

Por Antonio Penteado Mendonça



Em 2018, os escorpões picaram perto de trinta mil pessoas e causaram a morte de treze, no Estado de São Paulo. No mesmo ano, a dengue, a chicungunha e a febre amarela se espalharam pelo território paulista, atingindo milhares de pessoas. E a sífilis, doença praticamente erradicada e fora dos radares das autoridades, decidiu voltar e ganhar dimensões de epidemia.

São notícias ruins para os gestores de saúde pública no Estado, da mesma forma que são notícias ruins para as operadoras de planos de saúde privados, em todo o território nacional, porque os números paulistas se repetem, grosso modo, nas demais unidades da Federação.

Os planos de saúde privados, em todas as pesquisas, estão entre os cinco sonhos de consumo do brasileiro. A alternativa é o atendimento oferecido pelo SUS. Filas intermináveis, retornos jogados lá para frente, falta de medicamentos, equipamentos quebrados, etc.

Hoje, o Brasil tem pouco menos de cinquenta milhões de pessoas cobertas pelos planos de saúde privados. É um quarto da população, mas a eles são destinados mais de 60% de todos os recursos investidos em saúde. Os demais três quartos devem repartir os pouco mais de 30% destinados ao setor pelo Governo. É isto que explica porque os planos de saúde são tão importantes para os brasileiros.

Mas os planos de saúde privados vivem, faz tempo, na corda bamba. As crises e a deterioração dos serviços oferecidos pelo SUS levaram à judicialização dos serviços oferecidos pelos planos de saúde privados e, atualmente, eles se tornaram, na prática, planos com coberturas bem mais amplas do que as previstas nos contratos, comparáveis ao SUS, ainda que a Constituição os defina como planos suplementares do serviço público e não como prestadores com responsabilidade ilimitada.

Neste cenário, o maior problema dos planos de saúde privados é definir o que e como deve ser atendido por eles. Da forma como estão desenhados eles não são planos universais, têm limitações de cobertura e de atendimento. Todavia, no mundo real, elas não são respeitadas, até porque parte das exclusões foi julgada impertinente pelos tribunais brasileiros.

Não há nada que impeça os planos de saúde privados de oferecerem atendimento amplo, geral e irrestrito. Em vários países isso não só é possível, como os planos privados atuam lado a lado com o sistema público de saúde, cabendo ao cidadão escolher entre eles. Só que, para fazer isso, os planos privados precisam ser remunerados adequadamente, a fim de evitar que o descompasso entre despesas e receitas comprometa a capacidade futura de atendimento da operadora.

No Brasil, esta regra nem sempre funciona e o resultado é que algumas modalidades de planos desapareceram das prateleiras porque não é possível, dentro das regras atuais, alcançarem o equilíbrio econômico necessário para sua viabilidade.

O ideal seria uma profunda revisão da Lei dos Planos de Saúde Privados, com o expurgo das travas que limitam a criatividade, a expansão e a melhor prestação de serviços pelas empresas do setor.

Como isto não está nos planos do Congresso Nacional, pelo menos no futuro previsível, as operadoras se defrontam com desafios importantes para continuarem operando dentro do equilíbrio financeiro indispensável para sua sobrevivência.

Ainda que a revisão não aconteça, existem medidas que podem ser implementadas, com resultados interessantes para todos os envolvidos. As principais passam pela necessidade de conter o aumento dos custos dos planos privados.

Várias ações já estão em andamento, como melhorar os controles de fraudes e pagamentos indevidos, criar produtos com coparticipação do segurado, rever as políticas de remuneração, etc.

Além disso, é fundamental deixar a demagogia de lado e assumir que não há relação entre a inflação da moeda e a inflação da saúde. Também, em nome da redução do preço, é preciso colocar limites nas responsabilidades dos planos. Um caminho seria franquear o resseguro para todas as operadoras.

**Fonte:** O Estado de São Paulo, em 01.04.2019.