

(*) Por Dagoberto J.S. Lima

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a adesão a planos de saúde no mercado brasileiro aumentou 58% no período entre 2000 e 2013. Mas esse crescimento não é tão representativo quanto aparenta. No mês de junho deste ano, esse universo de beneficiários atingiu 50,9 milhões de pessoas no país, o que equivale a apenas 26,1% da população brasileira. Esses dados demonstram que ainda há muito espaço para crescer.

Diante de um grande mercado a ser explorado, vale a pena traçar um perfil das ofertas hoje à disposição. Os primeiros planos assistenciais começaram a ser comercializados nos anos 60, quando a grande maioria era vinculada a hospitais que atendiam os funcionários de empresas das imediações. Na prática, esses planos nada mais eram do que a oferta dos serviços normais do hospital, com redução do preço dos tratamentos para o mercado corporativo. Esses convênios tinham como práticas a diluição das despesas previstas anuais via contribuições mensais. Os cálculos eram feitos com base no número de colaboradores e os atendimentos contratados.

Tempos mais tarde, com a evolução do setor, começaram a surgir organizações capazes de atender não apenas por meio de hospitais próximos às empresas, mas também em todo o Brasil. Isso representou o início da formação das redes de parcerias, que permitiram o aparecimento e a consolidação dos sistemas de cooperativas, e mais tarde, das assistências médicas e das seguradoras. Quando as seguradoras abriram os olhos para o segmento, ficou estabelecido em lei que elas atuariam sem redes próprias, por meio do reembolso das despesas realizadas pelos segurados.

Hoje, existem quatro grupos de entidades autorizadas a operar planos de saúde privados no Brasil. São as assistências médicas, as cooperativas de saúde, as seguradoras de saúde e as autogestoras. Todas atuam na área de saúde complementar, porém, cada uma com suas peculiaridades.

As seguradoras, por exemplo, foram as primeiras a oferecer planos de livre escolha. Isto é, o próprio segurado escolhe o médico e o estabelecimento onde deseja ser atendido, tendo os gastos ressarcidos por reembolso. Este tipo de oferta custa mais caro às operadoras, o que as obriga a cobrar mais dos usuários. Além disso, é comum haver um limite máximo de reembolso para as despesas médicas, já que existem médicos que não aceitam as tabelas dos convênios e cobram acima dos valores máximos estabelecidos em cada plano.

Normalmente, é o titular do plano quem decide o limite de reembolso que deseja. É comum, contudo, no caso das empresas que contratam os planos para atender seus colaboradores, estabelecer mais de um limite por faixa de plano, dividindo o custo entre a contribuição individual do funcionário e o complemento da empresa.

Os mais comuns, entretanto, são os planos que se valem de redes próprias ou credenciadas, os quais assumem as negociações das diferentes remunerações. Tais planos podem sofrer variação quanto ao nível de atendimento, com os planos mais caros oferecendo os melhores endereços e os mais baratos disponibilizando uma rede mais acessível. Por assumirem diretamente os pagamentos, apresentam valores bem mais vantajosos.

(*) Dagoberto J.S. Lima é sócio-fundador da Dagoberto Advogados e chefe da assessoria jurídica do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog e FBH/AHESP.

Fonte: [Dagoberto Advogados](#), em 02.02.2015.