



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº , DE 2018

Susta a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 433 de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológico no setor de saúde suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica sustada, nos termos do art. 49, inciso V, da Constituição Federal, a Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 433 de 27 de junho de 2018, que dispõe sobre os mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológico no setor de saúde suplementar.

Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anunciou as novas regras para os consumidores de planos de saúde, através da Resolução Normativa nº 433 de 27 de junho de 2018. As novas regras regulamentam a aplicação de coparticipação e franquia nos planos de saúde do país. Entre as principais mudanças, está à instituição de limite máximo para a cobrança de coparticipação, modelo que repassa para o cliente parte do valor de cada procedimento realizado. Foi fixado um teto de 40% do valor do total do serviço. Isso significa que, se o paciente fizer um exame que custa R\$ 100,00, a operadora pode cobrar até R\$ 40,00 do paciente, além do valor da mensalidade.

Importante ressaltar que não existia, até o momento, um limite estipulado em lei para a cobrança, mas havia, desde 2009, uma orientação da ANS de um repasse máximo



CÂMARA DOS DEPUTADOS

aceitável de até 30%. Com as novas regras haverá, na prática, um aumento nos valores com que o consumidor terá que arcar com seu plano de saúde.

Outro agravante para o consumidor é que, além disso, planos com contratos que não cobram o adicional correm o risco de serem tirados do mercado pelas operadoras, como aconteceu com os planos individuais frente ao avanço dos coletivos. A permissão de se cobrar do consumidor até o valor de uma mensalidade cheia a mais por mês em coparticipação ou franquias trará ao consumidor uma grande imprevisibilidade em seu planejamento familiar, pois não saberá quais os valores serão cobrados no próximo mês.

Também foi criada com a resolução, segundo a ANS, é a oferta de descontos, bônus ou outras vantagens a consumidores que mantiverem “bons hábitos de saúde”. Mas o que isso quer dizer? O consumidor que deixar de cuidar da saúde, ou seja, não fizer os exames e procedimentos que o médico orientar? A comparação é perversa e desumana, pois está equiparando vidas com automóveis.

Existe um grupo etário de idosos que preocupa ainda mais. São os que pagam as mais altas mensalidades ao contratar um plano de saúde e é o público que mais cresce entre clientes de convênios médicos no País, principalmente na faixa a partir de 80 anos. Indicadores mostram que, em dez anos, o número de beneficiários com mais de 80 anos saltou 62%. Portanto, na forma como a norma foi estipulada pela ANS, o idoso que nesta fase da vida tem sua renda diminuída, irá pagar muito mais no seu plano de saúde.

Para os órgãos de defesa do consumidor, acende um alerta: se o sistema de saúde não mudar para barrar a alta nas despesas, o plano pode tornar-se um serviço muito caro e quase "impagável" para a maioria.

Segundo o Diretor do PROCON-SP, foi solicitada junto a ANS uma audiência para discutir a questão e sugerir novos cálculos para esse limite, mas a Agência não atendeu à solicitação.

Diante desses fatos, está claro que as novas regras são prejudiciais à população, tanto pela elevação dos custos, quanto pelo fato de levar os usuários a adiar consultas e tratamentos. Essas regras atentam contra a lógica da saúde, uma vez que os cuidados deveriam ser preventivos e, para ela, deixarão de ser. É perversa porque prejudica o diagnóstico e o tratamento precoce, pois as pessoas vão evitar o uso do plano.

Ainda há outros riscos, como o de aumentar o volume de recusas de coberturas por parte dos planos de saúde, pois as operadoras deverão trabalhar para reduzir seus custos.

Anote-se que nos últimos 04 (quatro) anos mais de três milhões de brasileiros deixaram os seus respectivos planos de saúde, ante a impossibilidade de honrar com os seus pagamentos das mensalidades.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

A saúde é um direito, e é tratada no país como um bem de consumo, sobretudo porque o SUS passa por um desmonte.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que deveria regular o mercado de forma a torná-lo mais eficiente, maior, mais seguro e mais justo, mais uma vez se coloca ao lado das empresas de planos de saúde e proporciona mais prejuízo para milhões de consumidores. Portanto, peço aos pares apoio para aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, 04 de Julho de 2018.

Deputado TADEU ALENCAR
PSB/PE