

As empresas brasileiras vão ter que rever seu modelo de gestão em saúde muito em breve. O mercado tradicional de operadoras de saúde brasileiro tende a enfrentar um grande desafio em poucos anos. Pressionado pelo modelo de gerenciamento instituído no país, os planos possivelmente irão se tornar ineficientes e inadimplentes. De acordo com o padrão atual, o modelo privilegia o atendimento em especialistas focais, enquanto que o ideal seria o atendimento por médicos generalistas com o conceito da medicina de família, a exemplo do que já vem fazendo o SUS e algumas operadoras de planos individuais. Mas se esta revolução já chegou à saúde pública por meio dos Sistema Único de Saúde e a uma parte do mercado privado, no segmento empresarial o movimento ainda é tímido com relação ao volume de segurados. De acordo com a pesquisa da Agência Nacional de Saúde (ANS), realizada em janeiro de 2018, atualmente o país conta com um total de cerca de 47,4 milhões de beneficiários conveniados aos planos de saúde. Deste total, 31,66 milhões são beneficiários de planos empresariais. Inclusive vale destacar o crescimento desta base, que em janeiro de 2017 era de 31,33 milhões de usuários.

Para se ter uma ideia da extensão do problema, segundo dados da Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), a evolução das despesas com saúde não acompanha a capacidade de pagamento da população. Se comparada com a inflação, a variação desses gastos vem aumentando continuamente nos últimos anos. Entre 2008 e 2016, o IPCA variou 65,2% contra custos na ordem de 142,8% – medido pelas despesas assistenciais per capita médico-hospitalares. Nesse período, o reajuste autorizado pela ANS foi de 104,2%. Este passivo não encontra um ponto de equilíbrio e para as empresas contratantes de planos de saúde isto é uma preocupação extra, uma vez que, na maioria delas, o plano de saúde de seus funcionários representa a segunda maior despesa com pessoal, perdendo apenas para a folha de pagamento.

De acordo com especialistas deste mercado, a empresa brasileira tem uma taxa de sinistralidade muito elevada, o que dificulta a administração deste passivo. A sinistralidade trata-se de um indicador financeiro que reflete a relação entre os sinistros pagos e o valor do prêmio. Em outras palavras, é um indicador que prova se o contrato ainda está compensando financeiramente para as partes. Ou seja: se o valor pago como mensalidade é justo e mantém a relação contratual financeiramente equilibrada, considerando os sinistros pagos. “Atualmente a taxa média deste indicativo nas empresas do país gira em torno de 70%, o que gera um reajuste mínimo de 15% no valor da mensalidade”, afirma o Dr. Alexandre Berger, CEO do Imtep. Líder de mercado no segmento de saúde empresarial no país, o Imtep fez um estudo detalhado sobre a viabilidade de implantação de um sistema similar ao conceito da medicina de família nas empresas. “As vantagens são inúmeras, a começar pelo bem-estar do trabalhador que se sentirá mais acolhido pelo médico que já conhece seu histórico de saúde”, reitera Berger.

Mas os benefícios vão muito além da satisfação do funcionário. Para se ter uma ideia, segundo projeções do Imtep, a implantação desta eficaz ferramenta de gestão de saúde empresarial tende a aumentar, significativamente, a produtividade do colaborador ao longo do tempo. Além disto, a redução de custos e o ganho financeiro para a empresa são expressivos. “Estamos nos antecipando ao mercado e apostamos que esta é alternativa ideal para o desafio da evolução das despesas de saúde nas empresas”, garante Berger.

O Programa

Atuando há 25 anos no mercado corporativo com gestão de saúde, o Imtep disponibiliza uma eficiente metodologia neste segmento, cujos resultados asseguram economia e aumento de produtividade nas empresas. Denominado Núcleo de Atenção Primária (NAP), o programa consiste em uma abordagem estruturada e organizada dos serviços de tratamento de saúde, no qual se prioriza a prevenção das doenças por meio de orientação, acompanhamento sistêmico, diagnóstico precoce, entre outros. “Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 85% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos por meio de um programa de atenção primária. “Baseados neste índice e em dados comprovados por outras pesquisas do mercado, propomos às empresas a implantação do conceito da medicina de família através dos atributos da

atenção primária por meio da capacitação das equipes de saúde das empresas”, afirma a Dra. Aline Pasiani, médica responsável pela metodologia científica do projeto.

Por meio deste sistema de saúde centrado no colaborador, o ambulatório passa a coordenar o cuidado de cada indivíduo, dando prioridade ao vínculo e ao acolhimento, somente encaminhando aos médicos especialistas quando necessário. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), corporações que possuem programas internos de gestão de saúde reduzem em até 30% as despesas com tratamentos médicos e absenteísmo. Porém, para funcionar plenamente, o Núcleo de Atenção Primária (NAP) exige um planejamento estratégico devidamente estruturado e que respeite algumas etapas fundamentais para o êxito do projeto. Algumas delas consistem em implantação de protocolos estruturados, capacitação das equipes multidisciplinares, estudo de saúde da população de colaboradores, software para suporte tecnológico para integração de dados de saúde, entre outras.

De acordo com Pasiani, os benefícios para os funcionários e para empresa são expressivos “Para se ter uma ideia, dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, apontam que este tipo de sistema similar pode trazer um índice de resolutividade de até 90%. Além disto, segundo pesquisas do mercado, também é possível uma redução de até 29% nas internações, 51% nas consultas de urgência, 27% na redução anual de exames e 12,5% o custo per capita de exame”, enfatiza ela.

Fonte: [Diário Comércio Indústria & Serviços](#), em 19.06.2018.