

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
INSTITUTO SUPERIOR DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA
MBA GESTÃO ESTRATÉGICA DE EMPRESAS

PATRÍCIA VANALI

**MODELO ASSISTENCIAL GATEKEEPER APLICADO
AO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM**

CURITIBA

2016

PATRÍCIA VANALI

**MODELO ASSISTENCIAL GATEKEEPER APLICADO
AO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de MBA em Gestão Estratégica em Empresas no Instituto Superior de Administração e Economia / Fundação Getúlio Vargas.

Orientador: Augusto C. Dalla Vecchia

CURITIBA

2016

RESUMO

Os administradores de Operadoras de Plano de Saúde enfrentam o grande desafio de equilibrar econômica e financeiramente um negócio inserido num ambiente complexo e bem fiscalizado, com uma regulamentação rígida e uma classe consumidora que necessita de melhores orientações quanto à utilização dos serviços. Este trabalho caracteriza-se como um estudo de caso que aborda questões pertinentes a saúde suplementar, buscando referenciar através do modelo Gatekeeper (médico da família) um panorama de atendimento médico, eficaz e economicamente viável. Um dos principais diferenciais deste modelo está na prevenção, no tratamento e na promoção da saúde por meio de um plano de cuidado desenvolvido especialmente para cada paciente. Com o cuidado e o acompanhamento mais próximo, o médico pode orientar sobre a prevenção ou tratamento de doenças hereditárias e incentivar a adoção de atitudes voltadas para a qualidade de vida reduzindo significativamente os custos e a sinistralidade.

Palavras Chave: Saúde Suplementar, Gatekeeper, Prevenção, Custos, Sinistralidade.

ABSTRACT

Health Plan Operators administrators face the challenge of balancing economic and financially an embedded business in a complex environment and well supervised, with strict regulations and a consumer class that needs better guidance on the use of services. This work is characterized as a case study that addresses issues pertaining to health insurance, seeking reference through the Gatekeeper model (family doctor) medical care panorama, effective and economically viable. One of the main advantages of this model is in prevention, treatment and health promotion through a care plan specifically designed for each patient. With caution and close monitoring, the doctor can advise on the prevention or treatment of hereditary diseases and encourage the adoption of attitudes focused on the quality of life significantly reducing costs and claims.

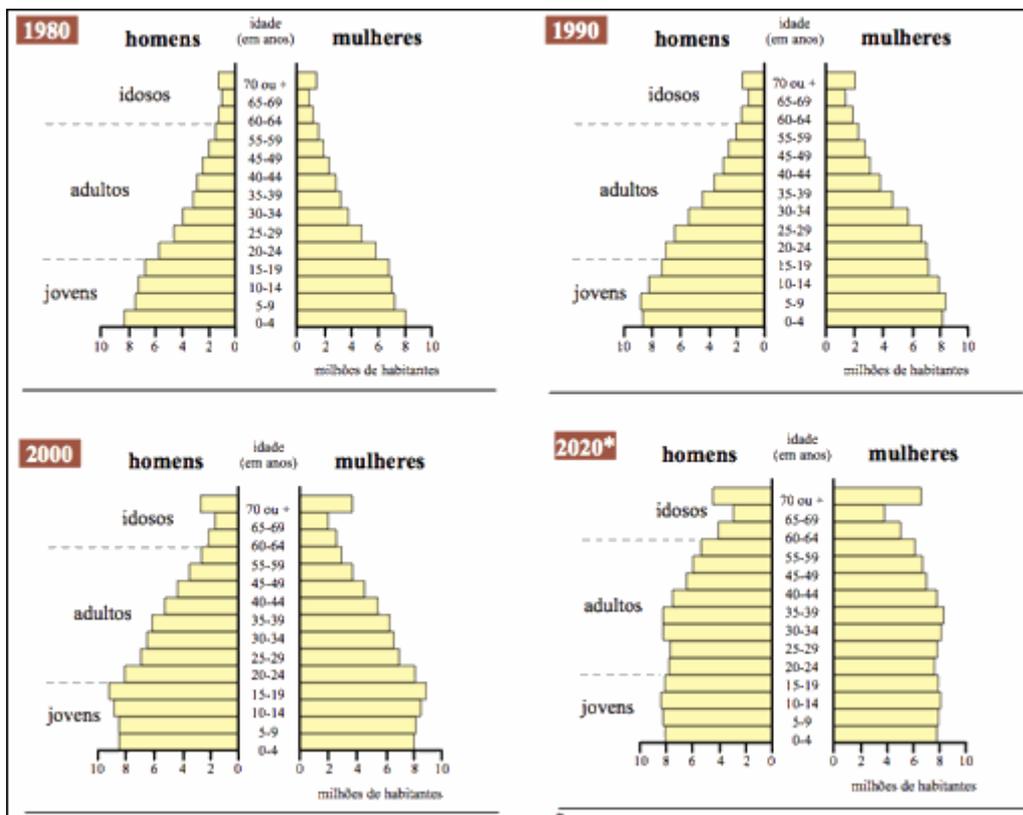
Keywords: Health Insurance, Gatekeeper, Prevention, Costs, Accident.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	METODOLOGIA	4
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
3.1.	A SAUDE SUPLEMENTAR E SUA REGULAÇÃO	4
3.2.	O CRESCIMENTO DA SAUDE SUPLEMENTAR.....	7
3.3.	OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR	8
3.4.	A SINISTRALIDADE CRESCENTE NO SISTEMA DE SAÚDE	10
3.5.	MODELO GATEKEEPER APLICADO À SAÚDE	12
4.	CLINIPAM	17
5.	PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM GATEKEEPER	18
5.1.	MOTIVOS PARA UMA OPERADORA DE SAÚDE INVESTIR EM UM PLANO EMPRESARIAL NO MODELO GATEKEEPER	18
5.1.1.	Gestão racional dos recursos	18
5.1.2.	Prevenção e controle efetivo das doenças crônicas	19
5.1.3.	Desospitalização do sistema	21
5.1.4.	Redução da sinistralidade	22
5.2.	PRINCIPAIS VANTAGENS QUE O MODELO GATEKEEPER PODERÁ OFERECER AS EMPRESAS CLIENTES.....	23
5.2.1.	Redução de custos e controle da sinistralidade	23
5.2.2.	Preço competitivo	24
5.2.3.	Melhora na qualidade de vida do colaborador	25
5.2.4.	Redução de absenteísmo	27
5.2.5.	Solução para o presenteísmo	27
5.2.6.	Atendimento humanizado para conquistar a satisfação	28
5.3.	ESTRUTURA FUNCIONAL DO PLANO NO MODELO GATEKEEPER CLINIPAM	29
5.3.1.	Atributos fundamentais do Modelo Gatekeeper Clinipam	30
5.3.2.	Diferenciais do modelo	32
6.	RESULTADOS ESPERADOS COM O LANÇAMENTO DO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM NO MODELO GATEKEEPER	33
7.	CONCLUSÃO	33
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. INTRODUÇÃO

Projeções apontam que o Brasil terá 65 milhões de idosos em 2050, o que equivale à população de mais de cinco cidades de São Paulo. Estimativas com base em estudos do Banco Mundial (BIRD) mostram que o Brasil envelhece mais aceleradamente que as nações mais ricas. Porém os países desenvolvidos ficaram ricos antes de envelhecer (CORIOLANO, 2015). Diante dessa perspectiva, o que fazer para garantir a continuidade do acesso pelos cidadãos aos serviços essenciais no atendimento à saúde, área com procedimentos caros e que envolve questões de alta complexidade, é necessário mudar estratégias no setor público e privado promovendo uma reforma regulatória, de imediato, considerando a mesma urgência com que se clama pelas reformas tributária, judiciária e política. As pressões vêm de todos os lados. Para citar uma delas, a rápida europeização da pirâmide etária brasileira já é uma evidência: na França, mais de 100 anos se passaram para que a porcentagem de idosos aumentasse de 7% para 14%; no Brasil, o mesmo caminho foi percorrido em apenas 20 anos.



http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

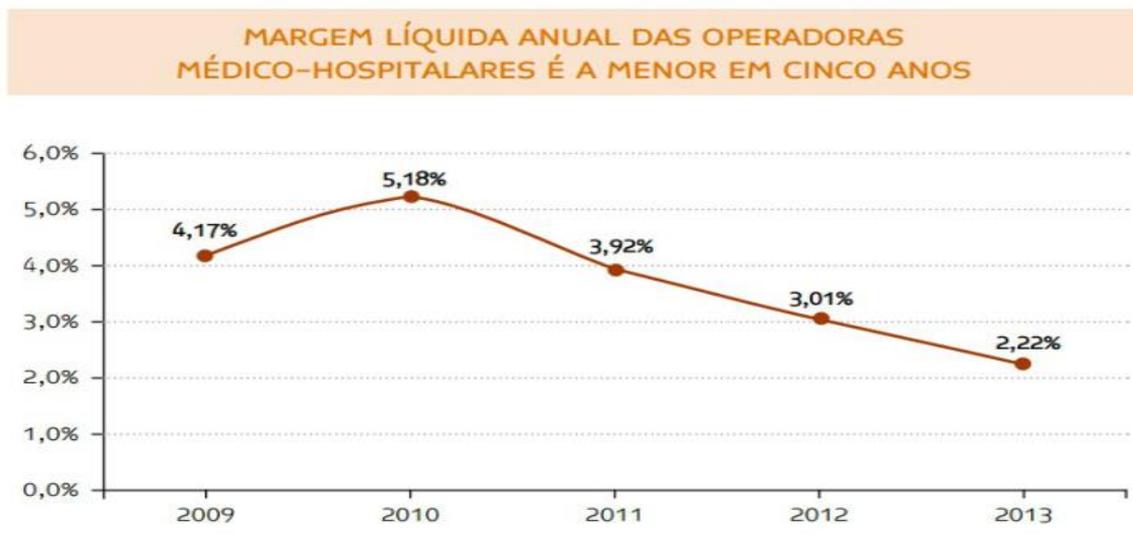
Somando-se a isso o fato de que os gastos com assistência à saúde tendem a crescer em ritmo acelerado, há razão suficiente para preocupações. De acordo com Coriolano (2015) em 2013, as despesas assistenciais entre as associadas à Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde) totalizaram R\$ 35,7 bilhões – alta de 16,1%, em relação ao ano anterior. No Brasil, os custos avançam 18% ao ano; nos Estados Unidos, o chamado “Primeiro Mundo”, 5%. Muito se cobra do setor privado de saúde – qualidade e prazos no atendimento, soluções médicas, acesso aos melhores tratamentos, preços pagáveis, um direito inalienável do cidadão-beneficiário do plano, que é provedor financeiro da área, por meio do pagamento das mensalidades.

Os planos de saúde são responsáveis por 90% do movimento em hospitais. O setor privado gira mais de R\$ 100 bilhões ao ano, com uso intensivo de mão de obra. Outro dado é que o crescimento registrado nas duas últimas décadas estimulou os empresários, mesmo os pequenos, a qualificar a gestão dos recursos humanos, fazendo da oferta de planos uma moeda forte para reter trabalhadores. Atualmente, 25,9% da população brasileira têm planos médicos e 10,7% são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos – ao todo, 71 milhões de brasileiros estão cobertos pelo segmento que suplementa o atendimento público em saúde. Com base em informações de dezembro de 2013, o percentual de brasileiros com mais de 80 anos beneficiando-se de planos ou seguros de saúde é de 32,4%. Em 2003, a taxa era de 25,2%. (FENASAÚDE, 2015).

A entrega de serviços em saúde também deve ser analisada para contextualizar o objetivo deste trabalho. Segundo Coriolano (2015) o Sistema Único de Saúde (SUS), mantido com a contribuição compulsória dos brasileiros, realizou, em 2012, 4,5 ressonâncias nucleares magnéticas e 18,4 tomografias computadorizadas por grupo de mil habitantes. O número de consultas per capita, no SUS, foi de 3,5. Já a saúde suplementar realizou, no mesmo ano, 90,4 ressonâncias nucleares magnéticas e 95,4 tomografias computadorizadas por mil habitantes. No setor privado, as consultas per capita alcançaram 5,6 – dados que, em muitos casos, aproximam-se e até superam os de países desenvolvidos.

Além das transições demográfica e etária, as mudanças epidemiológica e tecnológica são grandes desafios para a saúde no Brasil. Passam a prevalecer doenças crônicas, o que eleva custos de tratamentos médicos e com internações. (FENASAÚDE, 2015). Apesar disso, é lenta a reação da sociedade e dos poderes constituídos para colocar em prática as medidas e reformas fundamentais à sustentabilidade da saúde suplementar.

Quem tem o dever de se responsabilizar – agentes privados, órgão regulador e governo – resistem em reconhecer as falhas e parecem aguardar soluções mágicas. Só que isso não vai acontecer. Para Coriolano (2015) existem ainda mais argumentos para acelerar as mudanças, vamos a eles: a chamada inflação médica não obedece à dinâmica dos índices que medem a desvalorização do poder de compra. Ao contrário, o “Dragão da Saúde Suplementar” tem apetite muito maior, uma vez que, além de refletir a expansão nos preços, resulta também da incorporação tecnológica e do aumento da frequência no uso dos recursos disponíveis para assistência médica. Cabe esclarecer que a alta contínua das despesas com assistência à saúde não é um fenômeno local. É empreitada universal que requer grande esforço das autoridades regulatórias, de agentes de saúde, governos e das operadoras de saúde privadas, para que os sistemas que suplementam o atendimento médico sejam economicamente viáveis.



Nota: Os valores referem-se a operadoras ativas na data da extração dos dados.
Fonte: DIOPS/ANS/MS – 15/05/2014.

Este projeto vem propor a implantação de um produto no portfólio de planos empresariais da Operadora Clinipam baseado no **modelo Gatekeeper** (médico porteiro ou da família) para tornar-se uma opção a alta sinistralidade e aos altos valores das mensalidades dos planos de saúde atuais.

Como objetivos específicos, devemos considerar:

1. Analisar quais os motivos que levariam a operadora Clinipam Assistência Médica a investir em um plano de saúde empresarial no modelo Gatekeeper;
2. Ressaltar quais serão as principais vantagens que o plano no modelo Gatekeeper poderá oferecer aos clientes;
3. Pontuar quais serão os resultados esperados com o lançamento do plano de saúde empresarial Clinipam no modelo Gatekeeper.

2. METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de caso que aborda questões pertinentes a promoção à saúde e a saúde suplementar. Buscando referenciar através do modelo Gatekeeper (médico da família) um panorama de atendimento médico, eficaz e economicamente viável.

Na coleta de dados foram utilizados artigos, autores especializados e informações complementares veiculadas na internet por entidades do setor - focando preferencialmente em questões pertinentes a utilização do modelo Gatekeeper na promoção de saúde inteligente.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. A SAUDE SUPLEMENTAR E SUA REGULAÇÃO

A expressão “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”, garantiu ao cidadão brasileiro, nos termos do artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e trouxe

mudanças ao setor de saúde, ao mesmo tempo em que consagrou ser, a assistência à saúde, livre à iniciativa privada de forma complementar, permitindo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle dos serviços de saúde, inclusive dos serviços de saúde privada nomeados como saúde suplementar, conforme disposto nos artigos 197 e 199 da referida Constituição.

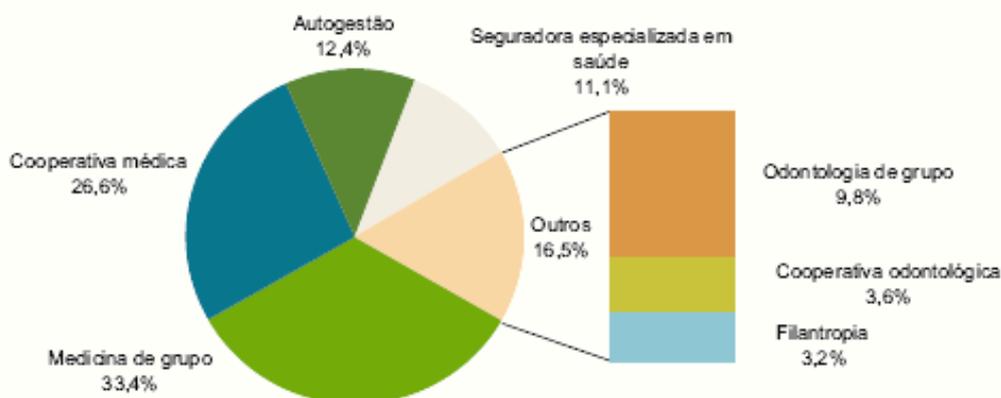
A normatização do setor de saúde suplementar surgiu após a promulgação da Constituição Federal, da criação do SUS – Sistema Único de Saúde em 1990 e extinção do I NAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, em 1991 e conseqüentemente da transferência da assistência médica do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde. Assim, as empresas do setor de saúde privada no Brasil nasceram para suprir uma deficiência do Estado.

A participação da iniciativa privada no setor de saúde brasileiro envolveu negociações no Congresso Nacional por 10 anos. O resultado das discussões ocorridas no Legislativo, após a promulgação da Constituição Federal, regulamentou e definiu as regras de funcionamento do setor de saúde suplementar. Entende-se como o início do processo de regulação, o conjunto formado pela Lei nº. 9.656 de 3 de junho de 1998 e a MP - Medida Provisória nº. 1.665/98 atuação dessas entidades, e que culminou na edição da Lei nº. 9.656/98.

De acordo com a ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo (2005), as operadoras de saúde (OPS) da modalidade medicina de grupo surgiram nos anos 60, para atender à classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial no estado de São Paulo, com a indústria automobilística e o setor de autopeças.

Antes da regulamentação, havia ocorrido um crescimento desordenado dos planos de assistência à saúde pós-Constituição, o que passou a ser alvo de preocupação dos agentes públicos na década de 90, quando se percebeu a necessidade da intervenção estatal sobre a atuação dessas entidades, e que culminou na edição da Lei nº. 9.656/98.

Para a ANS (2005), as empresas que atuam no setor de saúde suplementar, definidas como OPS, são classificadas em 8 modalidades: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo. Essas instituições diferem entre si por diversos aspectos: porte, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria, etc. Apresentam, portanto, diferentes peculiaridades que são consideradas pelo órgão regulador. Dentre as modalidades de operadoras que compõem o setor de saúde suplementar, predominam as de medicina de grupo, que respondem por 33% do total de empresas.



Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde, por modalidade da operadora

FONTE: Sistema de Informação de Beneficiários – ANS/MS e Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 02/2006.
In: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006.

Segundo a ANS (2005), os planos privados de assistência à saúde seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98, que determinou critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, definindo padrões de cobertura, modalidade de contratação, abrangência e qualidade da assistência, para todos os contratos que venham a ser celebrados, após a disposição da Lei. É atribuído ao Poder Executivo Federal, a responsabilidade pela regulação das atividades econômicas das OPS e da assistência à saúde por elas prestada, bem como o dever de fiscalizar o cumprimento das normas vigentes.

3.2. O CRESCIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com suas prerrogativas de qualidade, equidade e a integralidade da assistência à saúde de todos os cidadãos. Há décadas o brasileiro utiliza os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfaz às suas necessidades. As primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 1960 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalaram, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados. Estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde.

De lá para cá o sistema de saúde público sempre perdeu para o privado. Cerca de 70% dos médicos brasileiros atuam no setor privado e até meados do século XX, os maiores hospitais eram públicos, hoje são particulares.

Para especialistas existe uma tendência de privatização e uma expansão verticalizada das operadoras de planos de saúde privados incorporando laboratórios, clínicas de imagem e grandes hospitais. Essa verticalização daria poder de controle de preços por uma única empresa ou grupo. Para eles, o subfinanciamento governamental e o sucateamento são fenômenos que dão suporte à privatização.

A saúde privada atende 30% da população e avança. Segundo o Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS, o primeiro trimestre de 2012 encerrou-se com o registro de 47,9 milhões de vínculos de beneficiários à planos de assistência médica. Em dezembro de 2000, esse número era de 30,7 milhões. Em 2011, o mercado dos planos de saúde teve um faturamento de R\$ 83,4 bilhões, o que representa um crescimento de 11,7% quando comparado a 2010.

A demanda por Planos de Saúde vem crescendo rapidamente em resposta a uma série de fatores como o ambiente macroeconômico favorável, o aumento da criação de empregos formais e de profissionais liberais, crescente poder aquisitivo, envelhecimento da população e um histórico de limitações na qualidade e no acesso a serviços públicos de saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a penetração dos Planos de Saúde no Brasil cresceu aproximadamente 50% desde o ano de 2001, alcançando mais de 50,6 milhões de indivíduos em setembro de 2014. No entanto, em 30 de Setembro de 2014, apenas 24,7% da população brasileira possuía Planos de Saúde.

O mercado de assistência à saúde privada no Brasil, regulamentado pela ANS, que edita normas específicas para as modalidades de Planos de Saúde: individual ou familiar e coletivo, que inclui coletivo por adesão e coletivo empresarial. Planos individuais (ou familiares) estão sujeitos a controles regulatórios mais rígidos e as Operadoras que atendem esse mercado sujeitam-se a fortes controles em reajustes de preços. Conseqüentemente, tem sido cada vez mais difícil para grande parte da população brasileira, em especial aqueles que não contam com assistência privada à saúde por meio de um empregador, ter acesso aos Planos de Saúde ou custeá-los.

3.3. OS DESAFIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Nos próximos dez anos de acordo com previsões de José Gomes Temporão (2012) haverá profundas transformações estruturais na Saúde do Brasil, determinadas por seis transições:

- **Transição demográfica** - Em 2021, a sociedade brasileira deverá ser composta por 220 milhões de pessoas, com cerca de 25 milhões de idosos. O crítico será como cuidar dos idosos e envelhecer com autonomia e saúde, sem perder de vista os cuidados com a infância e com a saúde física e mental dos futuros brasileiros. Cuidar dos idosos, mas também do desenvolvimento das crianças de amanhã, é o principal desafio, com ênfase à saúde mental e ao desenvolvimento emocional da população.
- **Transição epidemiológica** – Obesidade, sobrepeso, sedentarismo e o novo padrão alimentar estabelecem um cenário dramático de uma epidemia de diabetes tipo 2 e hipertensão. Isso se somará ao enfrentamento de pacientes

com múltiplas condições clínicas e aumento da carga de doença determinada pelas demências senis, Alzheimer, depressões e distúrbios neuropsíquicos.

- **Transição tecnológica** - Existe uma dualidade na transição tecnológica que se transforma em algumas perguntas: as novas tecnologias diagnósticas, terapêuticas e organizacionais aumentarão a autonomia dos pacientes ou, ao contrário, ampliarão a dependência de serviços de especialistas? A questão dos custos será extremamente importante para o futuro do sistema, a saúde é uma política social fundamental para a melhoria da condição de vida, mas também é ao desenvolvimento econômico, produção de riqueza, inovação, crescimento e emprego de qualidade. Tratar com políticas integradas essa dualidade vai ser crucial para o futuro do sistema brasileiro.
- **Transição profissional** - A formação do profissional da saúde vai aprofundar a fragmentação do cuidado e a hiperespecialização na formação médica ou haverá o retorno à clínica, a uma nova clínica que una resolutividade, tecnologia e humanismo? Isso vai ter profundo impacto nos custos e na qualidade da atenção. É muito importante dar um peso político diferenciado às tecnologias leves, relacionais, que devem ser tratadas de uma perspectiva sistêmica e como parte do modelo.
- **Transição cultural** - Já se vive a transição cultural. A população brasileira está cada vez mais informada sobre saúde, mas não necessariamente bem informada. Há um processo complexo de construção de uma cultura e de uma consciência sobre saúde que é influenciada pelo próprio sistema, pelo contato com os serviços e profissionais, pela mídia e por uma série de outros aparatos. O desafio é entender que tipo de informação e com que qualidade ela chega à sociedade. Comunicação, informação e educação serão, daqui a dez anos, tão importantes quanto qualquer outra dimensão tecnológica.
- **Transição organizacional** - A transição organizacional representa profundas mudanças no desenho da gestão da saúde nacional. O sistema atual não está preparado para o futuro que já bate à porta. É preciso repensar o hospital, o trabalho em rede, a promoção e a consulta, entre diferentes níveis e serviços. O desafio organizacional vai ter uma relação direta com as medidas fundamentais, legais e institucionais sobre o baixo percentual do gasto público do nosso sistema de saúde, o futuro, nos próximos dez anos, será dramático. Será possível desenhar um sistema híbrido público e privado,

cumprindo o que hoje está escrito na Constituição, mantendo similitude com os sistemas europeus e canadenses que estão montados em busca da equidade e veem a saúde como política pública. O Brasil gasta pouco e mal em saúde.

3.4. A SINISTRALIDADE CRESCENTE NO SISTEMA DE SAÚDE

Os administradores de Operadoras de Plano de Saúde enfrentam o grande desafio de equilibrar econômica e financeiramente um negócio inserido num ambiente complexo e bem fiscalizado, com uma regulamentação rígida e uma classe consumidora que necessita de melhores orientações quanto à utilização dos serviços.

Desde a edição da Lei 9.656, que regula o setor de saúde suplementar, em junho de 1998, aproximadamente 1.300 instruções normativas e decisões foram publicadas, revogando ou alterando o modelo em vigência. Toda essa complexidade somada às mudanças na regulamentação gera, sem dúvida, dificuldades aos administradores que atuam no setor e devem assimilar esse volume de informações legais, com o objetivo de também evitar situações adversas frente à fiscalização, como processos administrativos, multas, etc. Na relação prestador-paciente, o beneficiário desconhece ou ignora elementos como solvência ou credibilidade da operadora frente ao mercado, e acaba contribuindo para o aumento do custo assistencial. Esse conflito de interesses entre operadoras, prestadores e beneficiários coloca em risco a sustentabilidade do negócio e remete os gestores de saúde à discussão do índice de sinistralidade, que significa a relação entre custo assistencial e a receita das mensalidades dos planos de saúde.

A sinistralidade é um indicador financeiro de utilização dos recursos de saúde - medida em percentual - e significa a relação entre sinistros realizados (custos de assistência) e prêmio (receitas de assistência), ou seja, os custos sobre as receitas de uma operadora. Podemos medir a sinistralidade de um indivíduo ou até mesmo de um grupo ou de toda a carteira de beneficiários de um determinado plano de saúde. Uma relação de sinistralidade aceitável e limite são da ordem de até 75%, ou seja, os custos representarem até 75% da receita adquirida. Esta medida

apresentada acima permite ao plano de saúde custear suas despesas administrativas, comerciais e ter uma margem de lucro que viabilize o negócio de saúde. O problema de algumas operadoras de planos de saúde é que a sinistralidade atinge níveis muito elevados, chegando a patamares de 85%, 90% e até mesmo sinistralidades acima de 100%. Neste ponto, a operadora está pagando para manter uma carteira de saúde e não tem como custear suas operações administrativas e outros custos.

A sinistralidade elevada pode ocorrer basicamente por dois motivos:

- sinistro muito elevado (custos em saúde elevados);
- prêmio baixo (receita abaixo do necessário).

Os custos em saúde vêm crescendo progressivamente por diversos motivos: incremento de novas tecnologias médicas, aumento do uso de exames, envelhecimento da população, entre outros. Estes custos elevados na assistência de saúde não tendem a reduzir nos próximos anos; pelo contrário, aumentam cada vez mais. Isto impacta diretamente na relação dos custos com as receitas.

Com a Lei 9.656 de 1998 da Agência Nacional de Saúde (ANS), os planos de saúde não podem reajustar suas receitas além de determinados índices aprovados pela própria ANS para planos individuais (plano pessoa física). Esta situação trouxe a uma limitação muito grande para as operadoras de planos de saúde. Para os planos coletivos (planos empresariais) os reajustes podem ser feitos através de negociações entre a operadora de saúde e a empresa que compra o plano de saúde. Estes reajustes são feitos com base na utilização do plano ou pelo cálculo da sinistralidade da carteira em períodos anteriores. Cada vez que a sinistralidade atinge índices altos, aplicam-se os reajustes proporcionais. Como os reajustes de receita dos planos estão de certa forma limitados, a única saída para a resolução desta equação é baixar custos operacionais, ou seja, custos da assistência à saúde.

3.5. MODELO GATEKEEPER APLICADO À SAÚDE

Após as reformas de saúde voltadas para o mercado das décadas de oitenta e noventa implementadas por governos conservadores com o propósito de contenção de gastos públicos setoriais, ao final dos anos noventa, coalizões governamentais de centro esquerda em alguns países europeus, em particular no Reino Unido e Alemanha, empreenderam mudanças que visaram reduzir custos e propuseram mecanismos para a reorganização da atenção e melhoria da qualidade das prestações. A organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados e a melhor coordenação objetivam proporcionar atenção menos onerosa, de melhor qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos, de prevalência crescente e pouco responsiva à atenção médica contemporânea, fragmentada pela especialização progressiva e ainda organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico.

Na Alemanha, o sistema de seguros sociais de saúde está submetido a pressões econômicas, demográficas e políticas, intensificadas nos anos noventa pela unificação nacional, e uma série de medidas para contenção de gastos foi empreendida pela coalizão liberal-conservadora (1983- 1998) desde os anos oitenta. Todavia, a partir da segunda metade da década de noventa, estas iniciativas foram acompanhadas por reformas organizacionais que buscaram a integração dos setores assistenciais e a coordenação dos cuidados aos portadores de doenças crônicas. Sucessivas legislações federais – ampliadas a partir de 1998 com a coalizão governamental social-democrata/verdes que criou incentivos específicos – lentamente abriram novas possibilidades para a implementação de estruturas organizacionais diferenciadas de atenção. Além disso, os próprios prestadores – profissionais médicos do setor ambulatorial, pressionados por restrições orçamentárias cada vez mais fortes, buscaram formas mais cooperativas de atuação. (GIOVANELA, 2011).

O fortalecimento do papel do generalista na condução da assistência e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais, de modo a promover a continuidade dos cuidados, vem sendo considerado como uma necessidade e tendência que se observa em diversos países europeus. Agravos crônicos têm se tornado mais importantes, consomem cada vez uma parcela maior de recursos e a qualidade dos cuidados é avaliada muitas vezes como inadequada. Exemplo distinto do alemão, de iniciativas de coordenação, observa-se no Reino

Unido, no qual o generalista tradicionalmente assume a função de gatekeeper e controla o acesso ao especialista. No Reino Unido, as funções dos generalistas (general practitioners - GP) vêm sendo ampliadas com aumento de seu poder sobre os especialistas por meio de compra ou controle de recursos financeiros e por meio de oferta de novas ações.

Desde 1998, com o governo trabalhista, a atenção de primeiro nível foi reorganizada em órgãos de atenção primária (primary care trusts - PCT), uma nova estrutura pública com autonomia gerencial que incorpora todos os GP e ampla gama de serviços de saúde comunitários e sociais. Com os PCT, a atenção primária assumiu posição central no sistema de saúde. Gerencia a maior parte do orçamento do Serviço Nacional de Saúde (National Health Service - NHS) e responsabiliza-se pelo credenciamento e compra de serviços hospitalares e especializados, pelos serviços de saúde pública e pela prestação de serviços de atenção primária e serviços comunitários à população de determinada área geográfica.

Novas modalidades de organização assistencial com propósitos de melhorar a integração do sistema de saúde e impulsionadas por pressões econômicas, legislação específica e iniciativas dos próprios prestadores, foram desenvolvidas novas modalidades de estruturas organizacionais da assistência à saúde na Alemanha a partir da segunda metade da década de noventa. Estas novas estruturas diferenciam-se quanto aos seus objetivos assistenciais ou grupo-alvo, aos tipos de prestadores e setores participantes e à atribuição ou não de função de gatekeeper a um dos prestadores.

Quanto ao grupo-alvo ao qual se direcionam, as novas modalidades organizacionais podem ser classificadas em: (1) com indicação específica, (2) ou gerais (ampliadas).

Por sua vez, estas duas categorias de estruturas organizacionais diferenciam-se quanto aos setores integrantes, podendo abranger: (1) um único setor ou (2) articular dois ou mais setores. Os novos modelos organizacionais distinguem-se também entre iniciativas com e sem definição de porta de entrada obrigatória, isto é, a presença ou não de profissional ou serviço que assume o papel de gatekeeper e responsabiliza-se pela coordenação dos cuidados e desencadeamento de fluxos ao interior da rede assistencial, modelo que pressupõe

a inscrição de pacientes e a obrigatoriedade de procura primária do serviço de porta de entrada pelo participante. Estas dimensões tipificam as principais experiências implementadas de novas estruturas organizacionais: redes de consultórios médicos (Arztnetz), modelo do generalista coordenador (Hausarztsystem), programas de gestão clínica de agravos específicos (disease management programs - DMP) e assistência integrada. Os três primeiros modelos têm por base o setor ambulatorial e serão analisados a seguir. As experiências de “assistência integrada” não serão aqui discutidas, pois são iniciativas centradas no hospital para realização de procedimentos complexos específicos, o que foge ao escopo do presente trabalho, que focaliza mudanças organizacionais do setor ambulatorial. Redes de consultórios médicos

A atenção ambulatorial alemã é tradicionalmente prestada por profissionais médicos credenciados às Caixas de Doença que atuam em seus consultórios individuais de forma isolada. Uma primeira geração de redes de consultórios criadas por iniciativas dos próprios médicos foi implementada na Alemanha a partir da segunda metade da década de noventa. Constrangimentos financeiros decorrentes de mudança do contexto setorial com pressão crescente de controle de gastos, rápida difusão e diversificação de novas tecnologias de alto custo, especialização crescente, aumento da oferta de médicos e deslocamento de procedimentos complexos do setor hospitalar para o ambulatorial motivaram estas iniciativas. As redes de consultórios em geral resultaram de iniciativas de grupos de médicos que buscaram modos mais cooperativos de atuação na forma de círculos de qualidade, constituíram comunidades para compra e uso conjunto de equipamentos ou se organizaram politicamente como grupo de pressão. Ainda que com diversos formatos, em geral agregam de trinta a cinquenta profissionais médicos do setor ambulatorial de variadas especialidades (clínicos gerais e especialistas) de determinada região, sem constituir hierarquia interna. São de acesso livre aos segurados e oferecem aos seus pacientes uma atenção mais articulada entre os consultórios integrantes. As redes de consultórios foram as experiências mais difundidas, chegando a trezentas, e contaram com apoio apenas parcial das Caixas (somente 10% estabeleceram contrato específico). Na maioria das redes desta primeira geração, a articulação com o setor hospitalar não esteve entre os principais objetivos e ocorreu de forma assistemática. Todavia, a cooperação com os hospitais foi buscada por meio de grupos de trabalho conjuntos com elaboração de protocolos de atenção para encaminhamentos e atenção pré e pós hospitalar. Na área de

pronto atendimento, instalaram-se serviços organizados pelos médicos das redes em dependências de hospitais. Hausarzt/médico da família, generalista coordenador. Experiências recentes buscam implementar nova concepção de redes de clínicos gerais para fortalecer a coordenação e condução dos cuidados pelo generalista em estreita cooperação com especialistas. A Associação Federal de Caixas Locais (Bundesverband - AOK), com base nos resultados da avaliação das experiências de redes de consultórios desenvolvidas na década de noventa, elaborou a partir de 1999 um projeto sobre novos modelos assistenciais que denominou de segunda geração de redes e iniciou sua implantação em 2003.

Na nova concepção, a rede é desenhada com base na: (1) definição do generalista (Hausarzt ou médico da família) como coordenador com função de gatekeeper para procura primária obrigatória, e livre inscrição de segurados, incentivada com bônus financeiro, (2) gerência sistemática de qualidade e (3) responsabilização da rede por orçamento para a assistência completa dos segurados inscritos com pagamentos per capita ajustados por risco – aspecto ainda não implementado. O modelo assistencial concebido prevê quatro dimensões para desenvolvimento progressivo de inovações e melhoria de qualidade da atenção: (1) fortalecimento da prevenção, (2) maior cooperação com outros prestadores e serviços sociais na assistência geriátrica (prioridade para tratamento ambulatorial frente ao hospitalar e para reabilitação frente ao cuidado de enfermagem contínuo), (3) estímulo à adesão aos tratamentos e (4) melhoria da reabilitação e cuidados pós hospitalares. Para o fortalecimento da prevenção, os clínicos gerais se comprometem em estabelecer um plano com cada paciente inscrito para prevenção primária, acordando iniciativas de cuidados gerais de saúde (dieta, exercício físico) e, se necessário, de prevenção secundária, com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento e evitar complicações de doenças crônicas.

De acordo com Giovanella (2011) outra característica do modelo é a criação de corredores de atenção específicos por tipo de agravo, que incluem a formulação de protocolo com definição de fluxos e critérios para encaminhamento ao especialista e ao hospital. O clínico geral exerce a função de coordenador por meio do controle sobre os encaminhamentos e da estreita comunicação com os especialistas preferenciais, mas os especialistas não integram a rede diretamente. Há incentivos financeiros para aumentar a adesão dos segurados e, como estímulo

para a participação dos médicos, é garantida remuneração extra. Ao interior da rede, para melhor exercerem a função de gatekeeper, os médicos da família dividem incumbências de conhecimento da malha assistencial da região, responsabilizando-se por cultivar contato regular e parceria com prestadores de determinadas especialidades. Pretende-se, deste modo, que os profissionais membros da rede conheçam melhor os serviços disponíveis, estabeleçam parcerias, realizem encaminhamentos mais adequados e instituem melhor comunicação e se efetive a contra referência. O estabelecimento de serviços de primeiro contato pelo generalista com função de gatekeeper vem também sendo incentivado por meio de outros mecanismos. Com a entrada em vigor da Lei da Modernização do Seguro Social de Doença, desde janeiro de 2004, as regras para a implementação de novos modelos assistenciais foram facilitadas, incluindo medidas para o fortalecimento da atenção primária prestada pelo generalista. Foi recomendado às Caixas a oferecer a seus segurados a possibilidade de participação em um “sistema de médico da família”, visando fortalecer a função do generalista como condutor (Lotsen) da assistência. Os segurados que optarem pelo sistema devem se inscrever junto a um Hausarzt e comprometem-se a estabelecer este generalista como seu serviço de primeiro contato e gatekeeper dos encaminhamentos para especialistas. Como exceção, permite-se a procura direta de ginecologista e oftalmologista. A participação de segurados é voluntária e a adesão é incentivada por meio de bônus financeiro (redução de copagamento). A partir de 2006, nova legislação obrigou todas as Caixas a ofertar esta modalidade assistencial e gradualmente os segurados vêm se inscrevendo voluntariamente junto aos seus generalistas na busca melhor coordenação de seus cuidados. Em dezembro de 2007, seis milhões de segurados já tinham optado por inscrever-se junto a um médico de família e modelos de médico de família eram ofertados em todos os estados, com disponibilidade para 31 milhões de usuários pelas Caixas. A experiência da segunda geração de redes e o modelo assistencial com médico da família coordenador sugerido neste trabalho aproxima-se da experiência dos modelos britânico e alemão.

4. CLINIPAM

Com 33 anos no mercado de planos de saúde, a CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, operadora privada de plano de saúde na modalidade de medicina de grupo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº. 76.882.612/0001-17, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, através do registro nº. 34078-2, estabelecida na Rua XV de Novembro, nº. 575 - 4º andar - Centro, CEP 80020-310, Telefone (41) 3021-3001, em Curitiba, Estado do Paraná - atua em Curitiba e Região Metropolitana, aonde possui mais de 200.000 segurados e 2.000 empresas clientes. Possui estruturas próprias compostas por dois hospitais e 15 unidades eletivas em sua região de abrangência e conta com mais de 20 clínicas e hospitais credenciados, além de uma rede médica com mais de 900 médicos. Estes dados classificam a empresa como operadora de grande porte e, segundo a ANS (2015), figura entre as 25 maiores operadoras de saúde do país.

Pautada no cuidado com a saúde, na verticalização de sua estrutura de atendimento, na excelência do serviço e na satisfação dos seus clientes, a qualidade da empresa é reconhecida pela certificação ISO 9001 e o reconhecimento do mercado é identificado através de vários prêmios que tem recebido. Hoje esta presente entre as 500 maiores empresas do sul do Brasil, indicada entre as 10 melhores empresas do segmento para o consumidor pela Revista Época – Reclame Aqui em 2014 e 2015; a eficácia da gestão de pessoas representada no Prêmio Great Place to Work 2013 e 2014 – área da saúde; Campeã em Inovação no segmento saúde pela Revista Amanhã; finalista nos últimos dois anos no Prêmio Bem Feito Gazeta do Povo e encontra-se entre as maiores empresas de saúde segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS).

- **MISSÃO CLINIPAM**

- Oferecer medicina de qualidade a uma população cada vez maior.

- **VISÃO CLINIPAM**

- Ser reconhecida como a melhor opção em saúde e bem estar.

- **VALORES CLINIPAM**

- O cliente é a razão da nossa empresa;
- Valorizar e respeitar as pessoas que compõem nosso processo de trabalho;
- Dignidade e ética em todas as nossas ações.

5. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM GATEKEEPER

Já é do conhecimento da área médica, que quanto mais um médico conhece o histórico de saúde de um paciente, melhores serão os resultados alcançados. É assim que funciona o conceito de Atenção Primária à Saúde, um modelo adotado em vários países da Europa.

Neste modelo o foco está na relação de confiança e vínculo entre o paciente e o médico, que irá coordenar e acompanhar de perto a sua utilização para a melhoria da saúde. Essa proximidade, entre médico e paciente, ajuda na elaboração de um plano de cuidado mais assertivo e eficaz.

5.1. MOTIVOS PARA UMA OPERADORA DE SAÚDE INVESTIR EM UM PLANO EMPRESARIAL NO MODELO GATEKEEPER

5.1.1. Gestão racional dos recursos

O modelo assistencial vigente nas operadoras de saúde, pautado na supervalorização da medicina curativa, da especialização e do aparato tecnológico, traduzido pela fragmentação do cuidado e pela falta de resolubilidade, está contribuindo – e muito – para o desmoronamento do setor suplementar de saúde; vez que conduz ao desperdício dos recursos disponíveis.

O modelo hoje, que prevalece no mercado é de um laissez-faire total na relação usuário prestador, então o usuário tem uma carteirinha, uma dor de cabeça, ele faz uma triagem leiga e acha que é caso de neurologia. Abre o livrinho e vai ao neurologista. O neurologista pede uma ressonância, e,

como a medicina hoje infelizmente é menos investigativa e mais por descarte de hipóteses, não se chega ao diagnóstico, não acha nada na área dele... aí, essa pessoa vai ao otorrino, aí o otorrino pede outra ressonância, mais uma tomografia, mais uns 300, até que descobre que era o óculos desajustado, ou um pico hipertensivo ... (BANCHER, 2004).

Não existe qualquer receio em dizer que e os resultados da gestão racional dos recursos pode estar diretamente associado a proposta de modelo assistencial sugerido neste projeto. Esse modelo poderá ter maior sucesso do ponto de vista econômico e assistencial, se estiver concebido de forma ampla e resolutive, atendendo as diferentes fases dos cuidados de saúde. A prestação de serviços em rede integrada própria, com oferta e demanda organizada e com ênfase nos serviços ambulatoriais realizados através do médico da família (Gatekeeper) deverão potencializar enormemente os resultados.

Para isso é preciso incorporar na prática desse modelo outras estruturas de prestação de serviços, orientadas estrategicamente de acordo com as necessidades, abdicando da visão restrita apenas a hospitais e consultórios. A organização de serviços deverá ter uma Unidade Própria de Atenção Básica voltada a saúde da família e ao trato efetivo dos doentes crônicos. Obviamente é fundamental que o modelo assistencial proposto aproprie-se da tecnologia médica, em especial dos recursos da área de diagnóstico e tratamento, dando-lhe utilização racional para os aspectos promoção e prevenção da saúde.

5.1.2. Prevenção e controle efetivo das doenças crônicas

Com o acompanhamento mais próximo do médico da família junto aos beneficiários no modelo Gatekeeper, a operadora de saúde, poderá realizar de maneira mais eficiente e completa as ações de prevenção e de controle dos doentes crônicos.

A medicina preventiva deve ser compreendida como um movimento que busca transformar o olhar sobre o processo saúde-doença, procurando deslocar o foco da prática médica, prioritariamente centrada na “doença” para a “saúde”, propondo intervenções precoces no curso evolutório da doença.

Programas de promoção à saúde têm sido especialmente dirigidos aos trabalhadores de empresas e são considerados altamente eficientes do ponto de vista do mercado. Os programas de promoção da saúde constituem um dos elementos estratégicos no sentido de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar nas empresas contratantes. É um setor de atividade em expansão nos EUA, cujo modelo vem sendo crescentemente implantado no Brasil [...] (CZERESNIA, 2.003, p. 15).

Com um novo fôlego, a medicina preventiva vem sendo resgatada, em discursos pungentes, como uma possível resposta aos efeitos decorrentes das chamadas transições demográfica e epidemiológica. O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas parecem ter firmado na pauta das políticas mundiais de saúde a importância das ações preventivas. No contexto do managed care, modelo inspirado na necessidade de conter os gastos crescentes no setor de saúde norte-americano, as práticas de medicina preventiva têm sido propagadas como uma das soluções possíveis, constando, inclusive, de seus princípios estruturais.

Em todas as empresas, que aplicam uma ou mais opções de prevenção e qualidade de vida, observou-se redução de gastos em saúde, taxa de retorno sobre o investimento satisfatória, relação custo-benefício favorável e redução da utilização de serviços de saúde.

Algumas das ações que integram os programas de medicina preventiva desenvolvidos nas empresas são:

- a) orientações em saúde (educação em saúde): destinadas a estimular a mudança de hábitos e de estilo de vida. Meios de comunicação: workshops, palestras, aconselhamento individual, apostilas, vídeos, informações disponíveis em rede local (intranet), ou pública (internet);
- b) vacinação: principalmente para gripe;
- c) avaliação e acompanhamento de fatores de risco: obesidade, tabagismo, hipercolesterolemia, sedentarismo, stress, diabetes e hipertensão arterial, entre outros; d) exames preventivos (screenings): dosagem de colesterol, aferição da pressão arterial, glicemia, mamografia, entre outros;

- e) programas de gerenciamento de doenças (disease management): asma, câncer, depressão, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, coronariopatia;
- f) fitness centers: academias de ginástica dentro das empresas, destinadas ao condicionamento físico dos funcionários;
- g) incentivos monetários para os participantes: descontos no valor dos serviços de saúde para os participantes de programas de prevenção.

Do ponto de vista operacional, programas de promoção à saúde, podem ser entendidos como um conjunto de técnicas, representadas por ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e suas possíveis complicações. Embora destinadas, em princípio, a melhorar a qualidade de vida, tais práticas produzem impactos variados, desde financeiros até mercadológicos, os quais podem ser levados em conta no processo decisório referente a sua implantação.

5.1.3. Desospitalização do sistema

Hoje o paciente geralmente recebe receitas com um número grande de prescrições. Neste caso, o médico espera que o paciente cumpra todas as recomendações e precauções quando, na verdade, o paciente quase nunca o faz porque não consegue ter controle sobre os horários corretos de cada medicamento prescrito. Nessa hora, é necessário que os médicos da família (Gatekeepers) monitorem o paciente e o ajudem a realizar corretamente o seu tratamento.

Arnold Milstein, professor de medicina e diretor do Centro de Excelência em Pesquisa Clínica da Universidade de Stanford, desafiou hospitais e mostrou que tratamentos médicos primários, com qualidade média ou um pouco acima da média, podem reduzir de 15% a 20% os custos anuais por paciente. Isso foi possível porque as equipes de atenção primária a saúde deram tratamentos individualizados para pacientes com doenças crônicas. Cada doente, portanto, tinha seu próprio tratamento. Eles e seus cuidadores eram atendidos de forma personalizada, cara a cara, por muito mais tempo e por um médico da família. O resultado não foi somente a economia de dinheiro, mas também o serviço de alta qualidade recebido pelo paciente em seu atendimento.

No estudo de Milstein, existiam procedimentos padrões que deveriam ser aplicados por profissionais, em vários níveis, até justificar a ida de um médico à casa do paciente. No tratamento de diabetes, por exemplo, quando é muito comum que as feridas do dedo se transformem em gangrena, gerando hospitalização onerosa, a solução seria que o profissional médico tratasse daquele ferimento de forma contínua para evitar que houvesse internação hospitalar. É preciso “desospitalizar” o sistema, diminuindo os números de idas dos pacientes aos hospitais, da internação e do uso dos prontos-socorros.

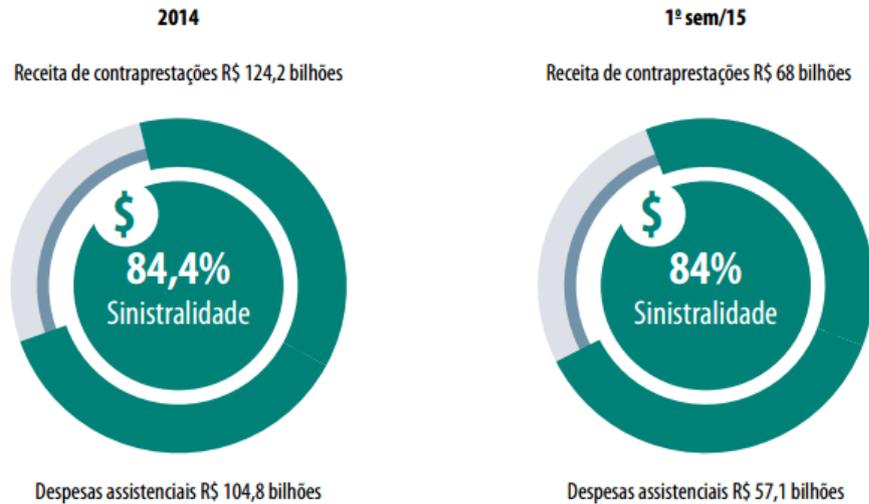
5.1.4. Redução da sinistralidade

A média tida como aceitável da sinistralidade pela maior parte das empresas do ramo de saúde é de 75%, ou seja, de cada R\$100,00 que o cliente paga, ele pode utilizar R\$75,00. Esta medida permite ao plano custear suas despesas administrativas, comerciais e ter uma margem de lucro que viabilize o negócio de saúde. Valores acima desse percentual, considera-se que determinada apólice ou contrato é deficitário, o resultado direto para casos como esse: é o aumento do valor do plano de saúde.

Como já é do conhecimento das empresas do setor, estes custos elevados na assistência a saúde não tendem a reduzir nos próximos anos, pelo contrário, aumentarão cada vez mais e isto impacta diretamente na equação dos custos sobre as receitas.

Caso de reajustes significativos, ano a ano, em contratos de planos empresariais vem sendo recorrente por diversos motivos: incremento de novas tecnologias médicas, uso indiscriminado de consultas e exames, envelhecimento da população, falta de qualidade de vida, entre outros mais.

Receita de contraprestações, despesas assistenciais e índice de sinistralidade



Fonte: Elaborado pela Abrange com base em informações da ANS.

Antigamente o paciente perguntava ao médico o que ele achava sobre os sintomas apresentados. Hoje entra no consultório dizendo que veio fazer exames. O modelo de plano de saúde com Gatekeeper Clinipam apresenta-se como uma opção para a redução de sinistralidade, com a finalidade de promover uma regulação nos fatores que mais oneram os custos das assistências médicas para as empresas: o número de consultas e as intervenções desnecessárias.

5.2. PRINCIPAIS VANTAGENS QUE O PLANO NO MODELO GATEKEEPER PODERÁ OFERECER AS EMPRESAS CLIENTES

5.2.1. Redução de custos e controle da sinistralidade

Todo ano os benefícios da área de saúde aparecem no balanço patrimonial das empresas no passivo não circulante, ou seja, são encarados sob a perspectiva contábil como custo. E não é para menos, afinal, segundo dados da Pesquisa Mercer sobre Benefícios 2010-2011, só a assistência médica corresponde, em média, a 9,8% do orçamento total das organizações, perdendo apenas para a folha de pagamento. O grande desafio dos profissionais de RH é reduzir o impacto desse custo e transformá-lo em investimento, trazendo vantagens não só para os funcionários, mas também para a companhia.

Algumas empresas, especialmente as multinacionais, através de investimentos - em ambulatorios próprios de atenção primária a saúde - já vêm fazendo a "lição de casa" há alguns anos e conseguiram não só desenvolver ações para diminuir a sinistralidade dos planos de saúde e conseqüentemente os custos, mas também criaram uma cultura de utilização correta do benefício, aliada à prática de hábitos saudáveis, gerando um círculo virtuoso no ambiente de trabalho. A idéia de viabilizar um plano de saúde no modelo Gatekeeper surgiu justamente para atender a estas necessidades – o objetivo da Clinipam é que qualquer empresa, independente do seu tamanho, poderá ter um plano de saúde funcional que promova a qualidade de vida do colaborador e a redução significativa dos custos.

5.2.2. Preço competitivo

O Brasil já vem apresentando a algum tempo um valor de inflação médica bem elevada, em 2015 a inflação médica fechou em 18%. Analisando esta informação, não resta dúvida de que existe uma inflação de demanda: mais pessoas passaram a ter acesso aos planos de saúde, mas o incremento da infraestrutura não cresceu no mesmo ritmo. Podemos ver diariamente como os ambulatorios de hospitais privados estão lotados. Nos grandes centros urbanos, já é frequente adiar uma cirurgia eletiva por falta de leitos. Ou seja, os preços vão aumentar até que haja maior oferta, diz o vice-presidente de benefícios globais e contas estratégicas para a América Latina da Aon, Humberto Torloni Filho.

Torloni Filho afirma ainda, que uma grande parcela de usuários não sabe utilizar corretamente o plano de saúde, gerando gastos que poderiam ser evitados. “Existem muitas pessoas que ainda têm como costume procurar prontos socorros para solucionar problemas de saúde específicos, que na realidade deveriam ser atendidos em consultórios ou hospitais de referência. O paciente perde tempo realizando exames e tratamentos desnecessários, sem que o problema seja de fato resolvido”. Ou seja, esse atendimento gera custos que se refletem nos preços dos planos.

De acordo com o executivo, as internações representam quase 50% dos custos da assistência médica privada no Brasil, seguido de consultas (25%) e

exames (20%). Os outros casos são responsáveis por 5% dos custos. Para o executivo, somente a correta gestão dos benefícios de saúde pode reduzir o número de usuários que recorrem ao plano sem qualquer critério. “Para isso, é necessário identificar e entender o motivo da recorrência e orientar o beneficiário de forma adequada”. Corroborando com esta forma de pensar, o produto idealizado neste projeto, se apresenta como uma alternativa para atender a dificuldade atual dos planos de saúde, criando um modelo inteligente de atendimento com o objetivo de otimizar os recursos da operadora Clinipam e viabilizar planos com mensalidades até 20% mais baratas.

5.2.3. Melhora na qualidade de vida do colaborador

Durante muitos anos, a Medicina Preventiva foi considerada uma área que cuidava apenas da prevenção de doenças, quase como um sinônimo de vacinação. Hoje, esse conceito vai muito mais além, pois engloba um crescente interesse pela melhoria da qualidade de vida das pessoas. É como o próprio ditado diz: "prevenir é melhor do que remediar".

As práticas preventivas têm evoluído com o passar do tempo, representando atualmente um grande avanço na medicina, por sua eficiência e objetividade crescentes. A educação, visando à prevenção, é a melhor forma de alcançar e manter uma vida saudável.

Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas pela maioria dos planos de saúde de forma acessória ou desconsideradas com pouquíssimos ou nenhum impacto sobre a saúde de seus beneficiários.

Para o produto Gatekeeper Clinipam as ações de promoção e proteção da saúde se apresentam como estratégias fundamentais para a reorientação do modelo assistencial, que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, através da construção de relacionamento contínuo com o médico da família e com a implantação de políticas saudáveis, que proporcionem de forma sistemática, melhorias no modo de viver do colaborador.

De acordo com Estevam (2006), as doenças que sabidamente causam maior impacto nos valores aplicados aos seus diversos tratamentos, são:

- Doenças Cardiovasculares: de forma especial a Hipertensão Arterial, em todas as suas formas, as Insuficiências Coronarianas, associadas ou não às terapias, Infartos Agudos do Miocárdio e as Alterações Circulatórias Cérebro Vasculares.
- Pneumopatias em Geral: de causa infecciosa ou não, que geralmente atingem a população mais idosa e quase sempre causam sequelas e importantes limitações na vida futura dos indivíduos;
- Doenças Nutricionais e Metabólicas: de forma especial todos os tipos de Diabetes e também de Obesidade, responsáveis por grandes complicações clínicas nos pacientes acometidos, sendo hoje consideradas como um dos maiores fatores de morbidade clínica;
- Neoplasias: representadas por todos os tipos de cânceres, consideradas as maiores responsáveis por grandes empenhos financeiros das operadoras de saúde, principalmente na fase de tratamento na qual se incluem os mais diversos tipos de quimioterapia;
- Doenças do Tecido Osteomuscular e Conjuntivo: que têm suas necessidades terapêuticas frequentemente atreladas ao uso de próteses, órteses ou materiais de síntese, principalmente na assistência aos idosos, que apresentam uma maior casuística neste item;
- Doenças Renais: em especial aquelas relacionadas com as Falências Renais Crônicas ou não, comportando-se ora como patologia básica, ora como complicações clínicas nas mais diversas circunstâncias; têm, indiscutivelmente, representado um dos grandes fatores geradores de gasto em saúde. É evidente que outras patologias, envolvendo outros sistemas orgânicos, também são, eventualmente, responsáveis por grandes somas aplicadas ao seu tratamento.

Com o intuito de atuar na prevenção de doenças e nas suas complicações, o plano Gatekeeper Clinipam direciona-se fortemente no Centro de Qualidade de Vida como um dos pilares fundamentais para a redução de custos e conquista da satisfação dos usuários.

5.2.4. Redução de absenteísmo

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. Ter funcionários nem sempre significa tê-los trabalhando durante todos os momentos do expediente. As ausências dos empregados ao trabalho provocam distorções quando se refere ao volume e disponibilidade.

Quando o trabalhador se ausenta por alguns dias do local de trabalho por motivo de doença, o impacto financeiro sobre a empresa nem sempre recai apenas sobre as atividades desempenhadas pelo trabalhador ausente. Ele repercute muitas vezes por toda a organização, sobretudo se o empregado pertencer a um grupo cuja produção tem implicações praticamente imediatas sobre o cronograma. Sendo assim, muitos administradores já perceberam que melhorar a qualidade de vida de seus funcionários torna a organização mais saudável, competitiva e produtiva.

Atendendo a esta tendência, o produto Gatekeeper Clinipam trabalhará em parceria com os Rh's no controle efetivo dos absenteísmos, através da facilidade em obter as informações necessárias (prontuário eletrônico integrado) sobre a saúde do colaborador, fazendo busca ativa para inseri-lo junto ao programa de qualidade de vida da operadora.

5.2.5. Solução para o presenteísmo

O presenteísmo pode ser observado quando o funcionário está presente na empresa, mas não desempenha suas tarefas de forma edificante. Nesta situação ele se encontra desmotivado, deixando de produzir o esperado e comprometendo o bom andamento das atividades normais da empresa. Este problema é resultante na maioria das vezes por questões ligadas a saúde, no presenteísmo o funcionário se sente impulsionado a estar na empresa, mesmo não estando bem de saúde física ou psicológica. Através desse modo de agir ele pode influenciar negativamente o comportamento dos demais, trazendo mal estar para o interior da organização.

Existem casos em que o presenteísmo causa muito mais prejuízo financeiro para a empresa do que o absenteísmo. Com o absenteísmo o colaborador

pode ser substituído por outra pessoa para desempenhar suas funções enquanto ele estiver ausente por motivo de saúde ou por qualquer outra circunstância. Ao passo que com o presenteísmo ele vai estar presente fisicamente, porém sua atenção estará concentrada em outro universo, podendo até causar acidentes com vítimas. Exemplo: motoristas acometidos por esse mal colocam em risco não só as suas vidas, mas também a vida de outras pessoas. Problemas como este não deve ser motivo para demissão imediata, suspensão do colaborador ou repreensão. Basta analisar a situação deste funcionário e colher informações suficientes para incluí-lo nos programas de melhoria de qualidade de vida Clinipam. Isso possibilitará que ele recupere sua capacidade de dar o melhor de si pela empresa.

5.2.6. Atendimento humanizado para conquistar a satisfação

O contexto de atendimento humanizado se tornou uma espécie de clichê da área de saúde no sentido de que muito se fala, mas pouco se pratica. Primeiramente, para oferecer este diferencial é importante entender o que significa ter um atendimento humanizado: quando um paciente entra pela porta do consultório médico, ele normalmente está — ou suspeita estar — com algum problema de saúde. Pode-se inferir, por isso, que está mais frágil e inseguro. Assim, a forma como ele é recebido, desde o primeiro contato, já faz toda a diferença!

Comentários do tipo “eu gosto de ir a determinado médico ou clínica porque lá eles conversam com a gente” são muito comuns entre as pessoas. Dialogar com o paciente é uma premissa básica, mas muitos profissionais ainda não aprenderam o valor de realmente escutar e dar atenção ao paciente durante o atendimento. Muitas vezes, só de ser ouvida, a pessoa já se sente aliviada e o tratamento flui de forma muito mais tranquila e confiante. Quem atende de forma humanizada é, conseqüentemente, recomendado.

Diversas experiências na área médica demonstram que o atendimento humanizado, com foco nas reais necessidades do paciente, contribui de forma determinante no processo de cura e da ágil recuperação do paciente. Pessoas que

são atendidas com esses preceitos têm mais confiança no médico e respondem melhor aos recursos clínicos.

Sendo assim, a humanização na saúde é um pré-requisito básico para o sucesso do produto Gatekeeper Clinipam. Para cuidar é preciso ouvir, olhar, conversar, conhecer os hábitos e o histórico dos pacientes.

5.3. ESTRUTURA FUNCIONAL DO PLANO NO MODELO GATEKEEPER CLINIPAM

Sabe-se que quanto mais um médico conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que funcionará o Plano Empresarial Gatekeeper Clinipam, neste produto o foco está na relação de confiança e vínculo entre o paciente e o médico que irá coordenar e acompanhar de perto a saúde do colaborador e de sua família. Essa proximidade, entre médico e paciente, ajuda na elaboração de um plano de cuidados mais assertivo e eficaz.

Muitas pessoas usam seus planos de forma errada, apelando para a frequência contínua a prontos-socorros a qualquer momento, sem levar em consideração que uma consulta em consultório é mais eficaz do que apenas o paliativo desse tipo de atendimento, em que se busca apenas diminuir a dor e não tratar a 'raiz' do problema. (CAMISOTTI, 2007).

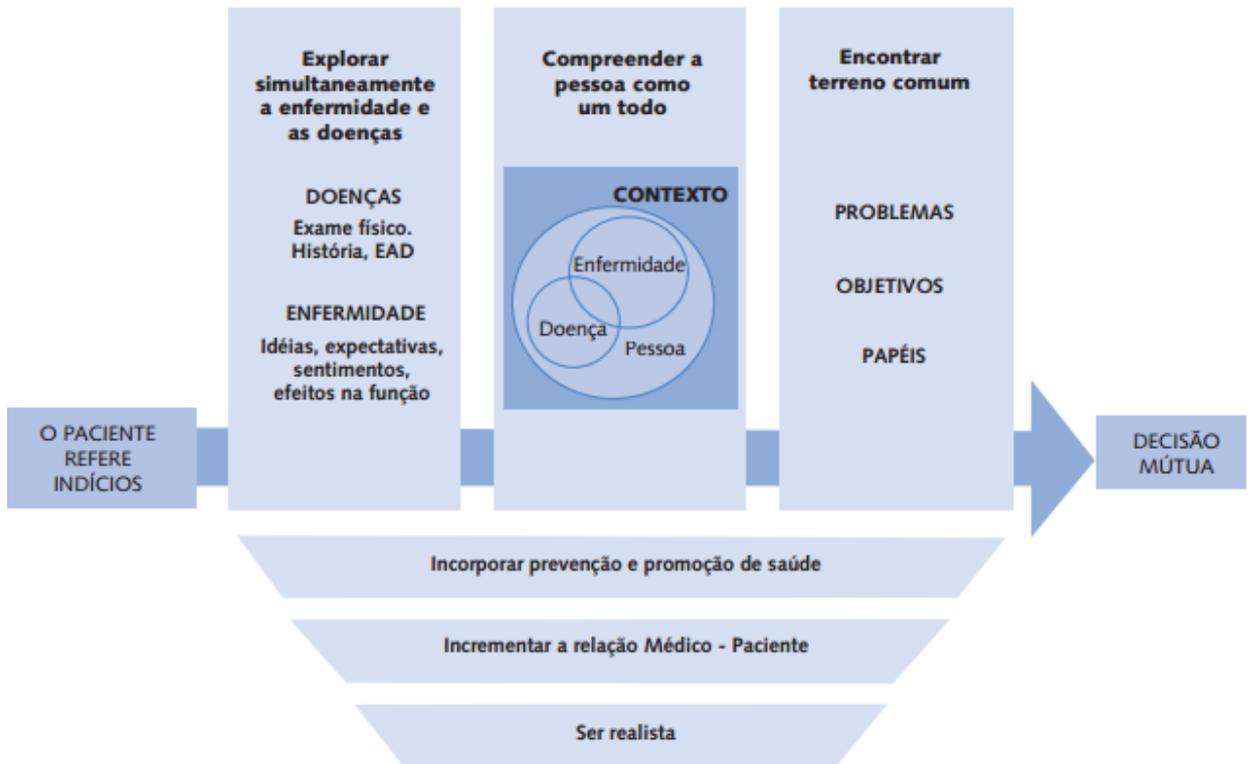
Um dos principais diferenciais deste modelo está na prevenção, no tratamento e na promoção da saúde por meio de um plano de cuidado desenvolvido especialmente para cada paciente. Com o cuidado e o acompanhamento mais próximo, o médico pode orientar sobre a prevenção ou tratamento de doenças hereditárias e incentivar a adoção de atitudes voltadas para a qualidade de vida.

5.3.1. Atributos fundamentais do Modelo Gatekeeper Clinipam

PLANO GATEKEEPER	NORMATIVA
PRIMEIRO CONTATO “MÉDICO DA FAMÍLIA”	<ul style="list-style-type: none"> - Porta de entrada no sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para os serviços especializados. - Serviço procurado regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de acompanhamento rotineiro a saúde ou adoecimento.
LONGITUDINALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independente da ausência ou da presença de doença.
ABRANGÊNCIA OU INTEGRALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento das necessidades considerando os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de um plano de saúde empresarial. - Aplicação de serviços preventivos e curativos, e garantia de acesso a todos os tipos de serviços do rol de cobertura ANS - através de encaminhamento médico, quando necessário.
COORDENAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Ex: Equipe multidisciplinar e junta médica.

ORIENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">- Participação ativa em campanhas educacionais sobre melhoria da qualidade de vida, autogerenciamento de doenças crônicas e utilização racional dos recursos médicos.
CENTRALIDADE NA FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none">- Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder as necessidades de cada beneficiário.- Conhecimento dos membros da família e de seus problemas de saúde.- Gerenciamento integral pelo mesmo médico do titular e seus dependentes (quando houver cadastro no plano).
COMPETÊNCIA CULTURAL	<ul style="list-style-type: none">- Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidades.

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE (STEWART ET AL., 2003)



*Traduzido por Luís Filipe R. A. Gomes

5.3.2. Diferenciais do modelo

- Clínica exclusiva de Atenção Primária a Saúde;
- Localização privilegiada e de fácil acesso;
- Contato direto com a Clínica para marcação de consultas, exames, autorizações e procedimentos;
- Tempo de consulta individualizado de acordo com a necessidade de cada paciente;
- Contato integral com o médico da família;
- O médico da família é quem encaminha para um especialista, quando necessário;
- O beneficiário não paga coparticipação para atendimento com o médico da família;
- Rede específica do produto, articulada e com suficiência;

- Rede qualificada de serviços próprios: Hospitais, Centros de Promoção da Saúde e Centro de Exames Laboratoriais e de Imagem;
- Mensalidade do plano até 20% menor que um plano empresarial no modelo operacional padrão.

6. RESULTADOS ESPERADOS COM O LANÇAMENTO DO PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL CLINIPAM NO MODELO GATEKEEPER

- Aumentar em 30% o número de novos contratos empresariais, vendidos no primeiro ano do projeto;
- Viabilizar negociação para manutenção de contratos de clientes atuais com necessidade de redução de custos;
- Melhorar a rentabilidade da operadora na modalidade de planos empresariais;
- Viabilizar clínicas próprias no modelo Gatekeeper em Curitiba e região metropolitana;
- Criar no mercado de Curitiba uma nova cultura em plano de saúde.

7. CONCLUSÃO

O aumento do custo dos planos de saúde reabre a discussão sobre o papel que os prestadores privados devem assumir no futuro no setor da saúde. E também sobre o papel da rede de saúde pública, pois suas notórias deficiências levaram uma grande parcela da população - hoje na casa dos 50 milhões – a procurar nas últimas décadas refúgio nos planos de saúde. Uma opção que está encarecendo diariamente e ficando cada vez mais inacessível.

As dificuldades criadas pela crise econômica, já estão levando as empresas clientes a reavaliarem os planos oferecidos aos seus empregados, tanto no que se refere a participação destes nos custos de alguns procedimentos, como na opção por planos de abrangência regional, mais baratos. Uma conduta que é explicada também pelo fato desse benefício ter um peso considerável em seus custos, já que é a maior despesa do setor de Recursos Humanos. E uma despesa

que dificilmente pode ser cortada, porque se incorporou de tal forma à relação empregador x empregado que faz parte de muitos acordos sindicais.

A participação dos empregados nos custos de consultas e exames, que já existe há algum tempo no mercado, está aumentando na modalidade de planos empresariais. De 10% em média hoje, estima-se que a coparticipação deve ficar em pouco tempo entre 20% e 30%. Em consultas feitas em pronto-socorro, a contribuição do funcionário já é de 30% em alguns casos. Isso alivia a empresa contratante, porque reduz sua participação e também porque tende a evitar o uso indiscriminado do benefício, restringindo-o ao indispensável, o que por sua vez leva a operadora do plano de saúde a conceder desconto na venda e no reajuste deste contrato. Porém, só a coparticipação não está mais sendo o suficiente para ajudar as empresas a manterem o benefício aos seus colaboradores. A tendência dos planos de saúde empresariais (que hoje representam 65% da população total dos planos de saúde) é de se tornarem cada vez mais caros, isso porque não é apenas a utilização do beneficiário que está em jogo e sim os elevados custos dos modernos tratamentos e exames médicos que surgem todos os dias, a alta regulação da ANS com uma série de exigências caras e complexas e o aumento da judicialização do sistema, lançam para o alto os preços dos planos de saúde. Resumindo, pode-se dizer que se algo não for feito rapidamente, o acesso à saúde privada vai se limitar progressivamente às pessoas de faixas de renda mais altas, com exclusão até mesmo, num futuro não muito distante, de fatias importantes da classe média.

Infelizmente, os últimos governos por ironia, justamente os que mais se proclamam defensores das camadas de baixa renda – tomaram na área de saúde - decisões desastradas e irresponsáveis. Apostaram demagogicamente na expansão dos planos de saúde privados para boa parte da população, com o objetivo de atuar com uma forte agência reguladora e abandonaram severamente os investimentos em saúde pública. Levando em conta estas informações conclui-se, que se algo não for modificado urgentemente no cenário de saúde nacional - não existirá em pouco tempo - nem opção de saúde privada, nem opção de saúde pública para a população brasileira.

Concordando com este cenário e identificando possibilidades no mercado atual, foi sugerido por este projeto, que a Operadora Clinipam venha implantar em seu portfólio um produto empresarial inspirado no modelo europeu com Gatekeeper. Neste modelo, a Atenção Primária a Saúde é feita por um médico da família que acompanha permanentemente o usuário durante toda a sua permanência no plano de saúde. Contribuindo significativamente para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento de doenças crônicas com o objetivo principal de reduzir os custos de utilização e conseqüentemente os reajustes para as empresas clientes.

A ideia do plano com Gatekeeper Clinipam será atuar exclusivamente através de redes médicas próprias e estruturas de atendimento verticalizadas, otimizando significativamente os custos operacionais e fomentando a resolutividade dos serviços prestados – tudo isso, através de mensalidades com valores competitivos que reduzirão em até 20% os gastos com planos de saúde nas contratantes do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMGE (Associação Brasileira de Planos de Saúde). Disponível em: <http://www.abramge.com.br/portal>. Último acesso em 23 mar. 2016.

ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar). Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Último acesso em 23 mar. 2016.

CECHIN, J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, Letras & Lucros, 2008.

CORIOLOANO, M. Saúde privada no Brasil: o futuro pede reformas. São Paulo, SP, 2.015. p. 12-16.

CZERESNIA, D. (1999). "The Concept of Health and the Diference Between Promotion and Prevention" in: Cadernos de Saúde Pública v.15 (4), p. 701-710, 1999.

FENASAÚDE (Federação Nacional de Saúde Suplementar). Disponível em: <http://www.cnseg.org.br/fenasaude>. Último acesso em 23 mar. 2016.

GIOVANELLA, Lígia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1.990. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2.004.

GIOVANELA, Lígia. Redes integradas, programas de gestão clínica e clínico geral-coordenador: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha [Relatório de Pós-doutorado]. Frankfurt am Main: Institut für Medizinische Soziologie, JW Goethe Universität, 2004.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. (1976). Medicina Preventiva. SP: McGraw-Hill.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesc; Abrasco, 2007. p. 369-383.

SANTOS, M.; Silveira, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro Record, 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. p. 19-98.

VIANA, A. L. D'á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.