

## O custo da saúde

Os custos cada vez mais crescentes no setor de saúde, decorrentes das inovações tecnológicas, do advento de novos procedimentos, do desenvolvimento de novos medicamentos, do aprimoramento no tratamento de doenças graves, possibilitando o prolongamento nos centros de tratamento intensivo, associado a ainda um diminuto grupo de prestadores de serviços que seguem protocolos médicos bem definidos e aprovados pelas sociedades médicas em conjunto com o envelhecimento da população são as causas das distorções hoje encontradas no que se refere ao dinheiro para financiamento do setor.

O Sistema de saúde privado atual, controlado de saúde, foca em redução imediata de custo, através de glosas e não autorização de procedimentos, contratação de prestadores de baixo custo e baixa qualidade, enquanto deveriam focar no gerenciamento dos procedimentos e na busca de prestadores “parceiros” de comprovada qualidade e comprometimento com o resultado final do atendimento do paciente.

## Modelo de gestão atual

Os desafios na mudança do modelo de “pagador de conta” para o modelo de gerenciamento médico, está fazendo com que novas formas de gestão sejam adotadas para minimizar os impactos dos aumentos dos custos.

O sistema de saúde não está estruturado para cuidados contínuos dos portadores de doenças crônicas, sendo assim, atua somente em casos isolados. O custo de uma consulta médica em consultório está fazendo com que o médico atenda um paciente em 15 minutos, tempo este que não leva a um controle eficaz da doença. A informação ao paciente da sua real situação clínica, a explicação da indicação dos medicamentos, quais as consequências da não adesão ao tratamento e o porquê da necessidade da mudança de hábitos, está sendo substituída pelos pedidos de exames complementares, nem sempre bem indicada e com custo elevado, se comparado com uma boa história das queixas do paciente e a um bom exame clínico.

## Diagnóstico

Sabemos que para um bom diagnóstico médico, temos a seguinte distribuição de importância em cada etapa; o diagnóstico é dado em 75% das vezes na história do paciente (anamnese), 10% vem durante o exame físico, 5% nos exames laboratoriais simples e os demais 5% nos exames complementares mais complexos.

A não sequência de consultas em um mesmo profissional contribuiu para a perda de dados evolutivos das queixas, dos exames realizados e dos medicamentos prescritos, gerando assim a necessidade da realização de novos exames, muitas das vezes com resultados normais. Em alguns prestadores, o índice de normalidade dos exames pode chegar a até 75%, e enquanto que até 50% podem não ser recolhidos pelos clientes nos laboratórios.

Com o advento da internet, esses números certamente serão em muito reduzidos, porém sem que sejam avaliados sequencialmente em muito terão seu valor menos sensível a um bom diagnóstico.

## Doenças crônicas

Segundo a ANS, as principais doenças crônicas: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Asma e Enfisema), Câncer, Doenças Mentais e Doenças Cardiovasculares serão responsáveis por mais de 60% do custo total na saúde.

Estima-se que 100 pessoas portadoras de doenças crônicas venham a gastar a quantia de R\$ 7.000.000,00 (sete milhões de reais).

O controle destas doenças vai depender de alguns fatores como o envolvimento do paciente, o comprometimento dos profissionais de saúde e a confiabilidade nos medicamento.

Somados a capacitação e qualificação da rede de prestadores, pagamento diferencial para prestadores mais eficientes, Sistemas informatizados (Prontuário Médico Eletrônico, Sistemas de gestão de saúde em todas as suas esferas), seguimento de Protocolos médicos, Protocolos de acompanhamento de pacientes em gerenciamento, modos de aferições constantes e rápidos dos indicadores criados para um melhor controle evolutivo.

Cada envolvido no sistema contribuirá para mudança de modelo que deverá prezar pela qualidade com menos custo de forma a manter a sustentabilidade dos programas de gerenciamento de saúde.

## Comportamento

Verificamos hoje que os usuários estão ávidos pela utilização de tecnologia e exames complementares que deixaram de ser complementares e passaram a ser essenciais ao diagnóstico.

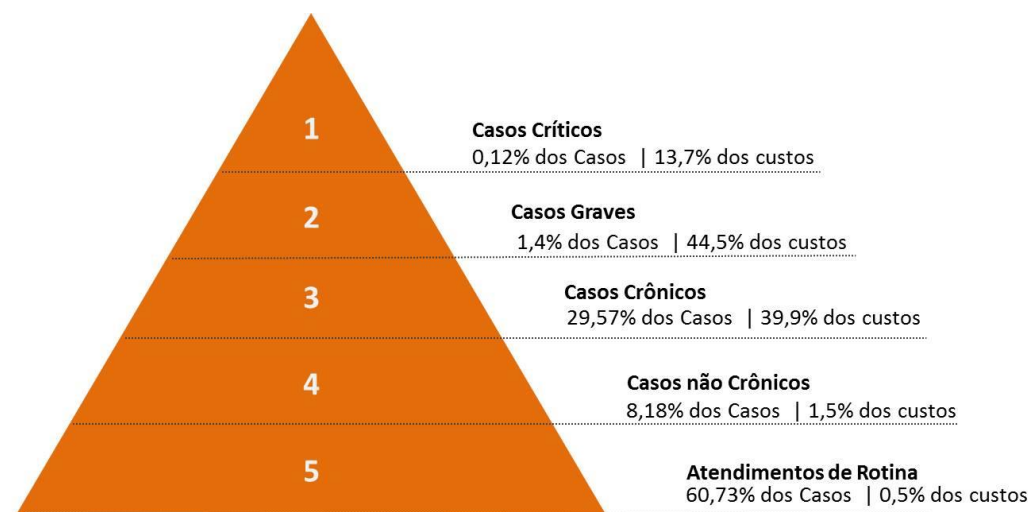
A busca pela identificação e *rankeamento* dos prestadores de serviço de saúde, dará subsídio para uma melhor escolha dos serviços e profissionais a serem referenciados para atendimento e acompanhamento dos portadores de doenças crônicas, os quais devem ser remunerados de forma diferenciada, através do controle da evolução da doença, o que por si só levará a um menor custo associado a uma melhor qualidade de no atendimento.

A gestão de pacientes crônicos deve prever o cruzamento de informações existentes no banco de dados, a fim de que seja observado se o usuário foi submetido à reinternações ou

tratamentos adicionais que podem ter sido provocados por procedimentos anteriores ou se foram decorrentes de novas patologias.

A distribuição dos gastos e a quantidade de pessoas que consomem os recursos na saúde têm uma classificação em casos críticos (0,12% dos casos com 13,7% dos custos totais), casos graves (1,4% casos com 44,5% dos custos), casos crônicos (29,57% dos casos e 39,9% dos custos), casos não crônicos (8,18% casos e 1,5% dos custos) e atendimento de rotina (60,73% dos casos com 0,5% dos custos).

**Desta forma, os casos graves e críticos, que representam 1,52% dos casos, consomem 58,2% dos recursos destinados à saúde.**



Fonte: Carelink

## Integração

Isso demonstra que um sistema informatizado e distribuído em todas as áreas relacionadas na saúde deve ser interligado.

Os “players” do mercado de saúde são numerosos e cada vez mais complexos. Além dos médicos, laboratórios e hospitais, surgiram os prestadores de Home Care, empresas de atendimento domiciliar de urgência, os serviços de remoção, as clínicas especializadas, empresas que fornecem o benefício de venda de medicamentos e os tratamentos odontológicos. As operadoras de saúde, odontologia e as empresas de PBM (Programa de Benefícios de Medicamentos).

A necessidade da integração dos dados se torna cada vez mais premente para a gestão de todo o processo, desde a entrada do cliente nas operadoras, as consultas médicas, a realização dos exames, as internações, os tratamentos odontológicos e a compra dos medicamentos.

Assim, o conhecimento em tempo real de todos os eventos liberados, através de um sistema interligado nos consultórios (prontuário eletrônico) e do grupo de gestão, é essencial para o acompanhamento do processo.

Empresas que já observaram essa realidade e querem alterar o cenário atual, se anteciparam e começaram a atuar em parceria com prestadores e operadoras no intuito de otimizar os recursos cada vez mais elevados.

Abaixo iremos demonstrar a implantação de um sistema informatizado em etapas distintas de seus processos de saúde, tanto no setor de medicina ocupacional quanto nos processos do plano de saúde.

## Estudos de caso

Algumas empresas de médio e grande porte iniciaram desde 2003, estudos para deixarem de ser simples “pagadores de contas”, cada vez mais elevadas, para se tornarem empresas que pudessem controlar os seus gastos de forma mais proativa e preventiva.

Para isso, algumas empresas criaram suas Centrais de Saúde que teriam como meta englobar todos os processos de saúde e controlar todos os “*players*” que participavam do atendimento a saúde integral dos seus funcionários, aposentados e dependentes.

Essa Central de Saúde, composta por um Call Center 24 horas, tem como função centralizar todas as dúvidas das regras do plano médico, odontológico e de benefício farmácia, marcar as consultas e procedimentos no departamento médico da empresa, indicar prestadores referenciados, disponibilizar um aconselhamento médico 24 horas por dia que quando indicado libera ambulância para atendimento domiciliar.

A Central concentra todos os processos relacionados à saúde e direciona ao grupo médico os pacientes portadores de patologias crônicas, para os quais foi criado um programa de gerenciamento exclusivo, onde uma equipe multiprofissional está à disposição para esclarecer e acompanhar o tratamento desses beneficiários. Foi criada uma equipe que avalia e interage com todos os procedimentos que necessitam de liberação prévia e as internações, essas foram

classificadas em emergência, eletivas, de alto custo e para as gestantes, devido às necessidades da empresa, cada uma dessas internações ainda foram separadas em pacientes acima e abaixo de 50 anos.

O programa de saúde selecionou as patologias de maior complexidade e de custo. Para que o beneficiário seja classificado é necessário conhecimento da doença. Após a identificação todos os próximos eventos passaram a ser acompanhados de forma mais intensa.

O sistema possui os módulos de CRM onde são registrados todos os contatos com o beneficiário, um módulo de relacionamento com os prestadores de serviços médicos onde são incluídas todas as formas de relacionamento e os acordos efetuados, um módulo de programa de saúde onde são incluídos os beneficiários selecionados e que passam a ter atendimento direcionado e diferenciado.

Após definido esses passos, iniciou-se o processo com a sua operadora de saúde, solicitando a liberação de todos os dados de contas pagas (utilização e gastos) através de um banco de dados. Uma interface com as operadoras de saúde foi criada onde são recebidas a cada 2 horas através do e-mail, todas as liberações executadas, sendo então processadas e incluídas diretamente na ficha do beneficiário, dando assim um alerta aos gestores de que um novo evento teve início, facilitando o acompanhamento dos eventos em tempo real contribuindo para reduzir o custo médio principalmente das internações e ainda propiciando uma maior segurança para os beneficiários.

A interligação do setor de Recursos Humanos com a Central de Saúde possibilitou que a implantação do sistema eCare (Prontuário Médico Eletrônico), agilizasse a convocação dos funcionários para os exames médicos periódicos por e-mails enviados diretamente do sistema seguindo as regras do programa de medicina ocupacional da empresa, possibilitando a convocação de 100% dos funcionários, sem o envolvimento de nenhum profissional na execução. Em paralelo, foi agilizado no Call Center da Central de Saúde o treinamento da equipe para que pudessem agendar as consultas nos serviços de medicina ocupacional localizados em cidades distantes e em estados diferentes. Em 2008, para uma empresa em específico, foi iniciada a etapa de credenciamento de serviços terceirizados em outras cidades do país, os quais geram os documentos exigidos pelo departamento médico da empresa via WEB e são visualizados e impressos no departamento médico da empresa. Não havendo a necessidade de envio de documentos físicos.

Todos os dados das compras de medicamentos são transferidos para o Carelink, pela empresa de PBM, com o nome do medicamento, data de compra, médico que prescreveu quantidade de caixas, o valor pago, o valor de subsídio da empresa, a localidade de compra.

Para que todo o processo pudesse ser interligado, o software Carelink, foi customizado seguindo toda a demanda da Central.

## Resultados

Do início do projeto da Central de Saúde a empresa possuía 15.000 vidas, hoje chegamos a 34.000, o que obrigou a constantes melhorias nos sistemas.

O projeto tem como objetivo, além de poder dar condições a empresa de gerenciar seus processos e melhorar o atendimento dos seus colaboradores, aposentados e dependentes, gerar informações e economia. Na avaliação efetuada no ano de 2009, o programa já tinha atingido o projetado a ser atingido no final de 2010. Atualmente, a empresa conta com mais de 2.000 beneficiários em gerenciamentos e mais de 60% da população já utilizou os serviços da Central de Saúde.

Devido ao início desse projeto, hoje a empresa tem total conhecimento de todos os seus indicadores (consultas, exames, internações) e os custos médios de cada evento executado e pago. Atualmente a projeção de custos tem como base de dados, as informações do plano médico associado com as avaliações da Central de Saúde a qual tem acertado com erro mínimo as últimas projeções anuais de gastos.

Temos a convicção de que somente com ferramentas informatizadas via WEB, objetivos bem traçados, metas bem definidas é que a gestão de um setor delicado como a saúde pode dar condições de propor formas inovadoras para o controle dos custos, a orientação correta ao beneficiário e um retorno financeiro para empresa.

**Paulo Pavarini Jr.**

Diretor Executivo