

Confira a íntegra da entrevista.

Passaram-se nove meses desde que você assumiu como CEO da SulAmérica. Quais suas principais metas e o que foi atingido até aqui?

A meta número um é recompor a rentabilidade. Precisamos da sustentabilidade para esse setor, que desafoga o SUS. Cada vida que o setor de saúde suplementar perde é uma vida a mais para onerar o SUS. Quando falamos de rentabilidade o assunto é amplo. Iniciamos com a recomposição de prêmio [*o quanto a operadora recebe dos beneficiários*]. Durante a pandemia, os relatórios de sinistralidade [*o uso ao acionar o plano de saúde*] ficaram artificialmente baixos porque houve uma baixa momentânea de utilização, principalmente eletiva e ambulatorial com cirurgias que precisavam ser remar cadas. Ficamos com uma base de prêmio aquém do que deveria estar. Quando voltou ao patamar normal, voltaram também os procedimentos que deveriam ter acontecido. Isso dá um *boom* e leva a uma explosão de sinistralidade.

De que ordem é essa recomposição?

A recomposição de um prêmio que ficou com defasagens durante dois anos não acontece de uma hora para outra. Muitas empresas não estavam prontas para fazer um reajuste na ordem de 40% a 50%. Em alguns casos é esse desequilíbrio que vemos. É muito ruim também para a empresa prestadora de serviços sentar com o cliente e dizer que a cada um real que está entrando estou perdendo 30 centavos, numa hipótese de uma sinistralidade de 130%, e preciso de um reajuste eventualmente de 50%. Não se faz isso do dia para noite. Isso começou ano passado, quando o setor teve um prejuízo histórico. Mas vimos uma evolução de reajuste começando a acontecer de maneira importante esse ano, e isso está vindo mais forte.

Especificamente no caso da SulAmérica em quanto está essa sinistralidade?

Divulgamos no primeiro trimestre uma sinistralidade quatro pontos abaixo. Depois, no segundo trimestre de 2023, mais dois pontos abaixo. Cada ponto percentual é muito dinheiro em uma operação de 26 bilhões de reais. Tem muito que ser feito. Quando

olho a sinistralidade acumulada no ano, estou com algo em torno de 87,2%. A maioria dos *breakevens* contratuais ficam na casa de 75%. Então, falta ainda um caminho considerável, mas começamos.

Qual o objetivo para o final do ano?

Ter uma sinistralidade consideravelmente abaixo do que apresentamos ano passado e continuar nesse caminho de melhoria trimestre a trimestre. Do lado de sinistro, tivemos a oportunidade de conversar sobre fraudes e modelos de remuneração. Temos mais de 100 notícias-crime em andamento. Temos ido para cima efetivamente de prestadores de serviço que não fazem parte da rede credenciada e que divulgam nas redes sociais como fazer um *botox* pelo convênio. É fraude. Temos buscado muito educar o beneficiário final e empoderá-lo. Algumas vezes, eles são coniventes com as fraudes. Outras vezes nem entendem que participam de uma fraude. Para se ter uma ideia, o reembolso chegou a significar 14% de todo o sinistro pago. Há alguns anos, estava entre 9% e 11%. Já vimos um arrefecimento. Então, [a expectativa] é de ficar na casa de 11% até o último trimestre fechado.

Qual o prejuízo com fraudes hoje anualmente?

Difícil estimar. Uma parte é fraude, outra, abuso. Quantas pessoas fazem exames ou vão ao pronto socorro de forma desnecessária, às vezes para pegar um atestado médico? Isso é fraude? Acho que não. É um abuso. Passar no médico, pegar o pedido para fazer cem exames, fazer os exames e não voltar para buscar os resultados e levar ao médico é fraude? Não é fraude, é uma cobertura contratual. É um desperdício. Quando juntamos tudo, e vou dar uma opinião muito particular, tem algo em torno de 15% a 20% do sinistro gerado que poderia não existir ou existir de uma forma muito mais resolutiva. Se a pessoa faz a primeira consulta, faz e pega seus exames, volta ao médico, recebe diagnóstico e inicia o tratamento, isso é um dinheiro bem investido. Vai evitar um gasto futuro relevante. O que leva, ainda dentro desse pilar de rentabilidade, a novos produtos. Temos que sair do "mais do mesmo". Nesses quase nove meses, lançamos uma quantidade grande de novos produtos, modulamos a coparticipação, reembolso. Temos o reembolso, mas não

necessariamente reembolso para qualquer procedimento. Temos uma gama ampla de laboratórios referenciados na rede. Por que o reembolso com exames tem sido hoje a maior a maior causa de reembolso dentro da operadora? Isso é no mercado como um todo. Historicamente, o maior volume de todo o reembolso pago são consultas e honorários médico-cirúrgicos. Isso se perdeu. Hoje é exame, depois terapia, consulta e honorário médico-cirúrgico. Esses novos produtos que estamos lançando estão modulando a coparticipação. Quer um reembolso de consulta? Tem. Quer fazer um exame? Não tem.

Você se referiu a outras frentes de prioridades. Quais seriam?

Focamos muito na experiência do cliente. Temos que ter a maior qualidade assistencial, o produto certo para aquele cliente. Uma rede médica mais próxima e resolutiva, além de canais de comunicação com o cliente que se comuniquem com ele na hora e na forma que ele quiser. É uma jornada longa, mas que já começou e foi reconhecida recentemente quando a SulAmérica ganhou prêmio de melhor operadora na avaliação dos consumidores [uma pesquisa feita pela revista Veja]. Em um setor que é tão crítico, dá muito orgulho. Especialmente em um ano tão desafiador. O reajuste médio está alto, superando 20%. O cliente tem que se tornar cada vez mais empoderado e responsável. Muitas vezes a relação é infantilizada. Se você perguntar para alguém da sua família, dificilmente vão saber como é a lógica de um plano de saúde. As pessoas têm dificuldade de entender a relação de causa e consequência desse consumo desordenado. Grande parte desse problema é causada por nós, que talvez não demos a informação da forma correta.

O setor de saúde suplementar teve um ano de 2022 bem desafiador com o pior desempenho econômico-financeiro desde 2001. Como mudar isso?

O setor não muda isso sozinho. O setor passa pela cadeia de saúde suplementar como um todo, pelos prestadores de serviço, médicos, hospital, laboratório, pela formação médica. As faculdades de medicina têm uma cadeira obrigatória de gestão de saúde privada? O médico sai de lá sabendo administrar seu próprio consultório e o que vai causar cada prescrição de 200 exames? Não sabe, isso não é uma cadeira obrigatória.

Também passa pelo consumidor final e empresas. Uma Febraban ou uma CNI têm que entrar mais para o jogo e entender o que é o rol de procedimentos [da ANS]. Qualquer coisa que seja arbitrada para pagamento pela agência reguladora, a operadora paga. Em um primeiro momento. Mas a operadora faz uma intermediação. No momento seguinte, vou calcular o reajuste para fazer frente ao valor que está vindo. No final do dia, os grandes pagadores são as empresas contratantes, mais de 80% dos planos privados no país. A evolução tecnológica é ótima, vamos começar a ter novas curas para coisas que não existiam. Só que tem um preço.