

Por Antonio Penteado Mendonça



Os planos de saúde privados são um dos grandes paradoxos nacionais. De um lado são execrados; de outro, são um dos sonhos de consumo da população. A verdade até pode estar perto do meio, mas com certeza mais próxima da segunda afirmação. Eles são, de fato, um dos sonhos de consumo da população e a razão para isso é simples: quem tem um plano de saúde foge das filas do SUS, o que, dependendo do caso, pode ser a diferença entre a vida e a morte.

Ninguém tem plano de saúde privado por esporte ou para mostrar para o amigo. Saúde é coisa séria e os planos de saúde se transformaram na alternativa para o SUS, não porque o SUS não funcione ou não tenha grandes profissionais, mas porque a capacidade de atendimento da rede pública é menor do que a demanda e isso pode significar não receber o atendimento adequado no prazo necessário para enfrentar e vencer o problema, seja uma doença, seja um acidente.

Os planos de saúde privados atendem mais ou menos cinquenta milhões de pessoas. Para isso eles receberam, em 2022, algo próximo de duzentos e trinta bilhões de reais, divididos entre mais ou menos seiscentas operadoras. A contrapartida foi a autorização de mais de um bilhão e meio de procedimentos e um desembolso próximo a duzentos e oito bilhões de reais para pagá-los.

São números maiores do que o orçamento do SUS, que, no mesmo período, recebeu perto de cento e trinta e seis bilhões de reais para atender cento e setenta milhões de brasileiros. Ou seja, numa conta simples, dividindo receita pelo número de pessoas cobertas, enquanto cada segurado de plano de saúde privado teve para suas necessidades quatro mil e quatrocentos reais, a população que depende do SUS teve oitocentos reais.

É evidente que na prática não funciona assim. A conta não é linear. A maioria da população, com ou sem plano de saúde privado, não precisou de serviços de saúde, o que, no mundo real, permitiu que milhões de brasileiros fossem atendidos em procedimentos muito mais caros.

Aí mora o grande problema dos planos de saúde privados brasileiros e da medicina pública aqui e no resto do mundo. Tanto os orçamentos públicos, como o faturamento dos planos de saúde privados não estão dando conta de acompanhar os custos dos procedimentos que eles devem bancar. A conta está cada vez mais cara e difícil de fechar.

No caso dos planos brasileiros, na subtração do total para pagar os procedimentos cobertos do faturamento sobram vinte e dois bilhões de reais, ou seja, dez por cento, que devem fazer frente aos custos comerciais, administrativos e tributários, além de remunerar o capital.

Dizer que quem tem esse montante para pagar seus custos e seguir girando é ineficiente é desconhecer o Brasil, mas os planos estão fazendo isso, apesar da gestão, de verdade, custar mais caro do que dez por cento do seu faturamento. É por isso que o sistema, hoje, tem um prejuízo

acumulado bastante expressivo e que precisa ser equacionado, sob risco de começar a fazer água e deixar seus clientes na mão.

Se isso começar a acontecer, o SUS não dá conta.

**Fonte:** [SindSeg SP](#), em 09.06.2023.