

Representantes de médicos, hospitais e entidades de defesa do consumidor cobraram da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mais firmeza no controle de reajustes de planos de saúde privados. Em audiência na Comissão de Fiscalização e Controle do Senado (CTFC), em 21 de junho, destacaram que os planos são prioridade no orçamento da população.

O modelo atual permite uma “artimanha” das operadoras de planos de saúde, que “empurra” os consumidores para os planos de modalidade coletiva. Uma versão sem garantia de renovação automática e nem regras para reajuste.

Indignação dos médicos

César Eduardo Fernandes, presidente da Associação Médica Brasileira, iniciou dizendo que existe um problema que deve ser admitido e diz respeito à capacidade de pagamento que os beneficiários têm para fazer suporte e à desproporção com que esses aumentos acontecem.

Também lembrou que os planos de saúde são um sonho de consumo da maioria dos brasileiros, com a ideia de que, assim, ele terá uma assistência médica mais qualificada e de fácil acesso. E, uma vez que ele atinge esse status de ter o seu plano de saúde, faz de tudo para mantê-lo e vai suportando, progressivamente, até quando possível, em detrimento de outras prioridades que poderia investir ao longo da sua vida.

“Veja que, mesmo em condição de tragédia sanitária, como a que nós vivemos, o índice de inadimplência, curiosa e paradoxalmente, não caiu. Esse é um dado que estimula a reflexão a esse respeito. Será que, durante a pandemia, aumentou a capacidade de pagamento dos beneficiários? Certamente, não. Ela diminuiu, mas ainda assim, os índices de inadimplência são baixos, o que mostra um esforço quase que sobre-humano das pessoas para fazer frente aos elevados custos e cada vez maiores”, disse.

Ressaltou que o sistema dos planos de saúde suplementar tem três players: as operadoras; os prestadores de serviço, incluindo médicos, dentistas, hospitais, laboratórios, todos os prestadores de serviço; e tem os beneficiários. “Se não houvesse beneficiários, não haveria plano de saúde, não haveria prestadores”, completou.

Fernandes afirma que a pressão maior sempre está em cima dos beneficiários. No entanto, destacou que os médicos sofrem com honorários irrisórios.

“Não achamos que as operadoras devem ter prejuízo, claro que não. Porém, as regras precisam ser mudadas, É preciso procurar regras únicas; metodologia que seja compreensível por todos e que seja perfeitamente auditável. Não adianta somente apresentar números, é necessária uma leitura simples e clara. É errado o desequilíbrio econômico que temos. Os pacientes precisam pagar menos, os médicos e demais recursos humanos têm de ser remunerados com dignidade e os planos têm de lucrar em margens razoáveis pelo serviço prestado e não fazendo papel de Robin Wood às avessas para encher as burras de dinheiro”.

César enfatizou ainda que a ANS detém corpo técnico competente. Contudo, a está ausente nas negociações. As negociações são feitas entre as partes, entre a operadora e entre os beneficiários, através dos planos de saúde contratados. De acordo com ele, é necessário a ANS fazer a arbitragem deste processo.

Mais críticas à ANS

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 de Assis Moya Yokomizo, primeira decretária da Associação Brasileira de Odontologia Seção do Distrito Federal, destacou haver grande desequilíbrio acontece na Odontologia.

Ela explicou que os prestadores da odontologia não fazem parte da formação de valores dos preços que os planos pagam ao dentista e que esses valores repassados pelos planos estão bem abaixo do custo que os prestadores têm para realizar os procedimentos. “Os valores repassados não cobrem sequer os custos para a biossegurança. Na odontologia, o valor repassado pelo plano serve para pagar o material usado para executar o serviço, o pró-labore do dentista e os custos de manutenção de todo o consultório ou clínica dele”, completou.

Matheus Zuliane Falcão, analista do programa de saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, começou criticando o fato de que os planos individuais terem um reajuste anual máximo estabelecido pela ANS, enquanto os planos coletivos não. De acordo com a ANS, a razão para isso é que existe um poder de barganha entre os contratantes no caso dos planos coletivos. Contrapondo esse argumento, Matheus citou que há diversas evidências de que esse poder de barganha não existe e de que os reajustes são muito mais elevados no mercado de coletivos do que no de individuais.

Para fomentar sua fala, citou uma pesquisa do Ipea, de 2019, que mostra que, num período de 18 anos, a inflação acumulada dos planos de saúde foi de 382%, muito superior à de outros índices, inclusive do IPCA Saúde, que foi de 180%.

No tocante a reclamações de consumo, Matheus citou que, no ranking do Idec, de reclamações sobre problemas de consumo, nos últimos três anos, o assunto saúde, especialmente de planos de saúde, aparece sendo o item mais reclamado.

Fonte: APM, em 12.07.2021