

Por Antonio Penteadó Mendonça



Os planos de saúde privados têm sua previsão na Constituição Federal, que no artigo 199 define a regra da participação da iniciativa privada na saúde pública, determinando que a atuação deve ser complementar à ação do governo. Pela Constituição, cabe ao Estado, através do SUS (Sistema Único de Saúde), prover atendimento digno à saúde de todos os brasileiros e a iniciativa privada atuar complementarmente a ele.

A regulamentação da atuação dos planos de saúde privados está na Lei 9.656 de 3 de junho de 1998. Aqui cabe um parêntese. É uma das piores leis votadas pelo Congresso Nacional de um país em que a qualidade das leis, invariavelmente, é bastante sofrível. O texto original era tão ruim que, vinte e quatro horas após sua edição, foi baixada uma Medida Provisória alterando a maior parte dele. E nos meses seguintes foram editadas sucessivas Medidas Provisórias para tentar melhorar e mesmo viabilizar o funcionamento do sistema.

Com forte viés ideológico, a Lei se baseia numa série de boas intenções, todas teóricas e, conseqüentemente, impossíveis de serem implantadas no mundo real, no dia a dia da operação. O seu principal problema é engessar os modelos de planos de saúde privados possíveis, vedando a criação de planos fora de suas regras, ainda que mais próximos da realidade. Além disso, ela determina a responsabilidade ilimitada das operadoras no atendimento de seus consumidores.

A Lei 9.656/98 impõe os modelos de planos, dividindo-os em planos individuais e familiares e planos coletivos empresariais. Os planos individuais são planos absolutamente engessados e com mais uma agravante: quem estabelece os reajustes anuais é o governo, ou seja, desde o princípio, eles sofreram com aumentos demagógicos que acabaram tendo o condão de praticamente extinguir a sua comercialização.

Numa prova da alta criatividade brasileira, o mercado desenvolveu os planos coletivos por adesão, que são produtos desenhados para funcionarem de forma coletiva, através de sua contratação por sindicatos, órgãos de classe, associações profissionais, etc, mas atendendo as necessidades individuais dos seus contratantes. Como estes planos têm os aumentos fora do controle da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) eles se tornaram viáveis e, ainda que, em função do modelo de contratação, tendo um alcance menor, passaram a substituir os planos individuais.

Recentemente, novas operadoras passaram a oferecer novamente planos individuais, o que amplia o espectro dos segurados atendidos, com vantagens óbvias para todos.

Os planos de saúde privados brasileiros não só funcionam e garantem as necessidades de saúde de 50 milhões de pessoas, como são indispensáveis para o sistema público de saúde fazer sua parte. Sem eles, o SUS não teria condições de atender a população.

O que o sistema precisa para funcionar melhor é uma nova lei que permita oferecer produtos desenhados de acordo com as necessidades dos segurados e por preços compatíveis.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 04.07.2022.