

Envelhecimento da população incentiva modelo de atendimento personalizado. Prevenção já é o foco principal de planos de saúde corporativos

Por Camille Bropp Cardoso

Planos de saúde focados em prevenção ainda não são realidade entre os produtos das operadoras comerciais, mas uma parte do setor de saúde suplementar tem investido no assunto – o que pode ser indício de que uma tendência está por vir. O modelo mais praticado são os planos de assistência personalizada, baseados no trabalho de equipes de medicina familiar. É a mesma lógica adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990 e por países europeus nos anos 1970.

Única federação de cooperativas que opera planos no país, a Unimed começou a vender produtos do tipo em 2012 e tem sido a principal responsável pela expansão do modelo, antes restrito a empresas de autogestão (que auto-administraram os planos de saúde dos funcionários).

No Paraná, o modelo de atendimento personalizado estreou em março, quando a cooperativa reinaugurou uma clínica específica em Curitiba. A reforma custou R\$ 400 mil e, por enquanto, apenas funcionários são atendidos. A Unimed também começou a vender em Cascavel, em caráter experimental, um plano comercial – mas preferiu não comentar preços. A perspectiva é vendê-lo em oito cidades.

A ideia do modelo é que o usuário seja atendido por uma equipe multidisciplinar de saúde. Sabedora do histórico do paciente, a equipe age para prevenir ou controlar doenças. O acesso é facilitado: o usuário pode falar com alguém da equipe quando quiser.

O formato permite ainda contornar falhas do modelo tradicional. Uma delas é o fato de que, para ter atendimento rápido, o usuário acabe empurrado para os pronto-socorros. Hospitais particulares são hoje gargalos por causa do crescimento no número de usuários de planos (7,5% desde 2012) e da falta de investimentos. O novo modelo ainda promete minimizar a peregrinação por diagnóstico e tratamentos corretos, já que a equipe poderá orientar essa busca por especialistas.

Redução de custos

Tudo isso ajuda nas contas das operadoras, que podem reduzir em cerca de 10% os custos de operação do plano em longo prazo. O trabalho preventivo e a orientação fazem cair o número de internações, exames e consultas. “Não é a finalidade do modelo, mas ele evita custos desnecessários”, reconhece o gerente de Regulação e Assistência de Saúde da Unimed Paraná, Marlus Volney de Moraes.

Segundo estatística do setor, as mais de 300 cooperativas da Unimed são hoje responsáveis por 19 milhões dos quase 51 milhões de usuários de planos médicos do país. Isso explica a preocupação da federação com o aumento de custos com novas tecnologias e com disputas judiciais, além do envelhecimento da população.

Obstáculo

Alta rotatividade de clientes desestimula mudança mais rápida

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incentiva há dez anos as operadoras a inovar no atendimento, por avaliar que o modelo tradicional terá dificuldade de se manter no futuro. Em 2013, um documento do Laboratório de Inovação em Saúde Suplementar, ligado à agência, afirmou que o setor deve enfatizar a prevenção de doenças e o controle de males crônicos, como diabetes e obesidade, para ser eficaz para o usuário e sustentável financeiramente.

Frente a isso, operadoras têm promovido programas de controle de doenças crônicas dentro dos planos tradicionais. Fora as iniciativas das cooperativas médicas, faltam produtos inovadores no ramo de medicina de grupo, que tem quase 18 milhões de clientes no país. Mesmo no caso da Unimed, a abrangência e o avanço dos planos varia muito com as regiões.

Uma explicação é que o setor ainda não vê vantagens em planos preventivos porque a rotatividade da clientela é alta. “Reajustes e preços empurram empresas e clientes [a maioria dos planos são coletivos] de um lado para o outro”, opina Denise Eloi, presidente da Unidas, que representa empresas de autogestão. Assim, mesmo a perspectiva de retorno financeiro em longo prazo (cinco a dez anos) fica menos otimista. “Por isso a autogestão investiu mais cedo, a rotatividade é baixa. Mas as operadoras terão que fazer essa opção, até pela mudança no perfil da população”, diz ela.

Incentivos

Em nota, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) ressaltou que incentiva modelos preventivos, mas os investimentos necessários são altos. A entidade sugere linhas de financiamento específicas e cargas tributárias diferenciadas. Já a Fenasaúde, que representa as maiores operadoras, preferiu não participar da reportagem.

Fonte: [Gazeta do Povo](#), em 19.11.2014.