

Representantes de médicos, hospitais e entidades de defesa do consumidor cobraram da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) uma atuação mais firme sobre os reajustes de planos de saúde privados. Em audiência na Comissão de Fiscalização e Controle do Senado (CTFC) nesta segunda-feira (21), os participantes destacaram que os planos são prioridade no orçamento da população.

O senador Reguffe (Podemos-DF), presidente da comissão, afirmou que o modelo atual permite uma “artimanha” das operadoras de planos de saúde que “empurra” os consumidores para os planos de modalidade coletiva, em que não há a garantia de renovação automática e nem regras para reajuste. Reguffe é autor de projeto de lei que dá tratamento jurídico de plano individual aos planos coletivos com menos de 100 beneficiários ([PLS 133/2015](#)).

— É importante que a ANS faça uma reflexão sobre essa questão, já que hoje é muito difícil conseguir ver planos de saúde individuais no mercado. O consumidor, muitas vezes até por desinformação, é obrigado a consumir planos coletivos em que não há garantia de que ele vai ficar [no plano] quando tiver uma doença grave.

Segundo a agência, os planos coletivos empresariais abrigam a maior parte dos cidadãos que contratam cobertura privada — 48%. Mais da metade dos planos de saúde em comercialização hoje são da modalidade coletiva.

Dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) mostram que a adesão a planos de saúde cresceu expressivamente durante a pandemia de covid-19, revertendo uma tendência de queda registrada em anos anteriores. Os participantes da audiência apontaram para esse cenário para argumentar que uma regulação mais aprimorada da política de reajustes não prejudicaria as operadoras, já que elas não passam por apuros financeiros.

Frederico Moesch, da Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça, destacou que o setor precisa de mais cuidado devido ao valor que os brasileiros enxergam nesse tipo de gasto.

— A pandemia não trouxe um aumento grande de inadimplência, como aconteceu em diversos outros setores. Houve estabilidade e, em alguns momentos, até queda na inadimplência. Por isso que nós dizemos que o consumidor brasileiro elegeu o seu plano de saúde como uma prioridade no seu orçamento e fez um esforço muito grande para manter o pagamento.

Nos planos coletivos, que são contratados por empresas ou associações em nome dos seus funcionários ou filiados, o reajuste fica por conta de negociações entre as partes, sem regras estabelecidas pela ANS. Matheus Zuliane Falcão, analista do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), explica que essa inação da agência parte de uma justificativa equivocada.

— A ANS parte da premissa de um “poder de barganha” entre as pessoas jurídicas: operadores de plano de saúde de um lado e contratantes do plano coletivo de outro. Há um mosaico de evidências cada vez maior de que esse poder de barganha não existe. Os reajustes são muito mais elevados no mercado de coletivos do que no de individuais, uma média de 20% a 25% [acima].

Além disso, Frederico Moesch observa que esse modelo facilita um “subsídio cruzado”, em que contratantes com maior poder de pressão obtêm reajustes mais vantajosos que são compensados por reajustes maiores sobre contratantes menos influentes junto às operadoras.

Por sua vez, os prestadores de serviços de saúde afirmam que não estão sendo beneficiados com eventuais aumentos no valor dos planos de saúde. César Eduardo Fernandes, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), disse que os profissionais de saúde e os hospitais não estão com “a fatia maior” da distribuição dos recursos que circulam no setor. Para ele, a negociação livre sempre resulta em custos maiores para os consumidores, e a falta de normas unificadas prejudica a

compreensão do sistema.

— Quando há muitas regras, é porque nenhuma delas é boa. Eu acho que se tem de procurar regras únicas, metodologia clara e que seja perfeitamente auditável, transparência na apresentação de números e a simplificação de tudo isso.

Marco Aurélio Ferreira, da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), apresentou as dificuldades dos hospitais durante a pandemia, ressaltando aumento de custos com materiais e internações e queda de faturamento com exames. Já Daniela Yokomizo, primeira-secretária da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) no Distrito Federal, reclamou de desequilíbrio na relação entre os planos e os profissionais da área, que recebem valores “aviltantes” que não cobrem parte do custo das atividades.

Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, confirmou que os hospitais conviveram com mais custos, mas observou que o ano de 2021 traz uma “tempestade perfeita” para as operadoras de planos de saúde, com uma recuperação rápida no número de procedimentos eletivos ao mesmo tempo em que continuam crescendo as internações por covid-19. Ela apontou que 85% das receitas das operadoras é repassada para os prestadores de serviço, e pediu cautela na adoção de medidas de regulação mais restritiva.

— A maioria das operadoras, 56%, são de pequeno porte. Dessas, 80% estão no interior do Brasil, que são regiões em que, normalmente, elas são a única opção de atendimento alternativa ao SUS [Sistema Único de Saúde]. É muito importante olhar esse universo, porque essas operadoras serão as primeiras a serem impactadas.

Ela destacou, também, que os planos são importantes para desafogar o sistema público de saúde, e que eles [os planos] absorverão boa parte das consequências da média de idade crescente da população brasileira nos próximos anos — como o aumento na incidência de doenças crônicas, que requerem tratamento constante.

No entanto, Alexander Jorge Saliba, presidente da Associação Brasileira de Auditores em Saúde (Audif), disse que o atual modelo da ANS favorece a concentração de mercado e pode acabar “empurrando” mais pessoas para o sistema público, se elas não puderem arcar com seus planos de saúde. Ele sugeriu algumas medidas a serem tomadas para melhorar a situação, como maior liberdade de operação para os planos da modalidade autogestão e o fim das administradoras de benefícios (intermediários na contratação de planos que ficam com parte do valor cobrado).

— O Brasil tem uma medicina de primeiro mundo, mas tem uma economia de terceiro mundo. Essa conta não vai fechar. O que vai resultar disso é que um grupo pequeno de seguradoras vai dominar o mercado, vai determinar as regras, e quem não puder pagar esse novo modelo vai para o governo.

A ANS participou da audiência apresentando um panorama da regulação de planos de saúde e se colocando à disposição dos vários setores para mais tratativas sobre o tema discutido. O diretor-presidente substituto da agência, Rogério Scarabel Barbosa, declarou que a ANS monitora os reajustes que são efetuados e atualmente trabalha para divulgar essas informações de modo mais eficiente e detalhado.

**Fonte:** Agência Senado, em 21.06.2021