



União de gigantes para enfrentar um problema ciclópico

JOSÉ CECHIN

O simples anúncio da união de três gigantes americanas de setores distintos para enfrentar o ciclópico problema da escalada das despesas com a saúde enviou calafrios aos investidores do mercado de operadoras de planos e seguros de saúde nos Estados Unidos, como atesta a queda de suas ações na bolsa de valores norte-americana no dia em que se soube da notícia. Isso apesar de seus maiores executivos terem declarado que o grupo não possui resposta pronta para o problema, adiantando, porém, que manifestam seu profundo inconformismo com essa escalada, a qual não aceitam como inevitável.¹

A que se poderia atribuir o decréscimo no valor das ações? Talvez à velada percepção de que as operadoras teriam negligenciado o problema ou falhado em se valerem de adequadas técnicas de gestão para conter os custos, e que por isso se esperaria que a iniciativa fosse bem-sucedida dessa vez.

Antes de elaborar a questão, é preciso deixar claro a lição essencial dessa e outras iniciativas similares já tentadas, ou em tentativa, de que a escalada das despesas com saúde está perturbando, e muito, os empregadores. Estas representam uma alta parcela dos custos da folha de pagamentos, encarecendo os produtos domésticos vis-à-vis aos de concorrentes que não têm encargos com saúde tão altos. Sendo um problema generalizado nas contratantes dos EUA de planos e seguros de saúde, o país perde competitividade, e a economia, ímpeto. Percepção correta e oportuna.

¹ A aliança foi anunciada por Jeff Bezos, da Amazon, Warren Buffett, da Berkshire Hathaway, e Jamie Dimon, do JP Morgan. Os executivos encarregados de levar adiante o projeto são Todd Combs, agente de investimentos da Berkshire Hathaway, Marvella Sullivan Berchtold, diretora geral do JP Morgan, e Beth Galetti, vice-presidente sênior da Amazon.



Pouco foi anunciado quanto à forma empresarial adotada em seguida, exceto que seria uma entidade sem fins lucrativos – aparentemente, uma espécie de "autogestão". Quanto às chances de sucesso da medida, há diversas manifestações em ambos os sentidos. Do lado otimista, aponta-se para a disponibilidade de recursos financeiros, o caráter inovador desses empreendedores, sua pertinácia, capacidade em mobilizar as melhores competências, sua admisão de inevitabilidade inexistente da escalada das despesas, sua intenção firme para equacionar o problema. Correntes no Brasil apostariam no sucesso, pelo motivo equivocado, de a entidade não ter fins lucrativos, em linha com a visão de que saúde não deveria servir à obtenção de lucros. Cabe observar que essas gigantes são movidas pela necessidade de preservação de sua rentabilidade – ameaçada que está pelo crescimento dos gastos com saúde. Por isso, a entidade em si pode não objetivar o lucro, mas seu êxito certamente afetará os resultados de suas patrocinadoras.

Do outro lado, o ceticismo se expressa em diversos pontos: já foi algo tentado, mas não houve proficuidade (não considero relevante esse ponto); o tamanho da entidade, apontado como lado positivo, com mais de um milhão de beneficiários e despesas anuais de mais de 15 bilhões de dólares, na verdade, representa muito pouco frente aos gastos com saúde nos Estados Unidos – menos de 0,5% (tampouco esse argumento é relevante, pois esse número pode crescer com novas adesões); ainda que o número de beneficiários na partida seja grande, eles estão dispersos em diversas Unidades Federativas, o que reduz as possibilidades de negociação com prestadores com base em ganhos de escala. Por fim, e não menos importante, a regulação do setor também limita uma grande conquista, pois restringe as possibilidades de negociação ou a oferta de tratamentos alternativos.

Embora esses sejam obstáculos reais, não são insuperáveis. Há outros desafios, no entanto, que me parecem bem maiores. A questão não é simplesmente a de prover soluções de tecnologia e informações para melhorar a gestão. Isso é uma parte importante, mas não é a maior parcela. As despesas com saúde são formadas por um complexo muito grande de fatores e agentes. Entre os fatores estão a existência de infraestrutura médica, a incorporação de tecnologia, o meio ambiente, o nível de educação. Quanto aos agentes, estão envolvidos profissionais, estabelecimentos, a indústria produtora de medicamentos, materiais e dispositivos médicos implantáveis, consumidores, os pacientes, agentes públicos e reguladores – todos com interesses e aspirações próprios e legítimos, imersos em diversificados ambientes históricos e culturais. Sem enfrentar cada um dos fatores ou sem o envolvimento de todos esses agentes, os ganhos serão pequenos, demorarão a tomar volume e, por isso, podem gerar desapontamentos.

O enfrentamento do problema, além do indispensável recurso à tecnologia, deve seguir em pelo menos duas dimensões: a do consumidor e suas preferências e aspirações, de forma a induzi-lo a adotar hábitos saudáveis de vida, com efeitos importantes no estado de saúde e também nos gastos, com uso adequado dos recursos médicos; e a do controle das despesas, que passa pela negociação dos contratos de prestação dos serviços de saúde e dos procedimentos a serem seguidos.

Na primeira dimensão, é bem sabido que seguir hábitos adequados eleva as chances de uma vida mais longa e mais saudável, logo, com menores gastos com saúde. Promovê-los não exige grandes inversões financeiras – há que se persuadir os indivíduos de que vale a pena adotá-los. O verdadeiro desafio, que não é pequeno, é fazer com que efetivamente os adotem. As pessoas conhecem os malefícios dos maus hábitos, podem até estar conscientes da importância de cessá-los, mas obter sucesso na interrupção é outra história. A difusão de hábitos adequados leva tempo, e seus resultados na saúde, mais ainda. A demora traz o risco da desilusão. Ainda assim é essencial persistir nessa linha, especialmente porque beneficiará as pessoas que os adotarem e ainda poderá conter a ascensão da demanda por serviços de saúde.

A outra linha de ação é, dada a demanda por assistência à saúde, como atendê-la de forma eficiente, e esse é um desafio incomensuravelmente maior. Começa-se por apontar para o enorme desperdício nos sistemas de saúde, especialmente no norte-americano, na suposição de que eliminá-lo seria tarefa simples. De fato, parece simplesmente lógico que se deva começar pelo combate ao desperdício. Aliás, essa era a forma imaginada na campanha presidencial de Bill Clinton, de financiar a remodelação do sistema de saúde. Também do presidente Obama. Porém, há várias dificuldades nessa linha. A primeira é a correta identificação dos desperdícios ou abusos. A segunda, tão importante quanto a primeira, é que o desperdício ou o abuso são ganhos para quem os pratica, e é simplesmente natural que quem tiver que perder resista à mudança. A terceira, não menos significativa, são as causas dos desperdícios: fragmentação dos sistemas de saúde, levando a altos gastos com sua administração; diferenças de formação profissional e de suas crenças ou simples desconhecimento das melhores práticas; opção por tratamentos dispendiosos quando outros mais econômicos produziram desfechos clínicos semelhantes; desejo do paciente e seu assistente por materiais de última geração, normalmente mais caros, no pressuposto tácito de que preço espelha qualidade, mas com resultados apenas marginalmente melhores. Isso porque profissional assistente e seu paciente, especialmente o de mais elevado grau de instrução, tendem a rejeitar a segunda linha, mais econômica, ainda que com resultados semelhantes.

A trajetória das despesas está francamente insustentável, e a derrocada da saúde suplementar trará perdas maiores e a muito mais atores nas sociedades do que pode ocorrer com as mudanças necessárias no sistema de saúde privado.

No enfrentamento das despesas assistenciais de saúde, deve-se ter presente que são bem pulverizadas, entre consultas, exames, terapias, medicamentos e gastos hospitalares. Esse último item representa quase a metade do custo. Nele há honorários profissionais, taxas e diárias, exames, materiais e medicamentos, dispositivos médicos implantáveis etc. Os valores se formam a partir dos preços praticados pela indústria, passando pela cadeia distribuidora, até finalmente serem negociados entre hospitais e operadoras, com ampla margem de comercialização. Nessa cadeia, a indústria é muito ativa na produção de inovações, que justificam novos preços de seus materiais, nem sempre com correspondentes efeitos nos desfechos clínicos.

A complexidade das negociações fica evidente. Outra questão que afeta sobremaneira as despesas e é de difícil alteração está relacionada ao processo de tomada de decisões quanto ao uso dos recursos médicos. A decisão se forma no encontro do paciente com o profissional de sua escolha e confiança. Ambos querem acertar no diagnóstico e na terapia resolutiva, com rapidez. Considerações de custo ou de custos comparados entre procedimentos alternativos, mas igualmente eficazes, normalmente não são do interesse de nenhuma dessas duas partes. Ambas desejam os mais recentes e dispendiosos, mesmo que sem resultados perceptivelmente superiores, já que nenhum dos lados arca diretamente com os gastos. Ademais, a prática médica defensiva, para evitar ações judiciais, leva ao sobreuso dos recursos. O problema fica mais sério se o pagamento é por procedimento, independentemente de resultado, ou se há interveniência de comissões e margens. Nesses casos, é lógico, pois, oferecer maior quantidade e produtos ou procedimentos mais dispendiosos, percepção que somente poderá mudar se forem alterados também os incentivos.



Gerenciar custos requer que se interfira em maior ou menor extensão nesse relacionamento profissional-paciente. Como saída, até para evitar casuísmos, podem ser adotados protocolos, o que também não é algo isento de problemas e tende a ser rejeitado pelo paciente e pelo profissional.

Enfim, no curto prazo, o desafio reside no ataque aos propulsores das despesas e isso requer pesadas e continuadas negociações com todos os envolvidos na cadeia da saúde, a começar pelo próprio segurado/paciente, passando pelo profissional, pelos mais diversos prestadores, pela indústria. Para o longo prazo, é necessário, ademais, completar a formação profissional com elementos de economia para que custos também sejam considerados nas tomadas de decisão. Envolve, ainda, educação do beneficiário-paciente para superar visões inadequadas de que “mais” é sempre melhor e, que algumas intervenções causam maior mal do que o mal que se quer curar.

É louvável a iniciativa, mas o caminho é árduo. Há chances de conquistas e é mesmo necessário que a iniciativa seja bem-sucedida. Para tanto, será preciso persistência e não sucumbir às primeiras frustrações. O êxito trará benefícios para toda a sociedade norte-americana, mesmo com eventuais perdas localizadas, e poderá servir de exemplo para a realidade brasileira. A trajetória das despesas está francamente insustentável, e a derrocada da saúde suplementar trará perdas maiores e a muito mais atores nas sociedades do que pode ocorrer com as mudanças necessárias no sistema de saúde privado. ●

JOSÉ CECHIN

Diretor Executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)
jose.cechin@fenasaude.org.br