

Entre agosto e outubro de 2016, a população desempregada somou 12 milhões de pessoas, um aumento de 33,9% em comparação ao mesmo trimestre de 2015 e o maior índice de toda a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), que teve início em 2012. Nesse cenário, mais de 1,5 milhão de brasileiros deixou de ter planos de saúde nos últimos 12 meses, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Das 49 milhões de pessoas que possuem planos de saúde no Brasil, 75% são beneficiárias de planos empresariais segundo a agência. Com a crise econômica e o aumento do desemprego verificados em 2016, mais pessoas deixaram de ter o benefício, movimento que afetou diretamente as finanças das operadoras de saúde.

Depois de um ano difícil, [reorganizar as contas](#) e não “tomar sustos” em 2017 e nos próximos depende de uma atividade crucial: controlar custos. Contudo, isso não passa por estreitar ainda mais o cerco para concessão de procedimentos aos beneficiários, mas, sim, por otimizar a gestão, de forma a deixá-la mais inteligente e focada no objetivo-fim de todas as entidades de saúde: garantir a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Veja, abaixo, duas sugestões.

\$11 Abordagem inteligente

O mercado encara, hoje, as operadoras como meras pagadoras de eventos assistenciais. Mas a relação pode ser muito mais próxima, posicionando a operadora de saúde de forma proativa na prevenção de eventos adversos. Por mais que um usuário que paga a mensalidade do plano mas nunca utiliza os procedimentos possa parecer “um bom cliente” do ponto de vista financeiro, pode se tornar altamente custoso no futuro. Alguém propenso a desenvolver uma doença cardíaca, por exemplo, deve ser tratado de maneira preventiva com nutricionista, cardiologista e outros especialistas para evitar a necessidade de uma cirurgia, altamente cara e invasiva, no futuro. Dessa maneira, cabe às operadoras de saúde utilizarem os dados que possui de seus beneficiários para incentivar um acompanhamento responsável da saúde.

\$1 Big Data como aliado

Uma abordagem ainda pouco utilizada pelas operadoras de saúde e que pode ajudar nesse momento de crise é a medicina preditiva. Com ajuda de tecnologias de analytics e Big Data que façam uma varredura nos protocolos médicos e histórico do paciente, a organização consegue identificar a probabilidade de o beneficiário contrair uma doença em um determinado período de tempo. A ideia aqui é capturar os resultados dos exames e fornecer às pessoas uma análise individual: seria um ponto além do item anterior, com a tecnologia sendo aliada na gestão individual dos beneficiários, com o objetivo, sempre, de reduzir intercorrências – o que gera menos custo e mais qualidade de vida aos clientes.

Fonte: [Saúde Business](#), em 20.01.2017.