

Por Cadri Massuda (*)

Nos casos de emergência e urgência dos beneficiários do plano ambulatorial, estes poderiam optar por serem atendidos na rede pública ou privada

A crise econômica tem feito os brasileiros cortarem custos em todas as áreas. Os planos de saúde, apontados como o terceiro item na lista dos desejos dos brasileiros, são um dos setores mais afetados. Nos últimos 18 meses, 2,1 milhões de associados deixaram de contar com a assistência de saúde privada e passaram a depender da rede pública.

Como consequência, houve o aumento da demanda de serviços no SUS, instituição essa já com graves problemas para suprir as próprias necessidades. Embora o governo não tenha realizado cortes no orçamento da saúde, o valor não é suficiente para oferecer um serviço de qualidade para os novos clientes. Muito pelo contrário: a falta de investimento no orçamento já representa em si um corte. Isso porque os custos nesta área crescem constantemente por razões como novas tecnologias, o surgimento de modernos medicamentos e o aumento da longevidade das pessoas. Estima-se que a inflação médica seja o dobro da inflação geral.

Com custos mais altos e com o aumento da quantidade de pessoas que dependem do SUS, o orçamento do governo não fecha. Esses novos usuários representam a necessidade de incluir anualmente cerca de 12,6 milhões de consultas, 31,5 milhões de exames e 210 mil internações. Fica evidente a urgência de maior investimento na saúde pública para absorver esses novos usuários.

A crise econômica tem feito os brasileiros cortarem custos em todas as áreas. Os planos de saúde, apontados como o terceiro item na lista dos desejos dos brasileiros, são um dos setores mais afetados. Nos últimos 18 meses, 2,1 milhões de associados deixaram de contar com a assistência de saúde privada e passaram a depender da rede pública.

Como consequência, houve o aumento da demanda de serviços no SUS, instituição essa já com graves problemas para suprir as próprias necessidades. Embora o governo não tenha realizado cortes no orçamento da saúde, o valor não é suficiente para oferecer um serviço de qualidade para os novos clientes. Muito pelo contrário: a falta de investimento no orçamento já representa em si um corte. Isso porque os custos nesta área crescem constantemente por razões como novas tecnologias, o surgimento de modernos medicamentos e o aumento da longevidade das pessoas. Estima-se que a inflação médica seja o dobro da inflação geral.

Com custos mais altos e com o aumento da quantidade de pessoas que dependem do SUS, o orçamento do governo não fecha. Esses novos usuários representam a necessidade de incluir anualmente cerca de 12,6 milhões de consultas, 31,5 milhões de exames e 210 mil internações. Fica evidente a urgência de maior investimento na saúde pública para absorver esses novos usuários.

Tentando oferecer uma solução, o Ministério da Saúde lançou a ideia que chamou de “plano acessível”, que seria um plano popular com cobertura restrita. Porém, a proposta ainda está em discussão e vem recebendo críticas severas dos órgãos de defesa do consumidor e órgãos de classe, que alegam ser um retrocesso por cortar benefícios antes oferecidos.

Então, fica a pergunta: qual seria a solução imediata para atender esses usuários e adequar-se às necessidades da população, do governo e das operadoras de saúde? Aí entra uma nova discussão: o estímulo à comercialização do plano ambulatorial. Esse plano já é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde, tem um custo para o consumidor cerca de 30% menor e atenderá 95% das necessidades.

Mas há um entrave: atualmente, a comercialização desse plano não é sustentável economicamente para as operadoras de saúde. Quando ocorre um caso de emergência ou urgência, o Judiciário determina que os planos de saúde atendam o paciente, mesmo que esse atendimento não esteja incluso no contrato. Por isso, o plano não é comercializado.

A solução proposta que poderia atender a essa necessidade atual de forma rápida e eficiente é a criação de um novo modelo de parceria entre operadoras de saúde e governo federal. Elas voltariam a comercializar esse plano, trazendo de volta a saúde privada para os usuários que precisaram deixar este segmento. Nos casos de emergência e urgência dos beneficiários do plano ambulatorial, estes poderiam optar por serem atendidos na rede pública ou privada. Neste último caso, a empresa detentora do contrato do associado paga o procedimento ao hospital, que por sua vez é ressarcido pelo SUS, utilizando como parâmetro de pagamento a tabela Tunepe.

Mas como isso seria vantajoso para o governo? O Estado já tem essa função de oferecer o atendimento nos casos de urgências e emergências. Isso possibilitaria que o usuário optasse entre o público e o privado. Além disso, desafogaria o sistema de internamento do SUS, podendo oferecer um atendimento de qualidade para a população e ainda traria a economia resultante das consultas e exames dos milhares de brasileiros que voltariam a poder pagar por um plano de saúde. A proposta é uma solução prática e viável para resolver uma parte importante dos problemas de saúde atuais da população.

(*) **Cadri Massuda** é presidente da regional Paraná/Santa Catarina da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

Fonte: [Gazeta do Povo](#), em 24.04.2017.