

Por Antonio Penteado Mendonça



Nos últimos tempos, os planos de saúde privados têm frequentado a mídia em geral. As razões para isso são, basicamente, os reajustes anuais e o prejuízo do sistema como um todo, no ano de 2022. Um está ligado ao outro e não há como separá-los. Os reajustes anuais levam em conta o resultado do exercício anterior, a inflação médica, a inflação real, a variação do dólar, as fraudes e outros custos que incidam sobre os planos. É com base nessa conta que as operadoras calculam seus reajustes nos planos fora do controle da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e, quando é o caso, os adequam aos planos familiares e individuais, cujos reajustes são determinados pela Agência.

O prejuízo consolidado quer dizer que todas as operadoras perderam dinheiro em 2022? Não, ele é um retrato da atividade, mas não espelha o desempenho individual de cada operadora. Tem as que ganharam dinheiro, as que empataram e as que perderam. Então, ao se falar em prejuízo, é necessário se ter claro que esse é o retrato do setor ao longo do ano, mas não significa que todos os planos foram deficitários.

Um dos pontos mais discutidos é a fraude contra os planos de saúde privados. As tentativas de fraudar o sistema estão num patamar elevado e vão de pequenos golpes, como emprestar a carteirinha do plano para outra pessoa indevidamente utilizá-lo, até ações muito mais relevantes, como a cobrança de procedimentos de alta complexidade não realizados.

Sem dúvida, as fraudes são um complicador importante. Da mesma forma, os reajustes por idade afetam a capacidade de pagar e a capacidade de manter o plano viável, atingindo interesses legítimos de segurados e operadoras, o que torna a discussão mais difícil porque todos, de certa forma, têm razão.

Acontece que uma boa quantidade dos problemas dos planos de saúde privados brasileiros é ainda mais complexa, com a agravante de que, com a legislação atual, eles não têm solução.

A Lei 9656/98, que trata dos planos de saúde privados, é uma lei muito ruim, completamente remendada desde sua promulgação e que está longe de atender com eficiência a real necessidade da sociedade. Ao contrário, ela restringe e engessa qualquer possibilidade de entendimento entre os consumidores e as operadoras. As operadoras podem oferecer apenas o que a lei determina, sem qualquer espaço para adaptação do produto à realidade do consumidor.

Além disso, as operadoras de saúde brasileiras não têm limite de responsabilidade. Elas são obrigadas a custear indefinidamente os tratamentos cobertos, o que, atuarialmente, encarece ainda mais os planos.

O fascinante na equação é que, com tudo para dar errado, os planos de saúde brasileiros

funcionam e atendem bem mais de 50 milhões de pessoas. Mas a conta está chegando no limite, não tem muito mais como esticar a corda. Ou nós esquecemos os interesses menores em prol do bem comum ou ficará cada vez mais difícil o sistema se manter. Por isso, é mais do que hora de rever a lei.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 17.07.2023.