

Por Claudio Peleascov (*)



Os planos de saúde no Brasil sempre foram uma necessidade. Mesmo o país possuindo uma rede pública ampla, gerida pelo Sistema Único de Saúde, o grande número de usuários e uma infraestrutura nem sempre eficiente e completa inviabiliza tratamentos e procedimentos necessários para os pacientes.

Por essa razão, os planos de saúde se tornaram algo fundamental para as famílias brasileiras. No âmbito corporativo, o benefício é muito valorizado, sendo um elemento estratégico para a contratação e retenção de talentos.

Contudo, o atual cenário econômico e a movimentação do setor podem trazer uma nova realidade aos usuários de planos de saúde, tanto individuais quanto coletivos empresariais.

O segmento está passando por dificuldades, resultado do mal desempenho no ano passado, quando foram registrados prejuízos recordes. O cenário pós-pandemia, acumulado com inflações médicas, demandas represadas e crises econômicas globais, dificultaram a vida das operadoras, hospitais e clínicas. De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), houve um déficit de 1,6 milhão de internações para cirurgias eletivas e 10,4 milhões para cirurgias ambulatoriais nos anos de 2020 e 2021.

Vimos diversas empresas fechando, outras revendo contratos, algumas desistindo de planos de aquisição, dentre outros casos. São dificuldades que obrigam o setor a rever suas políticas de governança e questões internas, especialmente as operadoras, que vêm buscando alternativas e oportunidades para continuar oferecendo serviços de qualidade para a população.

Outra herança da pandemia é a inflação, fato que atinge tanto o setor público quanto privado. Alguns medicamentos tiveram aumento exponencial durante a crise e, mesmo com a baixa dos casos, não retomaram mais ao patamar anterior. Dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) apontam que alguns medicamentos, principalmente os utilizados em procedimentos hospitalares, tiveram aumento de mais de 200%.

Junto a isso, a inflação da saúde suplementar (Variação dos Custos Médico-Hospitalares - VCMH), foi de 25%, em 2021, e de 23%, em 2022. O aumento nos tratamentos de doenças mais graves e de exames de alto custo também refletem nesse valor, uma vez que muitas pessoas deixaram as consultas de rotina de lado durante a pandemia e, quando retornaram ao consultório, outras doenças já haviam se instalado. A aprovação do PL 2.033/22, que torna obrigatório às operadoras a cobertura de procedimentos fora do rol da ANS, é outro fator de aumento de custos.

Mas, além desse cenário complexo, que demanda cada vez mais atenção e dedicação por parte das empresas, existe um outro problema grave, que precisa ser combatido tanto pelos colaboradores das empresas quanto pelos próprios setores responsáveis pela contratação e gerenciamento dos planos de saúde coletivos: as fraudes, que atinge diversos setores e podem causar um colapso no sistema.

Segundo a FenaSaúde, até novembro do ano passado, as fraudes no sistema de saúde chegaram a R\$ 40 milhões. A fraude vai desde o “simples” empréstimo da carteirinha até pedidos de reembolso de procedimentos não cobertos pelos planos, mas que são lançados como categorias cobertas. Por exemplo, procedimentos estéticos – que não são cobertos por planos de saúde – lançados como uma intervenção para tratar um problema de saúde.

Alguém pode até questionar: “por que minha filha não pode usar minha carteirinha uma vez?”; ou “que mal há em fazer um procedimento estético e pedir reembolso?”; ou ainda “por que não deixar que a clínica médica cobre por um procedimento que não foi realizado e o segurado receba um reembolso?”. Primeiro, essas ações são práticas criminosas, que podem ser enquadradas em leis que permitem punir os fraudadores, seja na instância cível ou criminal. O segundo aspecto é que o mau uso dos planos de saúde pode criar um efeito bola de neve, que impactará as operadoras e, por consequência, empresas e pessoas.

As operadoras arcarão com o prejuízo até onde puderem. Porém os recursos não são infinitos. As seguradoras não conseguirão garantir um atendimento efetivo e sobreviver financeiramente passando por tantos desfalques.

Já não bastassem os reajustes, resultados da inflação médica, aumento do dólar, dentre outros fatores, podemos ver os planos de saúde ficarem mais caros ou, até mesmo, deixarem de oferecer alguns benefícios (como o próprio reembolso) por conta das fraudes. Em casos mais graves, as operadoras podem até fechar as portas.

E quem perde com isso? Todos! Seguradoras, operadoras, beneficiários, hospitais, laboratórios, clínicas, profissionais do segmento e, principalmente, nós, os usuários do sistema.

Por isso, é preciso uma conscientização geral da sociedade sobre os problemas e riscos que as fraudes representam em todo o sistema de saúde suplementar. Utilizar um plano de saúde de forma correta contribui para a redução de custos da empresa e, conseqüentemente, do melhor atendimento do usuário, além da manutenção de centenas de empregos. Zelar pelo bom uso do plano de saúde é tarefa de toda sociedade.

(*) **Claudio Pepeleascov** é o líder da área de Saúde e Benefícios da WTW Brasil.

(27.12.2023)