

# Usuários vão negociar planos

Quem tiver contrato anterior a 1999 terá que avaliar se há mais vantagem em permanecer no plano, fazer adaptação ou migrar

ALINE NUNES  
ELIANA TEIXEIRA

Os usuários de planos individuais antigos, ou seja, anteriores a 1999, vão ter de negociar com as empresas alterações nos planos de saúde. O acordo será necessário para definir não apenas as mudanças, mas de que maneira podem ocorrer e quanto vão custar ao bolso do cliente.

O primeiro aspecto a ser analisado é se o usuário pretende fazer uma adaptação do plano antigo à Lei 9.656/98 ou se vai migrar para um plano novo, que já é beneficiado por essa legislação.

A diferença entre as duas categorias está em quanto o plano poderá ser reajustado pela permanência ou não de benefícios que não estão previstos na lei atual.

Isso significa dizer que, se o plano antigo oferecia tratamento estético e, agora, a legislação não prevê essa vantagem, quem quiser adaptar o plano vai pagar até 25% mais caro pelo benefício.

Já quem optar pela migração vai ter de negociar o quanto vai pagar e, se não houver acordo entre as partes, a vantagem não será concedida.

Para evitar fazer um mau negócio, a recomendação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula o setor, é de que o usuário busque orientação junto aos órgãos de defesa do consumidor antes de decidir, pois vantagens e desvantagens variam de contrato para contrato.

## Debandada para a rede pública

Dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) indicam que, nos últimos cinco anos, houve uma redução de cerca de 40% nas carteiras de usuários de planos de saúde. E, como é de se esperar, será o Sistema Único de Saúde (SUS) que vai ter de absorver os "sem-plano".

Numa infra-estrutura já inchada com a demanda habitual do setor público, os hospitais da rede vão precisar oferecer mais do que costumam dispor para atender ao direito constitucional do cidadão de acesso à saúde.

Por alguns anos, o sistema de saúde suplementar (os planos) conseguiu fazer, em parte, o papel do Estado. Em parte porque, mesmo antes de reajustes como o deste ano, menos da metade da população consegue pagar pelo serviço particular.

No Espírito Santo, segundo levantamento feito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no final de 2003, apenas 23% das pessoas eram beneficiadas pela cobertura de um plano de saúde.

"Embora não tenhamos dados



O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida, citou, por exemplo, que quem tiver planos com muitas limitações terá que desembolsar um valor bem maior para migrar ou fazer adaptação do plano antigo para o novo.

Os usuários com contratos anteriores a 1999 que não quiserem migrar podem até continuar como estão, mas sem os direitos previstos em lei. Isso significa, por exemplo, autorização para a empresa impor reajuste sem limite para faixa etária acima dos 60 anos.

As empresas é que vão apresentar as propostas aos usuários. Elas têm um prazo até o próximo mês para enviar as opções, por carta registrada, para cada um dos clientes.

Com a resposta favorável de pelo menos 35% dos usuários, as operadoras vão calcular se os percentuais de reajuste autorizados pela ANS são viáveis.

"Mas esse prazo que a ANS nos deu é muito curto. As empresas estão pedindo mais tempo para fazer os estudos, que não são simples, para apresentar as propostas", afirmou Alexandre Ruschi, presidente da Unimed Vitória.

conclusivos, há uma preocupação com a evasão de usuários, sim, devido aos custos dos planos. Por isso, o participativo é uma alternativa para que cada cliente pague de acordo com o que está a seu alcance", pontuou Alexandre Ruschi, presidente da Unimed Vitória.

O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Arlindo de Almeida, não acredita que usuários de planos de saúde antigos deixem de migrar para os contratos novos para utilizar o SUS.

Para ele, os que optarem pela rede pública serão os que não possuem plano de saúde e não têm condições financeiras para firmar um convênio ou aqueles que possuem planos empresariais e ficam desempregados. "Como os planos estão mais caros, as pessoas podem ficar desestimuladas em adquirir um novo plano e ter que optar pelo SUS".

Para a Agência Nacional de Saúde, o direito à saúde é constitucional e a preocupação com o aumento de usuários do sistema público de saúde está no caminho inverso.



LEONARDO BICALHO/AT

A professora Leila queria fazer modificações em seu plano, que é de 1995

## Unimed agora só vende participativo

Uma saída para as operadoras diminuir os próprios custos é oferecer planos participativos e, assim, dividir com o usuário as despesas de um tratamento de saúde. A Unimed Vitória já adotou essa alternativa e, desde o início do mês, novos planos são feitos somente no modelo participativo.

O presidente da cooperativa, Alexandre Ruschi, assegurou que os planos participativos são também mais vantajosos aos usuários pois, segundo ele, cada cliente pode fazer o contrato conforme as suas possibilidades financeiras para pagá-lo.

No caso da Unimed Vitória, o plano participativo dá direito a internação, mas consulta e exames eletivos têm custo dividido entre a cooperativa e o usuário.

"É sem dúvida algo que melhor se aplica à necessidade de um cliente", avaliou Ruschi.

Mas há usuários

que não ficaram satisfeitos com a mudança implementada pela Unimed Vitória de oferecer apenas o participativo. A professora Leila Anunciata Santos Talyuli, 33 anos, queria fazer modificações em seu plano, que é de 1995, e foi informada que, para ela, a opção seria um novo contrato.

Leila pretendia incluir em seu plano cobertura de obstetrícia, porém não foi autorizada.

"Me disseram que não teriam como fazer alterações e que, se eu quisesse, comprasse um participativo. Esse plano não me interessa. O funcionário não me deu alternativas e não tentou um pingo que eu continuasse no meu atual plano. Por isso, vou mudar", desabafou, ao sair ontem do setor de atendimento a clientes, em Bento Ferreira.

A assessoria de imprensa da Unimed afirmou que, enquanto não for concluído o levantamento de custos para que o usuário faça migração ou adaptação do seu plano antigo (anterior a 1999), quem quiser fazer modificações vai ter que contratar um novo plano e que, agora, existe somente no modelo participativo.

"Talvez o atendente não tenha se expressado bem para explicar a situação", justificou a assessoria.

## MIGRAÇÃO X ADAPTAÇÃO

\*Embora sutis, existem diferenças no momento de fazer alterações nos planos antigos (anteriores a 1999) dos usuários que tinham vantagens específicas como, por exemplo, tratamento no exterior.

• **Adaptação** - O usuário vai manter a vantagem do tratamento no exterior para o conjunto de doenças que estão previstas em seu contrato antigo. Para tanto, o plano vai sofrer um aumento que não poderá ser superior a 25%.

• **Migração** - O consumidor pode ou não manter o direito ao tratamento no exte-

rior - dependendo da proposta que lhe seja apresentada pela operadora - que vai fixar o percentual que considerar adequado para prestar o serviço.

De qualquer maneira, o reajuste não pode ser maior que o valor de planos novos praticado no mercado. Vale ressaltar que, neste caso, a operadora não é obrigada a manter o direito ao tratamento no exterior, mesmo para as doenças cobertas no plano antigo.

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

## RADIOGRAFIA DOS PLANOS DE SAÚDE

	Brasil	Espírito Santo
Usuários	37,7 milhões	749.628
Usuários de planos antigos (anteriores a 1999)	22,3 milhões	366.613
Operadoras	2.277	352
Idosos	9 milhões	50.000

## SAIBA MAIS



**Despesa**  
Idosos custam para o plano de saúde seis vezes mais que os jovens.



**Empresas**  
Planos de saúde empresariais correspondem a 70% do total de convênios de empresas de Medicina de Grupo.



**Reajustes**  
Por causa do Estatuto do Idoso, que eliminou reajustes após os 60 anos, usuários passarão a ter aumentos maiores já aos 39 anos. Antes, as mensalidades altas estavam concentradas nas faixas acima de 60.

Fonte: ANS e Abramge

# Procon vai investigar reajustes

Órgãos de defesa do consumidor vão apurar reajustes de até 148% dos novos planos de saúde em relação a 2004

Os órgãos de Defesa do Consumidor se posicionaram contra a mudança nas regras dos planos de saúde e vão apurar reajustes de até 148%, conforme pesquisa de **A Tribuna** publicada com exclusividade ontem.

A secretária-executiva do Procon Estadual, Cláudia Lima, disse que os Procons estão se reunindo para verificar se está havendo abuso por parte das operadoras de plano de saúde.

“O Procon é contra medidas que causem prejuízo ao consumidor. Nenhuma parte pode ser punida. Vamos analisar as planilhas de custos para saber se não há irregularidade”, afirmou.

O Instituto de Defesa do Consumidor (Idec) pediu à Agência Nacional de Saúde Suplemen-

tar (ANS) que reveja a mudança trazida pelo Estatuto do Idoso. A crítica do Idec é que os valores de entrada nos planos de saúde não são regulados. A ANS só determina que os aumentos sejam inferiores a 500% entre o valor da primeira e da última faixa etária.

O presidente da Unimed Vitória, Alexandre Ruschi, afirmou que as regras pioraram do ponto de vista econômico porque vai dar um grande impacto nos mais jovens. “Mas, no sistema de mutualismo, as despesas precisam ser repartidas. Os custos não podem ser absorvidos apenas pelas empresas”, argumentou.

As operadoras de planos de saúde estão livres para reajustar os valores dos novos convênios, ou seja, aqueles contratados este ano, seguindo a ANS, órgão



“Os custos não podem ser absorvidos apenas pelas empresas”

Alexandre Ruschi, presidente da Unimed Vitória

regulador dos planos.

Segundo a assessoria de imprensa da ANS, não existe lei que proíba os reajustes. O controle dos preços cobrados está, segundo a ANS, nas mãos do consumidor. São os usuários que decidirão se pagam ou não o valor proposto.

Após comparar preços de convênios de 2003 e 2004, **A Tribuna** constatou que os reajustes chegam a 148% para quem tem 59 anos. Os aumentos, antes concentrados nas faixas acima de 60 anos, começaram mais cedo.

Usuários de 39 anos que con-

trataram um novo plano, hoje, poderão pagar até 34,5% a mais que no ano passado.

As operadoras alegam que o repasse dos reajustes para as primeiras faixas etárias foi necessário com o fim da cobrança para quem tem mais de 60 anos, como determina o Estatuto do Idoso.

Os únicos reajustes regulados pela ANS são os registrados anualmente, na data de aniversário de cada plano. Além disso, a Resolução Normativa 64, de dezembro de 2003, determinou uma média de 15% de aumento no caso de adaptação de contratos.

## FAIXAS ETÁRIAS

Antes	Nova regra
1ª- Até 17 anos	1ª- Até 18 anos
2ª- 18 a 29 anos	2ª- 19 a 23 anos
3ª- 30 a 39 anos	3ª- 24 a 28 anos
4ª- 40 a 49 anos	4ª- 29 a 33 anos
5ª- 50 a 59 anos	5ª- 34 a 38 anos
6ª- 60 a 69 anos	6ª- 39 a 43 anos
7ª- Acima de 70 anos	7ª- 44 a 48 anos
	8ª- 49 a 53 anos
	9ª- 54 a 58 anos
	10ª- Acima de 59

## VEJA OS REAJUSTES POR IDADE

IDADE	SAMP			PHS			VIX			SÃO BERNARDO			UNIMED PARTICIPATIVO		
	2003	2004	%	2003	2004	%	2003	2004	%	2003	2004	%	2003	2004	%
19	88,79	88,79	0	92,09	92,49	0	47,84	43,24	-9,6	119,37	119,37	0	68,38	68,38	0
29	88,79	106,83	20,3	92,09	116,54	26,5	47,84	54,48	13,8	119,37	145,14	21,5	68,38	92,98	35,9
39	101,05	127,64	26,3	116,58	150,52	29	60,56	70,36	16	145,14	195,28	34,5	87,48	114,76	31
49	121,39	216,99	78,7	150,30	325,34	116,4	78,12	152,09	94,6	195,28	287,85	47	114,76	162,01	41
59	213,56	530,30	148,3	326,43	481,66	47,5	169,57	225,17	32,7	287,85	416,15	44,5	148,22	322,11	117

## Vendas começam a cair

Como diz o ditado popular: “se correr o bicho pega, se ficar o bicho come”. É nesse contexto que as operadoras de planos de saúde estão desde que reajustaram o valor dos novos contratos. Motivo: caso não aumentassem o preço, não teriam como custear as despesas. Já que aumentaram, não conseguem vender o produto.

O encalhe dos novos planos não é “privilegio” das empresas que operam no Estado. A situação tem se mostrado dramática em todo o País, segundo informações da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

“As vendas estão quase paradas desde o começo de janeiro. Acredito que seja por causa dos preços mais altos, mas também pela apreensão da população em não saber o que fazer diante das mudanças propostas pelo estatuto do idoso”, comentou Arlindo de Almeida, presidente da entidade.

Para Almeida, a situação

econômica é um agravante, especialmente quando o usuário é cliente por meio de um plano empresa e, de repente, vê-se desempregado.

“A maioria da população tem plano empresa e, se alguém fica desempregado, não consegue fazer um plano individual. Cada vez ele terá mais dificuldades de aderir, pois é muito caro”, admitiu o presidente da Abramge.

A realidade pôde ser constatada ontem em pouco tempo diante do departamento de atendimento a novos clientes da Unimed Vitória, que detém a maior carteira de usuários do Estado. Em uma hora, ninguém apareceu para firmar um novo contrato.

“Há uma grande preocupação porque o objetivo básico é vender planos de saúde. A carteira de clientes precisa ser renovada para manter o equilíbrio do sistema. Mas a realidade é esta: nenhuma empresa está conseguindo vender”, revelou o presidente da Unimed Vitória, Alexandre Ruschi.

## SAIBA MAIS

### • Contratos antigos e contratos novos

A Lei 9.656 - a Lei dos Planos de Saúde, que entrou em vigor em 1999, regulamentou todos os contratos de planos de saúde firmados a partir de 2 de janeiro. São os chamados contratos novos. Por sua vez, os contratos firmados até 31 de dezembro de 1998, por não estarem necessariamente enquadrados na lei são chamados, por analogia, de contratos antigos.

### • Vantagens que os planos antigos não possuem

Não é possível generalizar porque os contratos são individuais e diferem uns dos outros. Em linhas gerais, os planos novos são obrigados a cobrir cirurgia cardíaca, quimioterapia, transplante de córnea, transplante de rim, hemodiálise, tratamento de Aids, entre outros procedimentos.

Já os planos antigos não possuíam esta obrigação. Podem cobrir ou não esses tratamentos e doenças, dependendo de cada contrato.

### • Como obter estas vantagens

A proposta do governo federal é a migração coletiva ou adaptação dos contratos antigos para os chamados

planos novos, que possuem, por lei, cobertura integral de procedimentos. Para isso, os planos sofrerão reajustes.

### • Mudanças para os idosos

Com a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, este mês, quem contratar planos novos em 2004 não terá mais reajustes após os 60 anos.

A nova regra também determinou a segmentação do plano em 10 faixas etárias e não sete, como era até o ano passado.

### • Mudança para os jovens

A eliminação dos reajustes para idosos implicou em antecipação dos aumentos para as faixas etárias anteriores. Uma forma de as operadoras manterem o equilíbrio financeiro das empresas. Além disso, como há mais intervalos entre faixas etárias, os reajustes ocorrem com mais frequência.

### • Quem será atingido pela nova regra

Usuários de planos anteriores a 1999 que decidirem migrar ou adaptar o contrato para ampliar a cobertura e usuários de planos de saúde contratados a partir deste mês.

Fonte: ANS e Abramge

## Empresas justificam aumentos

Inevitável. Foi dessa maneira que os dirigentes de planos de saúde no Estado classificaram o aumento aplicado neste ano para os novos contratos, considerando as regras impostas pelo Estatuto do Idoso. Na reportagem que **A Tribuna** publicou ontem, com exclusividade, foi constatado um reajuste de até 148%.

A justificativa para a elevação do custo ao novo usuário foi de que, se o estatuto não permite um aumento de preço para quem tem mais de 60 anos, as despesas têm de ficar concentradas nas demais faixas etárias e, por isso, o reajuste foi maior que o habitual.

A diretora administrativa do São Bernardo Saúde, Sulyana Margotto, disse que o plano foi obrigado a distribuir os reajustes. “Em todo o País, 70% dos planos apenas pagam o que devem. As operadoras não têm como evitar os aumentos”, afirmou.

Sulyana afirmou que, para dar alternativas aos usuários, a operadora também oferece planos participativos, a preços mais baixos. O usuário paga 50% de consultas e exames.

O presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida, disse que a situação é semelhante para todos os planos. “Não existe milagre”.

As operadoras de Saúde Samp, PHS e Vix foram procuradas para comentar reajustes nos planos, mas não retornaram ligações.