

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº , DE 2018

(Do Senhor Deputado Federal Paulo Pimenta – PT/RS)

Susta a aplicação da Resolução Normativa – RN nº 433, de 27 de junho de 2018, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Fica sustado, nos termos do inciso V, do art. 49 da Constituição Federal, a aplicação da **RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 433, de 27 de junho de 2018**, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que *dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o §2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea ‘a’ do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, do RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.*

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

JUSTIFICATIVA

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) anunciou, no dia 28 de junho de 2018, mais um duro golpe contra a população brasileira. Trata-se da implementação de mudanças nas regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde, as quais prejudicarão substancialmente a população usuária dos planos privados de saúde.

De acordo com a Resolução Normativa nº 433, os pacientes poderão pagar até 40% do valor de consultas e exames no modelo de coparticipação, percentual este considerado abusivo, sendo que ultrapassa o já considerado elevado percentual até então orientado pela ANS. As novas regras começam a valer em 180 dias para novos contratos.

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor para a operadora em razão da realização de um exame, uma consulta ou outro procedimento. Assim, se apresenta como uma espécie de fidelização ao plano, mas que demanda novos custos conforme a utilização dos serviços ofertados.

Já a franquia é o percentual estabelecido no contrato, dentro do qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura. A empresa se responsabiliza apenas pelo que ultrapassar esse limite. Neste caso, há duas formas de aplicação: o plano não se responsabiliza pelas despesas até que seja atingido o limite estipulado no contrato ou limita o acesso, fixando o valor da franquia por cada procedimento.

As duas modalidades eram previstas pela legislação do setor, mas faltava regulamentação, pois não havia um limite máximo de cobrança estabelecido. De qualquer modo, a ANS apenas orientava as empresas a não cobrarem mais do que 30% e agora, com as novas regras, as operadoras poderão ampliar esse percentual para até 40%.

De acordo com a resolução, haverá isenção da incidência de coparticipação e franquia em mais de 250 procedimentos. Entretanto, a regra não funciona bem assim: no caso de consultas, o consumidor só terá direito a quatro consultas por ano sem cobrança. Caso o paciente necessite de outras consultas, terá de pagar até 40% do valor. Em relação à mamografia, por exemplo, só poderá ser realizada sem coparticipação caso seja realizado um procedimento a cada dois anos para mulheres de 40 a 69 anos. Já em caso de exame de lipidograma em homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos, só poderá ser realizado um por ano sem cobrança. E isso se repete em outros diversos exames e procedimentos indispensáveis à população que contrata um plano, paga a mensalidade exorbitante e acredita que com isso terá direito a usufruir do benefício sem problemas.

Outro exemplo é que, para atendimentos de pronto-socorro, poderá ser cobrado um valor fixo e único, sendo que a cobrança poderá ser de até 50% do valor da mensalidade e não poderá ser maior que o montante pago pela operadora ao prestador.

Apenas em casos de tratamentos crônicos, a resolução determina que não haverá limites para hemodiálise, radioterapia, quimioterapia (intravenosa e oral), hemoterapia crônica e exames imunobiológicos para doenças definidas nas Diretrizes de Utilização (DUTs).

Entretanto, é importante registrar que em 2017 foram julgadas mais de 30 mil ações contra planos de saúde somente no estado de São Paulo, segundo o Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. De acordo com o levantamento, o volume de decisões é o maior já registrado na história, com um aumento de 329% em sete anos. O Observatório apurou também que entre 2011 e 2017 o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) julgou, em segunda instância, mais causas envolvendo planos de saúde (70.666 decisões) do que demandas relacionadas ao SUS – Sistema Único de Saúde (53.553

decisões). A maioria das reclamações se refere à exclusão de coberturas ou negativas de atendimentos (40% das decisões) e o segundo motivo (24% das decisões) envolve reclamações sobre reajustes de mensalidades. Ou seja, mesmo que na resolução conste que no caso de tratamento crônico não haverá cobrança de franquia ou coparticipação, o paciente que necessitar do tratamento poderá sofrer a negativa da operadora, conforme dados demonstrados.

Entidades afirmam que, com as novas regras da Resolução nº 433/2018 da ANS, a conta para usar o serviço pode dobrar, uma vez que é imprevisível o valor final a ser pago pelos usuários. Além disso, planos que não cobram o adicional correm o risco de desaparecer do mercado, assim como vem acontecendo com os planos individuais frente ao avanço dos planos coletivos, os quais podem ser reajustados de forma livre.

O mais interessante é que quem defende esse tipo de plano com coparticipação e franquia, coloca sobre o usuário a responsabilidade de evitar exames desnecessários, o que impediria que este arcasse com uma parcela maior do seu tratamento médico. Entretanto, não é possível colocar sobre o usuário a responsabilidade de economizar com exames, já que ele não tem conhecimento necessário para saber quais são dispensáveis ou não, sendo essa uma atribuição e competência do profissional responsável pela prescrição dos exames. Além disso, conforme destaca o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), a necessidade de economizar com exames e consultas pode trazer riscos à saúde do consumidor, pois “quando há limitação, majoração do valor a ser pago ou condicionamento das ações de prevenção, você retarda o diagnóstico precoce, porque as pessoas passam a procurar o sistema já doentes, o que vai contra a própria lógica da saúde, de sair do paradigma da saúde como ausência de doença.”

O que se observa, portanto, é que, como não obteve êxito na Câmara com a proposta de modificação na Lei dos Planos de Saúde e de criação dos planos populares de saúde, o governo encontrou uma nova forma de garantir mais recursos às operadoras de planos de saúde em pleno período eleitoral, sem a necessidade de passar pelo crivo da Câmara.

O setor privado da saúde ignora a crise econômica que aflige o país, não se deixando abater pela recessão. Ao contrário, o lucro do setor aumentou mesmo diante da elevação das taxas de juros e da diminuição da renda dos consumidores. De acordo com dados apurados pelo projeto Reportagem Pública 2017, hoje, no Brasil, mais de 47 milhões de pessoas utilizam planos de saúde empresariais ou particulares, o que corresponde a quase um quarto da população. São 779 operadoras no país que movimentaram mais de R\$ 170 bilhões em 2017, segundo a ANS. De acordo com o IBGE, em 2015, 9,1% do PIB foram gastos com saúde no país. Desse valor, 3,9% foram gastos públicos e 5,2%, privados. Ou seja: atualmente a saúde suplementar no Brasil, responsável por cerca de 30% dos atendimentos, movimenta mais verbas do que a saúde pública gratuita e universal, responsável pelo atendimento a 70% da população e, ainda, por uma atenção básica que envolve vacinas e prevenção que atende também os usuários de planos.

Não satisfeitas com os lucros obtidos, as operadoras de planos privados se utilizam de todas artimanhas e manobras para intensificar ainda mais seus lucros já invejáveis aos demais setores da economia. É nesse contexto que se coloca a Resolução Normativa nº 433 publicada pela ANS. Agência esta que deveria estar zelando pelos interesses da população brasileira e não defendendo os interesses privados das operadoras.

Trata-se de Resolução ilegal, imoral, lesiva aos consumidores brasileiros e que viola diversos dispositivos constitucionais, razão pela qual deve ter sua eficácia e aplicabilidade suspensa pelo Congresso Nacional.

É o que se requer e se espera, com o apoio dos nossos pares.

Sala das Sessões,

**Paulo Pimenta
Deputado Federal – PT/RS**