

CLÁUDIA COLLUCCI
DE SÃO PAULO

Ao completar 18 anos no último dia 28, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) quer estimular a competição entre operadoras de saúde e fazer com que empregadores negociem melhor o preço e a qualidade do plano ofertado aos funcionários.

“São os que contratam planos os grandes indutores da mudança de modelo assistencial. No Brasil, o empregador não é um ator muito ativo nessa discussão”, diz o economista Leandro Fonseca, 43, diretor-presidente substituto da ANS, que está sem o titular desde maio passado.

O custo dos planos no Brasil é crescente e chega a consumir hoje mais de 11% da folha de pagamento das empresas. Os planos empresariais representam hoje 66% do mercado. Em razão da crise econômica e do desemprego, mais de 2,5 milhões de pessoas ficaram sem planos nos últimos dois anos.

Para Fonseca, o financiamento da saúde é um debate que está faltando no país. “Como vamos dar mais saúde à população? Cobrar mais impostos? Ninguém mais aguenta. Pagar mais mensalidade de plano de saúde? Ninguém mais aguenta”, afirma em entrevista à *Folha*.

Folha - A ANS chegou à maioria. Quais os principais avanços e entraves a serem enfrentados?

Leandro Fonseca - Houve uma evolução muito grande desde a criação da ANS. Antes, a operadora podia limitar o número de consultas, dizer que cobria doença renal, mas não cobria hemodiálise, podia limitar número de internações hospitalares. Isso mudou muito. Muitas operadoras, antes da ANS, coletavam mensalidades das pessoas e depois fechavam as portas e sumiam com o dinheiro. Com a regulação, o mercado foi sendo saneado, induzindo a uma gestão mais prudente dos recursos. O processo está em curso, o setor ainda está passando por transformações.

O país vive uma escalada de ações judiciais contra planos e muitas delas são por procedimentos não incorporados pela ANS. Como a agência pretende lidar com isso?

Nesse debate, está faltando uma discussão mais qualificada sobre o que está sendo judicializado. Quando tem uma obrigação contratual e a operadora não cumpre, essa é uma judicialização devida.

Leandro Fonseca,
diretor-presidente
substituto da ANS



ENTREVISTA LEANDRO FONSECA, 43

Ninguém mais aguenta pagar plano de saúde

DIRETOR DA ANS AFIRMA QUE AGÊNCIA PRETENDE ESTIMULAR COMPETIÇÃO NO SETOR E SE APROXIMAR DOS EMPREGADORES

Agora, se estamos falando de um tratamento experimental, às vezes sem aprovação, ou que não está rol, esse processo de judicialização é reverso para o sistema, tira recursos que poderiam ser mais bem realocados na assistência. Porque alguém paga a conta, isso vai para a mensalidade do plano de saúde.

Reajustes abusivos aplicados pelas operadoras respondem por boa parte dessa judicialização. Isso não é falha de regulação da ANS?

Reajustes de planos acima da inflação são um fenômeno mundial. O envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias, tudo isso leva a um encarecimento dos serviços de saúde.

Em um cenário de crise econômica, em que a população

perdeu emprego, o plano e ainda assim a operadora precisa fazer reajuste, é contra qualquer lei da economia.

Se você diminui a demanda, precisaria diminuir o preço para manter o cliente. Mas na saúde isso não é possível porque a variação de custos é expressiva.

Como contornar isso?

Deve ser normatizado já neste primeiro semestre de 2018 uma maior flexibilidade na portabilidade de carências. Hoje o usuário só pode migrar de um plano para outro em um determinado período do ano. Dois meses antes e dois meses depois da data do aniversário do plano.

A gente deve acabar com a janela, permitir ao longo do ano. Também permitir a portabilidade entre planos cole-

tivos desde que sejam equivalentes. Isso são normas para competição, boas para o consumidor. Se não está satisfeito com o reajuste, com os serviços, muda de operadora. Outra norma que deve sair neste ano é sobre coparticipação e franquias. A ideia é engajar o consumidor no processo decisório do tratamento dele. À medida que ele tem que contribuir para aquele determinado tratamento, passa a questionar mais na relação com o médico: “vem cá, isso é efetivamente necessário?”

Parte do custo em saúde tem a ver com desperdício e má gestão das operadoras. E quem paga a conta é o usuário. O que a agência pode fazer sobre isso?

Incentivando a competição, dando mais informação para

que os contratantes de planos de saúde possam negociar melhor os produtos. Estamos nos aproximando dos empregadores para engajá-los nesse processo. A grande força que leva à maior eficiência de qualquer mercado é o cliente demandando aquilo.

São os que contratam planos para dar aos funcionários os grandes indutores da mudança de modelo assistencial. O que ele quer em termos de serviços de saúde para os seus funcionários e famílias.

Ele tem um papel muito importante. Nos EUA, os empregadores discutem com planos de saúde no Congresso, no governo. No Brasil, o empregador não é um ator muito ativo nessa discussão.

E por que isso acontece?

Os empregadores sabem que precisam fazer e que estão se sentindo mais pressionados agora, com o valor dos planos aumentando. Mas dizem que não tem know-how, não sabem como fazer.

Nos EUA, na crise de 2008, a gente viu que o grande problema da GM [General Motors] foi o plano de saúde, que pesava muito e eles estavam perdendo produtividade.

Aqui no Brasil há estudos que apontam que os planos de saúde representam mais de 11% das despesas na folha salarial. Isso afeta a produtividade da economia como um todo. Tanto que nos EUA grandes empresas já começam a fazer a autogestão da saúde dos funcionários [Amazon, Berkshire Hathway e JP Morgan anunciaram a criação de uma empresa sem fins lucrativos para conter gastos com planos de saúde].

O financiamento da saúde, seja a pública ou a privada, é um debate que está faltando no país e é tão importante quanto o da Previdência.

Do mesmo jeito que tem altos reajustes de planos, tem demanda por mais recursos do SUS. Os motivos são os mesmos, envelhecimento, novas tecnologias. Como vamos dar mais saúde à população? Cobrar mais impostos? Ninguém mais aguenta. Pagar mais mensalidade de plano? Ninguém mais aguenta.

Há desperdícios e incentivos no setor de hospitais e laboratórios que impulsionam essa inflação médica. Por que a ANS não regula esse setor?

Deixo pra você perguntar para os legisladores brasileiros sobre esse assunto (risos).

Você tem razão. A grande dificuldade hoje é engajar o prestador de serviço nessa preocupação de variação de custos. Muitas prestadoras

RAIO-X

Formação

Graduação em economia pela UFRJ e mestrado em regulação pela London School of Economics

Trajetória

Servidor público desde 2004, trabalhou com economia da saúde no Ministério da Fazenda; cedido para a ANS em 2010, foi diretor nas áreas de fiscalização, normas e habilitação de operadoras e de desenvolvimento setorial antes de se tornar diretor-presidente da agência em maio do ano passado

estão partindo para a verticalização [comprando diretamente da indústria produtos mais caros, como órteses e próteses]. Mas esse é o caminho? Não sei.

A ANS foi criticada pelas entidades de defesa do consumidor por ter aprovado a proposta dos planos populares. O que o sr. pensa sobre isso?

A leitura do relatório permitiu a conclusão ao gosto de quem estava lendo. Algumas entidades de defesa do consumidor têm um viés muito pró judicialização. Minar a regulação, minar a ANS favorece o viés pró judicialização.

Há uma crítica de que a ANS defende mais os interesses dos planos do que dos consumidores. Isso procede?

Como qualquer órgão público, a ANS está aberta a críticas. Mas precisamos fazer o filtro. É uma crítica que cabe? Qual o interesse que está por trás de quem fez a crítica?

Qualquer agência reguladora sempre tem um pouco dessa visão de que protege os interesses do mercado e não do consumidor. O que a gente precisa muito melhorar é a comunicação.

Outra polêmica é o reajuste de planos para os idosos. Como torná-lo sustentável?

Uma das soluções possíveis no setor privado é uma poupança de saúde. Nos EUA isso está crescendo e tem se mostrado uma das soluções do financiamento à saúde das pessoas mais idosas.

Ou seja, é feita uma poupança ao longo do tempo e quando a pessoa se aposenta e tem uma perda natural de renda, teria ali uma poupança para pagamento dos custos dele com saúde privada. Já existe um projeto de lei sobre esse assunto no Brasil e isso precisa voltar à luz.