

Por Antonio Penteado Mendonça



2018 chega com fatos importantes, que podem afetar o desempenho dos planos de saúde privados. Atualmente, o Brasil tem perto de quarenta e sete milhões de pessoas atendidas pelos planos de saúde privados. É o menor número dos últimos anos e reflete as consequências da crise que atingiu o país de forma devastadora. A maioria dos planos privados é oferecida pelas empresas para seus funcionários. Assim, o número atual de segurados reflete o impacto do desemprego sobre o sistema, que perdeu quase quatro milhões de usuários nos últimos três anos, pouco mais de quinhentos mil apenas em 2017.

A primeira notícia que mexe diretamente com a saúde pública brasileira é a nova metodologia de transferência dos recursos da União para Estados e Municípios. Hoje os recursos saem do Ministério da Saúde carimbados, ou seja, só podem ser utilizados para atendimento das destinações específicas para as quais foram liberados. A nova regra altera isso e transmite a decisão da aplicação dos recursos para os Estados e Municípios, o que, em tese, permitiria o uso mais adequado do dinheiro, já que os Estados e Municípios definirão a sua aplicação em função das respectivas realidades, pondo fim às distorções atuais, que fazem sobrar recursos porque estes só podem ser aplicados para os fins para que foram liberados.

Se bem aplicada, a regra tem tudo para ser um divisor de águas importante, que dará à saúde pública uma agilidade inédita. O problema é que o Brasil é grande e os Estados e Municípios não são administrados da mesma forma e com a mesma competência. O uso político dos recursos pode solapar o sistema, piorando o quadro e atingindo negativamente os planos de saúde privados, que serão chamados pelo Judiciário para tapar o buraco e garantir o atendimento da população.

A segunda notícia envolvendo os planos de saúde privados dá conta de que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) normatizou a contratação dos planos empresariais por empresários individuais. É uma boa notícia porque as novas regras devem tornar mais claras e mais restritivas as condições para acesso a estes planos, já que o empresário terá que fazer prova de sua condição apresentando a documentação legal pertinente.

A terceira notícia, em princípio, é muito boa para os segurados. A ANS incluiu no rol dos procedimentos obrigatórios uma série de novos medicamentos, cirurgias e terapias para o tratamento de diferentes tipos de câncer e para a esclerose múltipla, entre outros, além de exames importantes para a melhora da qualidade dos diagnósticos.

São avanços importantes, mas que implicam obrigatoriamente no aumento dos custos das operadoras, sem que, neste momento, tenha sido autorizado aumento de preço para fazer frente a eles.

Não se discute a necessidade da inclusão dos novos procedimentos, mas não há almoço de graça. Toda ampliação da abrangência dos atendimentos resulta obrigatoriamente no aumento dos

custos. Existem exceções e em determinadas situações pode acontecer a redução das despesas, mas a regra é o oposto: a inclusão de novos procedimentos significa mais despesas, que precisam ser custeadas para não desequilibrar o funcionamento do plano de saúde. Lamentavelmente, existe apenas uma forma de conseguir o equilíbrio: o aumento das mensalidades dos planos.

Será que o brasileiro, hoje, com mais de 12% de taxa de desemprego e uma situação econômica que começa lentamente a melhorar, tem condições de pagar mais pelo seu plano de saúde privado?

Diante da resposta óbvia é importante não perder a noção de realidade para não comprometer a capacidade de atendimento das operadoras de saúde suplementar. Dezenas delas estão em situação crítica, muitas com patrimônio negativo e falta de escala para operar. Obrigá-las a aumentar o rol de procedimentos sem a contrapartida no preço é um tiro no pé que, a médio prazo, pode comprometer mais operadoras, eventualmente deixando milhares de segurados com o chapéu na mão na hora em que necessitarem utilizar seu plano.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 29.01.2018.