

Por Arlindo de Almeida (*)

Motor da expansão da saúde suplementar (SS), os planos coletivos surgiram nos anos 1950 como modelo de assistência à indústria nascente no país. Com a Lei 9.656/98, eles 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 SS, contribuindo decisivamente para que essa também ocupasse papel mais relevante no sistema brasileiro de assistência. Em número de beneficiários, entre 2004 e 2013, a modalidade 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. Estes 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.

A disseminação dos planos coletivos deve-se aos custos assistenciais que são divididos entre os participantes dos contratos, o que garante mais competitividade quando comparados a outras opções com cobertura e qualidade equivalentes. Os críticos desses planos 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 -- há 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. Cabe à ANS monitorar esses reajustes e intervir quando necessário.

No caso dos produtos para pequenas e médias empresas, 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.

Quanto à regulação, planos coletivos e individuais estão submetidos às mesmas normas e fiscalização. Ambos atendem às coberturas assistenciais obrigatórias e os prazos máximos de atendimento determinados pela ANS, sendo 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 uma importante via de acesso da população à saúde.

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

Fonte: Estado de Minas/[MBA Gestão Saúde](#), em 29.09.2014.