

Blog da Associação Brasileira de Planos de Saúde

Blog Abramge

LINK

http://bit.ly/abramge_2401_blogdaabramge

AS MUDANÇAS NOS PLANOS DE SAÚDE POR CADRI MASSUDA PRESIDENTE DO SINDICATO NACIONAL DAS OPERADORAS DE MEDICINA DE GRUPO

As mudanças nos planos de saúde

Por Cadri Massuda Presidente do Sindicato Nacional das Operadoras de Medicina de Grupo

Uma nova determinação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que entrou em vigor no dia 2 de janeiro de 2018, determina a inclusão de 18 novos procedimentos no rol de tratamentos obrigatórios a serem cobertos pelos planos de saúde. Dessa vez, entretanto, a inclusão foi de procedimentos de altíssimo custo, relacionados a medicamentos e tratamentos. São terapias genéticas, oncológicas, para esclerose múltipla, oftalmológicas, além de cirurgias, terapias e exames, que chegam a custar até R\$ 1,5 milhão por paciente ao ano.

O impacto da inclusão desses novos tratamentos será sentido por todos, uma vez que, por si só, aumentarão consideravelmente o volume de despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde – sem considerar outras variáveis que podem interferir simultaneamente.

Segundo um estudo divulgado por uma empresa de consultoria atuarial e regulatória, especializada em operações de planos de saúde, o impacto financeiro nas operadoras com a inclusão desses novos procedimentos será de cerca de 3,34%.

Se ponderarmos que a lucratividade dos planos de saúde não passa de 2% é fácil concluir que as empresas não conseguirão absorver esse custo, que precisará ser repassado aos usuários. Entretanto, isso só poderá ser feito a partir de 2019, quando as operadoras poderão pleitear que esses valores sejam incorporados às mensalidades. Até lá, as prestadoras precisarão arcar com esse custo, sem discussão.

Sabe-se que existe hoje, um lobby muito forte das indústrias de medicamentos e das associações financiadas por elas (existem inúmeros exemplos) que pressionam a ANS a incorporar novos procedimentos. São tratamentos de custo altíssimo e que, em sua maioria, não trazem a cura efetiva. Procedimentos mais simples e de valor mais baixo para as mesmas doenças já são oferecidos (e misteriosamente estão sumindo do mercado, prejudicando também o SUS).

Então, é preciso analisar a quem realmente essa inclusão está beneficiando. Será mesmo que são os pacientes que ganham com isso? Ou eles apenas terão um aumento cada vez maior do custo de seus planos, inviabilizando sua continuidade.

Atualmente, no Brasil, existe um entendimento equivocado de que os planos de saúde precisam cobrir todos os custos e tratamentos de saúde disponíveis. A contratação dos serviços de uma operadora privada em nada difere de qualquer contratação de serviço de outras áreas, ou seja, é um contrato firmado no qual se deve observar os termos estabelecidos.

O que se propõe é que a inclusão de tratamentos bastante específicos e de custo elevado seja discutida por toda a sociedade – clientes, operadoras e governo. É necessário saber se a população concorda em absorver esse impacto em suas mensalidades. Sabemos que é uma discussão complexa e que envolve questões éticas e morais. Por isso, deve ser pensada por todos, tendo como premissa o interesse da coletividade.

Em países modernos, como a Inglaterra e a Alemanha, a inclusão dessas terapias de altos custos é regulada por um órgão que analisa o benefício para a população. Além disso, nos tratamentos de última geração, mais caros, o plano de saúde cobre até determinado valor, sendo o restante pago pelo próprio cliente. É uma forma mais justa de custeio da saúde, na qual os valores das mensalidades sofrem menos reajustes.

Então, o mais correto a se fazer é indagar os beneficiários para saber se desejam incluir essas novas coberturas, já que são eles que terão que pagar a conta, ou, ainda, se estão realmente dispostos a arcar com os custos ilimitados de tratamentos que, ao fim, são similares aos existentes, mas que foram substituídos por serem de baixo retorno financeiro a seus fabricantes.