

Site voltado para os assuntos do mercado de informática, saúde, seguros e TI



ACESSO

129 mil/mês

LINK

http://bit.ly/abramge_0107_segs

Plano de saúde ou plano de doença?

Ter um plano de saúde é o terceiro item da lista de desejos do brasileiro, só perdendo para a casa própria e educação. Segundo pesquisa do Ibope mais de 80% dos beneficiários estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a assistência de saúde prestada pelas operadoras. Então, por que apenas 25% da população brasileira possui um plano de saúde? A resposta parece óbvia: o alto custo. Os números da crise econômica comprovaram que três milhões de pessoas precisaram abrir mão do plano de saúde nos últimos anos migrando para, principalmente, as duas seguintes opções: o SUS, que opera acima da capacidade e com atendimento deficiente em várias áreas, e as clínicas populares ou cartão de desconto – modalidade de atendimento de saúde de baixo custo que se proliferou pelo País, mas que não é fiscalizada pelo Governo (pelo menos não com tanta seriedade quanto os planos de saúde).

O próprio conceito de sobrevivência da modalidade cartão de desconto já nasceu com uma visão distorcida e operando com uma lógica que pode ser tida como perversa. Isso porque é um serviço que lucra com a doença – e a saúde fica em segundo lugar. Enquanto para as operadoras não é interessante ter um cliente doente – tanto do ponto de vista econômico quanto humano, motivo pelo qual tem investido cada mais em programas de promoção de saúde e prevenção de doenças – para as clínicas populares o que gera lucro é a doença, que faz com que as pessoas necessitem de exames e de tratamentos. Dessa forma podemos enxergar claramente duas visões de assistência de saúde privada: o plano de saúde e o plano de doença.

Os planos de saúde trabalham justamente no viés contrário: quanto mais doente a população, maior seu custo e, consequentemente, menor o resultado positivo. As operadoras têm isso bem claro em sua estratégia e trabalham focadas na promoção da saúde, incentivando hábito saudáveis, como alimentação correta, exercícios físicos e cuidados com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, depressão etc). A prevenção propriamente dita também faz parte do dia a dia, o que significa conhecer a saúde de seus beneficiários para propor um adequado acompanhamento de saúde, com a indicação precoce de exames como medida de identificação de doenças. A mamografia, os testes ginecológicos, o exame de toque retal são alguns exemplos. São benefícios que apenas quem tem um plano de saúde pode contar.

Outro movimento forte nas operadoras é o de popularizar a figura do médico gestor ou, simplesmente, médico de família, um modelo de sucesso na área da saúde bastante difundido no Canadá e em países da Europa, que tem um nível de resolubilidade muito superior a encontrada atualmente no Brasil. O médico de família tem a capacidade de cuidar dos pacientes de forma generalista, evitando a troca frequente de profissionais e as consultas desnecessárias. Por conhecer o histórico do paciente, o médico de família é quem irá avaliar e fazer o encaminhamento para o especialista, se necessário.

A grande maioria da população vai ao médico quando já estão com um problema e aí cabe ao profissional (nem sempre o mais indicado) apenas tratar os sintomas. O que se busca é que as pessoas cuidem de sua saúde de forma constante e o médico de família seja o grande aliado nesse objetivo. Esse modelo de saúde proposto é benéfico para a população, para as operadoras de planos de saúde e para a saúde pública. O caminho é longo, pois envolve uma mudança cultural. Mas as perspectivas são otimistas: a tendência é que baixe drasticamente os custos das operadoras que poderão repassar essa economia aos beneficiários. Isso também irá desafogar o SUS que poderá buscar maior equilíbrio e melhores práticas.

Outra solução plausível para a realidade brasileira e que necessita de legislação da ANS é a utilização da ampla rede de operadoras de saúde, com sua expertise em prevenção de doenças e promoção à saúde, na oferta de consultas e exames pré-pagos nos mesmos moldes do Sinam – Sistema Nacional de Atendimento Médico. Estes procedimentos poderiam ser cobrados à parte junto ao plano hospitalar obrigatório, permitindo que o beneficiário tenha a segurança de um plano de saúde em regime de internação hospitalar, justamente onde há grande dificuldade no pagamento direto devido aos altos custos envolvidos. Esta modalidade permitiria baixar em até 50% o custo dos planos médicos, trazendo mútuo benefício para a população e a operadora de saúde.

**Cadri Massuda é presidente do SINAMGE-Sindicato Nacional dos Planos de Saúde e presidente da regional PR/SC da ABRAMGE-Associação Brasileira de Planos de Saúde.*