

Por Antonio Penteado Mendonça



Os planos de saúde privados têm uma avaliação peculiar. De um lado, são taxados de gananciosos, mesquinhos e insensíveis, preocupados apenas com seus lucros astronômicos e, de outro, integram o rol dos cinco maiores sonhos de consumo, sendo um dos principais objetos de desejo da população.

Infelizmente, apenas cinquenta milhões de brasileiros são atendidos por eles e esse número não deve variar nos próximos anos, o que deixa mais de cento e setenta milhões de pessoas garantidas pelo SUS (Sistema único de Saúde), com todas as dificuldades que isto significa.

Em 2021, os planos de saúde privados faturaram quase duzentos e quarenta bilhões de reais e pagaram, para custear mais de um bilhão de procedimentos cobertos, perto de duzentos e dez bilhões de reais.

Numa comparação singela, enquanto o SUS tem um orçamento ao redor de cento e trinta e seis bilhões de reais para atender mais de 70% da população, os planos de saúde privados, para atender os outros 30%, têm duzentos e quarenta bilhões de reais, dos quais duzentos e dez bilhões foram destinados a pagar os procedimentos cobertos.

Aqui surge um dado relevante. A subtração de duzentos e dez bilhões dos duzentos e quarenta bilhões faturados deixa um saldo de trinta bilhões de reais para fazer frente às despesas comerciais, administrativas e fiscais, o que coloca em xeque os “lucros exorbitantes”, já que existem perto de setecentas operadoras de planos de saúde privados registradas no país e elas não têm o mesmo desempenho.

Mas, hipoteticamente, dividindo os trinta bilhões de reais brutos pelo número de participantes do sistema vamos ter seiscentos reais por segurado por ano e isto não é lucro, mas o total para pagar o funcionamento da operadora, os impostos e remunerar os acionistas.

Os planos de saúde se baseiam no mutualismo, na constituição de um grande fundo composto pelos pagamentos proporcionais de cada um dos participantes para fazer frente às despesas incorridas por alguns deles, num determinado espaço de tempo, com suas necessidades de saúde.

O segredo é este. Alguns participantes vão usar seu plano, mas a maioria não vai. Assim, é possível ratear o custo da operação por todos, cabendo a cada um uma contribuição proporcionalmente pequena em relação à despesa que um segurado teria, caso necessitasse algum procedimento de saúde.

Para funcionar, este modelo precisa de segurança para o cálculo do preço individual de cada plano, rateado pelo total da operação. Sem isto, não há como a operadora pagar o negócio. Daí a

importância do rol taxativo de procedimentos. Mesmo com ele, o custo de um plano de saúde privado brasileiro está ao alcance de apenas 25% da população. Se tudo estivesse coberto, como aconteceria com um rol exemplificativo, o rateio da operação criaria uma mensalidade fora da realidade nacional, inviabilizando o sistema privado e comprometendo o SUS, que não teria condições mínimas de atender com dignidade a saúde de todos os brasileiros.

**Fonte:** O Estado de São Paulo, em 27.06.2022.