

Governo deve liberar plano de saúde popular de cobertura reduzida?

SIM

Liberdade de escolha ao consumidor

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES

O debate sobre a criação de planos de saúde populares, recentemente proposto pelo ministro Ricardo Barros, esbarra em aspectos considerados tabus e numa visão equivocada das entidades que advogam defender o consumidor.

A questão deve ser analisada à luz dos interesses mais amplos da sociedade, tendo em conta a grave situação do SUS (Sistema Único de Saúde) e da economia brasileira.

Nos últimos 12 meses, 1,6 milhão de beneficiários tiveram de abrir mão de convênios médicos, acossados pelo desemprego e pela impossibilidade de pagar planos particulares. O resultado foi uma corrida ao já sobrecarregado SUS.

Tais brasileiros se viram sem alternativa, já que, por lei, os planos de saúde são obrigados a manter um nível máximo de cobertura, atendendo todas as doenças da CID 10 (lista oficial da Organização Mundial da Saúde).

Esse expressivo contingente deve ficar condenado a encarar as longas filas do SUS? Não poderia ter, ao menos, a possibilidade de escolher a adesão a um plano mais básico e barato do que os ofertados hoje, segundo suas conveniências? Em uma sociedade fundada na livre escolha, é justo tolher outras opções?

Ao contrário do que ocorre em todo o mundo, vigora no Brasil uma falsa ideia de que os planos devem

oferecer sempre cobertura total. Ora, segundo o governo federal, 85% dos problemas de saúde da população poderiam ser resolvidos na atenção primária. Por que não permitir a oferta de contratos que deixem de cobrir certos procedimentos mais complexos?

As internações representam 50% dos custos do setor. Por que não fazer como o sistema inglês (National Health Service), considerado o melhor do mundo, que adota rígido protocolo de acesso? Essas medidas permitiriam uma cobertura dentro da realidade dos consumidores e ajudariam a desafogar o SUS.

Uma outra crítica frequente aos planos populares indaga por que o governo, em vez de permiti-los, não investe mais na saúde pública. O que não se explica é de onde sairia o dinheiro, uma vez que o orçamento da União prevê déficit de R\$ 170 bilhões neste ano e de quase R\$ 140 bilhões em 2017.

Além de beneficiar os consumidores, a criação de planos individuais populares daria novo gás às operadoras de saúde, sufocadas por leis que engessam e encarecem os custos do setor.

Em 2015, a margem operacional das empresas foi de 0,5% — só o terceiro balanço positivo em nove anos. Fora a crise, o setor convive com uma política irrealista da ANS (Agência Nacional de Saúde Suple-

mentar), que autoriza reajuste sempre abaixo da variação dos custos.

Desde 2007, os planos subiram 115%, enquanto as despesas aumentaram 228% (quase o dobro). O resultado é que raras empresas oferecem planos individuais novos, prejudicando quem gostaria de contratá-los.

As operadoras estão sujeitas ainda a uma crescente e exagerada demanda por exames, tanto de médicos quanto de pacientes, sem falar das fraudes. É preciso reduzir custos para que possam oferecer produtos mais atraentes e acessíveis.

Por fim, admitimos que o setor apresenta falhas na relação com os clientes. Contudo, ao contrário do que se propala, nossas empresas não figuram entre as mais reclamadas. Dados do próprio Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor comprovam: ao compilar dados dos procons, registra que, no ranking de reclamações, os planos de saúde ocupam o 18º lugar.

Entidades com acolhida na mídia, entretanto, vendem um falso discurso de que eles maltratam o cliente. Há empresas boas e ruins, cabendo divulgar as primeiras e punir, duramente, as últimas.

SOLANGE BEATRIZ PALHEIRO MENDES, 60, advogada, é presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar). Foi diretora de normas e habilitação das operadoras da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Fonte: [CNseg](#), em 25.07.2016.