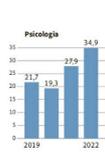


Autismo custa mais a planos de saúde do que câncer, diz setor



Fonte: CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

Fonte: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Terapia de autismo supera câncer em custos de planos de saúde, diz setor

Empresas atribuem alta a regras da ANS e dizem ver aumento de desperdícios em tratamentos

Jouana Cunha

As altíssimas impulsionadas pelos diagnósticos de TEA, segundo a Abramge. De 2021 até o ano passado, a associação diz ter verificado um crescimento de 74,4% no custo das terapias de TEA em comparação com o ano anterior, enquanto as oncológicas avançam 17,7%.

Empresas de diferentes portes tiveram avanço dos gastos com as terapias do tipo, que já começam a atingir patamares da oncológica — área que tradicionalmente costuma ser a principal fatia das contas, segundo as entidades do setor.

De acordo com uma pesquisa realizada pela Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) em um grupo de operadoras associadas à entidade, em 2022, o custo com terapias de TEA (transmoro do espectro autista) e TGD (transtornos globais de desenvolvimento) representou 8,2% do custo médio, enquanto os tratamentos oncológicos ficaram em 8%.

Há poucos anos, tais tratamentos costumavam representar menos de 2% das contas do setor, segundo a Abramge.

Os custos começaram a incomodar as empresas após mudanças regulatórias emanadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a partir de 2020, quando o órgão determinou que as pessoas com TEA teriam direito a um número limitado de sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de autismo na cobertura dos planos.

Em 2022, as medidas foram expandidas para oferecer a cobertura de qualquer método ou técnica individualmente ao médico para o atendimento dos pacientes com TEA. A norma considera a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), que abrange diagnósticos de autismo infantil, síndrome de Rett e de Asperger entre os exemplos de transtornos globais de desenvolvimento.

Ass operações, no entanto, não podem negar cobertura se o prescritor usar o parâmetro da CID-10, se trata de uma versão atualizada do documento da OMS (Organização Mundial da Saúde), cuja não obrigatoriedade no Brasil.

Em seguida, a ANS também determinou novos ajustes no rol de cobertura, liberando o número ilimitado de sessões para todos os usuários dos planos, com qualquer técnica ou condição de saúde listada na OMS.

Pelos dados mais recentes da agência, o número de sessões e consultas de fonoaudiologia saltou de um patamar de 8 milhões e 200 mil para mais de 10 milhões no ano seguinte.

Os atendimentos de psicologia subiram de 28 milhões para quase 35 milhões, enquanto a terapia ocupacional saltou de 13 milhões para 4,7 milhões de sessões e com

sultas no período.

As altíssimas impulsionadas pelos diagnósticos de TEA, segundo a Abramge. De 2021 até o ano passado, a associação diz ter verificado um crescimento de 74,4% no custo das terapias de TEA em comparação com o ano anterior, enquanto as oncológicas avançam 17,7%.

Ano mesmo tempo, também cresceu as reclamações de pacientes contra empresas de planos de saúde, motivadas por problemas como negação de cobertura, descumprimento de clínicas e cancelamento de contratos.

Joel Cecim, superintendente do IES (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), estima que o número de pacientes com TEA que têm acesso

à saúde privada no Brasil gira em torno de 2 milhões de pessoas. Além da mudança regulatória, ele vê outros fatores responsáveis pelo avanço na demanda, como a evolução dos diagnósticos ao longo dos anos.

Segundo dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, a prevalência de crianças aos 8 anos de idade no espectro autista era de 1 em 100 em 2000, proporção que subiu para a cada 36 em 2022.

“O diagnóstico aumentou muito no mundo, por vários motivos. Se especificar a prática do diagnóstico e as famílias que procuram melhores opções às crianças”, diz Cecim.

Não analisado pela Fênix Saúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), as terapias limitadas abrem brechas para a ocorrência de desperdícios abusivos.

O efeito nas contas varia conforme o perfil das operadoras. As que trabalham com reembolso têm sido mais impactadas.

Segundo Vera Valente, diretora da Fênix Saúde, o setor tem enfrentado casos de fraude praticados por clínicas que desenvolvem planos de saúde em nome de empresas para solicitar reembolsos de tratamentos com sobre carga de horário, entre outras distorções.

“O que questionamos são os abusos. A maioria dos beneficiários, que age corretamente, está pagando a conta de quem faz abusos. Há situações escancaradamente fraudulentas. Há casos de paciente com 8 horas de terapia semanal. E invável. Um paciente de 11 anos apresentou 154 solicitações de reembolso”, diz Valente.

Para a OMS, de defesa do consumidor Idec, os casos de fraude não são responsabilidades do beneficiário comum.

Ana Carolina Navarrete, coordenadora do Idec, avalia que o crescimento do número de consultas reflete, na verdade, uma demanda que estava reprimida, porque as regras anteriores eram muito restritivas e não davam conta de suprir a real necessidade dos pacientes.

“Sabemos que boa parte das negativas de cobertura de procedimentos como sessões de psicoterapia, fisioterapia, fonoaudiólogos e outros ocorrem justamente negada pelo plano, com justificativa de que o rol da ANS não determinava a cobertura até 12 sessões ao ano, em boa parte dos casos”, diz Navarrete.

Cassio Alves, superintendente da Abramge, nega que a intenção das empresas seja restringir o acesso dos beneficiários ao serviço.

“O problema não é liberar o acesso ao que for necessário. O problema é não qualificar esse acesso. Quando há um vazio regulatório em que

falta uma diretriz para utilizar esse acesso, além de ocorrer um sobressu, você permite que oportunistas se aproveitem. A preocupação é segurança e eficiência. Temos que garantir essas terapias para oferecer o que é científico e comprovado e segundo para as crianças”, (Oussou) está sendo feito de forma desconhecida. Temos ter uma diretriz, uma linha de cuidado um protocolo, sob pena de significar segurança, eficiência clara e o uso eletrônico”, diz Alves.

A ANS confirma que o volume de aumento dos custos em saúde engorral, mas ressalta que a agência não tem estudo específico sobre o montante de recursos destinados ao atendimento de beneficiários com TGD e afirma que não repela os valores de serviços e insumos praticados pelo mercado.

Convênios querem rol por fraude

Empresas de planos de saúde pretendem levar a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) uma proposta de alteração no rol de cobertura para o tratamento de pacientes com TEA (transtorno do espectro autista) e outros TGD (transtornos globais de desenvolvimento), segundo a Abramge, associação que reúne mais de cem companhias do setor.

A sugestão, de acordo com Cassio Alves, superintendente médico da Abramge, é que seja criada uma linha de cuidado com diretrizes mais detalhadas do que aquelas que são aplicadas hoje para os tratamentos.

A ANS diz que vem se reunindo com representantes das empresas e da sociedade para debater questões ligadas ao acesso à sustentabilidade do setor diante das demandas dos beneficiários com TGD.

Para Cassio Alves, o país atravessa um momento de vazio regulatório.

“Há inúmeras terapias com horas em demasia, que não fazem bem para a criança. Vemos muitas distorções que, independentemente do desperdício, acabam prejudicando a segurança do paciente. Precisamos qualificar o acesso ao tratamento com evidência científica com uma linha de cuidado, um protocolo. Se tivermos uma diretriz de uso racional qualificada, como se usa no mundo todo, os usuários não serão desrespeitados”, diz Alves.

A iniciativa preocupa representantes de pacientes e ocorre no momento em que também crescem as queixas sobre a assistência prestada pelos planos.

“Não conseguimos adequar a chamada linha de cuidado. O tratamento é um espectro, portanto, não é possível esta

“O diagnóstico aumentou muito no mundo, por várias razões. Se aperfeiçoou a técnica do diagnóstico e as famílias querem dar melhores condições”

Debate sobre fraude desprecisa consumidor, diz Idec

O Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), que vem acompanhando o debate público sobre fraudes cometidas em tratamentos de saúde no Brasil, diz que o assunto em tratamento pelo órgão de defesa do consumidor não deve ser tratado com o mesmo rigor que a ganhar notoriedade há pouco mais de um ano, quando as entidades de representantes do setor iniciaram um movimento para investigar o crescimento dos casos e de manter situações como incoerentemente de recheio (quando um médico comete dois ou mais erros, para extrair dinheiro via reembolso, embora tenha cometido um único erro anormal) e a falsificação do estado clínico do paciente no recheio emitido por médicos.

De acordo com relatório divulgado em novembro pelo IES (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), as fraudes e os desperdícios causaram perdas de até 12,7% das contas de saúde em 2022, com prejuízos estimados entre R\$ 25 bilhões e R\$ 34 bilhões.

Ana Carolina Navarrete, coordenadora do programa de saúde do Idec, critica a maneira como o assunto tem sido conduzido pela operadoras. Ela afirma que as companhias devem ter a responsabilidade de facilitar sua rede credenciada e referenciada.

O debate envolvendo fraude em planos de saúde está sendo conduzido pelo órgão de defesa do consumidor, mas não é o consumidor quem sustenta esse mercado, que é o consumidor. Existem empresas que não têm práticas corretas e que podem enganar e enganar o consumidor nesse processo, mas não o consumidor é culpado ou deve ser responsabilizado”, diz Navarrete.

Para Navarrete, o debate sobre fraude está sendo usado contra o consumidor, especialmente na política de reembolso.

“O Idec orienta o consumidor a tomar alguns cuidados, como não compartilhar login e senha, e desconfiar de algum procedimento que não seja padrão na operadora, denunciando na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) ou no Procon”, diz Navarrete.

“Agora, o consumidor não pode ser penalizado por práticas das empresas, como, por exemplo, aquelas em que a operadora exige que o consumidor pague o procedimento do próprio bolso para obter o reembolso. É difícil, na prática, o consumidor conseguir pagar a integralidade um procedimento de R\$ 20 mil ou R\$ 40 mil. É extremamente caro que ele contrate um plano, para se proteger desse tipo de risco. Ao exigir o pagamento, a operadora inviabiliza a priorização de quem tem um plano”, afirma.

Fonte: Abramge e Fênix Saúde

Veículo: Impresso -> Jornal -> Jornal da Folha de S. Paulo

Seção: Mercado Caderno: A Página: 12