

Por Antonio Penteado Mendonça



No final do Quarto Fórum de Saúde Suplementar, realizado no Rio de Janeiro, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) apresentou uma lista com 11 sugestões para o setor de saúde complementar discutir e implantar ao longo de 2019.

As sugestões são abrangentes e vão desde novas formas de atendimento, até a revisão do modelo de custeio, passando pela remuneração das operadoras, franquias e coparticipação dos segurados.

O que está claro é que o modelo atual está se esgotando e não há muito tempo para discutir as soluções necessárias a reformulação do setor. O desenho não suporta mais a manutenção da operação. Todos os players estão insatisfeitos, sobrecarregados e mal pagos, sendo que o segurado, que é quem paga conta, de forma geral, não aguenta mais arcar com os custos de seu plano de saúde privado.

Não bastassem os reajustes acima da inflação oficial, a crise que levou a um desemprego recorde de mais de 13 milhões de pessoas, expulsou do sistema perto de 3 milhões de brasileiros que, do dia para noite, perderam os planos de saúde privados e passaram a utilizar o SUS, agravando ainda mais a situação de penúria da rede pública de atendimento à saúde.

Digam o que disserem, os planos de saúde privados estão entre os sonhos de consumo do brasileiro. Nem poderia ser diferente. O cidadão comum não está interessado em filosofia, política, ou a discussão de conceitos que na prática não têm qualquer eficácia. O que ele quer é ser atendido com dignidade e de forma eficiente, e isto, indubitavelmente, os planos de saúde privados brasileiros fazem com competência.

A prova é o número de ações distribuídas envolvendo os planos de saúde privados. Para um universo de mais de 45 milhões de pessoas, das quais algo próximo de 40% estão em São Paulo, o Tribunal de Justiça do Estado, este ano, julgou menos de 25 mil processos.

Para um total anual de 700 milhões de procedimentos autorizados pelas operadoras para atender a população paulista, 25 mil resultaram em processos judiciais, a maioria versando sobre problemas de atendimento e reajuste de preço. Trocando em miúdos, se os números absolutos impressionam quem não conhece o segmento, os números relativos mostram um quadro bem diferente e que explica boa parte da vontade do brasileiro ter um plano de saúde privado.

O problema a ser enfrentado não é o mau atendimento prestado pelas operadoras, o problema é o esgotamento do desenho criado para a saúde pública pela Constituição de 1988, complementada pela Lei dos Planos de Saúde Privados, uma das piores leis já votadas no Brasil, o que não é pouco, se pensarmos que somos campeões em leis fora de propósito.

Empresas e pessoas não aguentam mais pagar o custo dos planos de saúde privados. Os aumentos

estão levando a conta para patamares capazes de comprometer o resultado dos balanços e o orçamento familiar. De outro lado, o preço dos planos faz com que várias operadoras operem com prejuízo. Em valores, o setor fatura perto de 180 bilhões de reais e apenas com os custos assistenciais paga mais de 150 bilhões de reais. Ou seja, 83% do faturamento é destinado ao pagamento dos procedimentos cobertos, sendo que com os 17% restantes as operadoras custearam suas despesas administrativas e comerciais, além de pagarem a escorchantes carga tributária nacional. Será que neste desenho há sobra para lucros impressionantes?

Num cenário onde todos estão insatisfeitos a única coisa sensata a se fazer é analisar detalhadamente a realidade para que a busca das soluções saia do terreno do achismo, do corporativismo e da demagogia barata.

A FenaSaúde, ao colocar na mesa os 11 pontos que julga importante serem debatidos, está oferecendo sua contribuição para a busca das soluções. Pode ser que nem todos os tópicos atendam ou resolvam todos os problemas e divergências, mas são, no mínimo, um balizador do caminho para a negociação necessária para modificar a equação atual e permitir que o brasileiro continue tendo atendimento à saúde eficiente, por um preço acessível.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 05.11.2018.