

Por Luciane Evans

Com recessão econômica e desemprego em alta, operadoras de convênios sofrem baixa de 190 mil clientes no país no 1º semestre. Pressão sobre custos cresce e preços devem aumentar

Um dos sinais de que o padrão de vida do brasileiro melhorou nos últimos anos pode ser observado nos planos de saúde. Uma a cada quatro pessoas no país conseguiu realizar o sonho de ter um convênio médico. Mas não dá mais para comemorar. Com a retração na economia, o aumento do desemprego e a diminuição da renda, o império dos planos de saúde, este ano, começa a ruir, atingindo toda a cadeia, ameaçando, inclusive, a qualidade do atendimento prestado. Somente no primeiro semestre, as operadoras perderam 190 mil beneficiários no país e estão tendo mais custos do que receitas. Com isso, em Belo Horizonte, hospitais particulares, preocupados com as contas que não têm sido pagas por algumas operadoras, fazem dívidas para tapar o rombo. E o impacto disso é conhecido: o cliente que continua ativo poderá pagar mais caro e correr o risco de contar com um serviço inferior, com menos médicos e enfermeiros para lhe atender.

O desemprego no país chegou a 8,3% no segundo trimestre, maior taxa desde 2012, conforme divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O segmento empresarial é a força motor dos planos de saúde. Mas, ao perder o emprego e ver seu poder de consumo cada vez menor, a tendência de grande parte das pessoas é deixar de investir em convênios particulares. “Tivemos sempre uma curva ascendente ao longo da história. Diferentemente de outros setores da economia, não havia uma variação no número de clientes de acordo com a época do ano. A gente não sofria perdas. Agora, com o aumento do desemprego e a diminuição da renda, perdemos quase 200 mil beneficiados”, comenta o diretor-executivo da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Antônio Carlos Abbatepaolo.

CICLO CONTAGIOSO

Entenda como a crise econômica afeta a saúde suplementar dos brasileiros



EX-CLIENTE

Com o aumento do desemprego e o aperto no orçamento, o cliente demitido da empresa perde o seu direito ao plano de saúde. Atualmente, 80% dos convênios são empresariais. O demitido tem a opção de pagar uma cobertura individual com valores mais altos do que os coletivos. Porém, com o poder de renda reduzido, essa possibilidade é inviável para muitos.



PLANOS

Com menos clientes e com as despesas cada vez mais altas, os planos passaram a arrecadar menos e a gastar mais diante dos aumentos dos preços em dispositivos médicos, por exemplo. Muitos desses dispositivos são comprados fora do Brasil, na moeda norte-americana. A valorização do dólar frente ao real já chega a 70%.



HOSPITAIS

Com o aperto no orçamento dos planos, hospitais em Belo Horizonte já registram que algumas operadoras estão deixando de pagar 100% dos valores das faturas. Com as dívidas, empreendimentos hospitalares estão pegando empréstimos com os bancos para tapar o rombo e dar continuidade aos trabalhos.



CLIENTE ATIVO

Com unidades e planos de saúde em dificuldades financeiras, os atuais usuários de convênio correm o risco de pagar mais caro às operadoras, já que elas devem reajustar seus valores devido às despesas mais altas. Consequentemente, as empresas também devem passar a oferecer uma cobertura com qualidade inferior ao que seus usuários estavam acostumados, com a redução no número de profissionais da saúde, por exemplo.

Maior operadora em Belo Horizonte, a Unimed-BH hoje atende cerca de 1 milhão de pessoas na capital e na Grande BH e informa ter sentido o impacto da crise. De acordo com o superintendente comercial e de Marketing da empresa, Marcelo Coury Abrahão, a operadora tem cerca de 80% de sua carteira de clientes em planos corporativos. “Com o cenário econômico desafiador, que levou a reduções significativas nos investimentos e nos níveis de renda e empregos formais, a cooperativa, a exemplo das demais operadoras de planos de saúde do país, também sentiu o reflexo em sua carteira de clientes”, comenta. A carteira da Unimed-BH apresenta queda de 3,5% nos primeiros seis meses do ano, ou seja, cerca de 35 mil beneficiados deixaram de ter o convênio. “Os nossos compromissos estão em dia. Fechamos o primeiro semestre de maneira estável e temos mantido os custos sob controle”, garante.

De acordo com Abbatepaolo, hoje, 80% dos planos no país são empresariais. “Não tem tido uma crise no nosso setor. A crise é da economia, e, com isso, o nosso segmento está em estado de atenção máxima”, define Abbatepaolo. Ele destaca que, depois da casa própria e de uma educação de qualidade, o sonho do brasileiro é ter plano de saúde. “Por isso, muitas pessoas, mesmo desempregadas, tendem a manter o convênio, o que justifica o número de vagas fechadas com carteira assinada no país, que são 345 mil, de janeiro a junho, não ser o mesmo de beneficiários que deixaram de ser usuários da rede suplementar”, explica. Representante da medicina de grupo, ele diz que, na Abramge, já foi registrado que as empresas tiveram um faturamento, neste primeiro semestre, abaixo de 1%. “As operadoras lidam com uma série de exigências da Agência Nacional de Saúde (ANS), o que as tem deixado em situação muito difícil, já que os preços que estão cobrando já está no limite”, avisa.

REFLEXOS É provável que o cerco aperte ainda mais para os usuários ativos, já que reajustes virão e, possivelmente, acima da inflação. Isso porque, segundo dados divulgados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), a despesa do setor de saúde suplementar totalizou R\$ 139,3 bilhões e cresceu 14,7% nos 12 meses terminados em junho, em comparação ao mesmo período de 2014. Enquanto isso, as receitas de contraprestações somaram R\$ 138,7 bilhões, um aumento de 13,7% na mesma base comparação. Dessa forma, o resultado operacional foi negativo, de R\$ 600 milhões nos 12 meses terminados em junho.

“Esse cenário vem sendo intensificado pela crise econômica pela qual passa o país. O setor tinha se recuperado no ano passado, mas voltamos a ter um resultado global negativo”, avalia o diretor-executivo da FenaSaúde, José Cechin. Segundo ele, as contas no vermelho podem significar um reajuste nos valores dos planos individuais e também nos coletivos. “É preciso levar em conta o aumento dos custos, e, no caso dos convênios individuais, o reajuste tende a ser maior que a inflação. Já para os coletivos, há uma negociação intensa entre as operadoras e os contratantes para achar um índice de reajuste, mas deve ser, também, acima da inflação”, revela Cechin, dizendo que, anualmente os aumentos são feitos de acordo com as previsões para os 12 meses seguintes. “Vimos que, com a crise, o que foi decidido no ano passado, foi insuficiente”, diz.

Além da retração na economia, Cechin também destaca que os valores de dispositivos médicos ficaram mais caros. “Os medicamentos também tiveram reajustes de preço. Não somos contra aos procedimentos mais caros, desde que deem resultados”, afirma. Ele não acredita que a saída de quase 200 mil usuários tenha afetado tanto os planos. “O desemprego ainda não chegou totalmente às cooperativas. Aqueles que foram demitidos, se usaram uma clínica ou hospital um dia antes da demissão, foi atendido e a fatura ainda está na unidade de saúde”, explica.

Mas, nos hospitais, a situação é mais preocupante, conforme comenta o presidente da Central dos Hospitais de Minas Gerais, Castinaldo Bastos Santos. “Os prestadores de serviços, como os hospitais, clínicas, laboratórios, representam um elo enfraquecido nessa história”, diz. Segundo ele, na última semana, um hospital de médio porte na cidade enviou a fatura a um plano de saúde e só recebeu 70% do que cabia à operadora a pagar. “Os planos estão sem caixa para suprir e toda a cadeia está insatisfeita. Os hospitais que não estão recebendo o valor que lhe devem estão recorrendo aos bancos e pagando juros altos por empréstimos. É um cenário de terror”, afirma Abbatepaolo.

Fonte: [EM](#), em 15.09.2015.