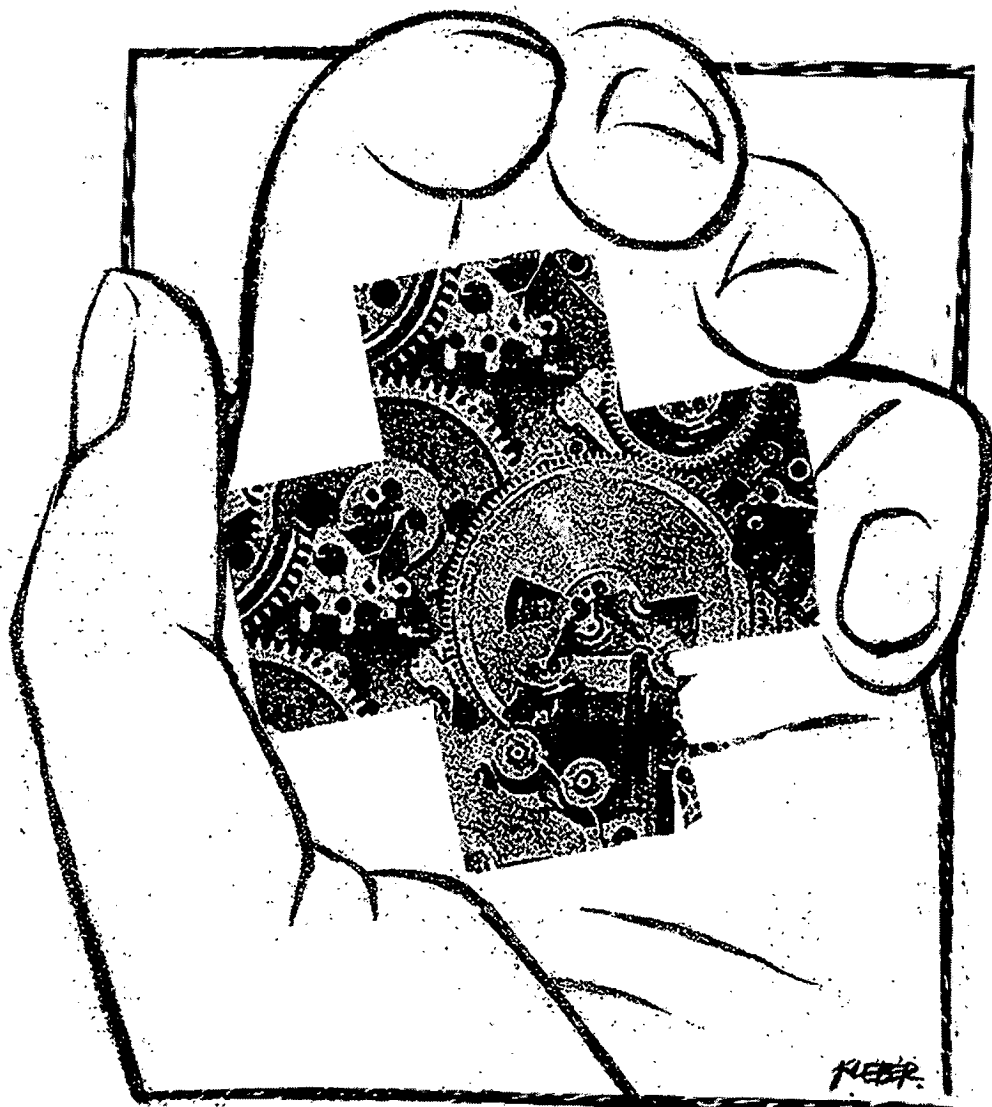




Um choque de gestão na saúde brasileira

CLÁUDIO LOTTENBERG

Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira
Hospital Albert Einstein

Um levantamento realizado pela Mercer Resource concluiu que os gastos com saúde representam a segunda maior despesa das organizações, atrás apenas da folha de pagamento. Não é à toa, portanto, que a assistência médica se tornou um dos itens mais desejados do pacote de benefícios oferecido pelas companhias. Possui-lo oculta ativos intangíveis, tais como segurança e comodidade à família. Em meio a isso, porém, há um gargalo que atormenta os gestores da área: o sistema tornou-se um fardo financeiro para as empresas.

O problema é de caráter universal e ninguém no mundo formulou respostas consistentes para essa questão. A preocupação com os custos alocados em saúde é crescente nesse planeta globalizado. Os Estados Unidos gastam atualmente cerca de 15% do Produto Interno Bruto (PIB) no setor, enquanto na Europa o percentual médio atinge 9%. No Brasil, a estimativa é em torno de 7%, enquanto a renda per capita da nossa população é significativamente inferior à apresentada em economias mais desenvolvidas. Para azedar o cenário, a informalidade excluiu os cidadãos do sistema privado, dito suplementar, a ponto desse grupo reunir menos de 35 milhões de usuários. Há cinco anos, esse número era de 41 milhões.

A medicina privada no Brasil vem diminuindo não só proporcionalmente ao total, mas também em números absolutos. Hoje em dia representa algo em torno de 20% da população. Assistimos, dessa forma, a um

recuo no número de usuários do sistema privado que não mais contrata o benefício saúde como antigamente. E, quando o faz, exige por parte da fonte pagadora um gerenciamento mais rígido e efetivo com menores custos. A fonte pagadora representa cada vez mais o papel de administrador de recursos que, por meio de indicadores (medicina baseada em evidências científicas, gestão de qualidade, co-participação do usuário), contrata os serviços de provedores que são acompanhados e medidos em sua performance.

Logo, fica claro que saúde não tem preço, mas tem custos. Concretamente, a inflação médica chega a ser três vezes maior que aquela que rege a economia como um todo. Perversamente, fica a pergunta: como financiar o segmento diante de valores cada vez mais onerosos? Há, aqui, uma lógica perversa: a incorporação tecnológica encarece os tratamentos. Nesse setor, as novas tecnologias são indicadas sem que as antigas sejam aposentadas. O médico solicita a velha radiografia e adiciona a tomografia computadorizada para concluir seu diagnóstico. Esses procedimentos contribuem para ampliar a expectativa de vida das pessoas, é verdade, mas resulta num aumento de custos.

Diante desse quadro complexo, o mundo corporativo procura brechas para aumentar seus controles internos e amenizar a interferência dos gastos com planos de saúde no balanço das corporações. Está em curso um choque de gestão. As empresas se debruçam em estudos para implementar modelos diferenciados para a assistência médica. Nessa jornada, as organizações vão precisar de fun-

cionários cada vez mais comprometidos e conscientes dos cuidados com a saúde, pois colaborador saudável reduz custos. O objetivo é pragmático: uma força de trabalho sadia evita despesas no futuro.

Esses esforços corporativos passam pela ênfase na prevenção, educação, segmentação de risco e acompanhamento de pacientes crônicos, por exemplo. Essas medidas, porém, contribuem na busca de soluções, mas por si não resolvem. Na outra ponta, a melhor alternativa para esse fosso seria a combinação entre o sistema público e o privado. Como prover uma medicina de Primeiro Mundo com um orçamento para a saúde 50 vezes menor e um gasto com medicamento que é 35 vezes maior do que o dos Estados Unidos? Em um país como o Brasil, a equação do atendimento total à saúde não será resolvida sem uma sinergia, cada vez mais visceral, entre os serviços públicos e privados, e entre as grandes instituições hospitalares e as unidades ambulatoriais.

Para concluir, o nome do jogo é a sustentabilidade do sistema de saúde. Digo, novamente, que o cidadão custeia diretamente ou indiretamente o seu programa de saúde dentro de limites suportáveis. Portanto, para uma boa prática assistencial, o valor agregado aos serviços passa a ser valorizado e questionado pelo gestor e, principalmente, pelo consumidor final, a quem cabe a tarefa de financiá-lo. A bem de suas necessidades, temos que avançar num debate centrado em argumentações que transforme a estrutura da saúde brasileira. Esse é o fim da cadeia de atendimento e não a razão para o insucesso do modelo.