

Por: Antonio Penteado Mendonça



Durante os últimos anos o mundo ficou de olho nos Estados Unidos. Será que o programa de saúde lançado pelo Presidente Obama iria emplacar? Nos primeiros tempos, pareceu que não. Depois engatou e agora o país vive um movimento interessante de consolidação das operadoras de planos de saúde. E não são apenas as pequenas que estão sendo engolidas. As fusões e aquisições atingem as grandes também, criando companhias gigantescas, com faturamento de dezenas de bilhões de dólares.

O que está ficando evidente é que, para atuar em saúde, é necessário escala. Poder de fogo, grana em caixa. Há pouco espaço para empresas médias e pequenas num setor cada vez mais caro e complexo. Sempre existirão nichos a serem ocupados por empresas altamente especializadas, que não necessitam ser grandes para dar certo. Mas elas são a exceção à regra.

A realidade norte-americana é bastante diferente da brasileira. A começar pela ordem de grandeza e pela participação do Estado e da iniciativa privada, é difícil comparar. Os Estados Unidos gastam mais de três trilhões de dólares por ano e o Brasil mal chega aos duzentos bilhões de dólares com o custeio da saúde.

Além disso, os desenhos legais são completamente diferentes e as obrigações são prestadas através de modelos diferentes. Então, por que pretender que olhemos para fora? Antes de tudo, para aprender que dá para melhorar o atendimento a saúde do brasileiro e fazer algo mais próximo da necessidade do cidadão.

O atendimento à saúde norte-americano está longe de ser tão bom como o modelo inglês, mas funciona relativamente bem, ao ponto de ser o contraponto, em filme canadense, para o que acontece no Canadá. Ninguém pretende importar as soluções deles para resolver os nossos problemas. Mas existem fatos que não podem ser negados e que, se enfrentados corretamente, podem significar uma melhora interessante para o sistema de saúde brasileiro.

O primeiro fato concreto é que o Brasil tem pouco dinheiro para a saúde. O segundo é que a Lei dos Planos de Saúde é ruim e representa uma bomba relógio em contagem regressiva para todo o sistema. Com ela a conta não vai fechar. Atualmente, poucas operadoras atuam nos planos individuais. Não é porque sejam cruéis com a população. É porque, com as regras da Lei, não há como suportar os aumentos dos custos com saúde, que não têm relação com a inflação econômica.

Quando os reajustes de preço são menores do que o aumento das despesas, em algum momento a conta não fecha. Para tentar minimizar o quadro, as operadoras lançaram os planos coletivos por adesão, que não estão sujeitos aos reajustes impostos aos planos individuais. Foi a forma de viabilizar a manutenção do sistema, atendendo o maior número possível de pessoas sem quebrar as operadoras. O problema é que, para aderir a um plano coletivo por adesão, o interessado tem

que pertencer a uma categoria profissional que permita a emissão da apólice coletiva. E nem sempre isso acontece.

Mas se para muita gente esta solução aparece como o “ovo em pé”, que vai salvar as operadoras de planos de saúde privados, ela é apenas um adiamento do problema maior, qual seja, a inviabilização de todo o sistema.

É aí que o Brasil pode aprender com os norte-americanos. Eles estão construindo soluções nas quais toda a população é atendida, numa parceria Estado/iniciativa privada. São ações de custeio e movimentos introduzindo limitadores nos contratos. Além disso, sua experiência tem mostrado que é essencial volume de recursos. Sem escala não é possível suportar os custos da saúde. Isto mostra que a parceria entre o Estado e a iniciativa privada pode ser bastante melhor aqui também.

No Brasil se é necessário alterar profundamente a Lei dos Planos de Saúde Privados, é também importante rever o atendimento à saúde pelo Estado. A ideia do SUS é boa, mas a administração pública não é. Com a delegação de parte da operação à iniciativa privada, devidamente remunerada, com certeza haverá a redução dos custos e a melhora no atendimento.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 14.09.2015.