

## Economia



DIREITOS DE TRANSMISSÃO

Amazon e Disney perto de acordo

Jogos da NBA e da WNBA serão exibidos no Prime Video, e final, no ESPN



## PLANOS DE SAÚDE

# O PESO DOS REAJUSTES

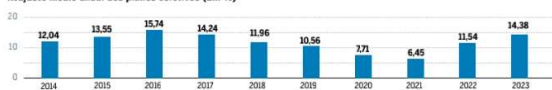
## Contratos coletivos terão aumento de dois dígitos pelo terceiro ano

GLAUCIE CAVALCANTI  
E LÉTICIA LOPES  
em parceria com a

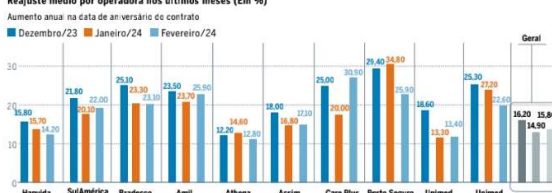
## IMPACTO NO ORÇAMENTO

O comportamento dos preços de operadoras, seguradoras e cooperativas de saúde

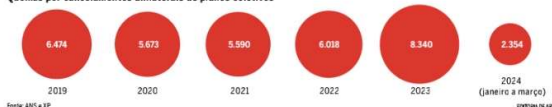
## Reajuste médio anual dos planos coletivos (Em %)



## Reajuste médio por operadora nos últimos meses (Em %)



## Queixas por cancelamentos unilaterais de planos coletivos



Os planos de saúde coletivos terão reajuste de dois dígitos pelo terceiro ano seguido, segundo relatório da XP. Entre dezembro e fevereiro, o aumento médio foi de 15%. Na lista de maiores grupos, o levantamento cita SulAmérica, Bradesco Saúde e Amil, que vêm aplicando taxas superiores a 20%. Hapvida e Notredame Internética, juntas, seguem a patarear de mercado.

Em 2023, a alta média nos preços de planos coletivos foi de 14,38%, tendo acelerado dos 11,54% de 2022, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O gatilho para a precificação "mais agressiva", diz a XP — que passou a acompanhar o monitoramento de preços dos reguladores, listando 17 grupos — está na dentada que a escalada das despesas assistenciais passou a representar na receita de seguradoras, operadoras e cooperativas, a chamada taxa de sinistralidade. Ela bateu 87% no ano passado, recuando dos 89,2% de 2022.

—A sinistralidade está muito elevada, e as margens financeiras das operadoras seguem apertadas. Amil, Bradesco Saúde e SulAmérica permanecem com sinistralidade superior a 90% (até dezembro). Avaliamos que virá outro ciclo de reajuste alto este ano — diz Rafael Barros, head das áreas de Saúde e Educação na XP.

## 88,6% EM PLANOS COLETIVOS

O mercado tem 50,9 milhões de beneficiários, com 88,6% deles nos planos coletivos, entre empresariais e por adesão (vinculados a uma entidade de classe ou administradora de benefícios), segundo dados da ANS de fevereiro. Planos individuais e familiares têm reajuste limitado pela agência.

—Não dá para ajustar o custo só pelo controle de preço, já

estão acontecendo soluções, como adoção de novos modelos de remuneração de prestadores. O mais pesado em custos está na parte hospitalar. Tem de ser feita melhoria em prevenção — diz Barros.

Marcio Tosi, diretor da It'Seg, de gestão de seguros e benefícios, reforça que há pouca mudança este ano: —No primeiro trimestre de 2023, a média do percentual pedido de reajuste na nossa carteira em contratos com mais de 500 usuários foi de 34,3%. Agora está em 20,20% — diz. —O reajuste médio aplicado acabou fi-

cando em 11,67% e 8,83%, respectivamente. A disparada das despesas vem da retomada de atendimentos repressados na pandemia, inflação de custos e incorporação de tecnologias. Para mitigar a proposta de aumento, têm sido feitas revisões de contrato e usadas estratégias como adotar ou ampliar a cobrança de coparticipação e redução de reembolso, diz Tosi.

A mesa, há outros fatores, dizem as empresas: perdas por fraudes e desperdício. Para conter abusos, o mercado arroucho protocolos para conceder reembolso. Marcello Borges, diretor executivo da consultoria Mercer Marsh Benefícios, diz que o esforço é para acertar a operação. E é preciso cuidado para evitar que o beneficiário tenha a percepção de "não ter acesso" ao plano. Um alerta, diz, está no maior investimento em gestão de saúde pelas companhias que contratam planos:

de coparticipação e a redução de reembolso, diz Tosi. A mesa, há outros fatores, dizem as empresas: perdas por fraudes e desperdício. Para conter abusos, o mercado arroucho protocolos para conceder reembolso. Marcello Borges, diretor executivo da consultoria Mercer Marsh Benefícios, diz que o esforço é para acertar a operação. E é preciso cuidado para evitar que o beneficiário tenha a percepção de "não ter acesso" ao plano. Um alerta, diz, está no maior investimento em gestão de saúde pelas companhias que contratam planos:

de coparticipação e a redução de reembolso, diz Tosi. A mesa, há outros fatores, dizem as empresas: perdas por fraudes e desperdício. Para conter abusos, o mercado arroucho protocolos para conceder reembolso. Marcello Borges, diretor executivo da consultoria Mercer Marsh Benefícios, diz que o esforço é para acertar a operação. E é preciso cuidado para evitar que o beneficiário tenha a percepção de "não ter acesso" ao plano. Um alerta, diz, está no maior investimento em gestão de saúde pelas companhias que contratam planos:

—Uma empresa da indústria pesada registrou aumento em cirurgia ortopédica de alto custo. E decidiu criar um espaço com profissionais de fisioterapia para acompanhar os funcionários. Mitigou R\$ 8 milhões em gastos em um ano.

**MAIS TRANSPARÊNCIA** Para Marina Magalhães, pesquisadora do programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), falta transparência na definição de reajustes: —É preciso aprimoramento regulatório, desde mais transparência até a padroni-

zação da fórmula de reajuste para contratos coletivos.

A ANS planeja implementar, até 2025, mudanças na regulação para melhorar a transparência do reajuste dos planos coletivos, diz Daniele Campos, gerente econômica, financeira e atuarial de Produtos da agência. Entre elas a padronização da memória de cálculo do reajuste, com itens mínimos a serem listados para explicar o percentual proposto à empresa-cliente. Uma fórmula única de cálculo de reajuste não está em discussão.

—Outra sugestão é a operadora enviar a memória de cálculo à empresa contratante mais vezes ao ano, a cada três a seis meses, para evitar surpresas — diz Daniele.

Marcos Novais, superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), afirma que as empresas buscam equilíbrio. Ele lembra que o setor teve resultado operacional negativo em 2023, de R\$ 5,9 bilhões, e em 2022, de R\$ 11 bilhões.

—As despesas estão subindo no nível mais rígido da história. Operamos no prejuízo. A mensalidade não está pagando o custo do produto. Somos o país de maior desperdício do setor no mundo.

Novais destaca que é preciso equilibrar e frear custos, fraude e desperdício, o que inclui discutir a regulação. Mas reconhece que é preciso melhorar gestão, adotar protocolos em atendimento e uso da rede, e trazer mais embasamento técnico e científico ao debate.

"Para diminuir os reajustes é preciso racionalizar e reduzir os custos", informou a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), citando o combate a fraudes e desperdícios. A entidade diz que as operadoras lançam produtos com cobertura regional mais acessíveis e ressalta que o reajuste reflete a variação das despesas e é "indispensável" para manter os planos.

Procurados, Bradesco Seguros, Porto Seguro, Unimed e Assim afirmaram que se manifestariam através da Fenasaúde, enquanto Hapvida/Notredame Internética, via Abrampe. A SulAmérica preferiu não se manifestar. O GLOBO não conseguiu contato com Athena e Care Plus. A Amil afirmou que o reajuste anual considera "a correção necessária para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos levando em conta a sinistralidade do período".

## Em 3 meses, 2.354 queixas por cancelamento de contrato

Usuários relatam ficar sem cobertura por decisão das empresas até mesmo durante tratamentos, o que é vedado pela ANS

As queixas de usuários sobre cancelamento unilateral de contratos pelas operadoras crescem em ritmo acelerado. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, no primeiro trimestre, 2.354 reclamações foram registradas por usuários de planos coletivos. Os números refletem relatos de beneficiários, sem análise sobre eventual infração da operadora, e somam 28% das queixas recebidas em 2023.

Marcio Tosi, diretor da It'Seg, de gestão de seguros, diz que os planos fazem "limpeza de contratos deficitários".

O superintendente executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abrampe), Marcos Novais, discorda. Na situação de aperto financeiro do setor, ele conta que os planos fazem análises mais profundas das carteiras e podem optar por descontar modalidades ou linhas de produtos muito desequilibradas, mas obedecendo à regulação.

Na ponta, usuários ficam descobertos até em meio a tratamentos, o que é vedado pela ANS. É o caso da assistente de juízo Caroline Elias, de 31 anos. Enquanto trata um câncer de mama — com medicamentos que passam de R\$ 15 mil por

mes — foi comunicada no último dia 5 que, a partir de maio, seu plano da Unimed Nacional seria cancelado. O contrato é coletivo por adesão, e administrado pela Qualicorp. Caroline buscou planos compatíveis para fazer a portabilidade, mas teve dificuldades, sendo transferida entre diferentes setores da Qualicorp, até que uma funcionária a avisou que o sistema não permitia a transferência.

— Tenho uma amiga do trabalho com o mesmo plano, só que sem nenhuma doença preexistente. Na mensagem de cancelamento, já informaram a ela sobre a



Dificuldade. Caroline Elias está tratando um câncer e tenta fazer portabilidade

portabilidade e outras opções. É um descalço.

Um dia após O GLOBO entrar em contato com a Qualicorp, Caroline recebeu mensagem da empresa informando que faria a portabilidade.

A Unimed Nacional afirmou, em nota, que, desde que tomou conhecimento do caso, tem avaliado alternativas com a administradora responsável pela gestão do plano de saúde em questão. "Enquanto o caso estiver em avaliação, o plano permanece ativo e continuamos a prestar a beneficiária do atendimento necessário. Por fim, ressaltamos que o respeito e o cuidado com os beneficiários são a base de nossas relações", afirmou a empresa.

Leticia Lopes, Glaucie Cavalcanti e Arthur Falcão, estagiários sob a supervisão de Danielle Nogueira