

***Para o MPF, a norma poderia impossibilitar a continuidade do tratamento de saúde e ampliar o endividamento do consumidor, caso mal calibrada***

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revogou na segunda-feira (30) a Resolução Normativa 433/2018, que incluía mudanças no valor cobrado por coparticipação e franquia de planos de saúde. A norma – que só entraria em vigor em dezembro – foi editada no final de junho e estabelecia, entre outras questões, o limite de até 40% de coparticipação dos consumidores nas despesas médicas e hospitalares. Para o Ministério Público Federal (MPF), faltam estudos e discussões que aprofundem e legitimem as mudanças na forma de cobrança – que atinge milhões de usuários no país.

Menos de um mês após sua edição, a norma foi questionada pela Ordem dos Advogados do Brasil no Supremo Tribunal Federal (STF) e liminarmente suspensa por decisão monocrática da presidente da Corte, ministra Cármen Lúcia, durante o recesso do Judiciário, em julho. No mesmo dia da decisão, o MPF encaminhou à ANS um pedido de esclarecimentos e de apresentação de eventuais estudos de impacto das novas regras.

O pedido de informações foi assinado pelo coordenador da Câmara da Ordem Econômica e Consumidor (3CCR), subprocurador-geral da República Augusto Aras, e encaminhado ao presidente da agência reguladora, Leandro Fonseca da Silva. No documento, Aras requereu os estudos produzidos pela ANS sobre o assunto, a fim de subsidiar as atividades da Câmara no acompanhamento do tema. “O Ministério Público Federal está atento ao potencial lesivo das regras contidas na Resolução 433/2018, que, se mal dimensionadas, poderão repercutir na continuidade do tratamento de saúde e no endividamento dos consumidores”, afirmou na época o coordenador.

A ANS ainda não respondeu ao pedido, mas revogou a norma e afirmou em nota de esclarecimento que deve convocar novas consultas públicas para discutir o assunto. De acordo com a agência, a regra em vigor deixa os consumidores mais vulneráveis ao não estabelecer limites claros de cobrança. Na prática, no entanto, a nova resolução ampliava o teto que as operadoras poderiam cobrar dos usuários. Isso porque, apesar de a resolução de 1998 – atualmente em vigor – não determinar percentual máximo para cobrança de serviços médicos além da mensalidade, a ANS orientava as operadoras a não exigir pagamentos superiores a 30%.

Para Aras, a revogação da agência reguladora é positiva, pois possibilita o aprofundamento das discussões. “A reação da sociedade demonstra que a norma não estava madura o suficiente para ser recepcionada. É um tema sensível, sendo, portanto, necessária a ampliação do debate para que sejam obtidas informações claras e precisas que respaldem a decisão da agência”.

**Acompanhamento** – Desde o ano passado, a Câmara de Consumidor e Ordem Econômica do MPF acompanha e participa dos debates sobre alterações legislativas que impactam diversos aspectos do sistema de saúde suplementar brasileiro, como modelos de contratação, remuneração e transparência em relação às variáveis de preço e qualidade dos serviços. Por mais de uma vez, em audiências públicas promovidas recentemente pelo Congresso Nacional, o órgão defendeu a necessidade de mudanças legislativas que enfrentem as questões estruturais dos problemas vivenciados por usuários e consumidores dos serviços de saúde.

Também em julho, a 3CCR requisitou à ANS informações sobre o cálculo do índice de reajuste anual dos planos de saúde individuais definido pela agência. O pedido faz parte do acompanhamento quanto ao cumprimento do acórdão do Tribunal de Contas da União (Acórdão 679/2018) que determinou à ANS a reavaliação da metodologia utilizada para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais e familiares. Atualmente, cerca de 48 milhões de pessoas, aproximadamente 25% da população brasileira, possui contrato de planos e seguros privados de saúde, segundo a ANS.

**Fonte:** Procuradoria-Geral da República, em 31.07.2018.