

Por Luís Lima

Setor de saúde suplementar sente impactos de demissões, e 2 milhões de planos deixam de existir em 12 meses; planos empresariais puxam retração do setor

Priscilla Palma, de 37 anos, desempregada há um ano, foi demitida da Fundação ABC, em São Bernardo do Campo, onde prestava serviço como agente de saúde. Hipertensa, assim como o marido, Paulo Targino, teve de recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) para acompanhar a doença crônica. Além disso, um de seus dois filhos, de oito anos, tem problemas na glândula tireoide, o que a obriga a levá-lo ao médico periodicamente. O caso de Priscilla ilustra a reação em cadeia surgida com a onda de eliminação de postos de trabalho que o país enfrenta - e que já afeta 11,4 milhões de pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): com o emprego, ela perdeu o plano de saúde, setor igualmente afetado pelo fechamento de vagas de trabalho.

Quando empregada, Priscilla pagava uma taxa mínima de 180 reais pelo benefício médico a todos os integrantes da família. Em um plano particular, o valor subiria para pelo menos 500 reais. "Isso não cabe no orçamento da família", lamenta a atual estudante de radiologia. "Temos outras prioridades, como pagar as contas de casa, alimentação e comprar outros produtos básicos."

Assim como ocorreu com Priscilla um ano atrás, 886.909 brasileiros perderam o plano de saúde empresarial em março deste ano - dado mais recente -, uma retração de 2,66% em comparação com o mesmo mês do ano passado, segundo a Associação Nacional de Saúde (ANS).

A retração tem relação direta com a deterioração do mercado de trabalho. O conjunto de planos - individuais e corporativos - somou 48,24 milhões em março, segundo a ANS. São 2 milhões de planos a menos em um intervalo de apenas doze meses - em março de 2015, havia 50,2 milhões.

Para o diretor do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), Luiz Augusto Carneiro, a perspectiva para o segmento é de piora até o fim do ano. "Não há motivos para acreditar em uma reversão, já que análises econômicas apontam para um desemprego de até 15% em 2016", diz. Ele afirma também que, para piorar a situação, os custos médicos têm crescido muito acima da inflação. "Os preços de exames, terapias e, sobretudo, de internação não param de subir", diz. "Isso causa um problema estrutural no setor."

Renata Vilhena Silva, advogada especialista em direito à saúde, afirma que as classes mais prejudicadas são as C e D. "O demitido, como perde a renda, muitas vezes não tem como manter o benefício. Quanto mais baixo o escalão, mais chão de fábrica, menos condições", explica. "Via de regra, quem faz questão de manter o plano é o aposentado. O demitido, muitas vezes, tem esperança de se recolocar no mercado."

Na outra ponta, os médicos também têm sofrido consequências. Diante de uma demanda reduzida, a possibilidade de ser descredenciado aumentou. O casal de endocrinologistas Christina e Sinval Muniz já sentiu esse impacto. "Recebemos um aviso que, a partir do dia 13 de maio, não atenderíamos mais via convênio por causa da readequação do modelo de trabalho", diz Christina. "Esse é o discurso oficial."

Questionada sobre um possível descredenciamento em massa, a FenaSaúde - entidade que representa as operadoras de planos de saúde - disse que não tem registro desse movimento. "Quando ocorrem, os descredenciamentos são pedidos pelos próprios médicos ou encontram justificativa técnica conforme cada operadora", afirmou, em nota. Apesar do cenário desfavorável, a presidente da entidade, Solange Beatriz Palheiro, acredita em melhora para o segmento. "Há forte expectativa quando à recuperação da economia ainda ao longo deste ano, o

que certamente reverterá essa queda na adesão aos planos", diz.

A reportagem procurou as maiores seguradoras de saúde do país. A Unimed disse que não houve descredenciamentos no primeiro trimestre deste ano. "Há um processo contínuo de aperfeiçoamento da rede, com o credenciamento de novos médicos sempre que necessário", diz. Amil e a SulAmérica disseram que não iam se pronunciar, já que a FenaSaúde era a entidade autorizada a falar pelo setor. Bradesco Saúde não respondeu até o fechamento desta matéria.

Direitos - Para ter direito ao plano de saúde corporativo, o ex-funcionário deve ter sido demitido sem justa causa e contribuído mensalmente com parte da fatura do plano de saúde. Após o desligamento da empresa, o ex-funcionário deve manifestar o interesse em manter o benefício no prazo de até 30 dias após o comunicado da empresa, além de assumir o valor integral da mensalidade.

De acordo com resolução da ANS, a duração do contrato no plano empresarial equivale a um terço da vigência do vínculo trabalhista. O limite mínimo para manter o direito ao benefício é de seis meses e, o máximo, dois anos. Na prática, se uma pessoa foi demitida após contribuir com as mensalidades por três anos, ela terá direito a permanecer no plano por doze meses.

Para os aposentados, a regra é diferente. Os que contribuíram com as mensalidades por dez anos ou mais têm o direito de permanecer no plano durante o período que quiserem. Se ficaram na empresa por um período inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano empresarial após a aposentadoria.

Fonte: [Veja.com](http://veja.com), em 04.06.2016.