

Em artigo, presidente da Abramge-PR/SC, Cadri Massuda, aborda como o mercado da saúde suplementar tem deixado de oferecer este tipo de plano

Por Cadri Massuda (*)

Das cerca de 50 milhões de pessoas com planos de saúde no Brasil, apenas 20% correspondem aos que possuem planos individuais ou familiares (destinados a pessoa física). Isso ocorre porque esse tipo de plano está ficando cada vez mais caro e inviável financeiramente para as operadoras, que estão deixando de oferecer essa opção. Então, o consumidor que deseja adquirir um seguro de saúde, precisa estar atrelado a um plano empresarial ou coletivo. Tal cenário é resultado de normas excessivamente rígidas da ANS – Agência Nacional de Saúde na regulamentação desse produto.

A primeira delas diz respeito ao reajuste permitido, que são sempre menores do que a inflação na área da saúde, sabidamente alta em razão da tecnologia cada vez mais avançada e também das oscilações de câmbio, pois muitos produtos ou matérias-primas são importados. Outra razão que faz com que os planos individuais deixem de ser interessantes para as operadoras é que a existência de um contrato unilateral, onde apenas o cliente pode rescindir. É um tipo de engessamento que não vemos em outras relações comerciais.

Dessa forma, o valor que as operadoras precisam cobrar dos planos individuais para que seja viável é cerca de 100% mais caro que os planos empresariais. Além disso, essa situação gera, ainda, um ciclo vicioso, em que apenas pessoas que já estão doentes contratam o plano. Então, a taxa de sinistro desses planos ultrapassa os 100%, gerando prejuízos para as seguradoras. Com isso, a realidade é que eles se tornam “planos de doença” e não de saúde.

O que vemos, como consequência desse cenário, é que a população que quer contratar planos de saúde e que não tem vínculo com empresas ou cooperativas não está mais conseguindo arcar com o valor das mensalidades. A única opção para as pessoas sem contrato formal de trabalho são os chamados planos de saúde coletivos por adesão, que estão ligados a sindicatos e associações. Esse, funciona no formato dos planos empresariais, com reajuste de acordo com a taxa de sinistralidade. Vemos, inclusive, pessoas criando microempresas ou até vinculando-se a associações sem ter conexão com o setor com a intenção única de poder adquirir um plano por adesão. Estão correndo um risco que seria desnecessário caso as regras para os planos individuais fossem mais flexíveis.

Ainda assim, muitos indivíduos que não possuem as características para se associar aos planos por adesão estão tendo que sair, migrando para a saúde pública. O aumento do desemprego e da informalidade devido à crise econômica só tem piorado esse cenário, levando a um tráfego ainda maior no nosso sistema, que já é bastante sobrecarregado.

É preciso considerar, ainda, que houve um aumento da classe média nos últimos anos, que optou por esse produto e hoje não tem condições de pagar, o que gera uma insatisfação da população com o governo. A ANS obriga as operadoras a cumprir prazos para exames e consultas, mas isso não acontece no sistema público, o que ocasiona um descontentamento da população com as políticas públicas.

É preciso que a ANS apresente uma solução para estimular o mercado de planos de saúde individuais, pois isso poderá beneficiar um número muito grande de pessoas no país, além de desafogar o SUS. E, inclusive, pode resultar em redução dos custos dos planos, reflexo da concorrência, já que hoje são pouquíssimas as operadoras que ainda vendem esse produto.

(*) **Cadri Massuda** é presidente da Abramge-PR/SC – Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

Fonte: [Diagnósticoweb](#), em 20.01.2016.