

Em 13 de novembro, proposta da ANS que altera a metodologia de aumentos anuais dos convênios de saúde vai à audiência pública. Cálculos levarão em conta além da variação das despesas médicas, a inflação geral

Por Marília Sena/Bruno Santa Rita

A Agência Nacional de Saúde (ANS) estuda mudanças na proposta de reajustes anuais para os planos de saúde individuais e familiares. Quer incorporar à regra a inflação oficial da economia, por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Atualmente, o aumento é calculado levando em conta apenas a variação das despesas médicas. O cálculo proposto é que 80% do reajuste seja composto pelos gastos assistenciais e 20% pelos não assistenciais. Em nota, a agência explica que o objetivo principal da implementação dessa nova metodologia é refletir mais diretamente a variação das despesas das operadoras nos planos individuais. A proposta irá à audiência pública em 13 de novembro.

A metodologia atual de preços da ANS já é questionada por atores do Poder Legislativo, do Ministério da Fazenda e do próprio Tribunal de Contas da União (TCU). Em julho, senadores chegaram a aventar a hipótese de que os diretores da agência estivessem atuando em favor das operadoras em prejuízo ao interesse dos consumidores. Pelos cálculos da própria ANS, entre 2015 e 2017, quase 3 milhões de brasileiros abriram mão dos convênios, devido, principalmente, à falta de recursos. O alto índice de desemprego também contribuiu para o quadro, já que grande parte da população tem cobertura empresarial.

Apesar de o objetivo da mudança ser trazer os reajustes para mais próximo da realidade dos usuários, o advogado especialista em direito na área de saúde Rodrigo Araújo afirma que a nova fórmula tende a beneficiar apenas as operadoras. Para Araújo, a metodologia proposta deve aumentar ainda mais o valor para o consumidor. “Quando a ANS fala que vai considerar 80% das despesas assistenciais, vai contabilizar o que o conveniado gastou e aplicar esse custo, ou seja, o consumidor vai pagar muito mais”, apontou.

Risco

De acordo com o especialista, “o risco de fraude vai aumentar muito”, pois as metodologias de fiscalização da ANS atualmente são falhas com as operadoras de saúde. Para ele, essa discussão é muito importante no momento, devido ao número de pessoas que no Brasil não conseguem pagar plano de saúde. Hoje, eles são 70% da população. “Temos dúvidas sobre a fiscalização das contas dos convênios coletivos”, afirmou.

As principais entidades do setor ainda estão estudando a fórmula de cálculo e preferem não se posicionar. A Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), ressalta a importância do tema, e mesmo sem opinar sobre a metodologia proposta, defende a “necessidade de um profundo acompanhamento técnico para que se alcance o objetivo de encontrar o melhor equilíbrio para os envolvidos”. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) declarou que avaliará a proposta e participará das discussões com a sociedade durante a audiência pública.

Fonte: [Correio Braziliense](#), em 26.10.2018.