

ORIENTAÇÃO PARA OS CONSUMIDORES

Um estudo publicado recentemente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS¹, informa que 29,5% das reclamações dos usuários de planos de saúde, no Brasil, se refere a **gerenciamento de ações de saúde por parte da operadora**, ou seja, **áreas de autorização prévia, coparticipação e franquia**.

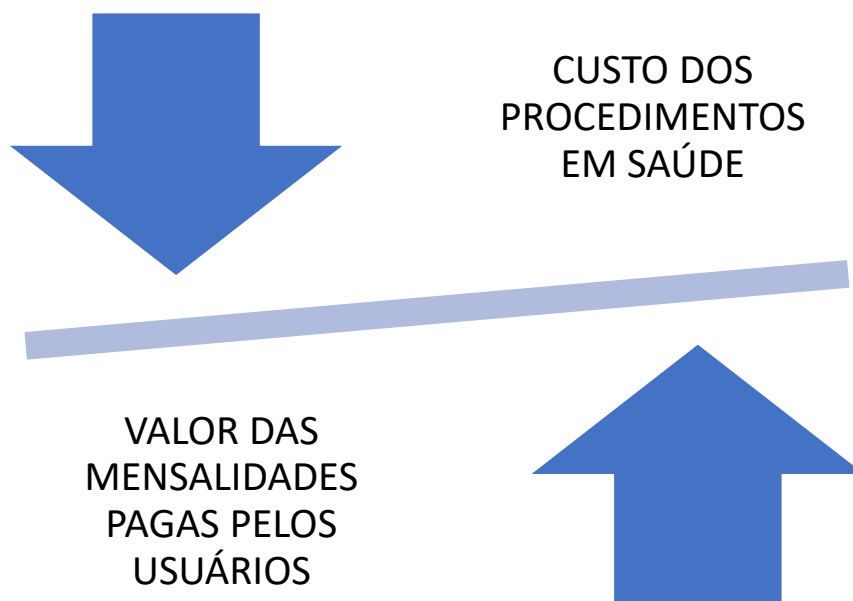
Outras áreas como **suspensão e rescisão contratual** ou, **rol de procedimentos e coberturas**, ou, ainda, **prazos máximos para atendimento** possuem percentual de reclamações bem menor com índices em **15,3%**, **11,1%** e **8%**, respectivamente.

Esses índices são positivos porque demonstram que as situações mais graves para os usuários – rol de procedimentos e coberturas ou prazos máximos para atendimento -, têm sido solucionadas com eficiência e não criam tantos conflitos entre operadoras e usuários de saúde suplementar.

E por que a área de **gerenciamento das ações de saúde** lidera as reclamações dos consumidores perante a ANS? Porque gerenciar é sempre estabelecer regras e limitações e isso, com certeza, é desagradável para o usuário, embora seja essencial para o bom funcionamento e a solvência das operadoras de saúde.

O que as operadoras de planos de saúde gerenciam? A utilização de procedimentos de alta complexidade que são os mais caros; e, a aplicação de franquia e coparticipação do usuário e/ou beneficiários. Com a aplicação dessas medidas de gerenciamento as operadoras de saúde conseguem controlar melhor o **que entra e o que é gasto em procedimentos**, para conseguir manter o equilíbrio das contas.

¹ Disponível em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes/indice-geral-de-reclamacoes-igr>. Acesso em 17 de dezembro de 2019.



Segundo o Instituto de Estudos em Saúde Suplementar - IESS², As despesas assistenciais per capita de operadoras de planos de saúde com exames, consultas, terapias, internações e serviços ambulatoriais de beneficiários de planos médico-hospitalares voltaram a acelerar e encerraram 2018 com alta **de 17,3%, de acordo com o Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS)** .

No mesmo ano de 2018, o índice percentual de aumento da inflação oficial no Brasil, que é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA registrou inflação de **3,75%**.

A diferença de **17,3% para 3,75% é significativa** e deve ser levada em conta pelo usuário, afinal, é a contribuição mensal realizada por ele que custeia todos os procedimentos de saúde previstos nos contratos entre operadoras de saúde e usuários. Não há nenhuma outra forma de custeio! Só as mensalidades dos usuários é

² Disponível em <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=925>. Acesso em 17 de dezembro de 2019.

que garantem a realização e o pagamento de todos os procedimentos utilizados anos após anos pelos usuários.

É por essa razão que as operadoras de saúde gerenciam custos e despesas e, utilizam instrumentos autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e pela Lei n. 9.656, de 1998, a chamada Lei dos Planos de Saúde, para que esse gerenciamento seja eficiente e ao mesmo tempo, legalizado. São os chamados **mecanismos de regulação**.

Mecanismos de regulação na definição da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em seu Glossário³ são **meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde**.

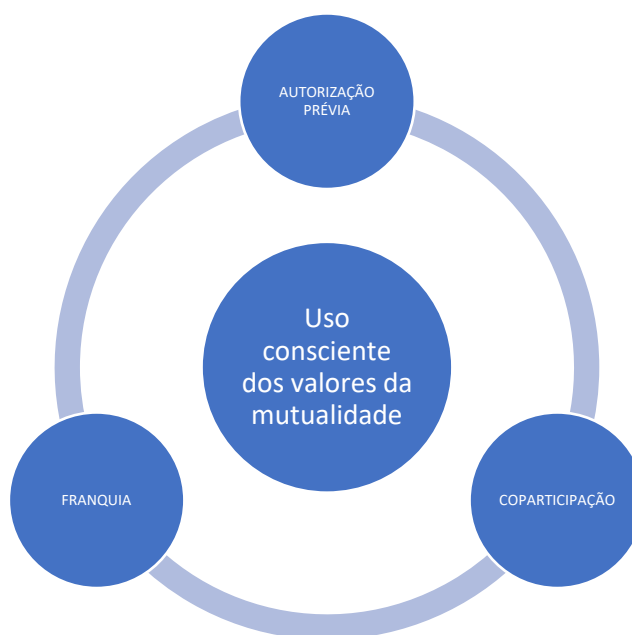
Ainda segundo a ANS, esses mecanismos são adotados pelas operadoras com a **finalidade de controlar ou regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde**.

Esses mecanismos se encontram explicados nos contratos assinados pelos usuários com as operadoras de saúde e, sempre que necessário, o usuário e/ou beneficiários poderão esclarecer suas dúvidas com acesso à área do cliente no portal da operadora ou, utilizando outros meios disponibilizados que quase sempre são o número gratuito de 0800 – Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC ou, ainda, whatsapp ou outras formas criadas para facilitar a comunicação.

³ Disponível em http://www.ans.gov.br/aans/biblioteca/index.php?option=com_glossario&view=termo&id=176. Acesso em 17 de dezembro de 2019.

Três mecanismos principais de gerenciamento são utilizados pelas operadoras de saúde:

- **Autorização prévia** – consiste em avaliar a solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde. É utilizado para situações que a operadora identifica como necessárias para gerenciamento, como, por exemplo: cirurgias, tratamentos de alto custo, segunda opinião médica entre outros. Todos deverão constar expressamente no contrato assinado pelo usuário.
- **Coparticipação** - participação do usuário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.
- **Franquia** - estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ao beneficiário do plano privado de assistência à saúde ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.



Esse é o maior objetivo: **uso consciente da mutualidade que é composta pelos valores em dinheiro que foram depositados por todos os usuários e que compete à operadora de saúde gerenciar para que todos os procedimentos de saúde sejam custeados no momento em que forem necessários.**

O gerenciamento feito pelas operadoras de saúde evita **desperdício, uso indevido e fraudes.** E isso faz diferença positiva para todos os usuários e beneficiários.

Fique atento e não tenha dúvidas. Sua operadora de saúde está pronta para atendê-lo sempre que for preciso, não deixe de fazer contato com ela e esclarecer sempre suas dúvidas!