

Benefício em dobro

Gerenciar pacientes crônicos traz bons resultados para a saúde do colaborador e para o caixa das empresas

Por Dum De Lucca

O conceito de gestão de doenças crônicas é algo novo no Brasil e visa acompanhar pessoas que têm algum problema crônico de saúde. Ou seja, doenças que uma vez instaladas representam uma ameaça constante. Para controlá-las, o paciente precisa aprender a conviver com elas, ir ao médico periodicamente, fazer exames e tomar remédios de uso contínuo. É o caso da diabetes, pressão alta, obesidade e doenças cardíacas e pulmonares. Segundo Graziela Lanzare, coordenadora médica do Programa de Gestão de Doenças Crônicas (GDC) do Laboratório Fleury, a principal meta do tratamento e do gerenciamento desses pacientes é motivar e conscientizar essas pessoas a se cuidarem melhor para terem uma boa qualidade de vida. "Apesar de cada empresa poder usar esse serviço ao seu modo de escolha, a maneira mais comum é via telefone. O atendimento é feito por enfermeiras com formação multidisciplinar, que ajudam a motivar profissionais que têm

dificuldade de lidar com o controle da doença no dia a dia", diz. Graziela explica que o foco do programa do Fleury são as doenças mais comuns e que têm um peso maior no custo saúde para as empresas. O laboratório realiza esse trabalho tanto com as operadoras de saúde quanto diretamente com as organizações. As contratantes oferecem esse programa, conta a médica, como um benefício para seus colaboradores e seus dependentes. Isso significa que, nos planos corporativos familiares de saúde, muitas vezes o doente é um familiar do funcionário. "O retorno que temos é muito bom. A pessoa que participa enxerga o procedimento como um grande benefício. A enfermeira não liga para dar bronca ou assustar. A abordagem é positiva, gostosa, e dá dicas de como o doente pode se comportar melhor", comenta. Um aspecto relevante é o alinhamento entre a orientação ao paciente e suas metas profissionais. A enfermeira tenta linkar os objetivos de saúde com os objetivos

maiores da pessoa. Nesse momento, entra a confidencialidade. Os profissionais de RH, relata a médica, recebem relatórios consolidados de quantas pessoas são tratadas, quais são as patologias e qual o custo delas, sem identificar quem é quem. A única pessoa que tem acesso ao prontuário do paciente é o médico. "Os gestores de RH não têm acesso aos dados por uma questão de privacidade. Sabem qual o status dos pacientes de forma geral, mas não de um indivíduo", ressalta. Cada empresa tem a sua necessidade e os contratos podem variar de acordo com o business.

A Lincx Sistemas de Saúde, desde o final de 2008, presta esse tipo de serviço em parceria com o Fleury. Silvio Corrêa da Fonseca, presidente da operadora, relata que por meio de uma solução integrada, o Programa Lincx Cuidando de Sua Saúde leva aos beneficiários do plano a oportunidade de receber o acompanhamento de uma equipe de enfermeiras do Fleury, tendo, assim, suporte ao tratamento indicado pelos médicos



Fonseca, da Lincx:

uma das estratégias principais para baixar custos dos planos é a prevenção

credenciados. Fonseca explica que o conceito dessa solução foi trazido dos EUA, por meio de uma parceria entre o Fleury e a Healthways, líder na oferta de programas de gestão de doenças, com cerca de três milhões de beneficiários em acompanhamento, e com resultados comprovados. Entre as ações previstas na gestão de doenças crônicas estão as sugestões de mudanças no estilo de vida de cada paciente. "Essa parceria já apresenta resultados, como a melhora na qualidade de vida dos nossos clientes, que passaram a controlar muito melhor a pressão arterial e as taxas de glicose, por exemplo," diz o presidente. Além de proporcionar bem-estar e maior qualidade de vida aos clientes Linx, o programa, segundo o presidente, traz benefícios na redução de custos com internações. "Os valores da medicina no Brasil são altíssimos, o que torna os planos de saúde individuais e familiares inacessíveis para a maior parte da população. Uma das estratégias para baixar esses custos é a prevenção", destaca Fonseca. Quando se cuida do cliente, se humaniza o atendimento, a resposta vem de várias formas. Uma delas é a redução no número de internações. Hoje, esses procedimentos correspondem a 53% dos custos de um plano de saúde. "Só há pontos positivos no gerenciamento de doentes crônicos. A satisfação e a alegria do nosso cliente em ter um atendimento de qualidade, que vai resultar em controle da sua doença crônica, evitando idas a pronto socorro e internações, não tem preço." Paulo René Soares, presidente executivo da Associação Beneficente dos Empregados em Telecomunicações (Abet), tem dados consistentes de como gerenciar



Graziela, do Fleury:

motivar e conscientizar as pessoas a se cuidarem da melhor forma possível

doentes crônicos faz bem às empresas. Ele conta que desde que a entidade começou a administrar a saúde de seus associados, detectou que determinadas pessoas requeriam uma atenção maior. "Nossa atuação em promover a saúde e a qualidade de vida estabeleceu um plano para atender pessoas portadoras de doenças crônicas. Essa estratégia veio ao encontro da cultura da associação, que é valorizar o ser humano, e com as ações do Ministério da Saúde." O programa de monitoramento da entidade é destinado aos 50 mil beneficiários de planos de saúde das empresas de telecomunicação. A gerente de promoção à saúde da Abet, Neusa Pellizer, explica que desde 2004 os resultados são mensurados anualmente pelas operadoras de saúde juntamente com o RH das empresas. "O ROI de 2009 variou de 1% a até 4,5%, mas mesmo os grupos que obtiveram 1% foram positivos, pois se evitou que os custos com saúde caminhassem para uma evolução sem controle. Por meio do ROI, as companhias têm o número real do retorno do seu investimento e uma projeção da economia feita", comenta. Para este ano, diz Neusa, a projeção

de economia das empresas (aferindo-se o período de 2008 até o atual) é da ordem de 3 milhões de reais, com base no custo real após o monitoramento e nos preços de mercado. Vale dizer que a mensuração é realizada em um grupo monitorado de 330 pessoas que participaram durante 12 meses do programa. Seguindo a linha de tendência natural de evolução da saúde dessas pessoas, e dos custos reais médicos, essa será a economia que o grupo gerou para as operadoras. "Podemos dividir essa cifra em 2 milhões de reais para o plano família e 1,4 milhão de reais para o plano empresa", explica. Neusa conta que as enfermidades mais comuns entre os trabalhadores de telecomunicações não fogem do padrão: hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, doenças cardiovasculares e pulmonares, obesidade e as ligadas ao tabagismo. O sistema de monitoramento de pacientes crônicos realizado pela Abet começou a ser feito por telefone e de forma presencial a partir de 2004. Antes disso, desde 1990, a entidade monitora todos os funcionários acima de 40 anos da Telefonica, independentemente de o indivíduo ter ou não uma doença crônica. Segundo Neusa, a aceitação dos programas por parte dos monitorados é muito boa. "O nível de satisfação dos doentes é de 94%, e o das empresas, de quase 100%." Escolher uma empresa idônea, que já tenha uma posição de resultados comprovada, com um contrato bem definido e uma metodologia de mensuração estruturada e clara, é o que aconselha Neusa aos RHs que quiserem monitorar seus doentes crônicos. "Por outro lado, a operadora tem de ter uma base de dados densa para produzir resultados", conclui. ■

Assistência enferma

Da simples indução ao erro até as práticas de estelionato, fraudes nos planos de assistência médica comprometem todo o sistema e oneram o bolso de quem paga a conta pelos serviços prestados

Por Udo Simons

Em 26 de fevereiro de 2010, o estado de Nova York publicou o Relatório Anual/2009 de seu Insurance Department (Departamento de Seguros) sobre investigação e combate à fraude no sistema de assistência médica estadual. As estatísticas reveladas impressionam. Voltaram aos cofres públicos 12 milhões de dólares. Outros 124 mil dólares foram pagos em multas. Esses valores foram restituídos pela prática ilícita de prestadores de serviço médico e hospitalar. Houve, ainda, a prisão de 157 pessoas. Um dos destaques se deu pelo processo judicial movido contra um podólogo, do condado de Monroe, acusado de forjar tratamentos cirúrgicos. Ele teria, segundo a acusação, desviado 750 mil dólares. Se condenado, pegará 10 anos de prisão.

O resumo do resultado apresentado remete apenas a 2009 e ao estado de Nova York. Quando entram em cena as estatísticas nacionais norte-americanas de combate à fraude em assistência médica do The National Health Care Anti-Fraud Association (Associação Nacional Antifraude de Assistência Médica), os números vão para a estratosfera. A associação estima, conservadoramente, que os custos das fraudes são de 70 bilhões de dólares por ano, entre a oferta pública e privada da assistência. Ressalte-se, a estimativa é conservadora, pois nem todos os desvios são identificados. Ao sul do hemisfério americano, a realidade é outra. No Brasil, não há um organismo público ou entidade privada que desempenhe o trabalho de combate às fraudes como acontece nos EUA, que organizaram uma força tarefa

conjunta entre FBI (a polícia federal deles), prestadores de serviços médicos, seguradoras, operadoras, governos federal, municipais e suas polícias. O Ministério Público investiga denúncias, mas sua ação é pontual. A inexistência de uma instância tão abrangente no combate aos desvios na assistência médica não significa que não ocorram práticas ilícitas nesse setor no Brasil, em âmbito público ou corporativo. Não há distinção de segmento para a fraude. Há décadas, persistem na mídia escândalos envolvendo irregularidades na área. Os mais frequentes são apontados na área pública como contratação irregular de serviço de transporte (ambulâncias) ou falsos diagnósticos. Na área privada, ainda periférica no aparecimento dos casos, as informações sobre o

assunto são tratadas de forma mais sigilosa por cada envolvido, e o mercado ainda não se organizou para agir, em conjunto.

“A fraude começa desde o assistido, que pode cometer ato de falsidade ideológica”, comenta o presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Arlindo de Almeida. Segundo ele, duas áreas com histórico elevado de casos de irregularidades são a de pediatria e a de OPME [Órteses, Próteses e Material Especial].

Na área pediátrica, certos procedimentos comuns ao atendimento, como a consulta, são difíceis de controlar, como explica Almeida. “As carteiras dos planos não possuem fotos. Muitas vezes, por solidariedade, um segurado pode emprestar seus documentos para ajudar alguém que esteja com uma criança enferma”, relata. Já na OPME a situação é mais complexa. “Tratamentos nesse campo envolvem materiais de alto custo, especiais. É muito difícil comprovar que, de fato, foi utilizado todo o material descrito durante a cirurgia”, pontua o presidente. Um exemplo disso é a colocação de pinos em pacientes com problemas na coluna: durante a cirurgia, pode-se ter usado cinco pinos e no registro dessa operação ser indicada a utilização de oito. “Como verificar a autenticidade da informação? Seria necessária uma auditoria no momento da cirurgia, uma ação inviável”, comenta.

As mais comuns

Algumas das fraudes mais recorrentes são empréstimo da carteira pessoal do seguro ou plano de saúde para uso de terceiros; declaração de sinistro diferente do ocorrido; falsificação de documentos ou provas para

conseguir ressarcimento indevido ou em benefício de terceiros; falsas declarações ou omissões de situações de agravamento de risco preexistentes; e superfaturamento de remédios e materiais médicos. E partindo do ponto de que o sistema de assistência médica é composto basicamente por três partes –

Médicas, Autogestão Atendimento e Seguradora. Essas são as principais categorias do mercado. O consultor sênior na área de saúde da Towers Watson, Ricardo Lobão, reafirma que no Brasil não há estatísticas gerais de fraudes no sistema. “É o que seria uma fraude? Quebra de valor do recibo,

Combater as fraudes aplicadas ao uso dos planos de assistência médica é uma das ações que ajudam as empresas a manter o custo do benefício em dia

segurado, operadora e prestadores de serviço (hospitais e médicos) –, um fator importantíssimo é a ação humana. É preciso contar com a idoneidade de todos os envolvidos no processo. Outro fator decisivo é o custo. Assistência médica não é barata e tal condição não é prerrogativa apenas do Brasil. Em todo o mundo, cuidar da saúde envolve altas somas de dinheiro. “E as fraudes só oneram o sistema”, pondera Almeida. Por isso, quando uma empresa oferece aos seus colaboradores planos de assistência médica, adotar alguns procedimentos é uma ação relevante para evitar ou, pelo menos, minorar o uso indevido desse benefício. As corporações de forma geral contratam especialistas no ramo. Nesse momento, o que está em jogo é um negócio. E, como tal, o mercado oferece opções. É preciso analisar com cuidado a oferta do serviço. Há modelos específicos de implantação do benefício, que se dividem, prioritariamente, em Medicina de Grupo, Cooperativas

sim. A colocação, pelos prestadores do serviço, de mais procedimentos do que os de fato, realizados, sim. É uma questão sensível”, pondera o consultor. Para ele, o país está acostumado com a impunidade. “É um hábito perdoável pela maioria das pessoas. É como diz a expressão: ‘Se todo mundo faz...’”, reflete. Ele vê, ainda, o modelo *fee for service*, pagamento por produção do serviço prestado, como alavanca para possíveis contratempos. “Essa maneira de negócio, no qual os prestadores de serviços ganham pelo maior número de atendimentos realizados, pode gerar irregularidades”, completa. Algumas operadoras, cientes dos problemas, expõem dados relevantes sobre a situação em seus canais externos de comunicação. A Golden Cross, por exemplo, em seu site disponibiliza material explicativo para justificar certos comportamentos de mercado – afinal, nem todos sabem ou acompanham a escalada da inflação médica. Uma

pesquisa realizada pela Towers Watson aponta que, entre 2004 e 2008, a inflação acumulada com os custos de saúde chegou a 67,64%, média anual de 10,90% (veja *boxe ao lado*). Segundo informações da Golden Cross, os dados refletidos pela pesquisa da Towers Watson traduzem um cenário que “chega a comprometer o negócio principal de algumas empresas”. Para eles, os principais fatores de crescimento dos custos de saúde são resultado das novas tecnologias; material e medicamento; demanda reprimida; regulamentação do setor; envelhecimento da população; e mudança do quadro de morbidade. Ou seja, um conjunto de situações propícias a descaminhos. “A insatisfação, seja do usuário, seja da rede referenciada, ou, até mesmo, da operadora, acaba por abrir espaço para fraudes”, enfatizam.

Estelionato

Pela legislação vigente no país, fraude equivale a estelionato. O Código Penal a enquadra no artigo 171 – obtenção para si ou outrem de vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil. As penas variam de um a cinco anos, com multa. “Deveria ser um princípio da empresa que oferece o benefício, que qualquer fraude seja passível de cancelamento do plano do funcionário”, afirma o presidente da Lincx Sistema de Saúde, Silvio Corrêa da Fonseca. Isso porque, para ele, esse perfil de cliente lesa a empresa na qual trabalha, com o aumento na sinistralidade e, conseqüentemente, reajuste no

valor do benefício. Fonseca, contudo, reconhece que o mercado de seguros, como uma categoria, faz “pouca coisa” para combater os desvios. “A saúde suplementar deveria atuar em conjunto e criar um sistema ou entidade que funcionasse com cadastro negativo, evitando que o fraudador não adquira novo produto dentro do segmento. Para isso, é preciso uma união maior entre as operadoras”, completa. Na Lincxs, segundo Fonseca, o percentual do prejuízo decorrente de fraudes gira em torno de 1,5% do custo médico. “Menor quando comparado ao segmento de planos de saúde, ao redor de 2,5%”, diz.

De acordo com as estatísticas da ANS, o Brasil possui 1.502 operadoras de planos privados de saúde, que atendem a 56 milhões de beneficiários (planos de saúde e odontológicos). O sistema movimentou quase 67 bilhões de reais. Ao destacar um modelo de atuação, é possível reafirmar a grandeza das movimentações financeiras e necessidades de instrumentos e instâncias administrativas para evitar descaminhos no setor. A Abramge indica, em suas estatísticas, há 593 operadoras de medicina de grupo, que atendem a 19 milhões de pessoas no país. Em relação às empresas ofertantes desse benefício aos seus colaboradores, existem, no país, 52 mil cadastradas pela associação, atendendo a um universo de 15,1 milhões de pessoas. Em 2009, o número registrado de consultas médicas, neste ambiente, foi de 111,15 milhões; e o de internação hospitalar, 3,61 milhões. O beneficiário da assistência custa anualmente, em média, 1.071 reais.

Por mês, 89,25 reais. O sistema, de medicina de grupo, movimentou ano passado 20,4 bilhões de reais.

Dragão da saúde

Pesquisa mostra que inflação médica chega à média de 10,9% ao ano

A Pesquisa 2009 de Planos de Benefícios no Brasil, da consultoria especializada na área Towers Watson, aponta que, entre 2004 e 2008, a inflação acumulada com os custos de saúde chegou a 67,64%, média anual de 10,90%. E o comprometimento da folha de pagamento das empresas com despesas relativas ao custo de assistência médica foi de 8,16%, em 2008. Estes índices são elaborados em comparação aos resultados do INPC, IPCA e Índices da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) do período. A consultoria pesquisou 262 empresas nacionais e multinacionais de diversos segmentos de mercado; e examinou dez dos principais benefícios oferecidos aos empregados no Brasil. Entre outros destaques dos resultados, os planos de saúde aparecem como oferta de 100% das empresas aos colaboradores e as seguradoras aparecem como o modelo mais frequente de operadora, 32%. O padrão de plano de saúde básico é o mais oferecido 36%, seguido do intermediário – 35%. Em 55% das empresas houve aumento no custo do benefício. A grande maioria das empresas (86%) compartilha os valores do plano de saúde com os funcionários – 87% para a empresa, 13% para o colaborador. ■