilidade da inclusão nos contratos de planos de saúde de mecanismos financeiros de regulação, como forma de estímulo ao uso racional dos serviços de assistência à saúde, é positiva quando bem utilizada, pois pode beneficiar tanto consumidores quanto operadoras, no sentido do uso consciente pela participação do pagamento dos serviços. De igual modo, assegura às operadoras o equilíbrio econômico-financeiro, reduzindo o desperdício e até a fraude. No entanto, se os valores forem altos, os consumidores podem reduzir a busca pelo cuidado à sua saúde, ficarem inadimplentes ou endividados. Atualmente, mais da metade dos consumidores têm planos de saúde com esses mecanismos, em especial a coparticipação.

Desde 2016, a ANS, por entender que as regras de coparticipação e franquia necessitavam de atualização e aperfeiçoamento, decidiu debater o tema com a sociedade, ao realizar audiência pública e, após, submeter à consulta pública minuta de resolução normativa.

Recentemente, a ANS editou a Resolução Normativa 433, de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre mecanismos financeiros de regulação em planos de assistência à saúde. Ocorre que a norma publicada não tem nenhuma correspondência com o texto posto em consulta pública; mais ainda, não foi considerada qualquer sugestão enviada por órgãos e entidades de proteção e defesa do consumidor.

Entre as regras aprovadas pela ANS, que entrarão em vigência daqui a seis meses, algumas são preocupantes, prejudiciais aos consumidores, na medida em que podem impactar os custos dos planos em até 100% do valor pago mensalmente. Exemplos disso são os critérios definidos pela regulação do setor de estabelecer como limite do percentual de coparticipação até 40%; a possibilidade de majoração em 50% em coparticipação nos planos coletivos empresariais; a permissão de coparticipação em casos de atendimento em pronto-atendimento, em particular nas hipóteses de urgência decorrentes de acidentes pessoais; em casos de mais de 250 procedimentos

isentos de coparticipação ou franquia em que a operadora poderá escolher a rede que prestará o atendimento, ferindo o direito de livre escolha do consumidor.

Várias entidades, como Conselho Federal da OAB, Brasilcon, AMB, APM, Abrasco, Procons, Idec e MPCon, fizeram uma nota de repúdio contra essas regras. Na mesma direção há, no Congresso Nacional, projetos de decretos legislativos propondo a sustação dos efeitos da RN-ANS 433/18, justamente por conta de essa agência reguladora extrapolar os limites impostos pelos ditames legais a que está submetida.

O Conselho Federal da OAB ajuizou arguição de descumprimento de preceito fundamental junto ao Supremo Tribunal Federal contra a RN-ANS 433/18, alegando que a ANS invadiu as competências do Poder Executivo e do Poder Legislativo ao regulamentar a matéria, e a ministra Cármem Lúcia deferiu medida cautelar para suspender tal resolução.

O caminho de solução que parece mais apropriado seria a ANS, antes de findo o prazo de vacância da polêmica resolução, reavaliar as regras editadas e revisitar as contribuições da sociedade, levadas a efeito pelas considerações e sugestões públicas coletadas, reabrindo, assim, o debate com todos os atores da saúde suplementar.

(*) **Maria Stella Gregori** é advogada do Gregori Sociedade de Advogados, professora de Direito do Consumidor da PUC-SP, diretora do Brasilcon e ex-diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: [Consultor Jurídico](#), em 18.07.2018.