

Legismap Roncarati

Tecnologia é aliada para mitigar fraudes na saúde suplementar, mas não substitui relação transparente com beneficiário

Por Helton Freitas (*)

Legismap Roncarati

Tecnologia é aliada para mitigar fraudes na saúde suplementar, mas não substitui relação transparente com beneficiário



O segmento da saúde suplementar no Brasil enfrenta um cenário de contrastes. Encerrou 2022 com 50,5 milhões de beneficiários, o maior número desde 2014, mas registrou prejuízo operacional de R\$ 11,5 bilhões, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Essa realidade decorre de diversos fatores. Um deles, o aumento da procura por procedimentos e consultas médicas após a redução dos casos de Covid-19, pois a pandemia gerou, em seus períodos mais críticos, demanda reprimida de procedimentos eletivos.

Outro ponto é a Lei 14.454, que determina que os planos de saúde devem cobrir procedimentos indicados pelos médicos, mesmo que não estejam listados no rol da ANS, que atualmente conta com 3.373 itens. Essa lei, que contrariou a definição do Superior Tribunal de Justiça (STJ), afeta, principalmente, as operadoras de menor porte, que não têm recursos suficientes para arcar com os altos custos não previstos na precificação do contrato. Estimula, ainda, a judicialização na medicina, outro fator que afeta os resultados operacionais das empresas de saúde privada.

Paralelamente, a inflação médica atingiu aproximadamente 20% em 2022, segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), quase três vezes maior do que a inflação oficial do país, registrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa elevação compromete a sustentabilidade do setor e torna praticamente impossível a oferta de planos mais acessíveis, possibilitando que mais pessoas passem a utilizar a medicina suplementar.

Outro importante impacto nos custos da saúde são as fraudes, que consomem 2,3% de tudo o que é investido. A falsificação de carteirinhas e os pedidos fraudulentos de reembolso de consultas e procedimentos são práticas comuns. Essas condutas, além de criminosas, também oneram todo o sistema. Para combater as práticas ilícitas, operadoras e seguradoras têm adotado medidas como a campanha Saúde Sem Fraude lançada pela FenaSaúde, e têm utilizado tecnologias, como a identificação facial e modelos de detecção de padrões relacionados aos reembolsos, para aumentar a segurança e proteção dos consumidores.

É imprescindível, porém, que todos compreendam a relevância do mutualismo nos planos de saúde. Esse princípio se fundamenta na solidariedade entre os beneficiários para a preservação dos direitos contratados. Quando ocorrem fraudes ou desperdícios, há um desajuste que coloca em risco o atendimento adequado, que depende de investimentos em pessoal, infraestrutura e tecnologias. O resultado é o aumento nos preços dos planos, maior dificuldade na prestação de assistência aos beneficiários e consequente aumento da demanda pelo sistema público de saúde.

A saúde suplementar emprega formalmente 80% dos 4,7 milhões de trabalhadores na cadeia da saúde. Durante os três anos da pandemia, as operadoras associadas à FenaSaúde foram responsáveis por mais de 585 mil internações relacionadas à Covid-19, 1,1 milhão de exames sorológicos e 6,9 milhões de exames RT-PCR, que somaram R\$ 30,4 bilhões. Esses números refletem seu papel crucial no enfrentamento da pandemia, aliviando a pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Preservar e fortalecer o mutualismo é essencial para garantir um sistema de saúde sustentável e acessível para todos. É hora de reconhecer e valorizar o impacto positivo que as operadoras privadas têm na vida dos brasileiros, tanto em termos de assistência à saúde quanto na estruturação do sistema médico hospitalar do país, além do impacto no apoio econômico pelo pagamento de impostos.

(*) **Helton Freitas** é médico sanitário, presidente da Seguros Unimed e da Fundação Unimed, e diretor-geral da Faculdade Unimed.

Fonte: FSB, em 27.07.2023