

Planos de saúde: reajuste na pandemia tira o sono

Guia on-line traz informações para ajudar a escolher o contrato, entender como funcionam os aumentos, a troca de operadora, os direitos do consumidor inadimplente e as garantias diante da segunda onda de Covid

O Globo
Economia
18/04/21

LUCIANA CASEMIRO
E GABRIELA MEDEIROS*
economia@oglobo.com.br

A Covid-19 ampliou os holofotes sobre os planos de saúde. A cobertura de testes para detecção da doença, a realização de procedimentos eletivos na pandemia e, principalmente, os reajustes e a recomposição do aumento que deixou de ser pago por mais de 20 milhões de pessoas em 2020 estão entre as preocupações de 47,6 milhões de usuários da saúde suplementar.

Para auxiliar o consumidor a entender questões que vão desde como escolher seu plano até a dinâmica dos reajustes de acordo com o tipo de contrato, O GLOBO lança hoje um guia com as principais orientações. A íntegra estará disponível no site glo.bo/2QdGNip.

Este é o segundo de uma série de guias on-line que serão publicados mensalmente ao longo deste ano em comemoração aos 30 anos do Código de Defesa do Consumidor e dos 40 anos da seção "Defesa do Consumidor". No mês passado, tratamos de como proteger dados pessoais.

A pressão do reajuste dos planos de saúde sobre o orçamento dos brasileiros levou entidades de defesa do consumidor, Procons, Ministério Público e Defensoria Pública da União à Justiça. De um lado, busca-se a suspensão definitiva dos aumentos durante a pandemia. De outro, garantir que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passe a atuar para coibir aumentos abusivos dos planos coletivos.

A ANS não comenta as ações na Justiça. A agência só

controla o reajuste dos planos individuais, para os quais determina um índice máximo de aumento anual, que em 2020 foi de 8,14%. Nos coletivos, os percentuais variaram, em média, de 14% a 25%.

Enquanto as ações coletivas estão em curso, dobrou, no primeiro trimestre, o número de consumidores que buscam os escritórios de advocacia para tentar na Justiça reduzir a prestação de seus planos.

São casos como o de um aposentado de 75 anos, morador de Maricá, que viu a fa-

tura do plano de saúde saltar de R\$ 14 mil para R\$ 16 mil em janeiro, pelo contrato coletivo que atende a mulher, os filhos e a neta, em um total de seis pessoas. Na Justiça, obteve uma liminar que reduziu a mensalidade para R\$ 8 mil. Como a decisão não é definitiva, ele não quis se identificar por temer sofrer represália da operadora.

— Peguei empréstimo para pagar a mensalidade e não perder o plano em meio à pandemia. No fim da vida me sinto andando para trás — diz.

Segundo Rafael Robba, advogado especializado em Saúde do Escritório Vilhena e Silva, quando os planos de saúde não conseguem demonstrar na Justiça como chegaram ao índice de reajuste, os juízes têm equiparado ao estabelecido pela ANS para o plano individual:

— Muitos casos que chegam ao escritório são falsos coletivos, planos que se enquadram no familiar, regulado pela ANS, mas como não são mais ofertados pelas operadoras, os consumidores são

obrigados a contratar um coletivo, com proteção muito menor. Mesmo para pequenas e médias empresas, a livre negociação não funciona. Aceitam o percentual ou procuram outra operadora.

O reajuste de planos foi o tema que motivou mais reclamações ao Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), em janeiro.

— O consumidor perdeu renda na pandemia, mas não deixou de pagar o plano de saúde. Mas não dá para pensar em novo aumento em 2021 — diz Ana Carolina Navarrete, coordenadora dos estudos em Saúde do Idec.

Fenasaúde e Abramge, entidades que representam as empresas do setor, avaliam que o reajuste dos planos individuais este ano ficará próximo a zero. Já a decisão para os planos coletivos, dizem, dependerá de negociação entre as partes. As instituições afirmam que a regulação do reajuste dos planos coletivos pela ANS traria desequilíbrio aos contratos, e a derrocada de boa parte das operadoras de menor porte.

(*Estagiária sob supervisão de Luciana Casemiro)



Plano individual/ familiar

Qualquer pessoa pode contratar o plano individual/familiar. A cobertura é de acordo com o contrato e rol de procedimentos da ANS. Os contratos não têm tempo determinado e a agência veda a rescisão unilateral pela operadora. A empresa só pode rescindir o contrato em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, no prazo de 12 meses. Esses contratos costumam ter preços iniciais mais caros que os coletivos, mas são os únicos que têm o reajuste limitado pela ANS.

Planos coletivos

Há dois tipos de planos coletivos, empresarial e por adesão. O primeiro é dirigido a um grupo de pessoas vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. Já para contratar um plano coletivo por adesão é preciso ter vínculo com associação profissional ou sindicato. Nos coletivos, a rescisão pela operadora pode acontecer desde que haja previsão contratual e que seja para o contrato como um todo, tendo que ser avisada com ao menos 60 dias de antecedência. A cobertura segue o que está no contrato e no rol de procedimentos. O reajuste é negociado entre as partes. Sendo que a ANS determina que seja aplicado um índice único a todos os contra-

tos com menos de 30 beneficiários da carteira da operadora.

Quanto custa

Os preços dos planos variam de acordo com o tipo de contrato, faixa etária, cobertura — se é ambulatorial, hospitalar ou ambulatorial hospitalar —, rede credenciada, abrangência geográfica — nacional, por região, estado ou município — e se há coparticipação ou franquia.

Coparticipação e franquia

Existem planos que, além da mensalidade, cobram um percentual do valor de cada serviço utilizado, a coparticipação. Há também aqueles em que é estabelecida uma franquia, valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, assim como nos seguros de carro. A mensalidade costuma ser mais barata quando o contrato prevê esses moderadores de uso. No entanto, o consumidor deve avaliar pelo seu perfil de utilização se é a melhor alternativa para ele um contrato com ou sem franquia ou coparticipação. Os percentuais a serem cobrados variam de acordo com o contrato. Mas especialistas em direito do consumidor chamam atenção para o fato de que eles não podem ser altos a ponto de inibir a realização de procedimentos por parte do usuário. Na Justiça, o entendimento tem sido de que o limite de coparticipação seria de 30% do valor do serviço.

Carências

São referentes ao tempo que um consumidor terá que esperar para usufruir de procedimentos com cobertura do plano. Para casos de urgência e emergência, com risco de morte ou lesões irreparáveis, esse prazo é de 24h no máximo. Para partos, com exceção dos prematuros e dos decorrentes de urgências, podem ser até 300 dias. Para as demais situações, o limite é de 180 dias. Esses prazos devem ser informados no ato da contratação.

Prazos de atendimento

Para consulta básica — pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia — sete dias úteis. Para as consultas nas demais especialidades médicas, até 14 dias úteis. Para sessões de fisioterapia, com nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, o prazo é de dez dias úteis. Exame em laboratórios de análises e clínicas em regime ambulatorial podem demorar até três dias úteis. Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial, dez dias úteis. Internação, 21 dias úteis. Em casos de urgência ou emergência o atendimento deve ser imediato.

Portabilidade

É a possibilidade de mudar de plano de saúde sem precisar cum-

prir novo período de carência. Para isso, o consumidor precisa ter o contrato ativo e estar em dia com as mensalidades do plano do qual quer sair. Para a primeira portabilidade, é preciso ter dois anos na operadora de origem ou três se estiver cumprindo Cobertura Parcial Temporária (CPT), para os casos de quem tem doença ou lesão preexistente. Para as portabilidades seguintes, o prazo é de um ano ou dois, caso o consumidor migre para uma operadora que oferece coberturas não previstas pela anterior. Para fazer a portabilidade é importante consultar o guia da ANS que informará quais são os planos compatíveis para a mudança sem carência.

Testes de Covid

Os exames de Covid-19 com cobertura garantida pelos planos de saúde são: RT-PCR e a sorologia, realizada com a pesquisa de anticorpos (IGG ou anticorpos totais). Os critérios para fazer jus ao exame são: ser paciente com síndrome gripal (SG) ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG), crianças ou adolescentes com quadro suspeito de síndrome multissistêmica inflamatória pós-infecção pelo SARS-Cov2. Para o RT-PCR, teste indicado para a fase aguda da doença, desde 1º de abril, a autorização deve ser imediata. Os demais podem demorar até três dias para serem autorizados.

Reajuste na pandemia

Em 2020, a suspensão do reajuste anual e por faixa etária atingiu mais de 20 milhões de usuários da saúde suplementar entre planos individuais, coletivos por adesão e empresariais. Ficaram de fora desse benefício os contratos coletivos com mais de 30 vidas que já tinham negociado e aplicado seu reajuste até 31 de agosto de 2020 ou contratos em que a pessoa jurídica contratante optou por não ter o reajuste suspenso. Os índices de aumento voltaram a ser aplicados em janeiro deste ano.

Recomposição do reajuste

A diferença dos meses sem reajuste começou a ser cobrada em janeiro, diluída em 12 parcelas iguais. Ou seja, até dezembro.

Reajuste em 2021

Os índices aplicados em 2020, alguns postergados para janeiro deste ano, são referentes à variação de custo de 2019. É o caso dos 8,14% de aumento autorizados pela ANS para os planos individuais. O reajuste que será aplicado este ano refletirá o custo do ano passado, quando começou a pandemia, e os números da ANS mostram uma redução de uso pelos beneficiários de planos. Especialistas estimam que para os planos individuais, que têm data-base em maio, o percentual ficará próximo de zero. Para os

coletivos, não há estimativas. Em 2020, os reajustes variaram de 14% a 25%. O aumento de 2021 acontecerá enquanto parte dos usuários paga a recomposição da suspensão do reajuste do ano passado.

Inadimplência

A inadimplência é uma das hipóteses que autoriza a operadora a rescindir o contrato. No entanto, pela lei, a suspensão ou rescisão do contrato individual é prevista caso a inadimplência seja superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses. Antes de rescindir, a operadora deve alertar o consumidor. Em planos coletivos depende da previsão em contrato, também é necessária comunicação anterior. O plano não pode ser cancelado durante internação, e nem ser negado qualquer procedimento ao inadimplente antes que o contrato seja rescindido.

Em caso de morte

Nos planos individuais/familiares em caso de morte do titular do plano, os dependentes têm direito à manutenção das mesmas características e garantias do contrato desde que assumam o pagamento das mensalidades. Nos planos coletivos (empresariais e por adesão), a exclusão dependerá dos termos do contrato. Em qualquer tipo de plano, os dependentes têm o direito de realizar a portabilidade especial para outro contrato.