

Por Antonio Penteado Mendonça



Os planos de saúde privados têm estrutura semelhante aos seguros. A base é o mutualismo. É o mútuo que permite que o plano custe muito mais barato do que o atendimento custaria, se fosse integralmente bancado pelo segurado. Com a contribuição proporcional do participante, a operadora cria um fundo do qual retira o numerário necessário para fazer frente às despesas.

No negócio entram variáveis que levam em conta o desenho de cada plano, seja assistência médica, cooperativa de saúde, seguradora ou autogestão. Elas podem alterar o custo dos planos, em função de serem individuais, coletivos empresariais ou coletivos por adesão.

É por isso que os reajustes das mensalidades não são iguais. Eles refletem as tipicidades do produto e o desenho da operadora.

Uma assistência médica com a rede verticalizada consegue desempenho não necessariamente mais eficiente, mas, com certeza, mais próximo da realidade do seu caixa. Como a operadora controla todas as etapas do atendimento, ela consegue acelerar ou retardar procedimentos, adequando o caixa aos custos, em função dos serviços prestados. Além disso, ela consegue uma padronização dos preços, prática dificilmente alcançada por uma seguradora, que trabalha com rede credenciada externa, o que a obriga a negociar com diferentes prestadores que não trabalham com as mesmas tabelas de remuneração.

Além do desenho societário influir na operação e no fluxo de caixa da operadora, a composição das carteiras de clientes também tem peso expressivo no custo do negócio e, conseqüentemente, na precificação dos planos.

Apesar da Lei dos Planos de Saúde Privados ser rígida e engessar a operação, o que a torna mais cara, existem diferenças entre os vários planos oferecidos, inclusive entre planos de uma mesma operadora. A primeira e mais profunda é a data da contratação do plano, se é anterior ou posterior à entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde Privados. Os planos anteriores à Lei não estão sujeitos às suas disposições e, por isso, costumam ser menos abrangentes no que diz respeito a coberturas para exames e consultas. De outro lado, vários deles oferecem livre escolha ilimitada para os hospitais.

Também é importante a diferença entre um plano individual e um plano coletivo, sendo que nos coletivos também são marcantes as diferenças entre planos empresariais e planos por adesão. Da mesma forma, merece destaque a diferença entre planos para pequenas, médias e grandes empresas. Cada um leva em conta uma realidade e ela se reflete na composição do preço.

A gestão das operadoras precisa controlar as variáveis envolvidas. Ao contrário do que se fala, os planos de saúde privados, na média, estão longe de serem altamente rentáveis e, sem um mútuo

sólido, não é difícil o seu desequilíbrio. Por isso, a atuação da ANS (Agência de Saúde Suplementar) precisa ser muito próxima. Distante, a agência não consegue captar a realidade das operadoras e isso pode custar caro para o consumidor.

Fonte: [SindSeg_SP](#), em 25.02.2022.