

## Perdas financeiras: Impactos em planos de saúde

Prejuízos, custos altos e má gestão ameaçam levar ao fechamento 309 planos de saúde

Os planos de saúde podem entrar em colapso em cinco anos, caso as perdas financeiras persistam, afirmam especialistas e representantes do setor. Má gestão e custos altos são apontados como os grandes responsáveis pela bancarrota do sistema, cujo rombo nas contas desponta em cifras bilionárias. Num primeiro momento, a situação pode deixar 9,6 milhões de brasileiros sem atendimento médico e odontológico. Eles são beneficiários de 309 operadoras que, em 2009, somaram prejuízos de R\$ 11,5 bilhões, segundo levantamento feito pelo Correio. Esse buraco representa um crescimento de expressivos 85% em relação a 2008. A crise nesse modelo de atendimento particular está instalada em cerca de 20% do setor, como aponta o Anuário de Aspectos Econômico-Financeiros da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse percentual diz respeito às administradoras que terminaram o ano passado no vermelho. "A qualquer momento, as empresas podem deixar de operar. No caso da autogestão, quanto mais pesada for essa missão e os riscos assumidos, maior a chance dos patrocinadores acharem os planos de saúde um negócio desinteressante", argumenta a presidenta da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas), Iolanda Ramos.

Até 2008, as contas de 275 planos de saúde estavam negativas. Os gastos eram muito superiores à arrecadação. No ano passado, muitas dessas empresas continuaram a seguir a receita de desequilíbrio e o número das problemáticas avançou para 309. Um aumento de 12,36%, que fez os prejuízos, calculados em R\$ 6,2 bilhões na época, quase dobrarem. A ANS garante que a má gestão é o principal problema dos planos. "É um ciclo vicioso. A empresa não oferece serviços de acordo com a necessidade e a capacidade de pagamento do consumidor. Trata-se de uma questão de eficiência em que cada administradora deve refletir e se adaptar", explica o diretor de Normas e Habilitação de Operações, Alfredo Cardoso.

Bom sinal

A maioria dos planos em dificuldade são de pequeno e médio porte e contam com uma gerência pouco profissional. Os gigantes do setor, com cerca de um milhão de vidas sob sua guarda, também não ficam isentos desses problemas. "Desde que a ANS foi criada, cerca de mil planos deixaram de existir por causa das exigências e mudanças na legislação", alerta o **presidente nacional da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida**. Cardoso, diretor da ANS, vê a diminuição como uma consequência positiva. "É um bom sinal para os consumidores e para os prestadores de serviços (médicos, enfermeiros e hospitais). Com essa redução, passam a existir empresas que podem atender as expectativas desses dois públicos. O setor só tem a ganhar com isso", acredita. As empresas rebatem o argumento de má gestão e alegam que vários fatores dificultam a manutenção de seus negócios. Entre eles, estão as altas exigências da ANS, a interferência de decisões judiciais e as diferenças entre as funções que pertencem à saúde pública e à privada "A todo momento, a ANS acrescenta procedimentos e exigências que nossos resultados não conseguem acompanhar. A

Justiça determina cumprir medidas que nem sequer estão na nossa lista. São situações que oneram o nosso trabalho e isso está no limite”, queixa-se Almeida. Ele ainda pondera: “As empresas precisam se adequar à nova realidade. Regulamentação não garante lucro a ninguém.”

#### Fecundidade

Os custos das renovações tecnológicas, tanto em remédios como em tratamentos, também são listados como causas dos deficits. “Os insumos pesam muito e os preços são desproporcionais ao que o sistema consegue bancar”, destaca José Antônio Diniz, diretor comercial da operadora Gama Saúde. Para a ex-vice-presidenta da Unidas, a médica Regina Parizi, o envelhecimento da população brasileira e a queda nas taxas de fecundidade representam mais problemas. Atualmente, segundo os representantes do setor, para manter os atendimentos de um único beneficiário idoso ou com doença crônica, são necessários 29 jovens saudáveis na carteira de um plano. “Em alguns anos, não teremos essa quantidade de jovens e os custos ficarão cada vez mais altos”, afirma Regina.

#### **Colapso pode chegar em cinco anos**

Antes mesmo da projeção de caos na saúde suplementar, os consumidores eram constantemente expostos a situações limites, com greves de médicos, filas enormes, descredenciamentos em massa de hospitais e preços em disparada. Até 2015, prazo para o setor entrar em colapso, pelo menos mais 10 milhões de brasileiros devem aderir a um plano de saúde. Esse contingente vai influenciar fortemente a infraestrutura de atendimento e os gastos das operadoras. Caso as empresas que hoje vivem problemas financeiros cheguem a quebrar, somados a esses novos clientes, serão 20 milhões de pacientes a sobrecarregar o já deficitário sistema particular de saúde.

“O setor precisa de reformas. Se as operadoras não se alinharem, podem sofrer muito. A tendência é que o segmento fique cada vez mais concentrado”, avalia Fernando Fernandes, diretor da Evidências, consultoria em gestão de custos em saúde. Com a extinção das pequenas empresas e a diminuição da concorrência, o custo de ter um plano de saúde ficará cada vez mais alto. Apenas nos últimos 12 meses, o serviço ficou 6,43% mais caro, segundo o Índice de Preços ao Consumidor 15 (IPCA-15). O valor é superior à inflação do período.

#### Incentivos perversos

O gerente de Relação com os Prestadores de Serviços da ANS, Carlos Figueiredo, concorda com as queixas das operadoras, mas faz ressalvas. Apesar da enxurrada de ações judiciais que os consumidores são obrigados a mover contra os planos de saúde para ver seus direitos respeitados, ele acredita que o colapso só chegará em 2040. “Esse modelo atual gera incentivos perversos para todo o setor”, afirma. Ele acrescenta: “Só não consigo dizer se esses impactos todos serão sentidos em cinco anos ou se em 30”.

O diretor de Normas e Habilitação de Operações da agência reguladora, Alfredo Cardoso, é incisivo na defesa da saúde suplementar. Ele garante que os resultados não apontam para a derrocada do setor. Os prejuízos milionários dos últimos anos, na opinião dele, são apenas “números normais, tendo em vista o sistema capitalista”. “Se disserem que os planos de saúde podem falir devido a problemas administrativos, eu concordo que levará cinco anos. Mas não posso concordar que será por causa dos resultados financeiros”, argumenta. Segundo Cardoso, o setor, como um todo, tem acumulado aumentos significativos no número de beneficiários e de ganhos. Por isso, não haveria motivo para alarde.