



A saúde na sua empresa vai para a UTI?

POR **LUIZ EDMUNDO ROSA**
PGA 2001

Quando alguém fica gravemente enfermo, a melhor solução pode ser colocá-lo numa Unidade de Terapia Intensiva. Lá, é possível monitorar sua saúde a partir de diversos indicadores, pesquisar as causas, definir uma estratégia apropriada, testar o efeito de tratamentos e acompanhar sua evolução até a plena recuperação. Recurso valioso para salvar vidas, o tratamento em UTI depende, acima de tudo, de se reconhecer a gravidade do quadro e não vacilar em colocar o doente sob essa proteção.

Nas empresas, há uma atividade que vem se complicando rapidamente. Os custos com a saúde corporativa têm se desgarrado da inflação, como se fossem uma febre descontrolada, indicando haver uma infecção não identificada. Como qualquer outro custo fora de controle, esse também mereceria o

tratamento de UTI, mas aparentemente, em muitas empresas, isso ainda não acontece. E enquanto a infecção não é debelada e se dissemina entre as empresas no país, os custos com saúde corporativa vêm se tornando o segundo maior orçamento da área de RH, logo abaixo da folha de pagamento.

Por que isso está ocorrendo? Por que, em tantas empresas, o que parecia um simples benefício se tornou uma dor de cabeça persistente?

Este artigo pretende contribuir para a melhor compreensão desses motivos e indicar caminhos na busca de soluções. Nesse sentido, reúne informações que sugerem a amplitude e complexidade do problema. E, para ajudar a elucidar e descobrir pistas de como enfrentá-lo, traz os resultados de uma pesquisa recém-realizada junto a 668 empresas, das mais representativas no Brasil.

EM BUSCA DOS PORQUÊS Uma das explicações, bastante difundida no mercado, alega que aumentar os custos da saúde bem acima da inflação é uma realidade da nossa era e, portanto, inevitável. Reflete a evolução da medicina moderna, que vai adicionando inovações e tecnologias complexas aos procedimentos já existentes.

Essa justificativa, embora tenha fundamentos, é suficiente para explicar a disparada dos custos?

Outra versão prefere responsabilizar os prestadores de serviços de saúde, que vêm se concentrando e fortalecendo sua capacidade de pressão e barganha. Atualmente, as negociações com planos de saúde, seguradoras e outros estão muito mais difíceis. Podemos responsabilizá-los pela elevação dos custos da saúde nas empresas?

É humano, face às dificuldades e perplexidades, querer encontrar culpados pelo que vivemos. Essa simplificação nos impede de ver claramente nossas falhas, condição elementar para corrigi-las. Para evitar essa armadilha, é essencial compreender a dinâmica dos custos e as responsabilidades de cada ator envolvido.

Os custos da saúde corporativa são o resultado do que se faz – e do que não se faz – dentro e fora da empresa. Portanto, têm um componente interno, chamado de sinistralidade, que varia com a intensidade da utilização dos serviços. Também existe um componente externo – o valor que se paga por esses serviços, diretamente ou por meio de terceiros, como um plano de saúde.

Assim, quando os custos sobem acima da inflação, primeiramente devemos nos perguntar como anda a sinistralidade da empresa, que fica mais diretamente sob nossa gestão. São nossos colaboradores e seus dependentes que podem, bem ou mal, utilizar os serviços de saúde. Além disso, reduzir o valor cobrado pelos serviços é uma missão bem mais difícil, pois está sob a responsabilidade de terceiros em toda a cadeia.

Na contratação dos planos de saúde, costuma-se fixar um valor percentual para a sinistralidade (em torno de 70%), que serve como parâmetro para o equilíbrio entre os custos de serviços e as receitas recebidas. Se a sinistralidade superar o parâmetro acordado, a empresa contratante irá pagar a diferença, geralmente no próximo reajuste. Mas, se permanecer abaixo do parâmetro, uma redução poderá ser negociada. Se as empresas melhorassem

a sua sinistralidade, certamente o preço dos seguros de saúde cairia.

As empresas estão conseguindo gerenciar bem os seus programas de saúde?

Com a crise econômica, várias delas encolheram a área de RH, a principal responsável pela gestão da saúde corporativa. Em certos casos, pessoas menos experientes e qualificadas assumiram essa liderança, sem dispor de processos e controles eficientes.

Certas iniciativas podem ter saído mais caras do que a economia pretendida. O corte nas despesas de estrutura pode ter contribuído para a perda do controle dos custos da saúde, que – coincidência ou não – dispararam durante os anos de crise. Pressionadas para reduzir, não foram poucas as empresas que cortaram “até o osso”. Boas práticas foram descontinuadas, como dispensar o médico que resolvia inúmeras necessidades dos colaboradores, sem que estes precisassem recorrer à assistência médica. Após sua saída, quem controlou a elevação de consultas, exames, cirurgias e hospitalizações com sobrepreço?

Os caminhos para baixar a sinistralidade são múltiplos. Dependem de estratégias bem definidas, mapeamento de riscos, processos precisos, indicadores, programas de promoção da saúde e gestão de fornecedores. Definitivamente, não é um trabalho para amadores.

No Brasil, a base conceitual necessária para uma gestão eficaz da saúde corporativa não faz parte da maioria dos programas de formação das equipes de RH, tanto em nível de graduação como pós-graduação. Para complicar, também não está inserida na formação dos CEOs e dos membros do Conselho de Administração, no que se refere aos seus aspectos mais estratégicos e indicadores críticos. Talvez isso explique sua reduzida presença nas agendas dos CEOs e administradores. Se a cúpula diretiva dominasse as questões relevantes para a melhoria da gestão da saúde corporativa, certamente os resultados seriam bem superiores.

Para avançar no entendimento dos custos da saúde corporativa é preciso levar em conta a conexão entre os fatores internos e externos às empresas.

USOS E ABUSOS Especialistas em saúde registram a existência de enormes exageros na utilização dos planos de saúde no Brasil. Apontam para o elevado número de consultas, exames, cirurgias, terapias, próteses e medicamentos. Muitos deles, considerados

PARA AVANÇAR NO ENTENDIMENTO DOS CUSTOS DA SAÚDE CORPORATIVA É PRECISO LEVAR EM CONTA A CONEXÃO ENTRE OS FATORES INTERNOS E EXTERNOS

desnecessários e até repetitivos, sem respeitar as recomendações e protocolos internacionais.

Várias empresas, pela fragilidade de seus processos de acompanhamento e controle, não conseguem perceber e mudar essa situação. Apesar de contratarem corretoras e operadoras que detêm informações relevantes para a melhoria da gestão, em diversos casos relatados pelos próprios fornecedores, essas informações deixam de ser demandadas ou, quando recebidas, acabam ignoradas.

Para aprimorar o uso consciente e responsável dos serviços de saúde, uma prática difundida é a coparticipação, pela qual os usuários pagam uma pequena parte dos serviços utilizados. No entanto, esse mecanismo é limitado, pelo nível de desinformação e despreparo das pessoas quanto à saúde. E mesmo compartilhando, elas não conseguem, sozinhas, evitar os excessos. Daí o valor de bons programas de educação para a saúde, uso de aplicativos, serviço médico de orientação, triagem e comunicação frequente.

Sabe-se que em ambientes de trabalho com elevada pressão e estresse, as pessoas usam mais o plano de saúde. A crise econômica brasileira também deixou sequelas, com os cortes de orçamento e gente. Algumas pessoas passaram a trabalhar em excesso, para suprir as que saíram, o endividamento foi agravado pela falta de aumentos e bônus, e as equipes frequentemente reclamam da falta de reconhecimento.

Para completar, muitos empregados que utilizam intensivamente os serviços de saúde não mudam seus comportamentos de risco, como sedentarismo, sobrepeso, sono insuficiente, alimentação desbalanceada e descuido com doenças crônicas.



OS EXCESSOS E ABUSOS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE CAUSAM ENORMES PREJUÍZOS PARA AS EMPRESAS

Os excessos e abusos com os serviços de saúde causam enormes prejuízos para as empresas, principais financiadoras de tudo que é bem ou mal feito. Além disso, lesam as pessoas que, por despreparo, são facilmente induzidas a fazer exames e procedimentos que expõem sua saúde a riscos dispensáveis, alguns com consequências irreparáveis.

Dados da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar mostram que, em dezembro de 2016, havia 47,7 milhões beneficiários de planos de saúde, dos quais 31,8 milhões, dois terços do total (66,8%), com planos pagos pelas empresas. Em 2016, foram realizados 796,7 milhões de exames complementares, o que representa 16,7 exames por pessoa/ano, número superior à média de países bem mais ricos que o Brasil.

É preocupante a velocidade do crescimento dos exames. Pelos relatórios da ANS, em apenas quatro anos (de 2012 a 2016), o número de exames deu um salto de 36,7%, sem que o total de beneficiários dos planos de saúde aumentasse. Como explicar então esse substancial aumento? Há alguma justificativa plausível para isso?

Ainda segundo dados da ANS, o número de ressonâncias magnéticas, um dos exames mais caros, quase dobrou (97,2%) no mesmo período, ultrapassando sete milhões de procedimentos anuais. Com isso, o Brasil, um país com recursos limitados, já supera em 153% o número de ressonâncias *per capita* dos países da OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

No que se refere às cirurgias, um fato chama a atenção: o número de cesáreas pagas pela saúde privada representou 84,1% do total de partos realizados em 2016, conforme levantamento da ANS. Número acentuadamente elevado, face ao limite de 15% de cesáreas recomendado pela OMS – Organização Mundial da Saúde. Seriam as mulheres brasileiras culpadas por isso?

Uma matéria da BBC Brasil destaca que nosso país é líder mundial em cesáreas e cita pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz, que acompanhou 437 partos. Em 92% deles, a cesárea foi realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto e, apesar de 70% delas não terem preferência pelo procedimento, acabaram tendo que fazê-lo.

Outros tipos de cirurgias podem estar ocorrendo sem necessidade, por erros de diagnóstico ou conflitos de interesse?

O Hospital Albert Einstein criou um serviço de 2ª Opinião para casos de cirurgia na coluna, preocupado com os relatos de indicações desnecessárias de cirurgias, com o uso de implantes de alto custo e aumento das complicações desses procedimentos. Dos 2.580 casos com indicação prévia de cirurgia, que passaram por criteriosa avaliação, apenas 1.096 tiveram sua indicação confirmada. A 2ª Opinião propiciou uma redução de 58% das cirurgias, com uma economia de R\$ 102 milhões. Evitou que pessoas sofressem as consequências de procedimentos com riscos de limitações de movimento e sequelas irreversíveis.

Quantas empresas utilizam a 2ª opinião para proteger a integridade de seus colaboradores, especialmente em casos de procedimentos de maior risco?

Quando a organização adota essas medidas, deixa claro o seu nível de compromisso com as pessoas que estão em situação fragilizada, evitando que elas sejam vítimas de erros ou abusos. Essa é uma das formas mais inteligentes de redução de custos.

O QUE A PESQUISA REVELA Para saber como as empresas vêm atuando em relação à gestão da saúde corporativa e se adotam programas efetivos nessa área, a ABRH – Associação Brasileira de Recursos Humanos uniu-se à ASAP – Aliança para a Saúde Populacional para desenvolver uma pesquisa. Realizada on-line, nos meses de maio e junho de 2017, foi respondida por 668 profissionais de Recursos Humanos, metade deles na liderança da área. Suas empresas mantinham aproximadamente 1,3 milhão de empregados, abrangendo três milhões de beneficiários dos planos de saúde, quase 10% das pessoas que têm planos pagos pelas empregadoras.

Conheça os principais pontos revelados pelo estudo:

- **Custos em alta** – para 81,3% das empresas, os custos com a saúde corporativa subiram acima da inflação. Em 55% delas, mais que dobraram, e

83% acreditam que os custos não vão baixar nos próximos dois anos. A boa notícia é que cerca de um quinto (18,7%) das organizações vêm conseguindo manter os custos próximos ou inferiores à inflação. Além disso, 16,7% estão otimistas e acreditam que os custos vão cair nos próximos dois anos. Se quase 20% das empresas têm tido sucesso na gestão das despesas da saúde corporativa, fica difícil sustentar a desculpa de que elas sobem por fatores alheios à sua responsabilidade.

- **Dependência da negociação** – em 61% das empresas, a negociação com fornecedores é a principal ação para redução de custos com a saúde. Trocar de fornecedores tem sido uma prática para 21,8% das organizações, mas esta pode ser uma saída apenas paliativa e com efeitos de curto prazo. A troca pode provocar custos de logística e gerar insatisfação dos colaboradores, em especial os que estão em tratamento e são obrigados a trocar de médico, entre outras mudanças. Porém, de nada adianta contratar uma nova operadora se a sinistralidade não baixar, pois a recomposição de custos acabará acontecendo, mais cedo do que se espera. Se as empresas fizerem bem o “trabalho de casa”, com programas efetivos para gerir sua sinistralidade, dependerão menos da negociação e ainda reforçarão sua barganha com os fornecedores, para obter melhores resultados.

- **Estratégias e programas pouco eficazes** – 71,4% das empresas disseram que mantêm estratégias e programas para melhoria da saúde de seus colaboradores. No entanto, a maioria utiliza um número reduzido das melhores práticas de gestão da saúde corporativa, listadas pela pesquisa. Isso parece explicar os resultados pouco efetivos em relação aos custos. Por exemplo, 51% delas não têm programas de gerenciamento dos grupos de risco, que mais utilizam serviços de saúde. Se tivessem ações educacionais e programas customizados, poderiam ser mais eficientes. Pouco mais da metade das empresas (54%) não trabalham com indicadores para acompanhar, avaliar e melhorar suas estratégias e programas. Se compartilharem com mais frequência e intensidade suas boas práticas, poderão prosperar, individualmente e em grupo. Isso significa colocar o tema na agenda dos grupos de RH, cursos e congressos da categoria, com o grau de importância que ele merece.

- **Liderança** – 41% dos responsáveis pela gestão dos programas de saúde eram analistas e coordenadores.

A segunda maior despesa de RH não merece ficar com os mais graduados da área?

• **Gestão da demanda e de terceiros** – apenas 8,6% das empresas utilizam a 2ª opinião, e 6,6% recorrem ao “médico de família” como estratégia para gerenciar a demanda. A 2ª opinião e a assessoria médica contribuem para uma utilização mais econômica e eficaz dos serviços de saúde, protegendo as pessoas de riscos desnecessários, evitando desperdícios com tratamentos equivocados e a prática de preços abusivos dos fornecedores.

LUIZ EDMUNDO ROSA é diretor de Desenvolvimento de Pessoas e responsável pelo Núcleo de Saúde da ABRH-Brasil.

PARA SE APROFUNDAR NO TEMA

ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Boas práticas na indicação de cirurgia de coluna no Hospital Israelita Albert Einstein. 2015. Disponível em: <goo.gl/cbFVDK>. Acesso em: 9 ago. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 9 ago. 2017.

_____. *Mapa assistencial de saúde suplementar*. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_2016_completo_edicao_2.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

_____. 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_20130410.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

DELLA-BARBA, Mariana; BARIFOUSE, Rafael. 'Desvalorização' do parto normal torna Brasil líder mundial de cesáreas. 15 abr. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb>. Acesso em: 9 ago. 2017.

CONCLUSÕES

Este artigo buscou ampliar a compreensão dos motivos pelos quais os custos com a saúde corporativa vêm subindo acima da inflação e indicar caminhos para a melhoria da sua gestão. Os resultados de uma pesquisa com 668 empresas sugerem que suas estratégias e programas têm sido, na maioria dos casos, pouco efetivos frente à escalada de custos. Uma forte possibilidade de entender esse baixo resultado é que as melhores práticas de gestão não estão implantadas na maioria das empresas. É como se numa UTI, durante uma epidemia, cada doente tomasse uma fração do coquetel de medicamentos recomendado.

Como a saúde corporativa tem que se prevenir contra abusos e desvios na utilização dos seus serviços, pode-se deduzir que não basta à empresa, com as melhores intenções, apenas colocar à disposição de sua equipe um bom plano de saúde. É imprescindível liderar esse investimento com os mesmos cuidados que dedica aos seus negócios de sucesso.

O que aconteceria se, progressivamente, mais e mais empresas melhorassem sua gestão e reduzissem sua sinistralidade? Como outras formas de seguro, fundamentadas no conceito de mutualidade, a tendência seria a queda no preço do serviço para todas. Da mesma forma que nas cidades em que o roubo de automóveis é muito baixo, o valor do seguro também é menor.

Ações individuais somadas ao esforço coletivo podem potencializar os resultados, a ponto de motivar as entidades representativas empresariais, como sindicatos, associações e federações patronais, a colocar a saúde corporativa nos seus radares e agendas estratégicas.

Por tudo isso, existe uma grande oportunidade para os líderes empresariais, em especial aos de RH, investirem no aprimoramento da gestão da saúde corporativa. Ao trocar o desperdício dos custos da doença pela promoção de ambientes mais saudáveis, suas equipes podem se tornar mais energéticas, engajadas e comprometidas com a inovação e a produtividade.