O GLOBO
Publicado em 16/04/2023 - 05:57

# Em crise, planos de saúdes devem limitar redes e elevar reajustes

REBECCA MARIA/01-11-2022

**Custos em alta.** Maior procura por exames, entre outros procedimentos represados na pandemia, pesa nas contas dos planos, que negociam com laboratórios e hospitais formas de reduzir impacto

## SAÚDE EM CRISE

## Planos tentam renegociar pagamentos às redes, e reajustes devem ser maiores

LUCIANA CASEMIRO
luciana@oglobo.com.br

Amargando prejuízo operacional de R$ 10,9 bilhões no ano de 2022 até setembro — último dado disponível na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) —, os planos de saúde estão passando um pente-fino nas contas. Pressionadas pelo aumento de consultas, exames e procedimentos feitos pelos segurados (em parte por causa do represamento imposto pela pandemia) e pela dificuldade de repassar essa alta nos custos às mensalidades, as operadoras olham com lupa as faturas para identificar cobranças duplicadas e fraudes. Também negociam com laboratórios e hospitais em busca de ampliação de prazos nos pagamentos e descontos nos preços contratados, com reduções que podem chegar a 30%.

Para o consumidor, a movimentação prenuncia reajustes maiores este ano nos planos coletivos, que concentram mais de 80% dos usuários da saúde suplementar, e limitações na rede credenciada.

A tendência é de oferta de planos mais enxutos, com coberturas regionais, redes mais restritas e com orientação de acesso pelo atendimento primário. Ou seja, uma estrutura na qual um clínico geral ou médico de família orientará o usuário sobre a necessidade de serviços especializados, como ocorre no SUS. O objetivo é reduzir desperdícios, facilitando a gestão da saúde do usuário para não pesar ainda mais nas mensalidades. Mas inevitavelmente isso trará como consequência menor liberdade de escolha no atendimento.

— No ano passado a média de reajuste dos planos coletivos ficou mais baixa que a dos planos individuais: 11% ante 15%. Não foi só o aumento de uso que impactou o custo, mas a impossibilidade de recompor a margem (de lucro). Este ano, não se surpreenda se grandes contratos corporativos não forem renovados. As empresas não têm mais como operar no negativo e terão que fazer reajustes mais fortes, recompor suas margens, mesmo que isso signifique reduzir o número de clientes — diz Renato Casarotti, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge).

### SISTEMA PRESSIONADO

Ele lembra que apesar do crescimento da base de usuários da saúde suplementar, que em 2022 voltou ao patamar de 50 milhões, esse aumento se deu com os planos mais baratos:

— Ou seja, não levou a um crescimento proporcional da receita para fazer frente ao aumento de custo.

O aperto nas contas das operadoras pressiona o caixa de laboratórios e hospitais, principalmente os de pequeno e médio porte. Convênios respondem por mais de 90% da receita das empresas de medicina diagnóstica e superam 80% nos hospitais de grande porte.

— A lei estabelece reajustes anuais dos prestadores ao fim do primeiro trimestre como forma de manter a qualidade do serviço. E o que estamos vendo nesses últimos meses é uma acentuação de negociações de descontos sobre preços já contratados — diz Wilson Shcolnick, presidente do Conselho de Administração da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), que reúne laboratórios.

A Abramge diz que o prazo médio de pagamento do setor está em 44 dias. Os laboratórios informam média próxima de 60 dias. No caso dos hospitais, o prazo passou dos 70 dias em 2022. Os dois segmentos também estão pressionados pelo aumento do custo de insumos e da mão de obra — ainda se busca equacionar o novo piso de enfermagem.

Além disso, assim como aconteceu com as operadoras, laboratórios e hospitais também viveram uma onda de fusões nos últimos anos, aumentaram seu endividamento e agora, num cenário de juros altos, veem seus resultados comprometidos sob a pressão de apresentar logo os ganhos de eficiência perseguidos com a compra de outras empresas.

### UNIÃO DE ESFORÇOS

Todos no mesmo barco, prestadores de serviços e operadoras de planos estão aprofundando as conversas sobre novos modelos para tirar o setor da crise, deixando de lado a usual queda de braço. Na última semana, representantes da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), da Abramge e da Fenasaúde (que representa as seguradoras), sentaram à mesa com grandes empresas do mercado para fechar uma agenda comum, que passa por novos modelos de pagamento e melhor uso de dados para gerar eficiência de gastos e qualidade em saúde.

— Não há soluções para resolver o balanço do segundo trimestre, mas propostas de implementação rápida em temas como desperdício, compras de medicamento, equipamentos e até fraudes. Precisamos pensar na interoperabilidade de informações no setor. Num país que tem urna eletrônica, não é mais admissível não haver um histórico médico digital — diz Antônio Britto, diretor executivo da Anahp.

Novos arranjos entre hospitais e operadoras para a criação de planos customizados tendem a crescer. Modelo muito comum fora dos grandes centros do país, planos vinculados a um hospital oferecem um controle parecido ao obtido pelas operadoras verticalizadas, que têm rede própria. A vantagem desse modelo é não exigir desembolso de capital para aquisição de rede.

— Se, por um lado, são acordos mais complexos, na calibração de risco, de indicadores de qualidade, é mais facilmente escalável, pois não exige o capital intensivo da verticalização — explica Casarotti, que também defende uma estratégia conjunta para a incorporação de tecnologias ao setor.

**Veículo:** Impresso -> Jornal -> Jornal O Globo - Rio de Janeiro/RJ

**Seção:** Economia **Pagina:** 17

Copyright © Clipclap 2025.