



(*) **Vera Valente** é diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). O artigo foi originalmente publicado pela Folha de São Paulo em 5 de junho de 2023.



A saúde suplementar brasileira encontra-se às voltas com uma espiral que, se não for estancada, tende a inviabilizar a operação de centenas de empresas e o atendimento a milhões de brasileiros. Em 2022, as operadoras de planos médico-hospitalares tiveram prejuízo operacional de R\$ 10,7 bilhões – pior resultado em 25 anos e segundo exercício consecutivo no vermelho. De onde vêm os maus resultados? A principal explicação é o aumento exponencial de custos com saúde.

A tendência é mundial, não uma particularidade brasileira, e caminha para agravar-se. A indústria cria respostas cada vez mais potentes a patologias, ampliando as chances de cura. Mas em geral tais opções chegam com preços exorbitantes, com tratamentos que custam até R\$ 7 milhões por paciente.

Tanto a saúde privada quanto a pública lidam com recursos finitos. Seus gestores precisam fazer as melhores escolhas, produzindo resultados eficazes para os pacientes a preços compatíveis com o que a sociedade é capaz de sustentar. Mas mudanças recentes têm prejudicado a melhor alocação dos recursos pelos planos de saúde.

Uma nova lei tornou o processo brasileiro de incorporação de medicamentos e tratamentos o mais rápido do mundo, com prazos exíguos para a análise dos impactos. Outra lei modificou o caráter do rol de cobertura, criando condicionantes frágeis para obrigar planos a oferecer itens fora da lista definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). E o próprio órgão regulador retirou o limite para sessões com psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas com cobertura obrigatória.

Foram alterações que atingiram pilares de um setor que opera com base no mutualismo – isto é, como num seguro, muitos pagam para que, em caso de sinistro, alguns possam ser atendidos – e na adequada precificação de riscos.

Uma fatia cada vez maior das receitas das operadoras é comprometida com o pagamento a hospitais, clínicas e laboratórios pelo atendimento a beneficiários. Este indicador, a chamada sinistralidade, bateu em 93,2% em setembro de 2022. Ou seja, a cada R\$ 100 recebidos as operadoras repassaram R\$ 93,20 para os prestadores. Do que sobrou, ainda tiveram de pagar impostos, despesas administrativas e comerciais. A sinistralidade fechou o ano em 89,2%.

A inviabilização da saúde suplementar não vai afetar apenas as operadoras. Vai prejudicar seus 50,3 milhões de usuários, que podem se ver sem cobertura, em caso de insolvência. Vai impactar o Sistema Único de Saúde (SUS), para onde deverão ir os que se virem sem condições de pagar as mensalidades. Pode, acima de tudo, solapar toda a cadeia de prestação de serviços de saúde privada.

Os planos respondem por 83% das receitas dos hospitais privados e mais de 50% das receitas dos laboratórios. A saúde suplementar movimenta 3% do PIB e emprega 5 milhões de pessoas. Custeia 1,6 bilhão de procedimentos por ano, entre consultas, exames, internações, terapias e cirurgias. Todo este sistema está sob risco. A quem isso interessa?

Fonte: FenaSaúde, em 07.06.2023