

Por Antonio Penteado Mendonça

Nem a criatividade brasileira, que tem driblado as restrições e os tropeços da legislação, poderá salvar o setor porque o modelo parte de premissas erradas que impedem o custeio do sistema

O atendimento à saúde no Brasil apresenta um desenho curioso, no qual os aportes do poder público são menores do que os da iniciativa privada, ainda que os primeiros se prestem a atender toda a população e os segundos se destinem a arcar com as despesas dos participantes dos planos privados, que atendem mais ou menos 50 milhões de pessoas.

Quem presta o atendimento público é o SUS. Na teoria, o sistema é quase perfeito. Na prática, a realidade é outra. O atendimento à saúde oferecido pelo governo deixa muito a desejar. Nem poderia ser diferente, quando se tem menos de US\$ 100 bilhões anuais para custear toda a operação, responsável pelo atendimento de mais de 150 milhões de pessoas.

Na outra ponta, o sistema privado atende algo próximo de 50 milhões de segurados e gasta uma vez e meia o dinheiro destinado ao SUS. A distorção é evidente. Assim como a falta de recursos para garantir atendimento digno para dois terços da população. Só isso seria suficiente para o surgimento de conflitos. Mas há toda uma legislação ruim que amplia o quadro, levando à judicialização das questões de saúde, tanto no setor público, como no privado.

Como exemplo, no setor público há o comprometimento de valores significativos para custear medicamentos e procedimentos fora dos habituais, por força de liminares dadas com toda uma boa intenção do mundo, mas que, protegendo um indivíduo, acabam prejudicando a coletividade.

O custeio da saúde pública é feito através de dotações orçamentárias com valores bem menores do que seria o aconselhável. Estes valores devem ser usados para proporcionar o máximo de qualidade para o maior número de pessoas. Mas não é isso o que ocorre. Ao conceder liminar para um tratamento no qual se necessita a importação de medicamentos, normalmente caros, ou uma cirurgia no exterior, a Justiça, em verdade, está distorcendo a função social do atendimento à saúde, já que os valores para isso são sacados do orçamento, reduzindo o dinheiro para bancar outros tratamentos, aumentando as filas de espera e prejudicando milhares de pacientes que aceitam as regras como elas são. É por isso que a Grã-Bretanha, que possui o melhor sistema de saúde pública do mundo, tem uma lista de procedimentos e medicamentos que são custeados pelo sistema de saúde. O que não consta dela não é pago. Tanto faz se existe outro procedimento mais eficiente ou mais moderno que pode salvar a vida de uma pessoa.

Saúde pública tem como objetivo garantir a saúde da sociedade, oferecendo o mesmo padrão indistintamente para toda a população. Abrir exceção é criar privilégios que o conceito de previdência social, numa democracia, não pode admitir.

No setor privado, a Lei dos Planos de Saúde é um desastre com prazo de validade. Em algum momento será impossível para as operadoras continuarem garantindo o atendimento à saúde de seus segurados.

Independentemente da criatividade brasileira, que tem driblado as restrições e os tropeços da lei, o modelo não tem futuro porque parte de premissas equivocadas, que impedem o custeio do sistema de forma adequada e atuarialmente equilibrada.

Por exemplo, os planos norte-americanos conseguiram reduzir muito fraudes e aumentos abusivos de preços introduzindo franquias e participações obrigatórias dos segurados. No Brasil isso é proibido. Além disso, boa parte dos planos internacionais tem limites máximos de responsabilidade das operadoras.

No Brasil isso é inviabilizado pela própria lei, que impede até a contratação de resseguro para

alguns tipos de planos. Como a capacidade de pagamento do brasileiro é relativamente baixa, a capacidade de remuneração dos planos nem sempre é a mais adequada para atender prestadores de serviços, o que leva a tensões constantes. Mas, mesmo com elas, e com outras dificuldades, os planos de saúde privados são um dos sonhos de consumo dos brasileiros que não os possuem. Além de serem os responsáveis pela qualidade dos hospitais de ponta. Sem o dinheiro dos planos eles não teriam recursos para os seus investimentos.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 12.01.2015.