

Empresas recorrem à coparticipação para suportar custos de planos de saúde

---

---

Por Márcia Alves

Com a expectativa de aumento de preços dos planos de saúde acima da inflação, muitas empresas estão optando pelo tipo de plano em que o empregado assume o pagamento de uma parte do valor da consulta ou do procedimento. Um dos argumentos é que a redução do uso indevido garante à empresa descontos na renovação do plano.

O plano de saúde, um benefício supervalorizado por empregados e decisivo para as empresas na atração e retenção de talentos, tem gerado conflitos para ambas as partes. A questão é o plano de saúde está se tornando um benefício financeiramente insustentável. Daí porque uma alternativa que divide os custos da assistência médica entre empregador e empregado está entre as formas de contratação que mais cresceu nos últimos dez anos.

Trata-se dos planos coparticipativos, aqueles em que o empregado assume o pagamento de uma parte preestabelecida do valor da consulta ou do procedimento. De acordo com a ANS, a coparticipação não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento por parte do consumidor, nem ser tão alta a ponto de impedir o acesso ao tratamento necessário.

Do lado das operadoras de saúde, o consenso é que os planos coparticipativos não inibem o acesso, mas tornam o uso mais consciente. Seria uma maneira mais branda de conter custos, sem alterar a rede ou o padrão. Outro argumento a favor é que esse tipo de plano funcionaria como um moderador de uso, evitando o excesso de utilização indevida.

Mas, um estudo da Proteste - Associação de Consumidores, realizado no ano passado, alertou consumidores em relação a uma série de fatores que podem influir no custo real do plano. Para os idosos e portadores de doenças preexistentes, principalmente, segundo a associação, o

valor desse tipo de plano pode superar o do plano integral devido a maior frequência de uso.

Embora os coparticipativos e os integrais ofereçam as mesmas coberturas e sejam, igualmente, regulamentados e fiscalizados pela ANS, a diferença, de acordo com a Proteste, é o valor final a ser pago. “No integral, a mensalidade tem um valor fixo e o consumidor não desembolsa nada a mais. Já no plano coparticipativo, além do valor da mensalidade, será preciso pagar uma taxa cada vez que usar um serviço médico”, alertou a entidade.

### **Expectativa de aumento**

Recentemente, o jornal Valor Econômico apurou que muitas empresas estão aumentando o percentual de coparticipação de empregados no valor do plano de saúde. O mais comum era que fosse descontado do empregado, em média, 10% do valor do procedimento. Esse percentual agora está subindo para uma faixa entre 20% e 30%. A reportagem destaca que o aumento é a saída que as empresas têm encontrado para manter o benefício. Uma das justificativas é que a redução do uso indevido garante descontos na renovação da apólice.

A julgar pela expectativa de aumento de preços dos planos de saúde acima da inflação, a tendência é que os coparticipativos se tornem a principal opção das empresas. As operadoras esperam que o reajuste deste ano seja superior aos 9,65% aplicados em 2014.

Depois dos reajustes de até 7,7% nos preços dos medicamentos, segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), os principais fatores que influenciaram no crescimento dos gastos com saúde no ano passado foram os aumentos das despesas com internações, exames, terapias e consultas, que devem atingir R\$ 42,7 bilhões.

Nas contas da entidade, a cada R\$ 100 recebidos pelas operadoras de planos de saúde em 2014, R\$ 85,10 foram utilizados para custear despesas médico-hospitalares dos beneficiários, contra R\$ 83,75 do ano anterior. A consequência do aumento de custos da saúde e dos preços dos planos é o aumento no número de reclamações de consumidores. Não por acaso, os planos de saúde lideram as queixas entre os associados do Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), segundo balanço dos atendimentos de 2014 em todo o país.

Em São Paulo, estado que concentra o maior número de beneficiários de planos de saúde do Brasil – mais de 19 milhões de pessoas, incluindo planos coletivos e individuais – o Tribunal de Justiça (TJ-SP) criou um núcleo para mediar liminares nas questões que envolvem cobertura de planos de saúde.

O núcleo atende a Recomendação 36/11, do Conselho Nacional de Justiça, que recomenda aos tribunais mais eficiência na solução das demandas que envolvem a assistência à saúde. O Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT), que mediará liminares nas ações distribuídas no Fórum João Mendes Júnior, funcionará com a cooperação técnica da ANS, da Abramge e da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde).

**Fonte:** [CVG-SP](#), em 17.04.2015.

---