



Planos de saúde passam a oferecer contratos sem reembolso. Entenda

Operadoras oferecem descontos. Os contratos com esta modalidade têm regras



ANS tem regras para os contratos

O avanço das despesas dos planos de saúde com pagamento de reembolso — que chegou a R\$ 11,4 bilhões entre 2019 a 2022, segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) — tem estimulado as operadoras a lançarem no mercado produtos que limitam a previsão deste tipo de pagamento.

O reembolso funciona como a restituição das despesas relacionadas a médicos, realização de consultas, exames e outros procedimentos, que foram feitos pelo beneficiário junto a um prestador de serviços de saúde.

Grandes operadoras passaram a oferecer planos sem esse instrumento ou com limite no que pode ser ressarcido, para tentar frear a disparada dos custos. Outras estão estudando a implementação do modelo.

Raquel Reis, CEO Saúde & Odonto da **SulAmérica**, explica que recentemente **a SulAmérica lançou uma nova linha de planos que oferece opção de reembolso em alguns procedimentos:**

— O modelo de produto com reembolso modular, **em que o segurado reavê gastos com consultas de urgência e emergência, mas não com consultas eletivas e terapias**, por exemplo, praticamente já substituiu as vendas dos planos antigos, com reembolso para tudo, **e com isso o custo médio da SulAmérica caiu dos 14% no fim do ano para uma faixa entre 11% e 12% atualmente — ressalta Reis.**

De acordo com Lucas Miglioli, sócio diretor do M3BS Advogados, as operadoras devem oferecer descontos na contratação para tornar plano mais atraente:

— É uma alternativa. O usuário aceita plano mais barato por não receber reembolso —afirma o advogado.

Executivos do setor dizem que, depois de 2019, as fraudes utilizando o reembolso dispararam, e as quadrilhas se

profissionalizaram. **Desde 2018, as associadas da FenaSaúde registraram 1.728 notícias-crime e ações cíveis relacionadas com fraudes.**

Nos últimos dois anos esses casos aumentaram 43%.

Além disso, com as redes cada vez mais verticalizadas e **as operadoras investindo em redes próprias de atendimento**, o uso do reembolso, que historicamente era solicitado para gastos com consultas com médicos fora da rede credenciada e com procedimentos hospitalares, **passou a ser solicitado também para exames e terapias**. Uma parte desta mudança tem a ver com o comportamento dos segurados no pós-pandemia.

— **Com a utilização indevida de reembolso, as operadoras começaram a perceber que este vai ser um produto (com reembolso) mais restrito, mais caro mesmo.** É uma ferramenta natural. Elas vão lançar novos produtos que não vão contemplar este tipo de prática — Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Segundo a FenaSaúde, no 1º trimestre de 2023, **a sinistralidade, ou uso dos planos de saúde médico-hospitalares chegou a 87%**. Entre 2019 e 2022, as despesas assistenciais cresceram cerca de 18,5%, de R\$ 171,8 bilhões para R\$ 203,6 bilhões.

— **As operadoras buscam adotar medidas diversas para manter o equilíbrio dos contratos**, como ações de gestão, controle de custos, combate a fraudes, abusos e desperdícios, **estímulo ao uso consciente dos planos** e defesa da incorporação adequada de novas tecnologias.

O aumento da oferta de planos com cobertura regional e coparticipação também são estratégias buscadas pelas operadoras para racionalizar custos,

coibir desperdícios e permitir a oferta de coberturas a preços mais acessíveis, com ganhos para os beneficiários — explica Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde.

Operadoras preparam novos produtos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ressaltou que qualquer que seja o plano, **as cláusulas de reembolso sempre devem constar no contrato entre a operadora e o beneficiário**, portanto, os consumidores devem ficar atentos e observar o que está previsto nas cláusulas.

Sobre a comercialização de planos com limitação de reembolso, desde que respeitadas as regras sobre o tema, a ANS entende serem opções diversificadas de produtos aos consumidores.

A Bradesco Seguros informou que estuda novos produtos. Já a Unimed diz que não possui planos com este perfil.

Contrato deve ser avaliado

A pesquisadora do programa de Saúde do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), Marina Magalhães, avalia que **a intensificação do modelo de verticalização da cobertura contribuiu para o aumento no número de pedidos de reembolso por parte dos usuários:**

— Nos últimos anos, houve grandes aquisições de hospitais, e redes de prestadores, a movimentação e concentração do mercado. **O consumidor que teve a rede alterada ou médico descredenciado, pede o reembolso** — diz.

Já Marcos Patullo, advogado especializado em Direito à Saúde, **sócio do escritório Vilhena Silva Advogados** lembra há

casos de hospitais credenciados cujo corpo clínico não aceita plano:

— A pessoa se internou no hospital e não tinha cobertura de honorário médico. Depois não vai ter reembolso? — questiona o advogado.

Veja as regras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que as regras de reembolso devem estar previstas em contrato.

Há dois tipos de contrato:

No caso dos planos de saúde com **livre escolha dos prestadores**, ou seja, planos em que o beneficiário escolhe o prestador de sua preferência para atendimento fora da rede assistencial da operadora, realiza o pagamento da despesa e a operadora faz o reembolso, **este deve ser efetuado de acordo com as regras e limites contratuais.**

- indicação das coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratada;
- tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso deve ser amplamente divulgada pela operadora;
- prazo de reembolso, observando o prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada;

Já nos planos de saúde com **atendimento exclusivamente na rede própria ou contratada**, caso em que a operadora deve disponibilizar os serviços por meio dos prestadores integrantes da sua rede assistencial e se responsabilizar pelo pagamento do procedimento diretamente aos prestadores, **o consumidor pode exigir reembolso integral caso seja obrigado a pagar**

os custos do seu atendimento quando a operadora não ofereceu alternativas de prestadores dentro dos prazos máximos estabelecidos pela ANS.

Casos de urgência: independentemente de o contrato possuir ou não reembolso, se o beneficiário precisar de atendimento em caráter de urgência ou emergência, **e não for possível usar a rede de atendimento da operadora**, ele terá direito ao reembolso em até 30 dias úteis, após a entrega da documentação.

Comentários (3)

1

Não sei se já existe, mas porque as operadoras não criam um plano somente para atendimento hospitalar(casos de internações)?

Meu caso, por exemplo, que só utilizo o plano no máximo de 6 em meses para fazer o exame periódico, seria bem melhor e talvez mais econômico.

2

Isso inviabilizaria as operadoras e os hospitais, que ganham justamente nas internações.

E a maior parte do custo dos planos está na prestação de atendimento hospitalar, você paga para garantir este atendimento que no particular seria muito mais caro.

Você acha que os envolvidos (ANS, operadoras e hospitais) vão mexer nisso e perder recurso?

Claro que não, é um tiro no pé. Mas isso você não vai ver nem ouvir de nenhum deles.

3

No seu caso sugiro procurar um plano que tenha uma rede hospitalar menor mas que tenha uma rede referenciada próxima à que você já use (médicos, consultórios e laboratórios), provavelmente a operadora tenha este produto para oferecer.

Faça uma pesquisa com eles e com outras operadoras e compare, este período é bom pois passou o reajuste anual e normalmente oferecem boas condições, como desconto em mensalidades ou carências reduzidas.

https://extra.globo.com/economia/noticia/2023/08/planos-de-saude-passam-a-oferecer-contratos-sem-reembolso-entenda.ghtml?utm_smid=10769362-1-1