

Por Arlindo de Almeida (*)

Motor da expansão da saúde suplementar, os planos coletivos surgiram nos anos 50 como modelo de assistência à indústria nascente no país. Com a Lei 9656/98, os coletivos passaram a abranger as modalidades por adesão - a entidade de classe torna-se estipulante junto aos associados - e de contratos para pequenas e médias empresas. Isso contribuiu para que profissionais sem vínculo empregatício pudessem ter acesso à assistência. O avanço da economia, da renda e do emprego formal também reforçou esse processo.

Os números do setor mostram a crescente importância que os planos coletivos ganharam na saúde suplementar, contribuindo decisivamente para que essa também ocupasse papel mais relevante no sistema brasileiro de assistência. Em número de beneficiários, entre 2004 e 2013, a saúde suplementar cresceu 48,55% (50,3 milhões de pessoas), enquanto os planos coletivos aumentaram 73%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Diferentemente do que se supõe, os planos coletivos não estão levando as operadoras a abandonar o mercado de planos individuais. Esses têm crescido de forma constante (27% entre 2004 e 2013) e, embora haja entre as operadoras aquelas que optaram por concentrar-se no segmento dos planos coletivos, grande número delas continua oferecendo planos individuais aos consumidores.

O que explica a disseminação dos planos coletivos é o fato de que os custos assistenciais são divididos entre os participantes dos contratos, tornando esses planos uma alternativa mais acessível de financiamento da assistência, com preços mais competitivos, se comparados a outras opções com cobertura e qualidade equivalentes.

Os críticos dos planos coletivos alegam que o fato de não terem seus reajustes fixados pela ANS expõe os consumidores a aumentos indiscriminados. Na verdade, os reajustes dos coletivos não são ditados pelas operadoras, nem os consumidores estão submetidos a um mercado cartelizado: existem mais de mil operadoras. Os índices de correção são estabelecidos anualmente, a partir da livre negociação entre operadoras e contratantes dos planos, tendo como referência as condições contratuais.

Todos os dados usados para justificar as correções são informados à ANS, que mantém monitoramento desses reajustes e intervém quando necessário. No caso dos produtos para PMEs, foi criado o mecanismo de pool de risco para apuração dos reajustes de preços do segmento, de contratos com até 30 vidas, o que permitiu diluir os custos e os riscos entre um número muito maior de beneficiários. Na negociação com as operadoras, as contratantes se valem da representação de grande número de beneficiários para obter melhores condições.

Do ponto de vista regulatório, os planos coletivos e os individuais estão submetidos às mesmas normas e fiscalização. Ambos atendem ao mesmo rol de coberturas assistenciais obrigatórias e aos prazos máximos de atendimento determinados pela ANS, e são passíveis das mesmas punições por descumprimento de prazos ou negativas de atendimento. As penalidades vão desde a suspensão temporária da comercialização até a intervenção da agência reguladora na operadora.

Os planos coletivos são, portanto, uma opção confiável e segura de serviço de assistência. E foi graças a essas e outras qualidades que se tornaram uma das principais vias de acesso da população à saúde de qualidade.

(*) Arlindo de Almeida é Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

Fonte: Política & Poder, em 08.08.2014.