

# *diálogos*



## *no espaço democrático*

# PLANOS DE SAÚDE CADA VEZ MAIS CAROS. ISSO TEM SOLUÇÃO?



Conversa com

**JANUARIO MONTONE**  
Primeiro diretor-presidente da ANS  
(Agência Nacional de Saúde Suplementar)  
e autor do livro  
“Planos de saúde - Passado e futuro”



**diálogos no espaço democrático** são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

## PARA ENTENDER OS PLANOS DE SAÚDE E SEUS REAJUSTES ABUSIVOS

**A** cada ano, milhares de brasileiros que ainda podem pagar seus planos de saúde se assustam com o percentual de reajuste praticado pelas operadoras. E a Agência Nacional de Saúde, criada no ano 2000 para promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras - inclusive nas relações delas com os consumidores - pouco pode fazer para reduzir o impacto desses aumentos de preços.

“O poder regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi sendo enfraquecido ao longo dos últimos 20 anos”, diz **Januario Montone**, um dos mais profundos conhecedores do assunto, consultor na área, primeiro presidente da agência e autor do livro *“Planos de saúde - Passado e futuro”*, no qual ele traça um detalhado perfil do setor. “É aconteceu que os pontos de vista que o mercado tem sobre o preço dos planos foram prevalecendo”, diz ele em entrevista ao programa “Diálogos no Espaço Democrático”, produzido pela fundação do PSD e disponível em seu canal de Youtube. (Clique no link <https://youtu.be/BDaaukbk4CU>)

Entrevistado pelo economista **Roberto Macedo**, pelo médico **Antônio Roberto Batista**, pelo advogado **Helio Michelini** - empresário do setor de saúde - e pelo jornalista **Sérgio Rondino**, âncora do programa, Montone apontou um dos aspectos mais perversos do sistema: “Hoje é muito difícil comprar um plano individual”. As operadoras oferecem um plano coletivo, para duas ou três vidas, e as pessoas são obrigadas a abrir uma empresa para colocar a mulher e os filhos, por exemplo. Por que as operadoras fizeram isso? Para fugir do controle que os planos individuais têm”.

Aqui está a íntegra da entrevista. Boa leitura.



**Sérgio Rondino** - Planos de saúde: não dá para não ter, mas também não dá para pagar. Isso tem solução? Esse é o tema de hoje neste nosso programa "Diálogos no Espaço Democrático". Trataremos do assunto com Januario Montone. Há mais de 20 anos na administração pública, ele participou do processo de regulação do setor de saúde suplementar e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, da qual, aliás, foi o primeiro diretor-presidente. Januario Montone foi secretário municipal de Saúde em São Paulo, consultor da Unesco e do Banco Mundial.

Ele é autor do livro *Planos de saúde: passado e futuro*. É atualmente consultor na área de saúde. Januario, bem-vindo. Muito obrigado pela sua participação, mais uma vez, no nosso programa.

**Januario Montone** - Obrigado, Rondino, é um prazer participar com presenças tão ilustres desses diálogos no Espaço Democrático.

**Sérgio Rondino** - Estará conosco neste programa o professor Roberto Macedo, doutor em economia pela Universidade Harvard, ex-secretário de Política Econômica do Ministério da Fazenda e colaborador do Espaço Democrático. Doutor Roberto, obrigado pela participação novamente.

**Roberto Macedo** - Eu gostaria de acrescentar ao meu currículo que sou um dos que sofrem com os reajustes dos planos de saúde.

**Sérgio Rondino** - Bem-vindo ao clube, doutor Roberto. Outro que vai colaborar conosco nesta entrevista é o doutor Antônio Roberto Batista, médico formado pela Escola Paulista de Medicina e sanitarista pela Universidade de São Paulo. Ele também tem mestrado em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo. Doutor Batista, salve.

“ O BRASIL TALVEZ TENHA O MAIOR SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE DO MUNDO, O SUS. E, PARALELAMENTE, É UM DOS PAÍSES ONDE A INICIATIVA PRIVADA TAMBÉM É MAIS FORTE E MAIS AMPLA NO MUNDO. NÃO HÁ MUITOS PAÍSES - OU NÃO HÁ NENHUM - QUE TENHAM ESSA DUPLICIDADE: UM SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL E UM SISTEMA PRIVADO FORTES, COMO NÓS TEMOS. ”

**Antônio Roberto Batista** - É muito bom participar desses debates, sempre.

**Sérgio Rondino** - Plano de saúde é aquele seguro que a gente precisa ter, mas que não está mais conseguindo pagar. Então, vem a pergunta com a qual eu inicio este diálogo: Januario, se os brasileiros têm o SUS, o nosso sistema de saúde universal e gratuito, por que temos também o setor de saúde suplementar, isto é, os planos de saúde?

**Januario Montone** - Eu acho que nós temos que voltar um pouco à própria formação do sistema de saúde brasileiro para entender como isso se entranhou na nossa sociedade. O Brasil talvez tenha o maior sistema universal de saúde do mundo, o SUS. E, paralelamente, é um dos países onde a iniciativa privada também é mais forte e mais ampla no mundo. Não há muitos países - ou não há nenhum - que tenham essa duplicidade: um sistema público universal e um sistema privado fortes, como nós temos.

Há países onde um predomina. Nos Estados Unidos, por exemplo, predomina o setor privado fortemente. Na Inglaterra, no Reino Unido, predomina o sistema público. No Brasil, nós temos os dois com uma força muito grande, apesar da disparidade que eles têm entre si, o que a gente vai acabar explorando um pouco ao longo da conversa.

Mas isso tem origem na nossa formação e nas falhas do nosso sistema de saúde. São falhas históricas. O nosso modelo de saúde pública foi construído aos trancos e barrancos. Tem muitas vitórias a mostrar. Não é o caso aqui, mas vale a pena, em algum momento, uma discussão mais aprofundada sobre o SUS, o quanto significou de avanço na saúde pública brasileira, na saúde dos brasileiros. Mas a história da nossa saúde pública é muito ruim.

No período anterior ao SUS, nosso sistema era centralizado no governo federal, ligado à área de



Previdência e contributivo. Só quem tinha carteira profissional assinada podia acessar ao antigo Inamps, que teve outros nomes ao longo do tempo. Era um sistema limitado, com os equipamentos de saúde praticamente concentrados nas regiões Sul e Sudeste, principalmente, e de acesso não universal. E havia uma presença já muito forte da iniciativa privada como prestadora de serviços.

Já naquele momento a maioria dos serviços prestados pelo antigo Inamps era contratada junto ao setor privado. Então o nosso setor privado era muito forte. E, naturalmente, ele foi se organizando para atender a população, vender serviços de uma forma mais organizada. Isso se acirrou com a industrialização. A chegada das grandes multinacionais também foi a chegada das grandes pautas sindicais internacionais, que tinham no plano de saúde, na atenção à saúde, um diferencial para os

empregados. Quando o setor automobilístico veio para o País - com as grandes montadoras americanas e europeias chegando fundamentalmente a São Bernardo do Campo, naquele momento - trouxe também as pautas sindicais, e o plano de saúde passou a ser um item diferencial para a contratação, para a atração de mão de obra qualificada. Isso acabou criando um mercado em um ambiente que era extremamente propício.

Já havia prestadores de serviços privados - filantrópicos ou não, porque no Brasil, muitas vezes a gente tende a achar que o filantrópico é quase público; ele tem características de público, mas são empresas privadas sem fins lucrativos.

Já havia um ambiente propício e o mercado privado dos planos de saúde se desenvolveu fortemente a partir da industrialização. Quando nós chegamos à Constituição de 1988, o mercado de

planos de saúde já estava extremamente plantado. A Abrange, por exemplo, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, é dos anos 1960. As entidades já se organizavam naquele período.

Com a Constituição, nós tivemos uma mudança brutal no modelo. Uma mudança positiva, mas muito forte e que demorou para ser implantada. Primeiro, o sistema foi totalmente descentralizado. Estados e municípios, que tinham o papel mínimo na construção da saúde pública formalmente, passaram a dividir com a União essa responsabilidade. O sistema passou a ser universal, ou seja, todos os moradores passaram a ter direito, independentemente de ter uma carteira profissional ou não. Só isso dobrou a clientela do sistema público de uma hora para outra. Porque antes ele atendia aos empregados e às suas famílias, que mal chegavam a 50% da população. E imediatamente, com a mesma base de atendimento, passou a ser obrigado a atender toda a população brasileira, com um rol de cobertura integral, ou seja, a integralidade das ações de saúde. Então, tínhamos um ambiente propício, que gerou um mercado privado muito forte.

O SUS é um sucesso? Sim. Mas o SUS é um sistema regulado, não é um sistema de porta aberta. Então, as pessoas também não aderiram com facilidade ao SUS. No SUS, eu não vou ao cardiologista porque acordei com palpitação de manhã. Há todo um procedimento médico, técnico, que define se eu preciso ou não de um cardiologista. O plano de saúde, não. Eu ligo para o meu cardiologista, marco uma consulta, vou lá e falo que devo estar com algum problema. As pessoas já estavam habituadas a um modelo de atendimento, vamos dizer, talvez mais personalizado. E as empresas tinham plano de saúde como um diferencial competitivo. Então, o mercado continuou muito forte, mesmo com a aprovação do SUS.

A Constituição também definiu que a iniciativa privada pode atuar na área da saúde, desde que

isso seja regulamentado. Só que essa regulamentação demorou 10 anos. E esses 10 anos talvez tenham sido o período de mais selvageria do mercado. Quando a regulamentação começou a ser feita no Congresso, em 1997, quando foi aprovada a primeira lei, nós vivíamos o período que no meu livro eu chamei de "o período selvagem do mercado". Era um período em que havia limite de internação em UTI nos contratos. A pessoa só podia ficar 10 dias por ano internada na UTI. Se precisasse de 11 dias de internação, ia para o SUS. As pessoas hoje não lembram disso, mas medicamentos que eram usados numa cirurgia, alguns eram pagos pelas famílias. E coisas do gênero. Isso fora a fraude e uma série de outras coisas.

Então houve um período muito selvagem que desorganizou as grandes operadoras de planos de saúde. E quando as seguradoras entraram no mercado, elas queriam algo com maior organização, uma competição menos desleal por parte deste mercado desregulado. O primeiro movimento de regulação é o do mercado, que queria que o plano de saúde fosse parecido com seguro - que é regulado pela SUSEP -, que tivesse registro, controle etc. Mas jamais imaginaram que esse controle fosse sobre o que eles vendem como plano de saúde. Eles queriam continuar como era antes, quando cada empresa definia o que era um plano de saúde. Tinha empresa que incluía tratamento cardíaco, outra não, uma incluía tratamentos oncológicos, outras não. Queriam essa liberdade. E o controle econômico e financeiro para tirar os picaretas, vamos dizer assim, e as empresas de baixa operação fora do mercado.

Essa visão foi aprovada em 1997 e criou-se a lei que está em vigor até hoje. Só que a sociedade não aceitou. Houve uma mobilização da sociedade organizada muito forte, os Procons, as entidades de defesa do consumidor, exigindo que também fosse regulamentada a outra parte, que é assistência à

saúde. E isso foi feito em 1998, no Senado, que acabou virando essa regulamentação que nós temos hoje. É uma regulamentação sem paralelo no mundo até hoje, mesmo 20 anos depois.

Ela define o que é um plano de saúde. Define qual vai ser a cobertura. A lei exige que a ANS defina tudo que o que vai ser coberto pelo plano e a cada dois anos reveja isso. Então, cada vez que surge um novo procedimento cirúrgico, um novo medicamento, a ANS vai discutindo e incluindo num plano. E mesmo que você tenha comprado o seu plano há 10 anos, vale para ele. Isso não há em lugar nenhum, essa dupla regulamentação.

Então, isso fortaleceu a ida do consumidor para o plano de saúde, principalmente o consumidor coletivo naquele momento. Só que nós precisamos explorar o que aconteceu depois. A regulamentação em si, na minha avaliação - até porque eu participei dela e depois fui o primeiro diretor-presidente da ANS, que fez o *enforcement* dessa legislação - foi um avanço muito grande, mas parou no tempo e tem esses problemas que nós temos na sequência.

No fundo, o que temos como resumo? O SUS avançou muito e continua avançando, mas continua tendo muitas falhas. E é um modelo gerenciado, e isso as pessoas esquecem. No SUS a pessoa vai caminhando na sua jornada de atendimento com pareceres técnicos. Os médicos e as equipes indicam aonde a pessoa vai e os exames que vai fazer. Isso tem efeito, inclusive, na composição do custo. O SUS não tem como competir, em linha geral de assistência, com o setor privado hoje. É uma questão lógica. Em 2019, para vocês terem uma ideia, o orçamento nacional do SUS, considerando União, Estados e municípios, foi de R\$ 294 bilhões. Significou R\$ 1.400 reais per capita/ano. No setor privado, para atender 23% da população naquele ano, a receita foi de R\$ 214 bilhões e o per capita de R\$ 4.538,00/ano.

Então, a diferença de capacidade de pagamento é muito forte e gera um sistema absolutamente desigual. Quem tem dupla cobertura, como nós aqui, que temos o SUS e o plano de saúde, leva uma vantagem porque a gente mantém o direito ao SUS e tem o direito ao plano, que de uma forma ou de outra, a gente acessou. Então, a desigualdade em relação à saúde vem crescendo de forma exponencial e isso também ficou claro agora na pandemia.

**Sérgio Rondino** - Perfeito, Januario. Vamos à pergunta do professor Roberto Macedo.



**Roberto Macedo** - Bem, como eu adiantei, meu problema é o alto custo dos reajustes dos planos de saúde. A literatura econômica tem muitas referências à possibilidade, ao risco, de que as agências reguladoras, no caso a ANS, sejam capturadas por interesses privados. Você não acha que isso pode estar acontecendo no caso dos planos de saúde?

**Januário Montone** - Realmente a literatura internacional aborda muito o tema e isso deveria ser uma preocupação presente dos legisladores. Mas primeiro a gente tem que olhar o que a legislação definiu como o papel da agência nessa

“ QUEM TEM DUPLA COBERTURA, COMO NÓS AQUI, QUE TEMOS O SUS E O PLANO DE SAÚDE, LEVA UMA VANTAGEM PORQUE A GENTE MANTÉM O DIREITO AO SUS E TEM O DIREITO AO PLANO, QUE DE UMA FORMA OU DE OUTRA, A GENTE ACESSOU. ENTÃO, A DESIGUALDADE EM RELAÇÃO À SAÚDE VEM CRESCENDO DE FORMA EXPONENCIAL E ISSO TAMBÉM FICOU CLARO AGORA NA PANDEMIA. ”

área de reajuste. A agência não faz propriamente um controle geral do preço de venda e do reajuste. Ela tem um controle do preço de entrada. Cada plano tem que enviar uma nota técnica, definir um valor... para que ele não venda abaixo do custo e depois não tente fazer um aumento imediato. E a agência, fundamentalmente, controla o preço dos planos individuais, e não dos coletivos. O plano coletivo, a agência só controla o abuso. O plano coletivo é aquele em que uma empresa contrata uma operadora para dar um plano de saúde para os seus funcionários e tem o modelo de autogestão. A agência não controla o reajuste desse tipo de operadora. Elas são obrigadas a informar à agência qual é o reajuste e a agência avalia possíveis abusos. Mas ela não tem autorização prévia.

No caso do plano individual, que você compra diretamente de uma operadora, aí sim a agência controla. Mas controla o teto do reajuste. Ela não determina o reajuste A, B, C ou D. Ela diz: neste ano o reajuste máximo aceitável é de “X” por cento e aí as operadoras justificam o reajuste que vão dar.

Agora, o que aconteceu ao longo do tempo, Roberto? O poder regulatório da agência foi sendo esvaziado. Eu não estou dizendo que não possa haver um grau de aparelhamento. Sempre é possível, ainda mais numa área como a ANS, que não tinha paralelo no mercado. Não havia profissionais nem no setor privado e nem no setor público com experiência de regular mercado de saúde. Então, a própria agência formou. Muitos dos executivos que a agência formou no início dela - nós patrocinamos cursos de mestrado profissional para formar pessoal da agência para trabalhar no setor - hoje são CEOs de planos de saúde. Porque o mercado saiu recrutando quem tinha experiência.

Existe um imbricamento aí. O que houve ao longo do tempo foi um enfraquecimento do poder da agência, e aí eu concordo com você. Ao longo do tempo, as visões que o mercado tem em relação ao



preço foram prevalecendo. A maior delas foi construir, na tese dos reajustes de preços, a visão da chamada variação médico-hospitalar, que é um índice desenvolvido para o setor de saúde que leva em consideração não só o aumento do preço de um procedimento, não só o que uma consulta custava em 2020 e o que ela custa em 2021, mas quantas consultas são realizadas no sistema. Então, quando foi colocada na equação essa variação de frequência, perdeu-se o controle, porque hoje é feito um estudo num grupo de 800 mil clientes e é ele que determina a variação. Não é mais uma variação de custo imediato. É a variável do custo do produto, a variável do preço referencial e ainda acrescenta o risco do negócio.

Essas visões de mercado foram prevalecendo. Um dos exemplos mais fortes dessa vitória do mercado nessa discussão do preço, foi a pejetização do plano individual. Hoje, é difícil comprar um plano individual. As operadoras oferecem um

plano coletivo para duas ou três vidas. As pessoas hoje criam pessoas jurídicas, colocam a esposa, colocam o filho, fazem lá duas ou três vidas, e contratam um plano coletivo. Por que o mercado fez isso? Para não ter controle do plano individual no preço. As pessoas compraram esse tipo de plano porque o valor da mensalidade era menor naquele momento, só que depois a agência não tinha controle sobre o reajuste.

E o mercado teve uma segunda vitória quando colocou a média de reajustes desses planos coletivos por adesão, que a agência não controla, na equação que faz o reajuste do plano individual. Ganhou duas vezes: criando esse modelo pejetizado, que eu particularmente acho um absurdo, e ganhou na segunda vez, quando os aumentos abusivos feitos nesse tipo de plano são somados para definir o valor do plano individual. Nesse aspecto, sem dúvida, você teve a prevalência do mercado nessas definições ao longo dos anos da agência.

**Sérgio Rondino** - Doutor Antônio Batista, agora a pergunta é sua.



**Antônio Batista** - Januario, aproveitando esse histórico, essa trajetória que você descreveu, eu gostaria que comentasse um pouco a sua visão a respeito da sustentabilidade desses sistemas de planos de saúde, uma vez que a tendência do crescimento de custos já foi tocada. Ela é uma tendência forte. A inflação na área de saúde é sempre superior à inflação média geral de preços, por incorporação intensa de tecnologia nascente, uma série de outros fatores a que você já se referiu um pouco. Mas falando da sustentabilidade, a impressão que se tem à primeira vista é de que está se formando um certo oligopólio das operadoras de planos de saúde, até pela necessidade de escala, para suportar a viabilidade nesse mercado. Então, é a respeito da tendência oligopolista do mercado que eu queria um comentário seu, por favor.

**Januario Montone** - Essa oligopolização, essa concentração no mercado, sempre foi mais ou menos esperada. Não se esperava, no órgão regulador, que fossem mantidas 1.500 operadoras de planos de saúde... Principalmente porque a nossa lei exige um atendimento integral. As pequenas operadoras não têm como manter um sistema para levar as pessoas para outros lugares para serem atendidas. Então, a concentração era esperada. O que aconteceu por conta das falhas que temos na

regulação é que começamos a ter uma verticalização muito forte, planos de saúde sendo donos de hospitais, donos de clínicas, e passando até a ter os profissionais de saúde como funcionários, não como contratados.

Isso começou a distorcer, por um lado, a competitividade. Foi um desvio que cresceu muito. Hoje, se você olhar o noticiário, as duas maiores operadoras deste modelo acabaram de se fundir. Montaram o maior gigante latino-americano na área de atenção à saúde. Virou uma tendência as operadoras terem seus próprios hospitais, suas próprias clínicas, ou seja, a maior parte dos serviços que ela presta, tenta prestar em equipamentos próprios para poder ter sustentabilidade econômica.

Por outro lado, avançou para uma outra questão, que é o modelo de atenção à saúde. Porque verticalizado ou não, esse modelo de plano administrado, onde você compra um plano, mas tem uma clínica do plano, onde você vai ser atendido, e não numa rede de credenciados, é o único sustentável a médio prazo. E as grandes operadoras de saúde não adotam esse modelo gerenciado - algumas nem podem. As seguradoras, por exemplo, não podem ser donas de um hospital. É lei. Então, o que elas perceberam? Que têm que começar a trabalhar do outro lado, do lado da saúde e não do lado da doença. A sustentabilidade do setor depende de variáveis macro. Essas variáveis macro têm a ver com o próprio crescimento da economia - o setor de saúde suplementar é muito dependente do emprego, porque 80% dos planos são coletivos. Então, elas dependem muito da atividade econômica e da capacidade de pagamento da população. Depende de questões macro regulatórias. Por exemplo, a agência deveria, há muito tempo, estar discutindo formas de fazer com que os planos de saúde cresçam na região Norte, na região Centro-oeste, nas grandes novas fronteiras do mercado agrícola, que hoje é a população que tem dinheiro

e não tem plano de saúde por causa dos entraves para levar planos de saúde para lá.

Então, há essas questões macro e outras que o mercado está tomando conta, que é essa da gestão populacional. A tendência cada vez maior do mercado é procurar incentivar e até... vamos dizer... coagir é uma palavra pesada nesse modelo, mas é incentivar muito fortemente que as pessoas cuidem da sua saúde, façam prevenção e procurem os equipamentos que a própria operadora determina para baixar o custo.

Porque nenhum sistema funciona como porta aberta absoluta. Então, o que temos cada vez mais é uma mudança no modelo de atenção. Vai se valorizar a saúde. Por outro lado, temos que discutir o modelo de planejamento. Hoje, o sistema de saúde privado funciona prioritariamente no pagamento de prestação de serviço. Não tem como sustentar indefinidamente um sistema que pague por unidade de serviço prestado, pague por consulta, pague por qualquer tipo de procedimento. Não é viável num modelo grande. O SUS não é assim, o SUS tem pacotes, define valor por pacotes.

O setor privado tem que trabalhar um pouco mais nessa questão. Eles têm tentado, mas há uma grande resistência dos prestadores de serviço. Os médicos, por exemplo, indexaram sua remuneração. É uma tabela que cria uma relação entre um procedimento médico de oftalmologia e um de dermatologia e cria uma unidade de medida indexada para a remuneração. É equação muito complicada.

Aí, a tendência de sustentabilidade do mercado, por mais incoerente que possa parecer para alguns, é cuidar da saúde. A melhor maneira do mercado se sustentar é diminuindo a incidência da doença, diminuindo a gravidade da doença, diminuindo o tempo que as pessoas precisam de tratamento. É uma maneira de o mercado se sustentar.

Uma banda mais destrambelhada do mercado acha que ainda pode reduzir a regulação e começar

a vender os planos populares, planos sem grandes coberturas. Porque elas estão com medo da concorrência dos "Doutor Consulta" da vida, que estão vendendo consulta por atacado a preços chamados populares. Mas isso é assim, é uma visão imediatista que não se sustenta por muito tempo. Não vejo muito como abrir essa questão do mercado. O que vai melhorar mesmo é cuidar da saúde, e as empresas já perceberam isso.

A minha operadora, por exemplo, tem uma enfermeira que me liga duas vezes por mês para saber como é que eu estou, se estou usando a medicação que preciso usar. E isso virou uma tendência. Com a telemedicina, isso vai crescer de uma forma abissal. Já existem planos que foram lançados no mercado agora, que só tem coparticipação na emergência, no atendimento de emergência, e se você não acionar primeiro o pessoal de emergência da própria operadora. Se acionar, não tem coparticipação. É um plano relativamente top e com valores muito abaixo da média do mercado.

Então, o mercado se movimenta. Quem não está se movimentando é a agência. A agência está mais ou menos parada no tempo em relação à sua capacidade e as suas estratégias.

**Sérgio Rondino** - Vamos para mais uma pergunta. Professor Roberto Macedo?

**Roberto Macedo** - Januario, eu dei uma olhada nos reajustes do meu plano de saúde nos últimos cinco anos. Constatei que a média anual foi de 12,2%. No mesmo período, a média anual da taxa de inflação, medida pelo IPCA, foi bem menor, de 4,4%, cerca de um terço do reajuste dos planos de saúde. Agora, com essa média de 12,2% ao ano, a diferença entre o valor mensal atual, de hoje, e o primeiro valor do período de cinco anos foi de 77%. É um negócio maluco. A continuar assim, acredito que muitos vão deixar os planos que seguirem



essa tendência, se ela continuar. O que se pode fazer quanto a isso?

**Januário Montone** - Voltando um pouco à sua pergunta anterior sobre o aparelhamento do mercado... O mercado ganhou várias discussões e essa que você está levantando é uma delas. O setor de saúde suplementar não se movimenta pelo custo da inflação, mas por uma variável chamada "variação de custos médicos hospitalares", que é um indexador próprio, levantado pelo próprio mercado, e que leva em consideração não só a variação de custo daquele procedimento. Existe, por exemplo, o Fipe Saúde, que é um indexador que pega atividades ligadas à saúde e mede a variação de preços delas, inclusive do próprio plano de saúde. Essa variação médico-hospitalar pega procedimentos médico-hospitalares e avalia o custo do procedimento e a frequência de utilização.

A consulta médica aumentou apenas dois ou três por cento, às vezes nem aumentou, e as operadoras não deram reajuste porque ficou igual. Mas a

massa de usuários, que tinha feito um milhão de consultas no ano 1, fez 2 milhões de consultas no ano 2. Essa variante vai ser o dobro. Eu até gostaria muito que você, com a experiência que tem, entrasse nessa discussão, olhasse esses números, porque particularmente eu acho que aqui o mercado teve uma vitória que fica incontrolável.

Você deu o exemplo da inflação e do reajuste médio do plano... Essa variação do custo médico-hospitalar é medida de abril a março e serve de base para os reajustes. No período de abril de 2019 a março de 2020, esse índice variou 12,5%, contra um IPCA de 3,3%.

**Roberto Macedo** - Esses 12 parecem com o meu número.

**Januário Montone** - É isso. Exatamente. São esses 12,5% que agência leva em consideração quando ela vai discutir o índice geral de reajuste. Leva em consideração a frequência de utilização. E é isso que arreventa. Porque até pelo modelo assistencial que nós temos, a frequência de utilização de re-



cursos de saúde no setor privado é estupidamente alta. O manual técnico, para te dar uma referência, prevê algo em torno de 30 exames de ressonância por ano para cada grupo de 1.000 pessoas, fazendo uma série de análises. A média do nosso setor privado é 120, 130 por ano por grupo de 1.000. Nós temos uma taxa de utilização muito grande. De consultas, de exames, de terapias em geral, e isso é usado pelo mercado para jogar pesadamente no momento da avaliação de custo.

Por isso, entre outros motivos, é que eu não entendi a agência não ter segurado os reajustes durante a pandemia, e ter apenas transferido para esse ano. Porque a taxa de utilização dos serviços no ano passado teve uma queda abrupta, uma queda imensa. Nem que as pessoas quisessem poderiam usar tanto, porque os hospitais suspenderam cirurgias eletivas, suspenderam atendimentos

que não fossem de urgência e emergência. Houve uma queda na prestação de serviços e o faturamento das empresas continuou o mesmo. Eu acho que a agência poderia ter sido mais rigorosa nesse momento.

Mas do ponto de vista geral do reajuste, essa é toda uma metodologia desenvolvida pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, que é banca-do pelo próprio mercado. Ele desenvolveu metodologias como essa para o reajuste. A agência se enfraqueceu muito na capacidade de enfrentar o mercado. E aí temos esse tipo de resultado.

Como fazer? Pressão. E não é pressão para o Congresso regular o reajuste que a agência vai dar, se não, não é preciso ter agência. Mas há necessidade de reforçar a capacidade de ação na agência para que ela possa, efetivamente, enfrentar esse tipo de discussão, inclusive tecnicamente.

Os economistas, por exemplo, poderiam se mobilizar para fazer um estudo e descaracterizar tecnicamente essa avaliação de preço, essa composição atual da variação do custo médico-hospitalar. Seria um grande favor ao processo social de construção da saúde.

**Sérgio Rondino** - Janeiro, como você sabe, um dos nossos colaboradores aqui do Espaço Democrático, o Helio Michelini, é também empresário na área da saúde. E ele enviou para você uma questão.



**Helio Michelini** - Uma das consequências da pandemia é justamente o fato de a saúde, e em especial a saúde suplementar, atraírem um interesse de investidores nacionais e internacionais. No entanto, o modelo de negócio sugere algumas reflexões. Para os beneficiários, a proposta de contratação se revela mais cara na medida em que a idade avança e justamente as pessoas se tornam menos produtivas. Para os médicos, a qualidade tem sucumbido à produtividade, uma enorme pressão quantitativa pelo atendimento em escala. Para as clínicas e hospitais, uma série de restrições, políticas austeras de reajustes, glosas constantes, negativas. Enfim, fazem com que essas instituições acabem reorientando leitos para o atendimento prioritariamente particular. É possível falar, portanto, numa falha da ANS na sua atividade regulamentadora?

**Januario Montone** - O Helio levanta uma questão fundamental, as falhas regulatórias. Óbvio que até como empresário prestador de serviço na área, ele olhou muito essa questão do relacionamento das operadoras com os prestadores de serviço. Eu queria colocar isso de uma forma um pouquinho mais ampla, exatamente no sentido de ressaltar que essas falhas regulatórias não nascem do nada. E elas têm que ser enfrentadas num ambiente um pouco maior. Porque, primeiro, só fazendo um parêntesis, eu acho que nós temos que louvar o trabalho geral da ANS. Não estou nem falando do período em que eu estive por lá. Mas o período em que eu estive contou com técnicos de excelência, que foram construindo uma coisa que não existia. Nós temos que lembrar - eu falo da regulação como um todo - o que era o setor de saúde suplementar nesse relacionamento também...

Quando eu falei que havia um período selvagem, falei do cliente, do usuário, mas não só. O usuário vivia um período de selvageria. Tinha consultas limitadas, dias de internação limitados, dias de UTI limitados. Mas esse abuso não parava no usuário. A imensa maioria dos médicos não tinha contrato com os planos de saúde. Era feito um negócio que era um tipo de credenciamento... E o plano credenciava e descredenciava quem queria a qualquer momento. Grandes nomes da medicina poderiam estar protegidos, mas o médico que trabalha lá no dia a dia nunca teve segurança naquele período.

Hoje você tem a obrigatoriedade de contrato e regulamentação do descredenciamento. Tem falhas? Tem. Mas a regulação existe e pode ser aperfeiçoada. A mesma coisa os hospitais e as clínicas. Eu lembro de quando levantamos o padrão de contato das operadoras com os hospitais. Não tinha contrato, um contrato digno do nome. E isto não dava garantia para o hospital, nem para a operadora, muito menos para o usuário do serviço, porque o hospital podia ser descredenciado a qualquer momento. E às

vezes descredenciava-se apenas um tipo de atendimento. Então, aquele hospital, agora, não atendia mais oncologia, ou não atendia mais maternidade para aquele plano de saúde. Aquilo era uma loucura completa, cada plano era um plano. Um plano atendia uma coisa, outro não. Gerenciar isso, o próprio hospital gerenciar isso, era uma loucura. A própria glosa não tinha regulamentação nenhuma. E temos que lembrar que estamos falando de um período em que ainda tínhamos uma inflação residual.

Então, houve um avanço muito grande. E uma ampliação de mercado. Quem mais ganhou, talvez, com a regulamentação, foram os prestadores de serviço. Para se ter uma ideia, não tinha plano de saúde que comprasse serviço de hemodiálise. Hoje a hemodiálise é obrigatória, o plano de saúde compra serviço de hemodiálise para atender. Então, só para fazer um parêntesis - e para não jogar a criança com a água do banho -, a gente não pode desmerecer a legislação, nem o modelo.

Agora, o ambiente regulatório que a agência viveu não foi de apoio à regulação. Na verdade, ela foi criada durante o período das duas administrações do presidente Fernando Henrique Cardoso, que foram sucedidas pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, cujo partido era contra as agências. E fez todo um trabalho de esvaziamento delas, de perda de status das agências - status orgânico, de autonomia das agências. E isso continua até hoje.

Eu vou dar um exemplo. Particpei da criação de duas agências. Naquele momento, o diretor-presidente da agência tinha uma remuneração equivalente à de ministro de Estado. Ele não tinha o status de ministro em nenhum aspecto, mas a remuneração era próxima à de ministro de Estado, o que permitia valorizar mais as equipes técnicas que estavam na instituição.

Hoje, é igual ao nível dirigente de um ministério, que não é nem metade do valor de um ministro. Não estou falando apenas pela remuneração,

estou dizendo que isso vai reduzindo a capacidade de expansão e vai privilegiando para os cargos de operação os próprios funcionários. Que aí têm a vantagem da gratificação. Isso é ruim? Não necessariamente, mas não oxigena. Você não consegue avançar e a coisa vai se perpetuando.

Então, o que nós temos são falhas regulatórias. Essas falhas são gerais e teriam que ser enfrentadas ao longo do tempo. Quer mais do que não ter assistência farmacêutica nos planos de saúde? Quando a lei foi aprovada, em 1998, como toda legislação, foi aprovada dentro do - digamos assim - chamado balanço de forças. Foi o possível de aprovar no Congresso. Mas você acha que tem sentido dizer que é um plano de saúde se ele não fornece medicamento?

Houve um grande avanço, porque antes da regulação os medicamentos de uso hospitalar muitas vezes não eram fornecidos e a pessoa tinha que comprar. Hoje não, o uso hospitalar é garantido. Mas o medicamento prescrito pelo médico do plano de saúde, não. Então, essas falhas regulatórias não foram enfrentadas ao longo do tempo porque não houve ambiente político para fortalecer a regulação. Toda a legislação que saiu de dois mil e tantos para cá foi uma legislação de enfraquecer a regulação - e no setor de saúde suplementar mais ainda - e não de fortalecer a regulação.

Hoje a agência quase faz o papel de super-Procon. Ela age no limite. Trabalha meio como um Procon, faz o controle econômico - como a SUSEP faz das seguradoras, ela faz das operadoras. Faz um trabalho quase de defesa do consumidor. Ela cria uma base de dados, tem grandes avanços nessa área. Mas não tem tido força motora, força para ser a propulsora das mudanças no sistema. Isso gera falhas regulatórias imensas e que só vão ser sanadas, na minha opinião, quando você tiver uma retomada de ambiente regulatório. A agência perdeu o protagonismo, e com isso as falhas regulatórias aparecem com mais força.

**Sérgio Rondino** - Mais uma pergunta do doutor Antônio Batista.

**Antônio Batista** - Você citou a questão da hiper utilização que ocorre nos planos, o *self-service*, como fator de desestabilização de custos e tudo mais. Isso é realmente um fato que se observa. Então, queria te perguntar a respeito de fatores moderadores, particularmente da coparticipação nas despesas. Como é que você vê essa ferramenta e outras semelhantes, não para vedar o acesso burocraticamente, o que seria muito ruim - você já comentou, inclusive, sobre os planos limitados que tinham vedações que se tornavam dramáticas em determinados momentos -, mas para fazer limitações racionais dentro do planejamento geral da assistência, com aqueles cuidados até preventivos que você também citou. Então, como você vê essa questão dos fatores moderadores de uso racionalmente utilizados e dentro de uma lógica assistencial adequada?

**Januario Montone** - Os fatores moderadores já estão fortemente presentes no mercado de planos coletivos. Até por isso as empresas conseguem negociar baixos reajustes de valor. A partir de fatores moderadores internos, que vão de incentivo obrigatório à participação de grupos para doentes crônicos, acompanhamento de doentes crônicos. É muito usual, a partir de um certo número de consultas, haver uma coparticipação. Acho que são práticas mais do que aceitáveis, até desejáveis, onde há excesso de oferta.

Nos planos individuais há cada vez mais esses fatores moderadores, mas o que tem funcionado mesmo como fator moderador é o plano administrado, onde há uma linha de cuidado gerenciada. Há planos hoje, por exemplo, que se especializam em determinadas faixas etárias, que dão um atendimento de qualidade reconhecida, mas todo ele

gerenciado. O fator moderador tem limitações. Quando há excesso, ele reduz um pouco este excesso, que pode ser eventualmente provocado por uma procura desnecessária do usuário, do beneficiário. Mas o nosso desperdício é sistêmico.

O usuário não consegue fazer uma ressonância magnética se não tiver uma prescrição médica. Eu vi profissionais dizerem: "Eu tive que prescrever porque o cara me pressionou, estava sentindo, e se eu não peço a ressonância..." São coisas muito frágeis. Então, o sistema teria que funcionar mais abertamente.

Quando se joga todo o peso na coparticipação, se está jogando todo o peso da racionalização do sistema no usuário final, no beneficiário final, que é o único que não entende de saúde nessa cadeia. Ele é um cidadão que comprou ou que é beneficiado por um plano de saúde coletivo, mas ele não entende de saúde. Mas você está colocando na mão dele a tarefa de racionalizar o sistema.

Sou amplamente favorável a fatores moderadores, eles já são de amplo uso no mercado, acho até que eles em alguma medida poderiam ser utilizados até no sistema público, em algumas áreas, mas fundamentalmente você também tem que rever o modelo de pagamento. Teria que rever o modelo geral de pagamento, de autofinanciamento do sistema, para uma forma que caminhasse para o que hoje se coloca, que é a geração de valor. E a medicina por evidência. Porque se não for assim, não saímos dessa cadeia.

**Sérgio Rondino** - Essa ideia da coparticipação, se não me engano, é muito usada no sistema público em Portugal, não é isso?

**Januario Montone** - O mundo todo usa o sistema de coparticipação. Em grande parte do mundo o sistema público não é organizado como o nosso, que é universal e gratuito inteiramente. A maioria

dos sistemas públicos pelo mundo afora tem algum tipo de coparticipação ou de restrição. No nosso setor público, por exemplo, o SUS fornece gratuitamente todos os medicamentos para todas as patologias que são prescritas no SUS. E em vários países não é assim. A França, por exemplo, tem um limite. Ela fornece para uma parte ou até um limite, depois a pessoa tem que comprar.

O Brasil é um dos poucos países onde o sistema público tem um fornecimento integral de todos os medicamentos que estão na lista de atendimento do SUS e onde todos os procedimentos são gratuitos. Não é usual no restante do mundo. No caminho do que você está colocando também, Rondino, é difícil a gente olhar para outros países, a nossa realidade é única na área da saúde.

Hoje tem gente que acha que, se um dia o SUS melhorar bastante, o setor privado acaba. Eu, particularmente, não tenho essa visão. É um setor que hoje movimenta bilhões de reais na economia, movimenta uma cadeia produtiva, e as pessoas querem um plano de saúde, os trabalhadores querem. A nossa melhor aposta, na minha opinião, é trabalhar para uma aproximação disso, para reduzir a desigualdade entre quem acessa os dois sistemas. Temos que encontrar maneiras de fazer parcerias. Uma coisa que Portugal faz, e que a gente não faz, é parceria no setor público-privado. Lá, como na Espanha, é perfeitamente possível e comum você ter um hospital que é uma economia mista público-privada e atende o plano de saúde e o setor público. Seria, na minha opinião, a única forma de ter hospitais de ponta no Norte e no Centro-oeste. Querer que o Acre tenha um hospital público de excelência para atender o SUS e um hospital privado de excelência para atender o mercado privado, num lugar onde a capital tem menos de 500.000 habitantes, não é realístico do ponto de vista de escala.

Mas poderia ter um hospital que atendesse aos dois e fosse gerenciado pelos dois. Qual é o problema disso? Onde estaria o pecado disso? Tem parcerias do setor público e do setor privado que poderiam ser feitas, mas para isso você precisa de liderança estratégica e clareza de propósito para fazer essa aproximação.

Hoje o setor privado e o setor público estão de costas um para o outro, e não conseguem uma aproximação. Nós temos que avançar formas de aproveitar a melhor experiência de um, o setor público sem dúvida tem o melhor modelo de saúde - que é esse gerenciado, onde a pessoa é atendida inclusive quando não está doente, para que não fique doente - e o setor privado tem a melhor entrega, tem mais capacidade de fazer e de entregar um serviço de melhor qualidade do que o do setor público. Nós temos que aproximar essas duas especialidades e olhar para frente, trabalhando por isso.

A pandemia deixa um legado de mortes - e o nosso legado é impressionante. Mas eu espero que, além disso, deixe o legado de racionalização. Neste momento, em muitas capitais brasileiras, nem quem tem plano de saúde, nem que tem apenas o SUS, tem uma UTI disponível, se precisar, porque o sistema não conseguiu se organizar para isso.

É um desperdício permanente esse modelo de competição, ou de falsa competição, do público com o privado. Nosso futuro é o que eu chamo de integração colaborativa desses dois setores.

**Sérgio Rondino** - Perfeito. Eu quero agradecer ao doutor Antônio Batista, aos professores Roberto Macedo e Helio Michelini, e especialmente a você, Januario, por mais esta aula que nos dá aqui neste programa *Diálogos no Espaço Democrático*. Muito obrigado.



<p>Presidente <b>Alfredo Cotait Neto</b></p> <p>Coordenador Nacional de Formação Política <b>Raimundo Colombo</b></p> <p>Coordenador Nacional de Relações Institucionais <b>Vilmar Rocha</b></p> <p>Secretária <b>Ivani Boscolo</b></p> <p>Diretor Superintendente <b>João Francisco Aprá</b></p>	<p><b>Conselho Consultivo</b></p> <p>Presidente <b>Guilherme Afif Domingos</b></p> <p>Conselheiros <b>Alda Marco Antonio</b> <b>André de Paula</b> <b>Antonio Anastasia</b> <b>Cláudio Lembo</b> <b>Georgiano Neto</b> <b>Otto Alencar</b> <b>Ricardo Patah</b></p>	<p><b>Conselho Superior de Orientação</b></p> <p>Presidente <b>Gilberto Kassab</b></p> <p>Conselheiros <b>Belivaldo Chagas</b> <b>Carlos Massa Ratinho Junior</b> <b>Diego Andrade</b> <b>Domingos Aguiar Neto</b> <b>Guilherme Campos</b> <b>Letícia Boll Vargas</b> <b>Omar Aziz</b> <b>Robinson Faria</b> <b>Samuel Hanan</b></p>
---	---	--

**diálogos no espaço democrático** - Coleção 2021 - "Planos de saúde cada vez mais caros. Isso tem solução?"  
**ESPAÇO DEMOCRÁTICO** - Site: [www.espacodemocratico.org.br](http://www.espacodemocratico.org.br) Facebook: [EspacoDemocraticoPSD](https://www.facebook.com/EspacoDemocraticoPSD) Twitter: [@espdemocratico](https://twitter.com/espdemocratico)  
 Coordenação - Scriptum Comunicação - Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)  
 Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas - Fotos - Scriptum e Shutterstock



**[www.espacodemocratico.org.br](http://www.espacodemocratico.org.br)**