



# Precisamos falar sobre os planos de saúde individuais

JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA

**C**omo pode um produto que tem alta demanda reprimida não ser comercializado em larga escala pelas empresas? Esse fenômeno acontece com os planos de saúde individuais no Brasil. Segundo pesquisa Ibope, o plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, perdendo apenas para a educação e a casa própria. Nesse cenário, há uma realidade muito paradoxal: se essa é a busca do consumidor, por que as operadoras de planos de saúde deixaram de ofertar amplamente o plano individual? A resposta é simples: essas empresas precisam ter garantias de que o produto oferecido será atuarialmente solvente e terá viabilidade econômica. Caso contrário, este será preterido frente a outros que atendam aos requisitos básicos de uma economia de mercado. O consumidor, por sua vez, que já desconfia

do atendimento do serviço público, sentirá a falta de um produto a que poderia ter acesso, mas não tem.

Para entender esse quadro atual é preciso rememorar todo o processo de regulação do segmento no Brasil, que se inicia com a Lei 9.656/98 – conhecida como “Lei dos Planos de Saúde”. Sua regulamentação significou o instrumento necessário para balizar as regras do setor da saúde suplementar. Passados 20 anos, porém, precisa ser ajustada para acompanhar as mudanças do mercado e os anseios da sociedade por novos produtos individuais e familiares. Sua revisão e também da regulamentação infralegal não deve representar perda de direitos nem desrespeito a contratos, mas é necessária para a retomada das vendas de planos individuais pelas operadoras.

## ***Os reajustes dos planos individuais e familiares autorizados pela ANS não correspondem à realidade da dinâmica da saúde suplementar, o que acaba por inviabilizar o negócio e, em alguns casos, a própria existência das operadoras que comercializam esse produto.***

As regras impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – especialmente a política de reajuste – inviabilizaram economicamente as carteiras de planos individuais, levando as operadoras a suspenderem novas vendas e, em alguns casos, a alienar carteiras existentes. Até 2018, a média dos reajustes aplicados aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários era a metodologia considerada. Esta, de discutível embasamento técnico, resultou em percentuais de reajustes autorizados pela ANS invariavelmente inferiores aos índices de variação dos custos médicos hospitalares (VCMH) observados nas empresas em questão, gerando inviabilidade técnica dos produtos individuais.

A estrutura de custo das operadoras é fortemente impactada pela inflação médica – aumento das despesas com exames e internações, elevação da frequência do uso do plano pelos beneficiários, compra de materiais e insumos cada vez mais caros, utilização intensa de tecnologia e inclusão de coberturas no Rol de Procedimentos da ANS a cada dois anos, entre outros fatores. Além disso, essas empresas arcam com despesas administrativas e outras não previstas, como o gasto crescente com a chamada judicialização da saúde – ações judiciais que a cada tempo as obrigam a assumir despesas que anteriormente não constavam em seus contratos.

Inevitavelmente, o somatório dessas variáveis precisa ter a contrapartida do valor das mensalidades dos planos que os beneficiários pagam pelo serviço. Na prática, entretanto, isso não acontece, porque, invariavelmente, os reajustes dos planos individuais e familiares autorizados pela ANS não correspondem à realidade da dinâmica da saúde suplementar, o que acaba por inviabilizar o negócio e, em alguns casos, a própria existência das operadoras que comercializam esse produto.

É preciso destacar que toda e qualquer atividade econômica requer regulação para coibir distorções prejudiciais a todas as partes envolvidas – o fundamento econômico para qualquer regulação é a existência de falhas de mercado, típicas na saúde suplementar. O excesso de interferência governamental, porém, funciona como amarras que impedem o desenvolvimento de qualquer mercado.

Historicamente, já vimos que o controle de preços não protege o usuário, apesar da falsa sensação de segurança que traz no primeiro momento. Na verdade, políticas desse tipo acabam tirando conquistas do consumidor, no curto, médio e longo prazo. No Brasil, um bom exemplo é o desaparecimento do Banco Nacional de Habitação (BNH) e do Sistema Financeiro de Habitação (SFH), ambos criados pelo governo para viabilizar a aquisição da casa própria e, ao mesmo tempo, ajudar a fortalecer a indústria da construção civil. Ao longo do tempo, no entanto, banco e programa sucumbiram ao excessivo controle de preços e de taxas de juros subsidiados que foi imposto pelos contínuos governos e que não asseguraram a sustentabilidade das iniciativas, que poderiam ter tido vida longa e ajudado milhões de brasileiros a comprarem seu imóvel.

O exemplo acima tem semelhança com o contexto que se observa no segmento de planos de saúde individuais e familiares. O fato é que a política de reajustes da ANS adotada até 2018 resultou em fortes desequilíbrios das carteiras existentes, bem como na inviabilidade econômica de novos produtos. Tal administração pode ter ajudado no desaparecimento de mais de três centenas de operadoras nos últimos onze anos, segundo dados do próprio órgão regulador, reduzindo a oferta e a concorrência no mercado.

De acordo com cálculos da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), de 2008 a 2018, os reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais totalizaram 155%, porcentagem bem superior ao IPCA acumulado no período, que ficou em 77%. No entanto, as despesas assistenciais per capita atingiram 192% no mesmo intervalo de tempo. A conta, portanto, não fecha! Apesar dos reajustes dos planos individuais ficarem sempre acima da inflação do país, os custos assistenciais não foram repassados na sua totalidade para as mensalidades dos planos.

A FenaSaúde tem defendido, nos últimos anos, a revisão das regras e metodologia de reajustes adotada pela ANS. É fato que as propostas de mudanças da fórmula de reajuste dos planos individuais e familiares apresentadas pelo órgão regulador, no último ano, já trazem avanços importantes, mas é preciso mais. A ANS sugeriu como base de cálculo a variação das despesas assistenciais per capita (VDA) do setor e a inflação da economia (IPCA). Isso porque enquanto a VDA reflete diretamente as despesas por pessoa com o atendimento, o IPCA contabiliza as despesas não assistenciais das operadoras de planos (despesas com administração, por exemplo). Por esse novo modelo, o índice de reajuste será composto por 80% da inflação médica e 20% pelos gastos não assistenciais.

Ocorre, porém, que essa nova metodologia recomendada pela ANS é única para todos os planos individuais que são comercializados Brasil afora. Para a Federação Nacional de Saúde Suplementar, criar uma regra generalista que

estabelece os mesmos percentuais de reajuste para todos os planos individuais e familiares, oferecidos por operadoras dos mais diversos portes, nas mais diversas regiões do país, acaba por alimentar as distorções que persistem no sistema de saúde privada. A FenaSaúde entende que, no caso dos reajustes de planos individuais, é preciso considerar as especificidades de cada região do Brasil, assim como dos produtos comercializados e suas características de redes credenciadas, desenho de plano, amplitude geográfica etc. Embora mais perto da realidade da saúde suplementar, a nova metodologia da ANS ainda precisa evoluir para uma regulação de reajustes baseada em risco, tal como vem ocorrendo na regulação do capital baseado em risco.

Somente com segurança e embasamento técnico as operadoras consideraram retornar as vendas no mercado de planos individuais. Não existe mágica e nem almoço grátis na economia.

O excesso de regulação (incluindo a metodologia de reajustes) não gera valor para ninguém. É preciso deixar que o mercado encontre o melhor caminho para criar produtos viáveis tecnicamente, que atendam à demanda dos consumidores por planos individuais. Espera-se que os bons ventos liberais soprem na saúde suplementar. ●

**JOÃO ALCEU AMOROSO LIMA**

*Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)*  
[fenasaude@fenasaude.org.br](mailto:fenasaude@fenasaude.org.br)

