

Por Antonio Penteado Mendonça



Os planos de saúde se dividem em diferentes linhas de negócios, que vão dos planos individuais anteriores à Lei dos Planos de Saúde Privados aos planos coletivos por adesão. Cada carteira tem suas características, o que faz com que sejam únicas, ainda que semelhantes a outros produtos da própria operadora ou de outras empresas do mercado.

Essa individualização faz com que cada plano tenha seu desempenho. Assim, não é verdade que todos os planos individuais são deficitários, como não é verdade que todos os planos empresariais são lucrativos, como não é verdade que todas as operadoras de planos de saúde ganhem fortunas. As variáveis envolvidas podem alterar o desempenho de dois planos semelhantes, com um sendo rentável e o outro não.

A gestão de cada operadora tem peso preponderante no resultado de seus negócios e, como me disse o presidente de uma das maiores seguradoras em operação no país, não adianta a companhia tentar passar para o segurado o custo da sua ineficiência, em algum momento isso vai se virar contra ela.

A regra se aplica aos planos de saúde privados. Os custos médicos/hospitalares são altos e sobem a cada inovação introduzida. Nem poderia ser diferente. O setor exige investimentos maciços em pesquisa e inovação e eles precisam ser remunerados quando o produto chega ao mercado.

Adicionar a ineficiência aos custos reais é dar um tiro no pé. A consequência, invariavelmente, é uma linha de negócios ficar deficitária, ou mesmo toda a operação. Entre as formas de limpar o negócio, a transferência da carteira deficitária para outra operadora é a mais simples, o que não quer dizer que seja a mais barata.

Ao transferir uma carteira, a operadora deve calcular quais as contingências futuras e remunerar o adquirente com valores suficientes para fazer frente a elas. Como tudo no mundo, essa operação pode ser feita levando em conta os valores corretos ou tentando passar o prejuízo para o consumidor, destinando menos recursos que os necessários para garantir os compromissos do plano ao longo do tempo.

A segunda solução não fala bem de quem tenta adotá-la, mas nem por isso deixa de ser praticada, não apenas no Brasil, mas inclusive em países desenvolvidos. Não é raro empresas tentarem se livrar de prejuízos decorrentes de sua incompetência jogando a bola para quem não tem nada com eles, apesar de, como consumidores, pagarem a conta ao longo do tempo.

A tentativa de se livrar do abacaxi tem vários modelos, mas, nos planos de saúde privados, quando a ideia é não cumprir com as obrigações, mas sair de cena levando vantagem, costuma se materializar através da transferência da carteira para outra operadora que, para reverter o prejuízo,

piora o atendimento, substitui a rede credenciada, nega cobertura e assim por diante.

O triste é que no passado essa prática foi adotada com sucesso. Por isso é fundamental que a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estude profundamente cada operação, antes de autorizá-la.

Fonte: O Estado de São Paulo, em 14.02.2022.