

GABRIEL BACARIN

ECOSSISTEMA DE NEGÓCIOS E PARCERIAS NA DEFINIÇÃO DE
UM NOVO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE CORPORATIVA

Trabalho de Formatura apresentado à
Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo para obtenção do diploma de
Engenheiro de Produção.

São Paulo

2015

GABRIEL BACARIN

ECOSSISTEMA DE NEGÓCIOS E PARCERIAS NA DEFINIÇÃO DE
UM NOVO MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE CORPORATIVA

Trabalho de Formatura apresentado à
Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo para obtenção do diploma de
Engenheiro de Produção.

Orientador:
Profa. Livre Docente Marly Monteiro de
Carvalho

São Paulo

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Bacarin, Gabriel

Ecossistema de negócios e parcerias na definição de um novo modelo de gestão da saúde corporativa / G. Bacarin -- São Paulo, 2015.

131 p.

Trabalho de Formatura - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.Gestão de Saúde Corporativa 2.Ecossistema de Negócios 3.Parcerias 4.Sistema de Saúde Suplementar I.Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

À minha filha Milena

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tem me auxiliado em todas as etapas da vida e me deu condições para mais esta realização.

A toda a minha família, meus pais, avós, irmãos, tios e primos. Em especial à minha esposa Soadia, pela paciência, a compreensão e o amor infindáveis com os quais me acompanhou desde o início desta jornada.

Aos professores do departamento de Engenharia de Produção pelas valiosas disciplinas ministradas que construíram minha formação. E a todos aqueles com quem trabalhei e que me ajudaram ao longo do curso.

À Accenture pelas excelentes oportunidades de experiência e desenvolvimento profissional, em especial pela oportunidade de realização deste Trabalho Final.

À minha orientadora, Professora Marly Monteiro de Carvalho, pela paciência e as inestimáveis orientações e contribuições que viabilizaram a concretização deste Trabalho.

RESUMO

O presente trabalho buscou desenvolver um novo Modelo de Gestão da Saúde como solução aos crescentes custos assistenciais do Grupo. Os objetivos do trabalho foram: a definição da nova estratégia de ecossistema do Grupo, a proposta do novo modelo e análise das parcerias necessárias para seu funcionamento. Foram estudados o ambiente de saúde no Brasil, ecossistema de negócios e parcerias. Também foi realizado o *benchmarking* de modelos de gestão de saúde, que permitiu observar casos em que o empregador atua predominantemente no ambiente interno e/ou externo. Para cumprimento destes objetivos foram separadas duas frentes de análise do diagnóstico atual: interna e externa. A análise interna da situação atual permitiu constatar, por análise de regressão, que apenas duas variáveis demográficas têm correlação com o custo de saúde dos indivíduos: idade e sexo. Também foi possível constatar que custo assistencial não está diretamente relacionado ao absenteísmo. O subgrupo de Serviços que gera mais custos assistenciais - de acordo com o teste da Mediana de Mood -, possui taxa de absenteísmo substancialmente inferior ao de Tecnologia. A análise externa da situação atual foi realizada utilizando o conceito de Ecossistema de Negócios, permitindo constatar que as operadoras e seguradoras fornecem a plataforma - o pilar que sustenta o ecossistema de saúde em que o Grupo está inserido -, pois é por meio delas que os usuários consomem os serviços dos provedores. No entanto, elas não possuem informação nem ferramentas que permitam assumir a liderança do ecossistema. O novo Modelo de Gestão da Saúde tem como principal proposta a nova estratégia de ecossistema do Grupo: em parceria com as operadoras, assumir a liderança do seu ecossistema de saúde por meio da estratégia de peça chave. A plataforma oferecida deixa de ser apenas de mediação e passa a ser também de gestão da saúde e dos prestadores de serviços assistenciais. A visão ecossistêmica traz contribuições relevantes à gestão da saúde, permitindo que a nova estratégia se desdobre no MGS, composto por iniciativas internas e externas que atuam sobre as principais necessidades dos beneficiários e do sistema de saúde local. Enfim, análise do Portfólio de Relacionamentos destacou duas parcerias estratégicas - operadoras e consultórios de atendimento primário – que são essenciais para funcionamento do modelo.

Palavras-Chave: Sistema de Saúde Suplementar. Gestão de Saúde Corporativa. Ecossistema de Negócios. Parcerias.

ABSTRACT

The presented study intended to develop a new Workplace Health Model as a solution to the Group's increasing healthcare costs. The objectives of this paper were: defining a new Ecosystem Strategy to the group, proposing the new Model and analyzing necessary alliances to enable it. The bibliography comprehended Brazilian healthcare environment, business ecosystems and alliances. It also comprised the benchmarking of workplace health models, which allowed the scrutiny of cases where the employer acted mostly on the internal and/or external environment. The as is situation analysis was split in two ways: internal and external. The internal analysis showed, through regression analysis, that only two demographic variables were correlated with individual healthcare costs: age and sex. It was also noted that healthcare cost is not directly related to absenteeism. The subgroup of Services - which, according to Mood Median test, incurs more healthcare costs - presents a significantly lower absenteeism rate in comparison to the subgroup of Technology. The external analysis made use of the Business Ecosystem model, which allowed the conclusion that payers offer the platform, the pillar that supports the private health ecosystem, because end-users consume the providers' services through the payers. However, the payers have neither information nor means to lead the ecosystem. The lack of leadership hinders the overcoming of the systems' current problems. Consequently the whole system is affected, including the Group. The new Workplace Health Model's main proposal is the redefinition of the Group's current ecosystem strategy: In alliance with the payers, the Group assumes leadership of the Ecosystem through a Keystone strategy. The new platform changes from a mere financing function to the management of population health and healthcare service providers. Thus, the ecosystem view brings relevant contributions to healthcare management, allowing the new strategy to be deployed on the new Workplace Health Model, which is composed of internal and external actions that meet the main needs of the beneficiaries and the local healthcare system. Finally, the Relationship Portfolio analysis highlighted two strategic alliances – payers and primary care clinics – which are essential to successfully run the model.

Keywords: Private Health System. Workplace Health Promotion. Business Ecosystems. Alliances.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Despesas assistenciais em Reais e número de beneficiários das operadoras e seguradoras (Brasil - 2011-2014), adaptado de ANS DADOS GERAIS, 2015 | 24 |
| Figura 2 - Número de beneficiários em planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano (Brasil, 2011, 2012, 2013, 2014), adaptado de ANS CADERNO DE INFORMAÇÕES | 26 |
| Figura 3 - Etapas do projeto, escopo e objetivos da Accenture e do Trabalho Final, elaborado pelo Autor | 28 |
| Figura 4 - Estrutura do trabalho | 30 |
| Figura 5 - Posição do Sistema de Saúde em Relação aos Sistemas Sociais, fonte: BISPO JUNIOR; MESSIA, 2005 | 32 |
| Figura 6 - composição básica de um sistema de saúde genérico, adaptado de FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011 | 33 |
| Figura 7 - Estruturação do sistema de saúde por esfera de atendimento, adaptado de FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011 | 34 |
| Figura 8 - Estrutura básica do Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, elaborado pelo autor...37 | |
| Figura 9 - Setores industriais com participação no sistema de saúde, adaptado de GADELHA, 2003 | 38 |
| Figura 10 - Sistema de Saúde Privado, Setores industriais relacionados e usuários do sistema, elaborado pelo autor, baseado em FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011; GADELHA, 2003; e ANS, 2015. | 39 |
| Figura 11 - Evolução dos modelos de saúde nas empresas, fonte: BAPTISTA (2011) | 43 |
| Figura 12 - Pirâmide de Kaiser e tipos de programas a serem ofertados, adaptado de Kaiser Permanente (2013) | 47 |
| Figura 13 - Benchmarking da atuação do empregador no ambiente externo e interno, elaborado pelo autor | 54 |
| Figura 14 - Modelo conceitual do ecossistema de negócios, adaptado de BAGHBADORANI et al., 2012 | 58 |
| Figura 15 - Estratégias ecossistêmicas, adaptado de Iansity e Levien, 2004 | 60 |
| Figura 16 - Portfólio de relacionamentos, adaptado de BENSOU (1999) | 63 |
| Figura 17 - Perfil de gestão para cada contexto, fonte: BENSOU, 1999 | 64 |
| Figura 18 – Abordagem metodológica | 66 |
| Figura 19 - Histograma de custo por número de beneficiários, fonte: dados de utilização do grupo | 68 |
| Figura 20 - Distribuição etária dos funcionários e dependentes das empresas de Tecnologia do Grupo, fonte: dados do grupo | 71 |
| Figura 21 - Distribuição etária dos funcionários e dependentes das empresas de Serviços do Grupo, fonte: dados do Grupo | 72 |
| Figura 22 - Amostra dos testes estatísticos, fonte: dados de utilização do Grupo | 73 |
| Figura 23 - Análise de regressão: custo versus variáveis demográficas, fonte: Software Minitab | 74 |
| Figura 24 - Equação da Regressão de custo versus variáveis demográficas, fonte: Software Minitab | 75 |
| Figura 25 - Gráfico de bolhas de quantidade de associados e dependentes por idade e porcentagem de mulheres, fonte: dados do Grupo, elaborado pelo autor | 76 |
| Figura 26 - Mediana de Mood do Custo por Subgrupo, fonte: software Minitab | 76 |
| Figura 27 - Estratificação da população do Grupo de acordo com nível de risco, elaborado pelo autor | 77 |

| | |
|---|-----|
| Figura 28 - Evolução dos pagamentos nos últimos 3 anos, fonte: cadastro de funcionários, fonte: dados de pagamentos do Grupo | 82 |
| Figura 29 - Evolução do número de funcionários e do reajuste das tarifas nos últimos 3 anos, fonte: cadastro de funcionários e dados de pagamentos do Grupo | 82 |
| Figura 30 - Evolução do número de serviços cobrados e custo assistencial total, fonte: dados de utilização do Grupo..... | 83 |
| Figura 31 - O Grupo e o sistema de saúde, elaborado pelo autor | 86 |
| Figura 32 - Ecossistema de Negócios atual, elaborado pelo autor..... | 91 |
| Figura 33 - Ecossistema de Negócios atual e estratégia dos <i>players</i> , elaborado pelo autor | 94 |
| Figura 34 - <i>Benchmarking</i> para comparação e entendimento da situação atual do Grupo, elaborado pelo autor..... | 95 |
| Figura 35 - Nova estratégia de ecossistema do Grupo e dos fornecedores, elaborado pelo autor . | 97 |
| Figura 36 - Modelo de Gestão de Saúde e o ecossistema de negócios, elaborado pelo autor | 98 |
| Figura 37 - O Modelo de Gestão da Saúde e o ecossistema, elaborado pelo autor | 99 |
| Figura 38 - Funções da plataforma do Modelo de Gestão da Saúde, elaborado pelo autor | 100 |
| Figura 39 – Principais classes de serviço por custo assistencial e alavancas das iniciativas, elaborado pelo autor..... | 109 |
| Figura 40 - Resumo das iniciativas por meio da técnica 5W+2H, elaborado pelo autor | 117 |
| Figura 41 - Escopo das parcerias no MGS, elaborado pelo autor..... | 119 |
| Figura 42 - Portfólio de relacionamento do Grupo com os parceiros do MGS, elaborado pelo autor | 121 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Estratificação dos funcionários do grupo, elaborado pelo autor | 78 |
| Tabela 2 - Principais especialidades visitadas por beneficiários de Tecnologia, fonte: dados de utilização do Grupo | 79 |
| Tabela 3 - Principais especialidades visitadas por beneficiários de Serviços, fonte: dados de utilização do Grupo | 79 |
| Tabela 4 - Fornecedores de benefícios de saúde do Grupo, fonte: cadastro de funcionários | 81 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Competição no Sistema de Saúde, adaptado de PORTER; TEISBERG, 2004..... | 51 |
| Quadro 2 - Principais classes de serviço por custo em R\$ Milhares, fonte: dados do Grupo, elaborado pelo autor..... | 84 |
| Quadro 3 - Ofensores de custo e componentes do sistema que contribuem para alto custo, elaborado pelo autor..... | 87 |
| Quadro 4 - Margem estimada dos provedores com os 10 medicamentos mais caros, fonte: dados de utilização do Grupo, Pesquise Medicamentos (2015) | 87 |
| Quadro 5 - Saúde da Mulher - 5W+2H, elaborado pelo autor | 110 |
| Quadro 6 - Ginástica laboral - 5W+2H, elaborado pelo autor | 111 |
| Quadro 7 - Campanhas - 5W+2H, elaborado pelo autor | 112 |
| Quadro 8 - Atendimento diferenciado - 5W+2H, elaborado pelo autor..... | 113 |
| Quadro 9 - Gestão de condições de saúde - 5W+2H, elaborado pelo autor..... | 115 |
| Quadro 10 - Gestão de Casos - 5W+2H, elaborado pelo autor | 116 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| ANAHP | Associação Nacional de Hospitais Privados |
| ANAMT | Associação Nacional de Medicina do Trabalho |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CAGR | <i>Compound Annual Growth Rate</i> |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| CNPJ | Cadastro nacional de pessoa jurídica |
| CSC | Centro de Serviços Compartilhados |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional de Câncer |
| MGS | Modelo de Gestão da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPME | Órteses, Próteses e Materiais Especiais |
| PF | Pessoa Física |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PJ | Pessoa Jurídica |
| RH | Recursos Humanos |
| RFP | <i>Request for Proposal</i> |
| ROI | <i>Return On Investment</i> |
| SADT | Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica |
| SLA | <i>Service Level Agreement</i> |
| SSAM | Sistema Supletivo de Assistência Médica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 23 |
| 1.1. Apresentação do estágio | 23 |
| 1.2. Contexto | 24 |
| 1.3. Problema | 26 |
| 1.4. Objetivo | 27 |
| 1.5. Justificativa | 28 |
| 1.6. Estrutura | 29 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 31 |
| 2.1. O Ambiente de Saúde no Brasil | 31 |
| 2.1.1. Sistemas de saúde | 31 |
| 2.1.2. Sistema de Saúde Suplementar | 34 |
| 2.1.3. Indústria | 37 |
| 2.1.4. Usuários e composição do sistema de saúde | 38 |
| 2.1.5. Principais desafios no sistema | 40 |
| 2.2. Benchmarking do Modelo de Gestão da Saúde | 42 |
| 2.2.1. Atuação Interna – Gestão da Saúde Corporativa | 43 |
| 2.2.2. Atuação Externa – Influência no Sistema de Saúde | 49 |
| 2.2.3. <i>Benchmarking</i> | 53 |
| 2.3. Ecossistema de Negócios | 55 |
| 2.3.1. Conceito de ecossistema de negócios | 55 |
| 2.3.2. Componentes de um ecossistema de negócios | 56 |
| 2.3.3. Estratégia de ecossistema de negócios | 58 |
| 2.4. Parcerias | 61 |
| 2.4.1. Balanço de Poder | 61 |
| 2.4.2. Motivação | 61 |
| 2.4.3. Relações de parceria com fornecedores | 63 |
| 2.5. Técnica 5W + 2H | 65 |
| 3. MÉTODO DE TRABALHO | 66 |
| 3.1. Diagnóstico da Situação Atual | 66 |
| 3.1.1. Coleta de informações | 67 |
| 3.1.2. Análise dos dados | 67 |
| 3.2. Novo Modelo | 68 |
| 3.2.1. Novo modelo de benefícios | 69 |
| 3.2.2. Análise de parcerias | 69 |

| | |
|---|------------|
| 4. DESENVOLVIMENTO | 70 |
| 4.1. Situação Atual..... | 70 |
| 4.1.1. O Grupo | 70 |
| 4.1.2. Análise Interna..... | 72 |
| 4.1.3. Análise Externa..... | 81 |
| 4.1.4. Resultados e <i>Benchmarking</i> | 94 |
| 4.2. Desenvolvimento do novo modelo | 96 |
| 4.2.1. Proposição estratégica..... | 96 |
| 4.2.2. Modelo de Gestão de Saúde..... | 99 |
| 4.2.3. Análise das parcerias..... | 118 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 123 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 125 |

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo se propõe a apresentar o estágio realizado pelo aluno, o contexto da realização do trabalho final, o problema a ser abordado, os objetivos e a estrutura e, por fim, a justificativa.

1.1. Apresentação do estágio

O aluno autor do presente trabalho realiza estágio na área de consultoria estratégica da empresa de serviços profissionais Accenture.

A função do estagiário é a mesma de um analista, tendo assim as mesmas funções e responsabilidades e sendo cobrado como tal. Assim o estágio é desafiador e permite um aprendizado rápido, de forma que o principal limitador para o recebimento de novas responsabilidades é a velocidade de desenvolvimento e absorção de conhecimento do próprio estagiário.

A Accenture é uma das principais organizações do mundo, oferecendo consultoria de gestão, serviços de tecnologia e outsourcing, com mais de 305 mil empregados; escritórios e operações em mais de 200 cidades em 56 países (ACCENTURE, 2015a); e uma receita líquida de US\$30,0 bilhões para no ano fiscal de 2014 (ACCENTURE, 2015b).

A empresa conta com cinco plataformas de crescimento (ACCENTURE, 2015) - Accenture Strategy, Accenture Consulting, Accenture Digital, Accenture Technology, Accenture Operations – que são os motores de inovação por meio do qual constrói habilidades e capacidades de classe mundial; desenvolve o capital do conhecimento; além de criar, adquirir e gerenciar os ativos centrais para o desenvolvimento de serviços e soluções integradas para seus clientes.

Desta forma Accenture atua ajudando organizações de formas diversas, com o objetivo principal de que seus clientes se tornem empresas de alta performance:

- 1) Accenture Strategy e Consulting: trabalha com clientes auxiliando-os a alcançar a sua visão e seus objetivos, maximizar sua performance e aproveitar novas oportunidades de negócios.

- 2) Accenture Digital e Technology: desenvolve e implementa soluções de tecnologia para melhorar a produtividade e eficiência de seus clientes.
- 3) Accenture Operations: Atua terceirizando e operando partes dos negócios dos clientes.

No Brasil a Accenture conta com Escritórios em São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Porto Alegre e Vitória. Um Centro de Excelência Global Accenture Agronegócios, uma Fabrica de Software em Alphaville-SP em Recife (Accenture Delivery Center) e um Centro de serviços compartilhados em Curitiba (Business Process Outsourcing Delivery Center), somando aproximadamente 9,500 funcionários. (Accenture, 2015).

1.2. Contexto

O contexto de realização do trabalho é o sistema de saúde brasileiro, com foco na saúde suplementar privada e no papel do empregador neste sistema.

O sistema de saúde privado no Brasil corresponde a 57% de todos os gastos em saúde no país – equivalente a 4,5% do PIB nacional – e abrange os serviços de assistência médica financiados pela iniciativa privada. (BRASIL, 2015)

De acordo com dados da ANS, de 2011 a 2014 as despesas assistenciais das operadoras e seguradoras apresentaram CAGR (Taxa de Crescimento Anual Composta) de 16%, enquanto o número de beneficiários cresceu cerca de 3%, conforme Figura 1.

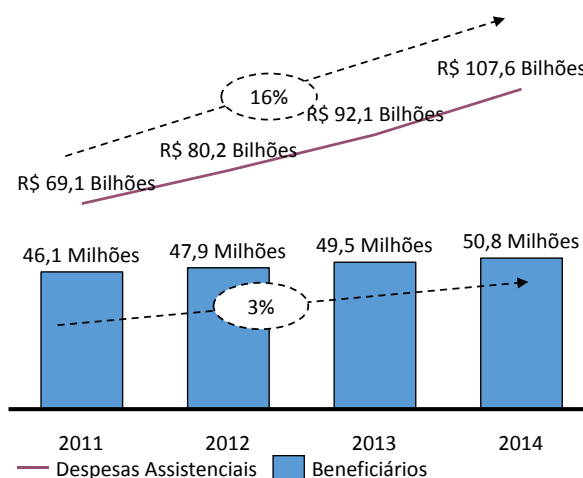


Figura 1 - Despesas assistenciais em Reais e número de beneficiários das operadoras e seguradoras (Brasil - 2011-2014), adaptado de ANS DADOS GERAIS, 2015

Atualmente as operadoras e seguradoras de saúde – também denominadas fontes pagadoras (do termo em inglês *payers*)-, organizações privadas que financiam esses gastos em saúde, enfrentam pressões crescentes causadas pelo aumento dos seus custos, que são causados por fatores diversos.

Pode-se mencionar como principais fatores, a inflação, a incorporação de tecnologias emergentes para diagnóstico e tratamento e a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011) As crescentes despesas com saúde e a dificuldade de previsão da demanda impactam na sinistralidade, ocasionando aumento nos valores pagos pelos clientes das fontes pagadoras.

Sinistralidade é a razão das despesas assistenciais pelas receitas obtidas pela mensalidade dos planos. Assim, quanto maior sinistralidade, maiores as despesas decorrentes dos benefícios em comparação com as receitas. O equilíbrio técnico-financeiro ocorre quando a operadora consegue arcar com as despesas assistenciais, os custos de operação do negócio e os tributos. Desta forma, faz-se necessária a realização de reajustes para permitir a continuidade do atendimento aos usuários. (ANS, 2002)

A lei permite o reajuste de preços por parte da operadora para se recuperar o equilíbrio do contrato. Nos planos individuais esse reajuste requer a autorização da ANS, porém nos planos coletivos, os reajustes podem ocorrer independentemente da autorização da agência reguladora. Além disso, para manterem-se rentáveis, fontes pagadoras também adotam medidas como repasse dos custos via coparticipação - em que os indivíduos arcam com parte de suas despesas - e redução de custo – implicando em redução da qualidade dos serviços assistenciais ofertados.

Ao se investigar os principais clientes da medicina suplementar, dados da ANS mostram que 66% dos beneficiários dos planos de saúde são de categoria Coletivo Empresarial, e que o aumento de 4,7 milhões de pessoas atendidas pela medicina suplementar que ocorreu nos últimos quatro anos se deve principalmente devido aos planos empresariais, que cresceram 10% em número de beneficiários neste período, conforme ilustra a Figura 2.

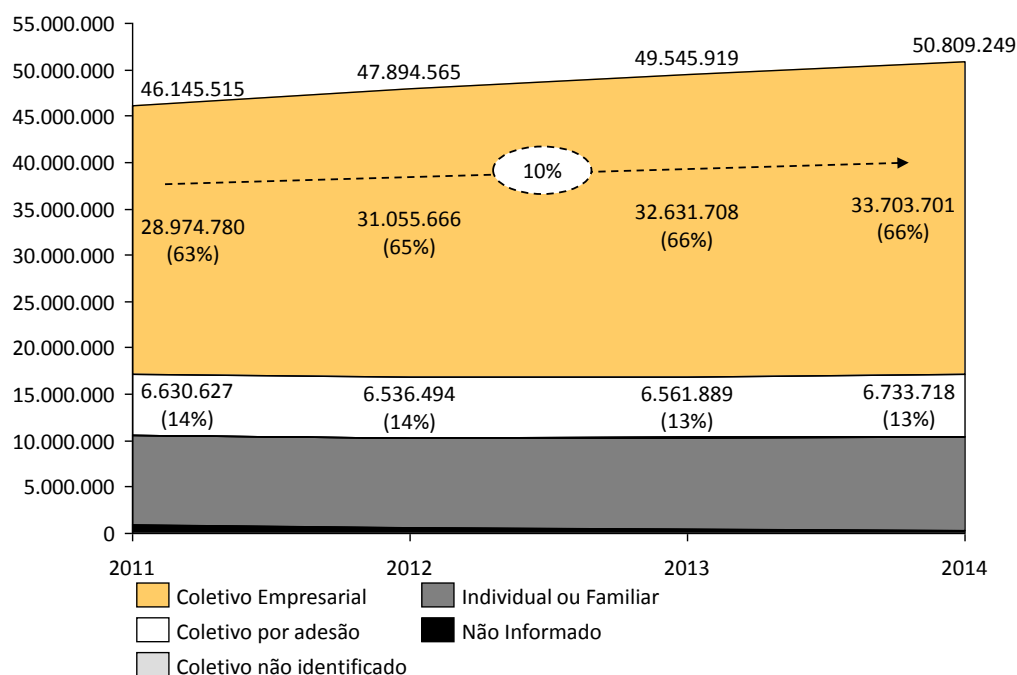


Figura 2 - Número de beneficiários em planos de assistência médico-hospitalar por tipo de contratação do plano (Brasil, 2011, 2012, 2013, 2014), adaptado de ANS CADERNO DE INFORMAÇÕES

Desta forma, atualmente quem mais sofre com o aumento dos planos de saúde são as empresas. Segundo edição do Jornal Valor Econômico de 18 de Fevereiro de 2015:

“(…)as operadoras e seguradoras de saúde vão propor neste ano um reajuste médio de 18% para os convênios médicos corporativos, um aumento de quase dois pontos percentuais em relação ao registrado em 2014 e uma das taxas mais elevadas no mundo” (VALOR ECONÔMICO, 2015)

Neste contexto, o Grupo, atingido pelos desafios atuais do sistema de saúde brasileiro, buscou auxílio da Accenture para revisar o modelo de benefícios de saúde de seus colaboradores.

1.3. Problema

Conforme descrito no capítulo 3, os dados do Grupo foram adaptados para respeitar os termos de confidencialidade assinados com o cliente.

O Grupo é composto por mais de 10 empresas que tem atuação em indústrias distintas. Para realização deste trabalho, é dividido em dois subgrupos principais que agrupam maior parte de suas operações – Tecnologia e Serviços. O Grupo tem atuação em vários estados brasileiros e cerca de 10 mil funcionários e 7 mil dependentes.

Atualmente, o Grupo sofre pressões distintas relacionadas à gestão da saúde dos seus colaboradores. Pode-se ressaltar como principais delas: aumento nos custos de saúde, aumento de incerteza econômica, dificuldade de retenção de mão de obra e intensificação da agenda regulatória – com a recente demanda de adequação ao eSocial para gestão de pessoas.

Estas pressões e o contexto atual da saúde privada no Brasil, tornaram a saúde corporativa uma preocupação atual do Grupo, que identificou como principais problemas: 1) a necessidade de ofertar um pacote de benefícios atraente aos seus funcionários, 2) necessidade de um modelo alinhado com a estratégia da organização e sustentável no longo prazo, 3) necessidade de nova seleção e novo relacionamento com fornecedores e 4) implementação do novo modelo.

1.4. Objetivo

O objetivo deste trabalho é projetar um modelo de gestão da saúde dos funcionários e seus dependentes sustentável a longo prazo, alinhado com a estratégia da organização, e que traga resultados positivos à empresa, ao sistema de saúde e à saúde dos beneficiários.

Como objetivos específicos, o Grupo buscou o apoio de serviços profissionais para encontrar soluções para os principais problemas encontrados:

- 1) Definir o pacote de benefícios de saúde adequado a ser ofertado aos seus funcionários
- 2) Definir a estratégia de gestão e relacionamento com fornecedores e parceiros de forma a propiciar benefícios reais na saúde de seus funcionários e reduzir o custo com saúde.
- 3) Definir fornecedores e parceiros para os benefícios oferecidos aos funcionários.
- 4) Dar suporte à implementação do novo modelo e aferir os resultados

Por motivos de prazo e relevância, o escopo deste trabalho final é reduzido em comparação ao do projeto. O projeto desenvolvido pela Accenture abrange as decisões estratégicas, a seleção de fornecedores e o suporte à implementação e operação do novo modelo. Ao passo que, este trabalho final tem como escopo as decisões estratégicas, e considerações relacionadas à formação de parcerias. Portanto, este trabalho não aborda a transformação - seleção de novos fornecedores e implementação das mudanças - e a

operação – suporte e aferição dos resultados. A Figura 3 ilustra a diferença de escopo entre o trabalho final e o projeto realizado pela Accenture, do qual o aluno fez parte.

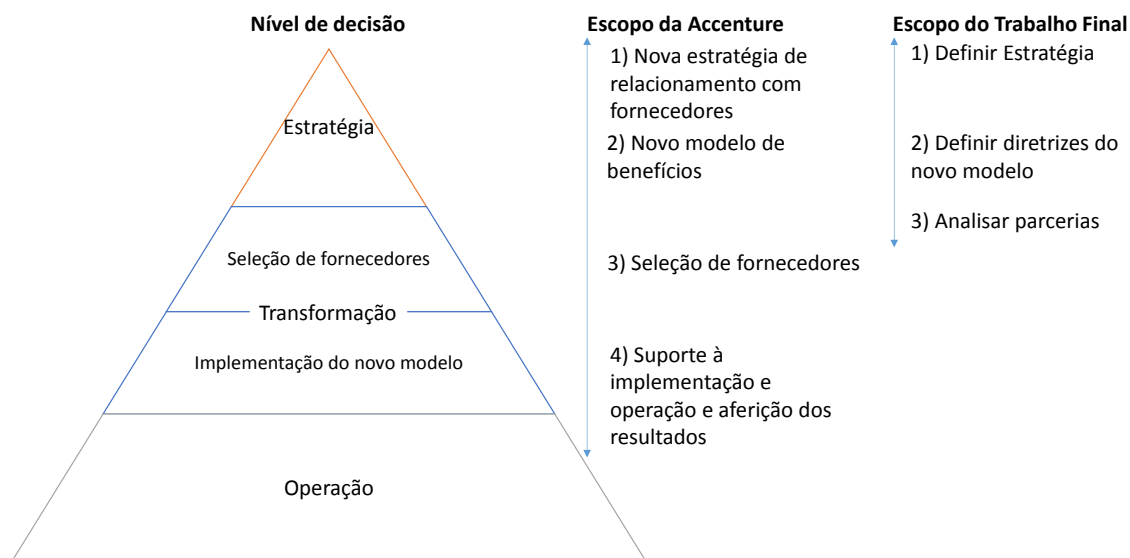


Figura 3 - Etapas do projeto, escopo e objetivos da Accenture e do Trabalho Final, elaborado pelo Autor

A partir destas considerações os objetivos do Trabalho Final foram traduzidos para a definição do novo Modelo de Gestão de Saúde do Grupo, com base no cumprimento de três objetivos menores:

- 1) Definição da nova estratégia de ecossistema do Grupo;
- 2) Definição do novo modelo de serviços de saúde oferecidos aos funcionários;
- 3) Complementar proposta estratégica com análises relacionadas às parcerias necessárias para viabilizar o novo modelo.

1.5. Justificativa

Empregadores podem exercer um papel importantíssimo na melhoria do sistema de saúde, pois são a ponte entre os componentes do sistema de saúde e os indivíduos, além de serem os principais influenciadores do comportamento dos beneficiários, podendo incentivar escolhas saudáveis. Do mesmo modo, são os maiores interessados nas consequências financeiras destas iniciativas, pois são os principais patrocinadores do sistema de saúde suplementar.

Este papel pode ser adotado de forma aderente aos objetivos da própria organização: Alinhamento estratégico e melhoria da gestão das pessoas, benefícios de saúde e fornecedores destes benefícios; Redução de custos com a saúde; Retenção de

talentos e aumento da produtividade. Além de valer no cumprimento dos objetivos de negócio, a adoção deste papel traz benefícios aos usuários e ao sistema de saúde.

Para a Accenture, este projeto é inovador, e é uma das iniciativas que faz parte da missão atual da empresa na área da saúde – a partir de uma visão sistêmica do setor, atuar como um catalisador das mudanças necessárias no sistema de saúde que deverão ocorrer nos próximos anos.

Para o aluno, o desenvolvimento deste projeto que envolve conhecimentos diversos da Engenharia de Produção trará benefícios tanto para sua formação quanto para os seus objetivos de carreira.

Os assuntos desenvolvidos neste trabalho se relacionam com disciplinas diferenciadas ministradas pelo departamento de Engenharia de Produção.

O tema de Ecossistemas de Negócios é uma abordagem moderna utilizada no âmbito do empreendedorismo, da inovação e da análise ambiental em estratégia, sendo portanto pertinente ao conteúdo das disciplinas de Projeto Integrado de Sistemas de Produção (PRO2802), Projeto, Processo e Gestão da Inovação (PRO2804) e Gestão Estratégica da Produção (PRO2803).

As análises e propostas internas, por sua vez, trazem contribuições relacionadas à disciplina Ergonomia, Saúde e Segurança no Trabalho (PRO2313). O tema de Saúde Corporativa consolidou-se na última década e é considerado como uma evolução da Saúde Ocupacional. Neste modelo o foco é na saúde integral do trabalhador, que passa a ser vista como um aspecto estratégico da organização. Os objetivos da abordagem tradicional e moderna estão fortemente relacionados: melhoria da saúde dos indivíduos, aumento da produtividade, redução do absenteísmo e maior engajamento dos trabalhadores.

1.6. Estrutura

Este trabalho é estruturado em 5 capítulos contando com a Introdução. A partir da definição dos objetivos, o trabalho possui duas frentes principais que orientam o levantamento bibliográfico e as análises: interna e externa. A frente interna culmina no cumprimento do primeiro objetivo do trabalho ao passo que a externa foca no segundo objetivo. Ambas as frentes fazem parte do novo Modelo de Gestão de Saúde proposto para o Grupo. Esta segregação auxilia em todas as etapas do trabalho, desde o entendimento do

problema e identificação dos objetivos, ao estudo bibliográfico, análise da situação atual e proposição do modelo futuro.

O capítulo dois apresenta a revisão da literatura, os assuntos abordados são o sistema de saúde, análise ambiental em estratégia por meio de ecossistemas de negócios, parcerias, e o benchmarking do Modelo de Gestão da Saúde.

O terceiro capítulo trata sobre a metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho.

O desenvolvimento compõe o quarto capítulo, compreendendo o diagnóstico da situação atual e a proposta de modelo futuro.

Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as conclusões finais do trabalho.

A Figura 4 resume a estrutura do trabalho, apresentando para cada capítulo a etapa chave do projeto e os produtos principais. Estes produtos foram posicionados de acordo com a orientação ao Grupo – ambiente interno - ou ao sistema de saúde – ambiente externo - para auxiliar na compreensão do fluxo de desenvolvimento deste Trabalho.

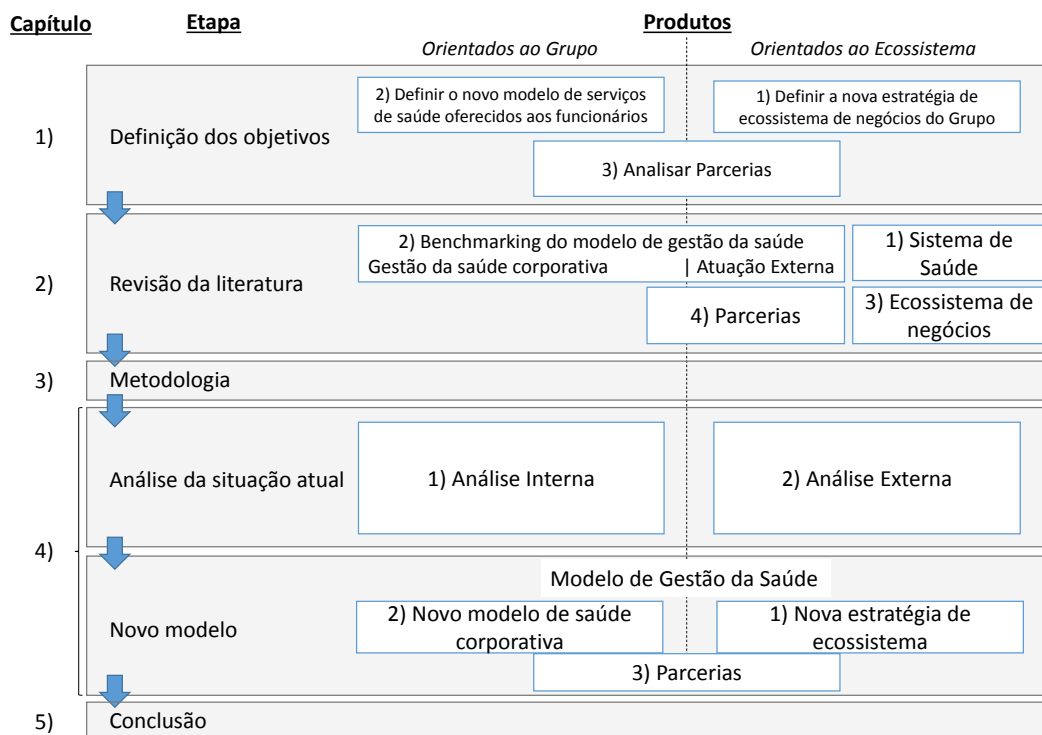


Figura 4 - Estrutura do trabalho

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre o ambiente de saúde no Brasil, *benchmarking* de modelos de gestão de saúde, ecossistema de negócios e parcerias.

2.1. O Ambiente de Saúde no Brasil

Esta seção contextualiza o ambiente de saúde no Brasil. Toma-se como ponto de partida uma breve conceituação de sistemas de saúde e seu funcionamento, para assim descrever o sistema de saúde suplementar.

Em seguida também são estudados os setores industriais e os usuários do sistema, com o intuito de adquirir uma visão geral do ambiente.

Enfim resume-se os desafios atuais encontrados neste sistema de acordo com a literatura.

2.1.1. Sistemas de saúde

De acordo com o artigo da Faculdade de Medicina da USP (2011), sistemas de saúde são instituições sociais que buscam fornecer meios adequados para que indivíduos possam lidar com o risco de adoecer e necessitar de assistência, sem as quais, por meios próprios, os indivíduos não conseguiriam acesso e cuidados adequados.

A lei número 6.229 de 1975 define o sistema de saúde como:

“(...)o complexo de serviços do setor público e do setor privado voltados para ações de interesse da saúde(...)abrangendo atividades que visem a promoção, proteção, e recuperação da saúde.” (Brasil, 1975)

Portanto o objetivo principal dos sistemas de saúde é garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis para manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos. (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011)

Segundo Coelho (2003), a iniciativa estatal contempla também outros riscos sociais além do adoecimento em si, tais como o envelhecimento e a incapacitação dos indivíduos.

Neste mesmo sentido, Bispo Junior e Messia (2005) entendem o sistema de saúde como “um sistema intersetorial que seja capaz de influenciar os diversos aspectos que determinam e transformam a situação de saúde das populações.”. Desta forma, para o autor, o sistema de saúde deve ser denominado “Sistema de Serviços de Saúde”, posicionado como ilustra a Figura 5.

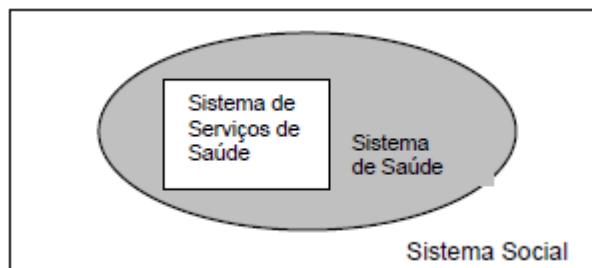


Figura 5 - Posição do Sistema de Saúde em Relação aos Sistemas Sociais, fonte: BISPO JUNIOR; MESSIA, 2005

2.1.1.1. Componentes dos sistemas de saúde

O artigo da Faculdade de Medicina (2011) divide os componentes dos sistemas de saúde em duas categorias principais: estruturas assistenciais e funções do sistema. Bispo Júnior e Messia (2005), por sua vez, dividem os componentes em instituições prestadoras de serviços, população e o mediador coletivo, uma vez que a relação entre os dois primeiros componentes não é direta.

As estruturas assistenciais ou instituições prestadoras de serviços são compostas por provedores – laboratórios, consultórios, ambulatorios, hospitais, entre outros – onde atuam os profissionais da saúde – médicos, enfermeiros entre outros. (FACULDADE DE MEDICINA, 2011)

As funções do sistema mencionadas pelo artigo da Faculdade de Medicina da USP (2011) podem ser relacionadas à função do mediador coletivo mencionada por Bispo Junior e Messia (2005). Estas funções envolvem planejamento e regulação, além da mediação. Órgãos estatais como ministérios, secretarias e agência reguladora exercem atividades de regulação e racionalização do sistema. Além de regular, o Estado exerce função de mediador coletivo nos sistemas públicos, mas podem existir outros mediadores como no caso do sistema privado em que há operadoras e seguradoras de saúde.

A Figura 6 ilustra a composição básica de um sistema de saúde:

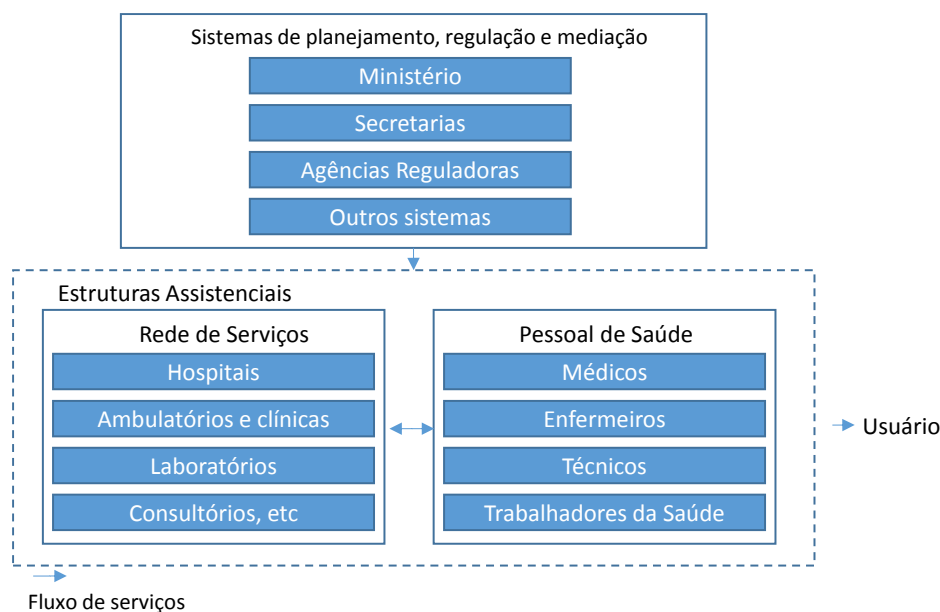


Figura 6 - composição básica de um sistema de saúde genérico, adaptado de FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011

2.1.1.2. Funcionamento dos sistemas de saúde

Mendes (2002) define três funções principais de um sistema de saúde: o Financiamento, a Regulação e a Prestação.

O financiamento dos sistemas de saúde pode ser público ou privado. A primeira forma se dá pela utilização de recursos públicos obtidos por meio de impostos. Ao passo que a segunda forma utiliza fundos privados, seja por desembolso direto do usuário ou por co-pagamento por meio de um mediador. (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011)

A regulação se dá à medida que prestadores de serviços, médicos e os próprios usuários têm limitações nas suas atividades (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011). Desta forma, prestadores não têm total liberdade na escolha da cobertura, acesso e do perfil de procedimentos realizados. Os profissionais de saúde devem seguir protocolos, inclusive para poder exercer sua autonomia em prol das necessidades dos usuários. E os usuários tem regras para acessar o sistema, como portas de entrada.

A prestação do serviço pode ser racionalizada de diversas maneiras. Neste tema é referência a lógica adotada pelo *National Health System* inglês (COHN, 2003). Este sistema organiza os serviços e o fluxo de usuários em níveis de atenção, denominados esferas de atendimento. O primeiro contato com o sistema de saúde e atendimento das necessidades gerais dos usuários ao longo da vida ocorre no nível primário, excetuando-se situações de

emergência médica (STARFIELD, 2004). Na atenção primária deve-se identificar adequadamente quem encaminhar e quando fazê-lo. A Figura 7 descreve sucintamente a estratificação por complexidade do caso e os locais de atendimento.

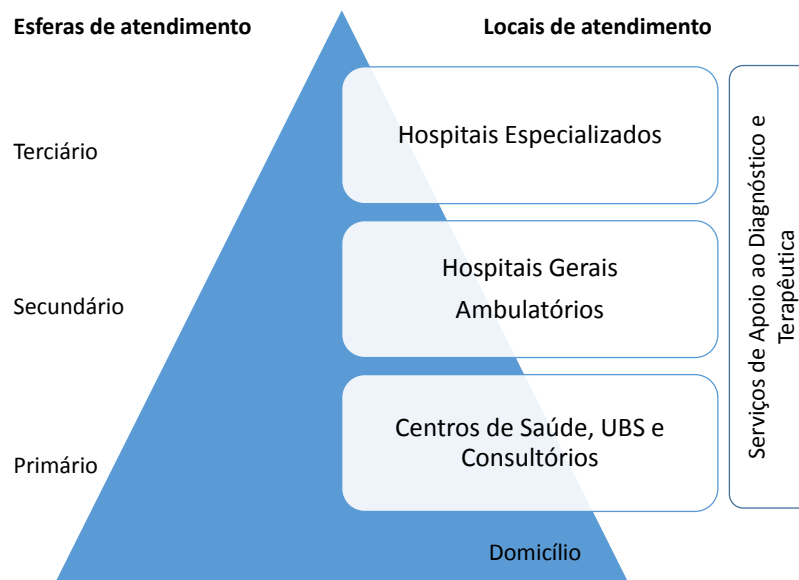


Figura 7 - Estruturação do sistema de saúde por esfera de atendimento, adaptado de FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011

Esta estratificação traz benefícios econômicos e de saúde. Econômicos à medida que melhora a utilização de serviços, equipamentos e pessoal de acordo com as necessidades dos usuários, reduzindo custos. E de saúde, pois este modelo leva ao conceito de complexidade assistencial de cada nível, permitindo que o atendimento seja mais adequado para cada usuário segundo sua condição de saúde. (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011)

2.1.2. Sistema de Saúde Suplementar

Há pelo menos dois subsistemas que constituem o sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS) – público -, e o Sistema de Saúde Suplementar, também denominado tecnicamente de Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM) – privado (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011). Bispo Junior e Messia (2005), destacam ainda um terceiro – Sistema de Desembolso Direto – que também é privado, e desta forma será considerado parte do SSAM. No âmbito deste trabalho, o foco é o Sistema de Saúde Suplementar.

Nos anos 1940 foram criados por iniciativa estatal caixas e assistência destinados aos funcionários públicos e que proviam serviços de saúde, o que pode ser caracterizado

como a origem do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. (BRASIL, 2002) Na década de 60 as primeiras empresas privadas passam a adotar esta abordagem, nomeadamente as montadoras no ABC paulista. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011). O setor passa a se expandir a partir da década de 1980, e a consolidação da saúde como benefício do empregador ocorre nos anos 90. (FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011)

O sistema de mediação do SSAM é composto por fontes pagadoras de natureza diversa, sendo as principais dentre as lucrativas: as seguradoras especializadas em saúde e a medicina de grupo; e dentre as não lucrativas, a auto-gestão, as cooperativas, e os planos de entidades filantrópicas. (ANS DADOS GERAIS, 2015)

Seguradora especializada em saúde não possui serviços próprios ou contratados e atua no setor secundário, comercializando um seguro e não propriamente um plano de saúde. Desta forma, embora os planos oferecidos devam seguir as mesmas regras dos demais, a seguradora funciona de forma diferente das operadoras, oferecendo o chamado “seguro-saúde”. (ANS, 2015; FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011). São exemplos: Bradesco Saúde, Sul América, Allianz Saúde, Porto Seguro.

Medicina de Grupo é constituída por operadoras de uma empresa ou um grupo de empresas com fins lucrativos. Seus planos são comercializados tanto para pessoas jurídicas quanto físicas. Seu atendimento funciona principalmente em rede credenciada ou própria, com algumas exceções em que é oferecido também desembolso. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011; ANS, 2015) Pode-se mencionar como exemplos: Hapvida, Amil, Golden Cross, Vitallis.

Autogestão é uma empresa que não visa lucro, caracterizada por ser um tipo de operadora com um público alvo específico e exclusivo. São constituídas por empresas, fundações ou associações de pessoas físicas (entidades de classe) que oferecem assistência à saúde dos seus beneficiários. A autogestão é gerida e financiada pelos próprios usuários – empresas patrocinadoras, entidades de classe. Por este motivo, o diferencial da Autogestão é a busca de assistência de qualidade, ao menor custo possível aos patrocinadores. Oferecem serviços por rede credenciada ou reembolso. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011; ANS, 2015) Exemplos de autogestão são: FUNCESP, PASA, CASSI, Cemig Saúde.

As Cooperativas Médicas são operadoras de propriedade de um grupo de médicos cooperados entre si. Seus planos são comercializados para empresas e pessoas físicas e sua gestão -diretorias e conselhos -é constituída pelos próprios médicos. Seu maior diferencial é a abrangência geográfica dos serviços prestados, com rede própria de 97 mil médicos cooperados mais a rede credenciada. Em alguns casos oferecem também reembolso para atendimento em rede aberta. Embora não seja uma instituição lucrativa, ocorre participação dos cooperados nos lucros. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011; ANS, 2015) Os principais exemplos são as Unimed.

Instituições Filantrópicas são entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde. Comercializam planos tanto para pessoas físicas quanto jurídicas. (ANS, 2015) Exemplos: Santa Casa de BH, Fundação São Francisco Xavier; Hospital Evangélico De Rio Verde.

Em suma, as diferentes fontes pagadoras podem ser agrupadas em duas categorias: Operadoras – Medicina de grupo, Cooperativas, Entidades filantrópicas e Autogestão – e Seguradoras – Seguradoras especializadas em saúde.

O Sistema de Saúde Suplementar apresenta ainda um intermediário – as administradoras de benefícios. Estas empresas comercializam e administram planos de saúde financiados por uma operadora ou seguradora. Não assumem o risco das carteiras, não financiam a utilização dos usuários e não possuem rede de serviços assistenciais. Possuem vínculo contratual com operadoras e seguradoras e com os beneficiários, no chamado “contrato de adesão”. (ANS, 2015) Exemplos: Qualicorp, Corretoras.

Em resumo, o financiamento do Sistema de Saúde Suplementar se dá pelos pagamentos de usuários e patrocinadores de operadoras e seguradoras, ou pelo desembolso direto.

A assistência à saúde fornecida pela iniciativa privada já era prevista pela Constituição Federal de 1988, no entanto apenas em 2000 a regulação do setor se completa, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada pela lei 9.961, e atua como principal regulador do SSAM. (BRASIL, 2002).

A prestação é realizada por meio de rede própria, credenciada ou contratada. Usualmente, a rede própria é focada nas esferas de atendimento de nível primário e secundário. A rede credenciada ou contratada, por sua vez, costuma abranger todas as esferas de atendimento, oferecendo maior diversificação na cobertura de procedimentos e estabelecimentos. Normalmente, as operadoras possuem rede própria oferecem atendimento em rede credenciada ou contratada devido à necessidade de ofertar serviços obrigatórios determinados pela ANS. (ANS, 2015; FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011)

A Figura 8 apresenta uma primeira representação do sistema de saúde suplementar brasileiro.

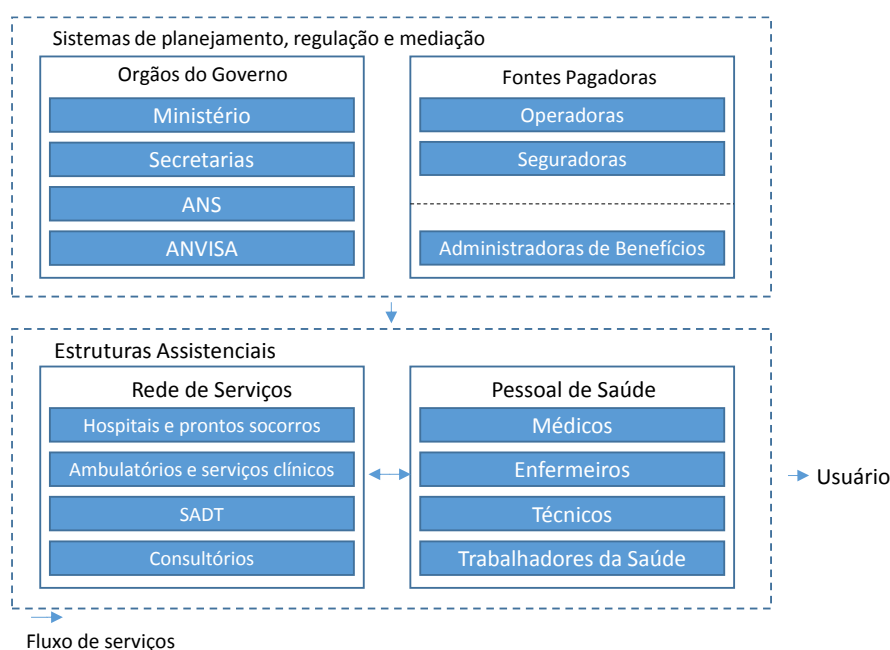


Figura 8 - Estrutura básica do Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, elaborado pelo autor

2.1.3. Indústria

Gadelha (2003) analisa a interação entre o sistema de saúde e o sistema industrial. O autor propõe a formação de dois grandes grupos de atividade: Indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais; e Indústrias de base química e biotecnológica.

O primeiro grupo envolve indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, OPME e materiais de consumo em geral. Gadelha (2003) destaca a participação atual da indústria no sistema de saúde. Esta indústria incorpora periodicamente avanços tecnológicos, o que resulta em constantes mudanças nas práticas assistenciais. Isto

impacta no custo dos serviços e gera discussões e tensão entre a indústria e o sistema de saúde.

De acordo com Gadelha (2003) o segundo grupo envolve “(...)indústrias farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico.”. O autor afirma que o setor de medicamentos é o mais representativo, de forma que existe uma tendência da indústria farmacêutica ampliar suas fronteiras e englobar os demais grupos mencionados, como ocorre com vacinas. (GADELHA;TEMPORÃO, 2003)

A Figura 9 resume as indústrias importantes para o entendimento do ambiente de saúde atual.

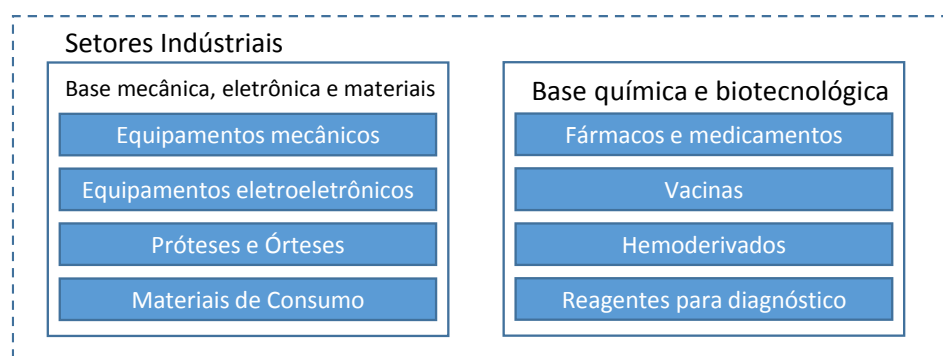


Figura 9 - Setores industriais com participação no sistema de saúde, adaptado de GADELHA, 2003

2.1.4. Usuários e composição do sistema de saúde

Segundo a ANS (2015), as fontes pagadoras oferecem três tipos principais de planos: Individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

1) Individual ou familiar:

“Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.”(ANS, 2015)

2) Coletivo empresarial:

“Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.” (ANS, 2015)

3) Coletivo por Adesão:

“Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe(...); sindicatos(...); associações profissionais(...); cooperativas (...); caixas de assistência e fundações de direito privado(...);” (ANS, 2015)

Estes tipos de planos podem ser utilizados para agrupar os clientes do sistema privado de saúde em duas categorias: pessoas jurídicas e pessoas físicas. Sendo que as pessoas jurídicas contribuem para o financiamento do sistema em busca de serviços de saúde às pessoas físicas que compõem as respectivas organizações.

Compilando os conceitos pode-se desenhar o mapa de componentes do sistema de saúde, setores industriais de fornecimento e usuários deste sistema apresentado na Figura 10.

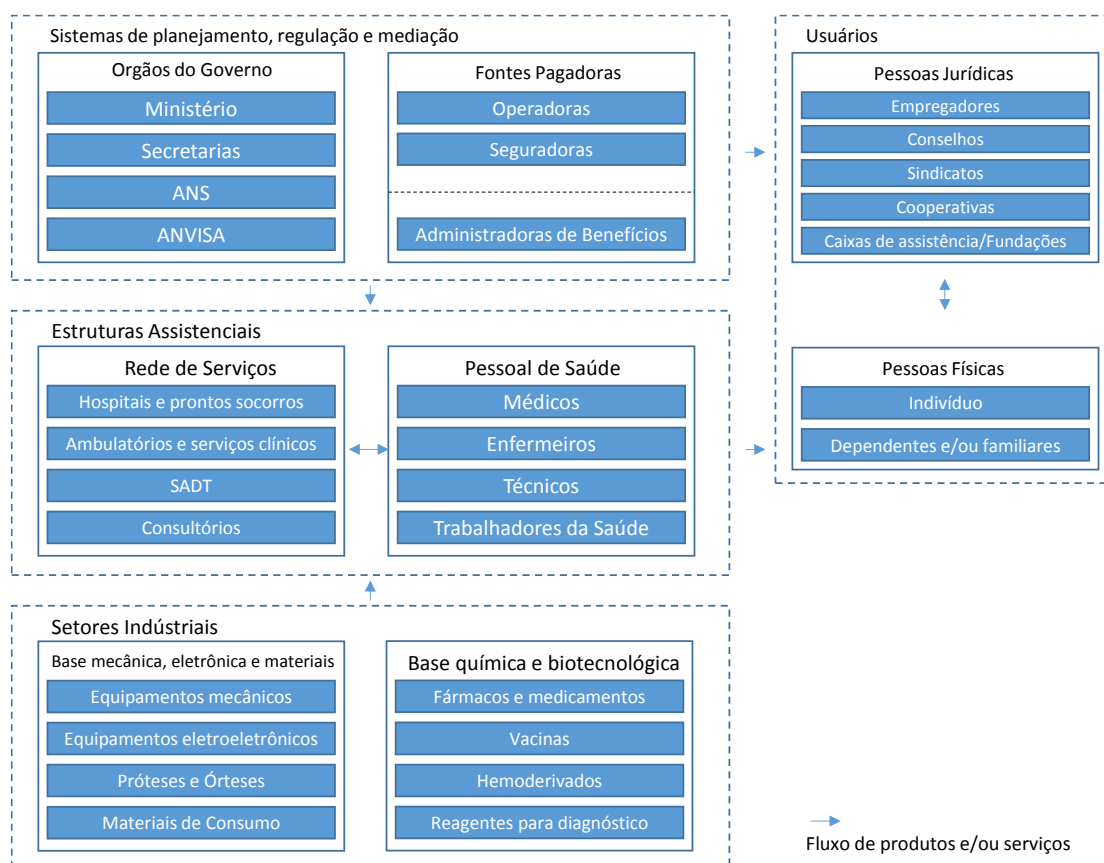


Figura 10 - Sistema de Saúde Privado, Setores industriais relacionados e usuários do sistema, elaborado pelo autor, baseado em FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011; GADELHA, 2003; e ANS, 2015.

2.1.5. Principais desafios no sistema

O principal problema ressaltado em maior parte da literatura são os custos insustentáveis. Porém Porter e Teisberg (2004) argumentam que o foco em redução de custos não consertará o sistema, mas sim a busca pela criação de valor.

Albuquerque, Fleury e Fleury (2011) apontam três problemas atuais do sistema: Utilização inadequada dos recursos, modelo de remuneração e características epidemiológicas da população.

O primeiro problema - utilização inadequada dos recursos – é inerente a usuários, médicos, prestadores e até mesmo seguradoras. De acordo com Teisberg, Porter e Brown (1994), um dos motivos para isto é o fato de pacientes, provedores e fontes pagadoras não terem informação suficiente para tomada de decisão. Desta forma, usuários realizam consultas desnecessárias ou procuram especialistas para resolução de casos simples (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011). Médicos praticam medicina defensiva, solicitando mais exames e mais consultas para determinar um diagnóstico e plano terapêutico (PORTER; TEISBERG, 2004). Seguradoras não têm informações suficientes sobre os provedores para contribuir com a eficiência do sistema, e em alguns casos acabam simplesmente operando por reembolso, aumentando a sinistralidade de suas carteiras. (DAUD FILHO, 2011)

No entanto, a utilização inadequada dos recursos não pode ser atribuída somente à falta de informação. Coriolano (2015) afirma que os elevados custos médicos vêm principalmente da incorporação de novas tecnologias, em muitos casos, sem avaliação de sua efetividade de custo. Diferentes artigos ressaltam o impacto dos gastos com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e o aumento dos preços de medicamentos e materiais médicos que também impacta sobremaneira as despesas com saúde. (EXAME, 2015; CORIOLANO, 2015)

Desta forma, o nível de acesso ao sistema e da utilização de novas tecnologias, materiais e medicamentos por parte de provedores e médicos também compõem o problema da utilização inadequada de recursos. Este problema está diretamente relacionado ao segundo desafio do sistema de saúde suplementar mencionado por Albuquerque, Fleury e Fleury (2011): o modelo de remuneração.

O modelo utilizado atualmente é o denominado “Conta aberta por unidade de serviço” (fee for service). Este tipo de remuneração estimula os prestadores a trabalharem visando volumes maiores de atendimento e procedimentos, não gerando nenhum incentivo à eficiência. No caso de consultas por exemplo, o grau de resolutividade é diminuído devido ao valor pago ser relativamente baixo, reduzindo a qualidade do serviço e estimulando a busca por mais consultas, inclusive de especialistas, que são mais custosas (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011). A revista exame (2015) aponta outras consequências graves deste modelo, em que médicos e hospitais gastam mais do que precisariam com medicamentos ou materiais para aumentar seus lucros, inclusive realizando cirurgias em casos em que não seria necessário.

O terceiro desafio são as características epidemiológicas da população. Projeta-se uma parcela substancialmente maior da população idosa no futuro, além do aumento da expectativa de vida. Isto é uma complicação pois há uma ocorrência maior de doenças degenerativas e crônicas em idosos, e o custo de idosos com uma ou mais doenças crônicas é substancialmente superior em comparação aos casos com ausência destes tipos de doença. No longo prazo, controlar os custos assistenciais e a sinistralidade nas carteiras das fontes pagadoras será um desafio, mesmo com medidas de prevenção e acompanhamento de casos crônicos. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011)

Pode-se mencionar ainda um desafio importante relacionado às características da população a mudança das características socioeconômicas. Atualmente vive-se uma expansão das classes A, B e C, e à medida que os indivíduos aumentam seu poder aquisitivo, o acesso ao sistema de saúde aumenta. Sendo necessário planejamento para atendimento adequado ao aumento da demanda.

Portanto, os desafios no sistema de saúde são de origens externas ao sistema de saúde - como o perfil demográfico-epidemiológico e socioeconômico da população – e internas - como o funcionamento do sistema e comportamento dos *players*.

No que tange a forma como o sistema funciona e a atuação de seus componentes Porter e Teisberg (2004) apresentam considerações importantes que se destacam com relação aos demais pontos de vista encontrados na literatura. Os autores argumentam que o foco na redução dos custos não resolverá os problemas do sistema, ao invés disso deve-se buscar a criação de valor. Isto envolve uma mudança nos padrões de competição.

Porter e Teisberg (2004) concluem que a competição deveria ser orientada à capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar condições e doenças dos pacientes. Resumidamente, o autor propõe que à medida que os *players* fossem forçados a desenvolver competências, reduzir erros, aumentar eficiência e melhorar resultados para competirem, estariam criando valor para o sistema como um todo. Esta redefinição da competição tornaria possível consertar o sistema.

2.2. Benchmarking do Modelo de Gestão da Saúde

Esta seção compila o conhecimento adquirido a partir de diversos textos nacionais e internacionais relacionados à atuação dos empregadores na gestão da saúde de seus trabalhadores e no sistema de saúde de que fazem parte.

O livro de Porter e Teisberg (2006) reforça a importância do empregador no sistema de saúde. De acordo com o autor, os empregadores têm a motivação e o poder para influenciar os atores do sistema de saúde, incluindo seus próprios empregados. Empregadores podem influenciar a forma como os funcionários se preocupam com sua saúde e cuidam dela, incentivando escolhas saudáveis. Além disso são os principais patrocinadores do sistema de saúde privado, podendo influenciar nas práticas das fontes pagadoras e até mesmo na atuação de provedores.

O estudo deste tema permitiu identificar dois tipos fundamentais de atuação no sistema: interna e externa. A atuação interna é uma evolução da medicina do trabalho e saúde ocupacional tradicionais, para uma abordagem moderna, predominantemente conhecida como “Gestão da Saúde Corporativa” (Baptista, 2011). A atuação externa, por sua vez, é caracterizada por uma gestão ativa dos fornecedores de serviços relacionados à saúde e, em alguns casos, a influência direta do empregador nos componentes do sistema. Não foi encontrado um nome definitivo na literatura para este tipo de ação, neste trabalho será adotado o nome de “Influência no Sistema de Saúde”. Pode-se afirmar que o grande valor para o empregador e o ambiente está na integração entre as atuações interna e externa.

Foram estudados casos de 5 empresas com base em informações disponíveis em fontes públicas: Intel – Estados Unidos (MACDONALD; MECKLENBURG; MARTIN, 2015), Johnson & Johnson – Estados Unidos (WELDON, 2011), VIVO – Brasil (DAUD FILHO, 2011), GE – Brasil (EXAME, 2015), Accor – Brasil (KIRSTEN, 2015). Esta

pesquisa foi complementada por artigos publicados nas revistas Harvard Business Review e outros textos com informações relevantes para este estudo.

2.2.1. Atuação Interna – Gestão da Saúde Corporativa

De acordo com Baptista (2011), ocorre atualmente uma evolução no modelo de saúde adotado pelas empresas. O autor explica que a saúde dos trabalhadores não pode ser fragmentada em saúde relacionada ao trabalho e saúde em situações sem relação com o trabalho. A Organização Mundial da Saúde (2010) afirma ainda que a saúde, o bem-estar e a segurança no trabalho são aspecto fundamental para a produtividade, a competitividade e a sustentabilidade das empresas.

Baptista (2011) fornece um modelo que auxilia no entendimento das mudanças que ocorreram nas últimas décadas relacionadas à saúde dos trabalhadores, conforme ilustra a Figura 11.



Figura 11 - Evolução dos modelos de saúde nas empresas, fonte: BAPTISTA (2011)

Conforme a Figura 11, o novo modelo de saúde corporativa se diferencia dos modelos anteriores principalmente devido à atenção à saúde integral do trabalhador e o caráter estratégico que esta abordagem vem adquirindo nos últimos anos. Semelhantemente, Berry; Mirabito e Baun (2010) argumenta como programas de promoção

à saúde dos trabalhadores não devem ser vistos como um benefício extra, mas sim como um elemento estratégico na organização.

2.2.1.1. Principais casos

Os principais casos relevantes para o estudo desta seção são o caso da Accor – Brasil, (KIRSTEN, 2012), Vivo (DAUD FILHO, 2011) e Johnson e Johnson (WELDON, 2011)

Accor

Accor atua na indústria de serviços, hotel e turismo. Investiu na proteção da saúde de seus 13.000 empregados no Brasil. Por meio da gestão de benefícios desenvolveu um foco intenso na promoção à saúde. Além disso investiu em uma estrutura assistencial interna composta por diferentes profissionais – doutores, enfermeiras, nutricionistas, etc. – que atuam minimizando riscos de saúde e aumentando a responsabilidade dos empregados em gerir sua própria saúde. Pode-se destacar como práticas principais: programas de promoção e prevenção, avaliação anual dos hábitos e da saúde dos indivíduos, gestão de casos crônicos. (KIRSTEN, 2012)

Vivo

O programa de gestão de saúde corporativa da Vivo é considerado um dos melhores do Brasil. Com aproximadamente 12 mil funcionários, mantém sua própria gestão da saúde, com um grupo de doutores treinados para monitorar casos de doença e hospitalização. A saúde é valorizada fortemente na companhia e considerada parte dos resultados do negócio, de forma que há inclusive uma Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida na empresa. (KIRSTEN, 2012; DAUD FILHO, 2011)

Johnson & Johnson

Johnson e Johnson foi pioneira nas iniciativas de gestão da saúde corporativa. O programa da empresa começou relativamente simples em 1978, focando em 1) Dar informações dos fatores de risco aos funcionários e acesso a programas para reduzir estes riscos; e 2) Reduzir custo assistenciais implementando os programas e os serviços eficientemente. Em alguns anos as diferenças de custo eram expressivas entre unidades que adotaram e não adotaram o programa – gastavam um terço do que as demais em custos com

hospitais, e tiveram redução de 18% de absenteísmo. Isso os motivou a implementarem um programa universal na organização. Atualmente possuem cerca de 130.000 funcionários no mundo e seus principais tipos de programas são: 1) Programas de promoção e prevenção geral e de baixo custo; e 2) Programas focados nos fatores de risco predominantes; e 3) Programas de gestão de casos crônicos. (WELDON, 2011)

2.2.1.2. Modelo

É possível categorizar a atuação dos empregadores em pelo menos três níveis: 1) promoção da saúde e prevenção – ações preventivas que não dependem do sistema de saúde-, 2) gestão dos fatores de risco – ações de medicina preventiva - e 3) gestão de doenças – ações medicinais de cura e/ou recuperação da saúde.

Programas de promoção à saúde e prevenção são a prática mais comum em empresas que possuem iniciativas de gestão em saúde corporativa. (BERRY; MIRABITO; BAUN, 2010) Estes programas são ofertados aos funcionários de forma geral, com o intuito de estimular hábitos saudáveis e realizar exames de baixo custo que auxiliam no diagnóstico precoce de doenças como, por exemplo, o câncer de mama. (WELDON, 2011; BAPTISTA, 2010)

A gestão de riscos é caracterizada pela habilidade da organização de realizar avaliação periódica de riscos à saúde e programas de redução de riscos, por meio de mudança de comportamento dos indivíduos, incentivando escolhas saudáveis. Também é realizada prevenção secundária, na forma de exames mais específicos, orientados aos riscos do indivíduo de desenvolver determinadas doenças. (WELDON, 2011; BERRY; MIRABITO; BAUN, 2010)

A gestão de doenças por sua vez se trata da gestão dos casos já diagnosticados, em que é necessária uma relação mais direta com o indivíduo e o acompanhamento do seu caso, com o intuito de aumentar a resolutividade dos procedimentos, buscando a melhor qualidade de atendimento e ao mesmo tempo controlando os custos. (DAUD FILHO, 2011)

A gestão de riscos e de doenças se diferencia pois requer dados de saúde para orientar as decisões de gestão. Baptista (2010), afirma que os dados de saúde são necessários para se usar os recursos de forma mais eficaz, pois permite identificar as necessidades dos indivíduos. De acordo com Weldon (2011), o custo de se examinar todos

os funcionários com relação a todas as doenças é elevado comparado ao benefício de se descobrir um número relativamente pequeno de casos de doença. Desta forma, o foco em níveis de risco torna os esforços efetivos e eficientes com relação ao custo.

Esta prática portanto não é trivial. As principais referências encontradas neste nível de atuação são os casos da Vivo e Accor – no Brasil – e Johnson e Johnson – nos Estados Unidos.

Estas empresas se diferenciam, pois realizam gestão ativa da saúde corporativa, utilizando informações que permitem avaliação dos fatores de risco e condições de saúde dos indivíduos.

Kaiser Permanente (2013) propõe um modelo muito aceito atualmente para estratificação da população. Este modelo é representado por uma pirâmide na qual 80% dos indivíduos são saudáveis e correspondem a cerca de 25% dos custos, 15% dos indivíduos sofrem casos episódicos ou estão sob diversos fatores de risco e correspondem também a cerca de 25% dos custos. Os demais 5% dos indivíduos são os casos agudos e crônicos, que utilizam o sistema intensamente, e geram aproximadamente 50% dos custos com saúde. (KAISER PERMANENTE, 2013)

A estratificação da população permite definir o escopo dos tipos iniciativas em gestão da saúde corporativa. Indivíduos saudáveis são o principal público de programas de promoção à saúde e prevenção, embora estes também sejam ofertados de maneira geral. A gestão dos fatores de risco é orientada a indivíduos sob risco - buscando atuar sobre o comportamento destes indivíduos e realizar exames preventivos - com o intuito de reduzir o risco de adoecimento ou complicação da saúde do indivíduo. Enfim, a gestão de casos e doenças é mais adequada a indivíduos em condições crônicas ou agudas. A ilustração deste modelo pode ser observada na Figura 12. (Weldon, 2011)

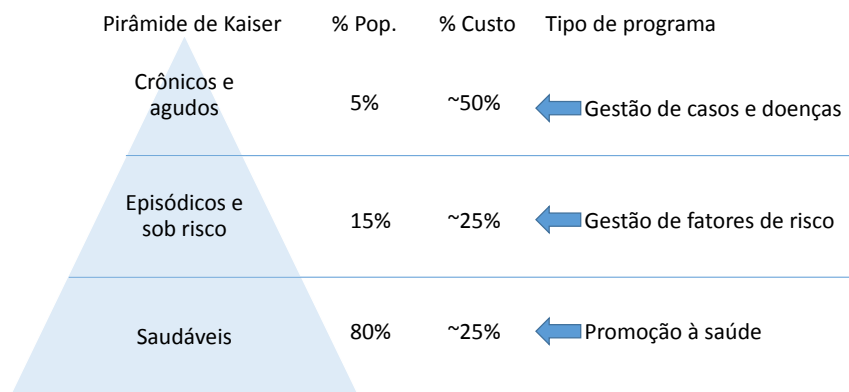


Figura 12 - Pirâmide de Kaiser e tipos de programas a serem ofertados, adaptado de Kaiser Permanente (2013)

Os programas de segundo e terceiro nível dependem de avaliação de riscos para seleção do público alvo, mas mesmo os programas de promoção à saúde podem tirar proveito da obtenção e utilização de informações relacionadas à saúde dos indivíduos. Os programas mais efetivos são voltados às principais causas de absenteísmo e falta de produtividade entre os funcionários. (QUÉSIA;KAMIMURA, 2012)

Com relação à gestão de fatores de risco dos indivíduos, o caso da Johnson e Johnson fornece contribuições importantes. Os indivíduos sob risco e episódicos são identificados em medição preliminar dos riscos, de forma que indivíduos que apresentam fatores de risco entram em um programa para gestão destes fatores. (WELDON, 2011; KIRSTEN, 2015)

A medição de fatores de risco tem como principal objetivo a definição mais adequada do público alvo das ações. Pode ser realizada de diversas maneiras. A ANS (2013a) elenca 4 maneiras principais pelas quais as operadoras qualificam os beneficiários para os seus programas de promoção à saúde e prevenção:

“1) Dados de idade e sexo. 2) Dados de utilização de exames, consultas e internações. 3) Questionário para mapear perfil de saúde e doença. 4) consulta direta com médico de atenção primária para avaliação de fatores de risco”. (ANS, 2013)

Esta medição periódica permite 5 ações: 1) propor ações aos indivíduos para reduzir seus fatores de risco. 2) propor exames mais complexos a determinados indivíduos de acordo com seus fatores de risco. 3) acompanhar resultados das ações. 4) bonificar indivíduos que mantiveram-se saudáveis ou cumpriram com as ações propostas para

melhorar ou acompanhar sua saúde. 5) atualizar o público alvo das ações. (WELDON, 2011)

A operadora, por lei, não pode bonificar nem penalizar indivíduos em função dos riscos de saúde, o acesso e o serviço devem ser equânimes. (ANS, 2002) No entanto, o empregador tem meios para influenciar o comportamento dos indivíduos e pode fazer isso em prol da sua saúde.

No caso dos crônicos e agudos, embora a Johnson e Johnson e a Kirsten possuam programas de gestão de casos crônicos, o principal destaque é o caso da Vivo. Além da identificação adequada destes indivíduos, há uma rotina específica de acompanhamento. O empregador monitora os casos, os encaminha a hospitais e médicos qualificados e gere as internações. Este processo se realimenta, pois os hospitais e médicos são avaliados após cada caso, de forma que a própria empresa acumula informações do desempenho das estruturas assistenciais na gestão dos casos e doenças. (DAUD FILHO, 2011)

2.2.1.3. Fatores Críticos de Sucesso

A literatura estudada levanta também fatores importantes que levam programas a serem bem sucedidos.

O primeiro aspecto importante da gestão da saúde corporativa é cultura organizacional. Weldon (2011) recomenda que se crie uma cultura sustentável de saúde, começando do topo. De acordo com Berry; Mirabito e Baun (2010), o engajamento da liderança – dos executivos aos supervisores - e o alinhamento com os objetivos da organização são fundamentais para a criação de uma cultura de saúde, na qual programas de saúde tornam-se parte da identidade da firma.

Com relação ao engajamento dos funcionários, Berry; Mirabito e Baun (2010) recomendam que os programas sejam muito bem executados, relevantes e acessíveis. Weldon (2011) argumenta ainda sobre a criação de incentivos para atrair pessoas aos programas, que no caso da Johnson&Johnson foram necessários para aumentar o nível de participação.

Outro aspecto importante dos programas é a comunicação, principalmente no início em que as pessoas precisam aceitar a participação do empregador na gestão da sua

saúde. Berry; Mirabito e Baun (2010) ressaltam a importância da mensagem, de como ela é transmitida, e da divulgação das iniciativas.

Recomenda-se ainda a criação de parcerias, que são fundamentais na oferta de programas de saúde (BERRY; MIRABITO; BAUN, 2010). Estes parceiros podem ser empresas de indústrias diversas, como *wellness* e *fitness*, ou componentes do setor de saúde.

Enfim, a observação prática dos casos bem sucedidos aponta outros fatores relevantes, principalmente: Integração entre saúde assistencial e ocupacional - facilitando ao empregador conhecer a saúde dos associados e seus dependentes - e acompanhamento dos resultados - medindo desempenho das iniciativas e buscando melhorias.

2.2.2. Atuação Externa – Influência no Sistema de Saúde

Atuação externa pode ser definida como iniciativas tomadas pelo empregador que influenciam o ecossistema em que está inserido. Estas iniciativas podem ser qualificadas em dois níveis de profundidade: influência no nível de competição e influência direta nos componentes do sistema.

A influência no nível de competição é mais sutil, mas de acordo com Porter e Teisberg (2004), é fundamental para se gerar as mudanças necessárias no sistema. Ela se manifesta à medida que empregadores fogem dos paradigmas atuais de busca por menor preço na seleção de seus fornecedores de serviço de saúde, usando como critérios competitivos a qualidade dos serviços prestados pelos provedores e pelas fontes pagadoras.

A influência direta nos componentes do sistema ocorre quando a empresa conduz mudanças no ecossistema atuando diretamente sobre seus *players*. Estas iniciativas buscam a eficácia e eficiência do sistema de forma a definir novos padrões de serviço.

2.2.2.1. Principais casos

As iniciativas externas dão destaque a dois casos: Intel e GE. Pode-se mencionar novamente Vivo e Accor, por também exercerem influência sobre o sistema de saúde.

Intel

A Intel sofria, em 2009, com elevados custos de saúde e tentou executar as medidas mais comuns, tais como, programas de saúde, ambulatorios internos, planos de

saúde mais baratos, porém não obteve sucesso. A empresa decidiu então atuar diretamente no sistema de saúde local, agindo sobre 6 condições de saúde recorrentes e não complexas com o intuito de otimizar o fluxo do paciente – reduzindo o número de consultas e exames para se confirmar um diagnóstico - e assim diminuir custos. Como resultado, a porcentagem do custo de diagnóstico e tratamento das condições médicas selecionadas caiu de 73% para 49% com relação ao custo total, além de reduzir o tempo de retorno ao trabalho dos funcionários e aumentar sua satisfação.

GE

O caso da GE também é uma forte demonstração da influência externa que o empregador pode exercer. Assim como ocorreu em outras empresas, a GE contratou uma equipe de médicos que constatou que o principal problema a ser abordado era baixa resolutividade das consultas, com altos gastos em exames. A empresa passou assim a atuar no sistema oferecendo um valor de 170 reais por consulta aos médicos - ao invés de 40 reais, que era o valor oferecido pelas fontes pagadoras – e também pagando por terapias que o plano não autorizava a seus funcionários. A única condição da empresa era de que o atendimento das consultas fosse mais cuidadoso. Estima-se que para cada real investido no programa, R\$ 4,38 foram economizados devido a procedimentos cirúrgicos evitados, redução de absenteísmo e ganho de produtividade. A economia nos últimos 5 anos é de 8% por ano em custos assistenciais, já demonstrando um resultado bem positivo. (EXAME, 2015)

Vivo

A Vivo além de atuar na gestão da saúde corporativa, demonstra forte atuação externa. Coloca a busca por serviços de qualidade de provedores e fontes pagadoras à frente dos próprios programas de saúde. (DAUD FILHO, 2011)

Accor

Além de atuar na gestão da saúde corporativa, a empresa desenvolve gestão efetiva do plano de saúde, buscando controlar a qualidade, o custo dos serviços prestados e reduzir a sinistralidade. (KIRSTEN, 2012)

2.2.2.2. Entendimento

Conforme discutido na seção 2.1.5, Porter e Teisberg (2004) concluem que a competição no sistema de saúde deveria ser orientada à criação de valor. À medida que os *players* fossem forçados desenvolver competências, reduzir erros, aumentar eficiência e melhorar resultados para competirem, estariam criando valor para o sistema de forma geral. O Quadro 1 ilustra as mudanças necessárias no sistema de acordo com os autores:

| Característica | Como é | Como deve ser |
|--------------------------------|---|--|
| Nível de competição | Competição entre fontes pagadoras, hospitais e outros componentes da cadeia. | Competição para prevenir, diagnosticar e tratar condições e doenças dos beneficiários |
| Objetivos | Reduzir custos. Participantes reduzem seus próprios custos transferindo-os para a cadeia sem reduzir o custo total | Objetivo deve ser aumentar o valor, ou seja a qualidade do serviço por real gasto. |
| Forma de competição | Competição por beneficiários saudáveis. Busca de poder de barganha por meio do número de indivíduos. | Competição para desenvolver competências, reduzir erros, aumentar eficiência e melhorar resultados, de forma a criar valor. |
| Informação | Não há informação suficiente para tomada de decisão por provedores, fontes pagadoras e usuários. | Informações sobre os provedores, os tratamentos, e a utilização dos beneficiários. |
| Incentivos às fontes pagadoras | Transferem custos a usuários e provedores. Buscam ao máximo aumentar a quantidade de pessoas saudáveis e restringir tratamentos onerosos. | Fontes pagadoras passam a se preocupar com a saúde dos indivíduos, ajudando-os a encontrar o cuidado apropriado às suas condições. |
| Incentivos aos provedores | Oferecem todos os serviços, o que pode impactar a qualidade. Casos de atenção insuficiente ao paciente ou medicina defensiva (Exames e tratamentos além do necessário). | Alcançam sucesso ao desenvolver áreas de excelência. Medem e melhoram qualidade e eficiência. Buscam erradicar erros e melhorar seus padrões de serviço. |

Quadro 1 - Competição no Sistema de Saúde, adaptado de PORTER; TEISBERG, 2004

Esta redefinição da competição tornaria possível consertar o sistema. De acordo com Porter e Teisberg(2004), os empregadores podem assumir iniciativas que influenciem

no nível de competição dos componentes do sistema de saúde. Desta forma, os autores propõem que empregadores devem adquirir serviços assistenciais com base no valor, e não no custo, como uma ação essencial para se influenciar positivamente o ecossistema.

Daud Filho (2011), diretor de saúde da Vivo, argumenta que “infelizmente muitas empresas não se preocupam com a qualidade de assistência de doenças que contratam no mercado”. O autor vai além e afirma que prevenção e promoção à saúde só fazem sentido se houver oferta de serviços assistenciais de qualidade ao indivíduo, bem como operadoras com conduta certa e bom nível de atendimento. Um exemplo de ação que influencia o ecossistema é a forma como a Vivo qualifica médicos e provedores com base no serviço prestado a seus beneficiários, e encaminha futuros pacientes a provedores que fornecem serviços mais eficazes e eficientes.

Desta forma, a Vivo adota exatamente o papel que o empregador deve assumir no ecossistema, de acordo com Porter e Teisberg (2004). Ao insistir que seus funcionários sejam tratados pelos melhores provedores e selecionar operadoras e prestadores de acordo com a qualidade de seus serviços, o empregador influencia os padrões de competição no ecossistema, mudando-os para níveis que criam valor e trazem benefícios para todos os componentes do sistema de saúde.

A influência sobre o nível de competição também é evidente no caso da Intel (MACDONALD; MECKLENBURG; MARTIN, 2011). Os autores deste artigo reforçam que grandes empresas devem usar seu poder de barganha para conduzir a transformação da saúde suplementar em seus ecossistemas. Trazendo benefícios inclusive para as populações locais, devido à melhoria nos serviços de saúde. Semelhantemente a Daud Filho (2011), MacDonald; Mecklenburg e Martin (2011) recomendam que empregadores escolham planos e provedores baseados em sua disposição para tornar a assistência à saúde melhor e mais acessível. Os autores ainda propõem que empregadores reportem o resultado de seus esforços, para que essa informação seja utilizada por outros empregadores na seleção de planos e provedores dispostos a participar de iniciativas que buscam eficiência e eficácia.

Além de exercer influência no sistema de saúde local, as iniciativas da Intel apresentam um *case* valioso para demonstrar o segundo nível de atuação no ambiente externo: interação direta com componentes do sistema de saúde.

Intel desenvolveu um serviço assistencial colaborativo, com o intuito de otimizar os processos realizados em seis condições clínicas priorizadas. Nomeadamente: 1) dor nas costas, 2) dor de cabeça, 3) dores no quadril, joelho ou ombros, 4) problemas relacionados à mama, 5) problemas respiratórios, 6) diabetes. E isto foi realizado desenvolvendo um processo de triagem eficiente. (MACDONALD; MECKLENBURG; MARTIN,2015)

A resolução de um caso de dor nas costas, por exemplo, envolvia 7 etapas incluindo consultas, exames, retorno ao médico, tratamento e recuperação e podia levar até 52 dias para ser concluído. Com a otimização do processo, eram necessárias apenas 4 etapas, principalmente devido a uma triagem bem executada, de forma que em apenas 22 dias o paciente já havia passado por todas as etapas necessárias para sua recuperação. (MACDONALD; MECKLENBURG; MARTIN,2015)

Assim como a Intel, a GE também atua principalmente no ambiente externo, buscando aumentar a qualidade dos serviços oferecidos e gerar valor para o sistema. Neste caso o foco foi em consultórios, buscando aumentar a resolutividade das consultas(EXAME, 2015).

O atendimento qualificado de primeiro nível gerou benefícios diversos. Além de melhorar a saúde dos indivíduos - pois recebem maior atenção de seus médicos, reduzindo risco de futuras complicações -, o sistema se beneficia de uma porta de entrada efetiva na regulação do acesso ao sistema. Assim a iniciativa atua fortemente na utilização inadequada do sistema, reduzindo principalmente a quantidade de consultas e exames para realização de um acompanhamento ou diagnóstico e a quantidade de consultas com especialistas.

De acordo com a reportagem da Revista Exame (2015), a interferência no funcionamento do sistema já é mais comum nos Estados Unidos. Empresas como FedEx, Boeing e Walmart pagam adicionais aos hospitais de acordo com seu desempenho em cirurgias ou tratamentos específicos.

2.2.3. Benchmarking

Os conhecimentos adquiridos a respeito das ações internas e externas de alguns empregadores, permitiram criar um modelo para medir o nível de atuação de outros empregadores em seu ecossistema e na gestão da saúde corporativa.

Do ponto de vista interno, serão usados dois níveis de maturidade, além do nível nulo. O primeiro nível será denominado “programas passivos”, no qual podem ser classificadas empresas que realizam programas de saúde sem alimentação de dados de saúde dos empregados – isto é, programas de promoção à saúde e prevenção de baixo custo e ofertados ao público geral. Estes programas são mais simples, e requerem menos esforço operacional e investimentos para funcionarem. (BERRY; MIRABITO; BAUN, 2010). O segundo nível será denominado “programas ativos”, e nele são classificadas empresas que atuam com programas alimentados periodicamente com dados de saúde dos empregados – são estes: programas de gestão de fatores de risco e gestão de doenças. Estas iniciativas são mais complexas, requerendo maior investimento, esforço de gestão e *expertise* para operar de forma eficiente. (WELDON, 2011; DAUD FILHO, 2011)

Do ponto de vista externo, os níveis utilizados para classificação das iniciativas são os mesmos utilizados na seção em que o subtema foi desenvolvido. O primeiro nível é denominado “influência no sistema”, caracterizado pela influência do empregador sobre o nível e a forma de competição do ecossistema, quebrando o paradigma da busca pelo menor custo para a busca por maior valor (PORTER; TEISBERG, 2004). O segundo nível é denominado “influência direta”, caracterizado pela interação direta do empregador com os componentes do sistema de saúde, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço e/ou reduzir custos. (MACDONALD; MECKLENBURG; MARTIN, 2015)

O benchmarking foi feito com base nas informações presentes neste levantamento bibliográfico e o posicionamento das empresas estudadas é ilustrado na Figura 13.

| | | Vivo | Accor | J & J | Intel | GE |
|-----------------|-----------------------|------|-------|-------|-------|----|
| Atuação Interna | Programas Passivos | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| | Programas Ativos | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Atuação Externa | Influência no sistema | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| | Influência direta | | | | ✓ | ✓ |

Figura 13 - Benchmarking da atuação do empregador no ambiente externo e interno, elaborado pelo autor

2.3. Ecosistema de Negócios

Moore (1993) sugere que uma empresa não seja vista como um membro de uma única indústria, mas como parte de um “ecossistema de negócios” (*business ecosystem*) que envolve indústrias diversas. Segundo o autor, a competição entre ecossistemas e não companhias individuais que desempenha papel mais importante nas transformações atuais da indústria.

O sucesso de empresas como Wal-Mart e Microsoft é atribuído a diversos fatores, desde visão dos fundadores a práticas competitivas. No entanto, a performance destas organizações bastante distintas deriva de algo maior do que a empresa em si: o sucesso de seus respectivos ecossistemas de negócios. Ambas as firmas perseguiram estratégias que atenderam a seus interesses próprios além de promover a saúde do ecossistema em que estavam inseridas de forma geral. (IANSITY; LEVIEN, 2004)

Esta seção compila o conhecimento das principais referências sobre Ecosistema de Negócios. O intuito é explicar o conceito, definir os tipos de *players* e seus papéis, as estratégias de Ecosistema de Negócios e formas de avaliação da saúde dos ecossistemas.

2.3.1. Conceito de ecossistema de negócios

De acordo com Moore (1996), um ecossistema de negócios consiste de todos os indivíduos, organizações, entidades governamentais, reguladores entre outros com quem um negócio interage. (IANSITY; LEVIEN, 2004).

De acordo com Kapoor (2010), ecossistemas de negócios vão além das convencionais análises setoriais, de cadeia de valor e de posicionamento de mercado, principalmente por contarem com três características fundamentais análogas à origem metafórica da biologia: simbiose, plataforma e coevolução.

A primeira característica diz respeito aos limites fluidos entre consumidores, fornecedores, parceiros, informação, bens etc. que tem um impacto significativo na economia que suporta um ecossistema, de forma que a sobrevivência de cada firma dependente do sucesso global do ecossistema. (Kapoor, 2010)

A segunda característica – “plataforma” -, são serviços, ferramentas ou tecnologias que outros membros do ecossistema usam para melhorar sua própria

performance (MOORE, 1993). De acordo com Iansity e Levien (2004), empresas como Wal-Mart e Microsoft criaram plataformas que geraram vantagem coletiva em seus respectivos ecossistemas, o que foi decisivo para que se tornassem líderes neles.

Quanto à terceira característica, Adner (2006) mostra que ecossistemas de negócio permitem que empresas criem valor que de forma individual não conseguiriam. Para Moore (1996), líderes devem mudar sua concepção de negócios como uma organização para enxergar-se como participantes de sistemas complexos em evolução.

De acordo com Kapoor (2010), a visão de ecossistema de negócios tem intuito de mudar a estratégia dos negócios nestes três aspectos: 1) de mera colaboração para cooperação sistemática e sinérgica, 2) de concorrência entre produtos para concorrência entre plataformas e 3) de crescimento individual do negócio para coevolução do ecossistema.

Do ponto de vista de análise ambiental, a visão de ecossistema também traz dois benefícios essenciais: 1) Identificar e demonstrar o valor de parcerias potenciais a outros na companhia ou no ecossistema; e 2) Criar uma visão sistêmica do ambiente a ser monitorado que permite se preparar para mudanças e identificar oportunidades. (Partnering Resources, 2015)

2.3.2. Componentes de um ecossistema de negócios

O levantamento da literatura revisada permite constatar componentes principais de um ecossistema de negócios: Líderes, Contribuidores, Usuários, Ambiente e Fronteiras. (BAGHBADORANI, 2012; MOORE, 1993; IANSITY; LEVIEN, 2004)

2.3.2.1. Líderes

O líder pode ser visto como o centro do ecossistema. Também denominado “Contribuidor Central” (*Central Contributor*) (MOORE, 1993), ele funciona como um *hub* (IANSITY; LEVIEN, 2004), e sua atuação é fundamental para que os outros membros do ecossistema continuem seu funcionamento (MOORE, 1993).

De acordo com Moore (1993), o líder do ecossistema absorve maior parcela do valor criado devido à sua posição e seus ativos. De acordo com Torrès-blai (2010), assume uma posição regulatória, encorajando outros membros a seguir seus padrões

Destarte ressalta-se de forma geral na literatura, como uma das funções principais dos líderes, a provisão de uma plataforma que é o pilar de um ecossistema(IANSITY; LEVIEN, 2004; IANSITY; RICHARDS, 2006; MOORE, 1996). Argumenta-se que esta plataforma traz valor para o ecossistema como um todo, ao fornecer meios para auxiliar os seus membros na oferta de seus produtos e serviços e melhoria de sua performance.

2.3.2.2. Contribuidores

Segundo Iansiti e Richards (2006), a evolução de um ecossistema está amarrada a diversas organizações interdependentes, cada uma com funções específicas - produção, distribuição, operações – que no entanto dependem umas das outras para melhorar sua performance. Essas organizações funcionam sobre plataformas fornecidas pelo líder. A plataforma atua melhorando a performance do ecossistema enquanto os contribuidores permitem extensão das competências da plataforma (MOORE, 1993).

2.3.2.3. Usuários

Sejam indivíduos ou empresas, usuários são aqueles que compram os produtos e serviços produzidos, sendo portanto essenciais para a existência de um ecossistema (ZHU; IANSITY, 2007).

As expectativas dos consumidores também são um importante fator para a saúde e o sucesso de plataformas, uma vez que os consumidores escolhem utilizar uma plataforma de acordo com qualidade dos serviços, popularidade ou abrangência dos serviços (ZHU; IANSITY, 2007).

2.3.2.4. Ambiente

O ambiente envolve os líderes, contribuidores e usuários e forma as condições nas quais o ecossistema evolui. Há muitos estudos sobre estratégias de negócios adotadas de acordo com o impacto do ambiente em que as organizações estão inseridas.

No que tange ecossistemas de negócios, Yu et al. (2011) levantam 6 categorias de entidades que podem compor ambiente: Natural, Sócio-cultural, Regulatório, Econômico, Tecnológico, e de crédito.

2.3.2.5. Fronteiras

A abordagem ecossistêmica oferece uma visão que inclui não apenas a cadeia de valor direta de um negócio, mas também todas as funções indiretas, como empresas de outras indústrias com produtos complementares, instituições financeiras, agências reguladoras, institutos de pesquisa, universidades e até mesmo competidores. (MOORE, 1993; YU et al., 2011).

De acordo com Gueguen e Isckia (2011), a definição das fronteiras de um ecossistema não é clara. Neste sentido, Iansity e Levien (2004) propõe sistematicamente identificar as organizações com que o futuro da empresa está mais relacionado de forma a definir quais dependências são mais críticas para o negócio.

Baghbadorani et al. (2012) propõem uma visão do ecossistema de negócios em que o líder do ecossistema tem posição central e fornece a plataforma que funciona como mediador coletivo entre os usuários e os contribuidores. Os conceitos abordados nesta seção podem ser visualizados na Figura 14.

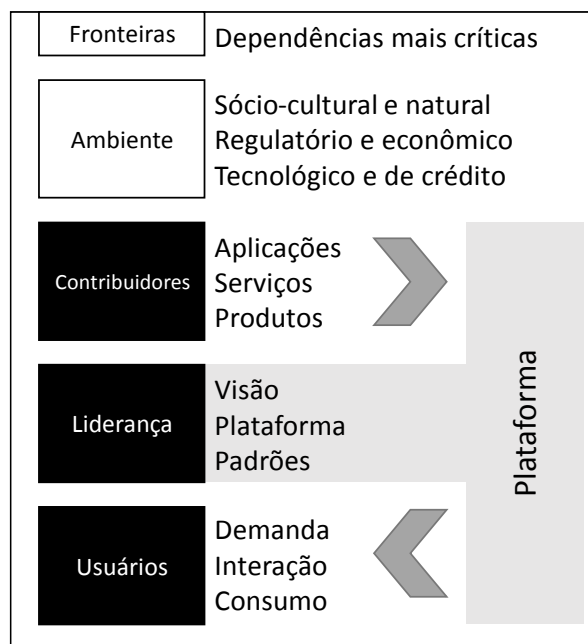


Figura 14 - Modelo conceitual do ecossistema de negócios, adaptado de BAGHBADORANI et al., 2012

2.3.3. Estratégia de ecossistema de negócios

Iansity e Levien (2004) definem 3 estratégias distintas que trazem benefícios para o ecossistema de negócio – “nicho”, “peça chave”, “dominador físico” (IANSITY; LEVIEN, 2004, tradução nossa) - e uma que não é recomendada – “dominador de valor”

(IANSITY; LEVIEN, 2004, tradução nossa) - pois contribui para o fracasso da empresa e do ecossistema. A escolha de uma estratégia de ecossistema depende primariamente do tipo de papel que a empresa tem e pretende ter, mas também é afetada pelo grau de turbulência e inovação e a complexidade dos relacionamentos com outras partes do ecossistema.

Se o negócio enfrenta rápidas e constantes mudanças e o aproveitamento de ativos de outras empresas auxilia em um segmento de negócio claro e específico, uma estratégia de nicho é a mais apropriada. (IANSITY; LEVIEN, 2004) Nesta estratégia um negócio desenvolve seu próprio expertise, que o diferencia de seus concorrentes e, devido ao foco simplificado, desenvolve as competências únicas que necessita para resistir à turbulência de seu ambiente. Esta estratégia pode ser relacionada com os contribuidores, mencionados na seção anterior, seguindo o conceito proposto por Moore (1996). A amplitude de atividades e nível de diversidade de membros do ecossistema nesta camada do modelo são normalmente altas.

A segunda estratégia, denominada “peça chave” (*keystone*), é mais efetiva em situações em que o negócio está no centro de uma rede complexa de compartilhamento de ativos e opera em ambiente turbulento. A empresa assume a liderança do ecossistema compartilhando os benefícios de seus ativos com parceiros de negócios de forma a alavancar a capacidade do ecossistema como um todo de gerar respostas inovadoras a mudanças disruptivas no ambiente (IANSITY; LEVIEN, 2004). Moore (1993, 1996) refere-se a essa estratégia como liderança do ecossistema. É importante ressaltar que enquanto Moore (1993), vê a líder como a empresa que absorve maior parte do valor no ecossistema, - principalmente por focar no contexto das empresas de tecnologia - Iansity e Levien (2004) argumentam que a empresa líder não necessariamente é a maior ou mais lucrativa.

Em situações em que o negócio depende de uma rede complexa de ativos externos, mas opera em um setor amadurecido, Iansity e Levien (2004) recomendam uma estratégia de dominador físico (*physical dominator*). Como o ambiente é relativamente estável e inovação não é uma prioridade, a empresa pode controlar os ativos de que precisa, adquirindo parceiros ou suas funções. Um dominador físico acaba se tornando seu próprio ecossistema, absorvendo a rede e suas interdependências que existiam entre organizações distintas, de forma que é capaz de extrair máximo valor no curto prazo dos ativos que controla. Quando atinge este ponto final, uma estratégia de ecossistema não é mais relevante.

Se, por outro lado, um negócio decide extrair ao máximo valor de uma rede que não controla, pode acabar minando seus próprios recursos e destruindo o ecossistema de que faz parte. Esta estratégia é denominada por Iansity e Levien (2004) de estratégia de dominador de valor (*value dominator*) e de acordo com os autores é uma abordagem fundamentalmente falha.

Enfim um negócio commodity em um ambiente maduro e estável, operando de forma relativamente independente a outras organizações, uma estratégia de ecossistema é irrelevante, embora isto também possa estar sujeito a mudanças. (IANSITY; LEVIEN, 2004)

A Figura 15 apresenta um resumo das estratégias de ecossistemas.

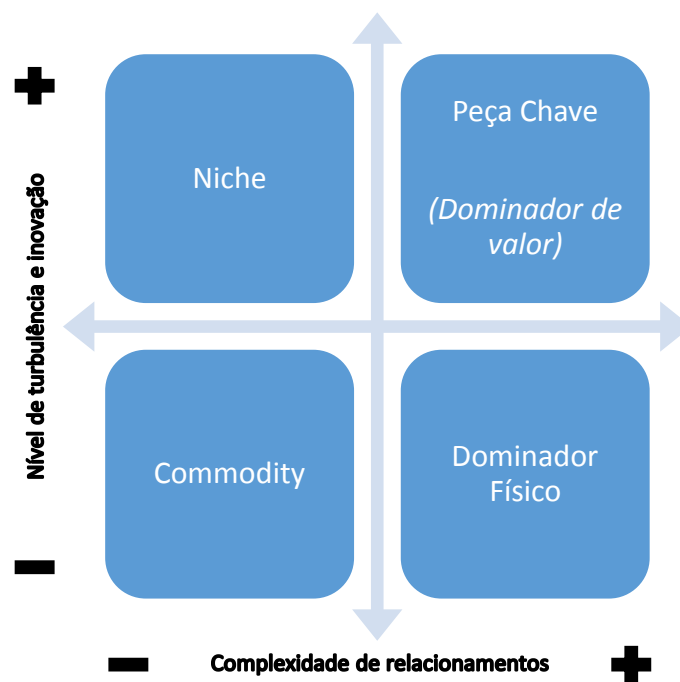


Figura 15 - Estratégias ecossistêmicas, adaptado de Iansity e Levien, 2004

2.4. Parcerias

Parceria é o conceito utilizado para definir o relacionamento estabelecido entre empresas que optam por realizar uma operação conjunta, compartilhando recursos e conhecimento, ao invés de operarem individualmente. (MADUREIRA, 2009).

Este estudo foca em alguns aspectos das parcerias: (1) Balanço de poder. (2) Motivação para entrada. (3) Parceria com fornecedores.

2.4.1. Balanço de Poder

As características das empresas que compõem uma parceria podem gerar assimetrias que influenciam significativamente nos seus resultados. De acordo com Madureira (2009) empresas maiores tendem a se beneficiar mais de parcerias do que empresas menores.

O poder de barganha gerado pelo porte da empresa faz também com que os benefícios comuns gerados pela parceria sejam absorvidos em maior parte pelas maiores empresas. (GULATI; SINGH, 1998)

Além disso as decisões tomadas pela parceria são influenciadas diretamente pelo balanço de influência ou de poder financeiro entre os parceiros. (NEELY, 1998)

De acordo com Harrigan e Newman(1990), os resultados obtidos com a parceria são distintos do que poderia ser obtido individualmente. Desta forma, surgem questões de como serão divididos esses resultados, sejam bons ou ruins. Para realização desta divisão entra em jogo o poder de barganha de cada um dos parceiros e os seus objetivos estratégicos.

2.4.2. Motivação

Uma empresa pode realizar parcerias por motivos diversos como gerar economia de escala, aprender novas competências, dividir custos e riscos e diminuir barreiras de entrada e saída em um mercado. Em suma busca-se obter benefícios que sem uma parceria não poderiam ser obtidos, ou exigiriam um esforço muito maior, e a avaliação destes benefícios é que leva ou não à entrada em uma parceria. (MADUREIRA, 2009)

Holmberg e Cummings(2009) definem cinco tipos de motivação para a entrada em uma parceria: posicionamento estratégico, recursos, custos transacionais, aprendizado e outras motivações como gestão e redução de risco. Para estudo deste tópico serão agrupadas três principais categorias de motivação: Custos, posicionamento estratégico, outros motivos (recursos, redução de risco, aprendizado entre outros).

2.4.2.1. Custos

De acordo com Kogut (1988) custos transacionais são aqueles relacionados ao esforço para administração de contratos e transferência de bens e informações com empresas que realizam atividades.

As formas mais comuns de relacionamento são subcontratação e integração vertical, sendo que na subcontratação existem diversos custos incorridos a cada negociação e na integração vertical há um grande custo relacionado à integração. Parcerias funcionam como um intermediário entre os dois modelos e tem como vantagem menores custos de transação (Madureira, 2009).

Por outro lado, parcerias exigem grande coordenação, pois o ambiente é mais complexo. Os custos relacionados à coordenação são diretamente proporcionais ao nível de interdependência que os parceiros precisam para completar uma tarefa.(GULATI;SINGH, 1998).

2.4.2.2. Posicionamento estratégico

De acordo com Kogut (1988) pode-se aumentar os lucros por meio da melhoria do posicionamento estratégico com relação a rivais. De acordo com o autor, uma parceria pode gerar benefícios estratégicos, mesmo que do ponto de vista de custo não apresente benefícios.

Hoffman (2007) define três tipos de estratégias que são suportadas por parcerias:

Estratégia de adaptação (*Adapting Strategy*): parceria motivada por uma necessidade ambiental, tal como obtenção de recursos ou expansão.

Estratégia de flexibilidade (*Shaping Strategy*): parceria motivada pela necessidade de preparo para mudanças no ambiente, como um meio de aumentar a flexibilidade.

Estratégia de Estabilização (*Stabilizing Strategy*) – parceria com o intuito de obter acesso a novos mercados, explorando recursos atuais.

2.4.2.3. Outros motivos

Há diversos benefícios possíveis relacionados à parceria entre empresas. De acordo com Madureira (2009), “por meio deste tipo de cooperação é possível obter recursos que não se tem, compartilhar conhecimentos, disponibilizar novos produtos, ter ganhos de escala ou diminuir o risco do negócio”.

2.4.3. Relações de parceria com fornecedores

Bensaou (1999) propôs um modelo que permite identificar quatro tipos de interações entre comprador e fornecedor por meio de dois eixos: Investimento do Comprador e Investimento do fornecedor. O autor mostra que os tipos de relacionamento consequentes da análise destes dois eixos se desdobram em diferentes características tais como confiança mútua, relação de longo prazo, escopo grande e cooperação. A Figura 16 apresenta o modelo proposto pelo autor.

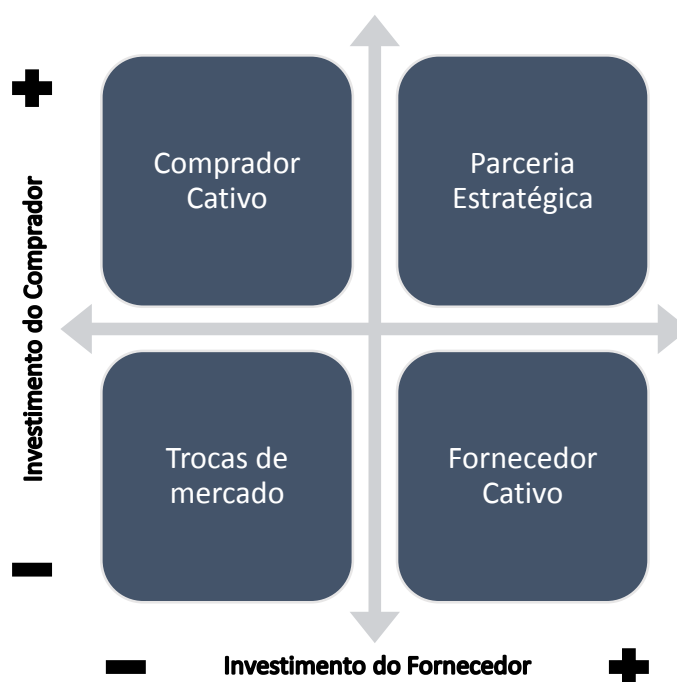


Figura 16 - Portfólio de relacionamentos, adaptado de BENSAOU (1999)

Os investimentos dos compradores e fornecedores podem ser tangíveis ou intangíveis. Exemplos de investimentos tangíveis são processos customizados com relação aos serviços fornecidos ou comprados ou a quantidade de equipamentos e outros recursos

dedicados ao fornecedor ou comprador. Exemplos de investimentos intangíveis são principalmente esforços realizados para adaptação.

Os casos mais relevantes para este estudo são “parceria estratégica” e “comprador cativo”. A parceria estratégica é caracterizada pela troca frequente de informações, confiança mútua e compromisso com o relacionamento. O caso do comprador cativo é o mais frequente segundo Bensaou (1999). Também é caracterizado por troca frequente de informações porém o esforço de cooperação é desproporcional entre o comprador e o fornecedor, o que também limita a confiança mútua.

O detalhamento do perfil de gestão para cada contexto é apresentado na Figura 18.

| Comprador Cativo | Parceria Estratégica |
|---|---|
| Mecanismos de troca de informações <ul style="list-style-type: none"> • Importante troca de informações detalhadas continuamente • Visitas mútuas frequentes e regulares | Mecanismos de troca de informações <ul style="list-style-type: none"> • Troca de informações freqüente e muito “rica” • Visitas mútuas regulares e uso de engenheiros “hóspedes” |
| Características das tarefas <ul style="list-style-type: none"> • Tarefas estruturadas e previsíveis • Grande quantidade de tempo gasto pelos agentes de compra e engenheiros da empresa compradora com os fornecedores | Características das tarefas <ul style="list-style-type: none"> • Muito mal definida e mal estruturada • Frequentes eventos não rotineiros e inesperados • Grande quantidade de tempo gasto com os funcionários do fornecedor, principalmente em questões de coordenação |
| Clima e Características dos processos <ul style="list-style-type: none"> • Clima tenso, falta de confiança mútua • Não há envolvimento precoce dos fornecedores • Grande esforço da compradora em atingir um grau de cooperação • Fornecedor não necessariamente tem uma boa reputação | Clima e Características dos processos <ul style="list-style-type: none"> • Grande confiança mútua e comprometimento na relação • Grande senso de justiça nas ações da empresa compradora • Envolvimento precoce dos fornecedores no projeto • Muitas ações conjuntas e de cooperação • Fornecedor tem uma excelente reputação |

Figura 17 - Perfil de gestão para cada contexto, fonte: BENSAOU, 1999

2.5. Técnica 5W + 2H

A técnica 5W+2H foi difundida no tema de Gestão da Qualidade como uma das formas de implantação da Qualidade Total (AMBROZEWICZ, 2003). A partir de então passou a ser utilizada também no desenvolvimento de planos de ação.

Essa abordagem prevê a resposta a sete perguntas para definição do plano de ação. Em inglês as sete perguntas podem ser abreviadas no termo “5W” e “2H”, nomeadamente: “*what, why, who, when, where, how, how much*”(AMBROZEWICZ, 2003).. A tradução para o português a ser utilizada é proposta por Tillman (2006) que utiliza os seguintes termos: “O que, por que, quem, quando, onde, como e qual custo”.

No contexto deste trabalho, esta técnica permite a descrição das iniciativas propostas de forma estruturada:

(1) O que: Iniciativa a ser realizada e seu objetivo. (2) Por quê: justificativa para realização da iniciativa. (3) Quem: parceiros que contribuem para execução da ação. (4) Quando: Definição dos aspectos temporais, tais como prioridade para execução e frequência. (5) Onde: Público alvo da ação. (6) Qual custo: estimativa do custo da iniciativa. (7) Como: descrição da iniciativa.

3. MÉTODO DE TRABALHO

O contexto de realização deste trabalho é o projeto realizado pela Accenture do qual o autor participou nas etapas de planejamento estratégico. Conforme ilustrado na Figura 3 - Etapas do projeto, escopo e objetivos da Accenture e do Trabalho Final, elaborado pelo Autor, este trabalho foca nos aspectos estratégicos do projeto, que é dividido em duas principais etapas: Análise da Situação atual e proposta de Novo modelo.

A Figura 18 sumariza os métodos de pesquisa adotados

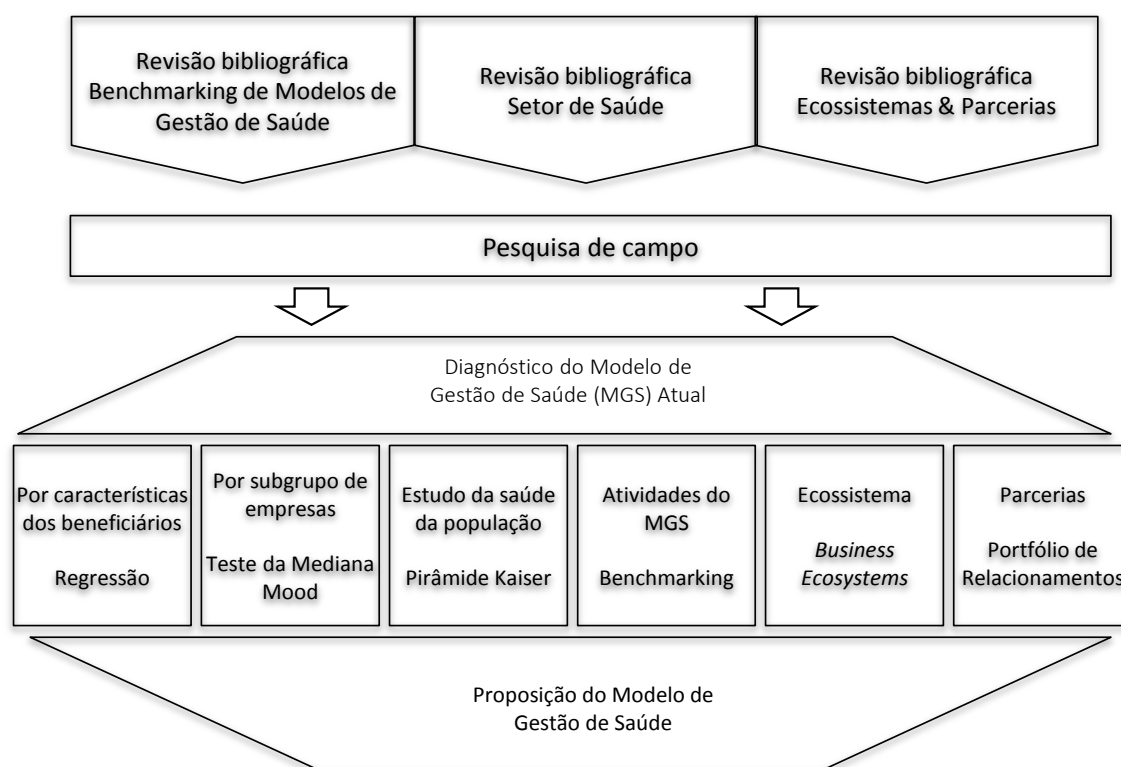


Figura 18 – Abordagem metodológica

3.1. Diagnóstico da Situação Atual

A primeira etapa deste trabalho avalia a situação atual da empresa, sob duas perspectivas fundamentais: interna e externa.

A análise interna tem como foco principal o primeiro objetivo do trabalho: ofertar um pacote de benefícios adequado e atraente aos funcionários e seus dependentes. A análise externa auxilia no cumprimento do primeiro objetivo, mas contribui principalmente para o segundo objetivo e terceiro objetivos: definição da estratégia ambiental do grupo e analisar possíveis parcerias.

Para compreensão das análises que compõe o desenvolvimento é importante definir os dados utilizados e os métodos de pesquisa

3.1.1. Coleta de informações

Durante o início do projeto foram realizadas 8 entrevistas com diretores das empresas e responsáveis pelas áreas de RH e do CSC (Centro de Serviços Compartilhados). Estas entrevistas serviram principalmente para levantar informações de 1) serviços oferecidos atualmente com foco na saúde corporativa, 2) absenteísmo total de Tecnologia e Serviços e 3) relação atual com os fornecedores de benefícios de saúde.

O Grupo forneceu dados demográficos dos funcionários e seus dependentes através de uma tabela de Cadastro de beneficiários. Além disso foram fornecidos dados dos pagamentos realizados nos últimos três anos.

Também foram obtidos dados de Utilização do Plano de Saúde nos últimos 3 anos. O Grupo auxiliou no contato com as operadoras dos planos de saúde que forneceram dados de utilização.

3.1.2. Análise dos dados

A primeira análise realizada com os dados foi o teste de correlação entre perfil demográfico e o custo para assim auxiliar na identificação das necessidades das empresas do Grupo.. Para isso foi utilizada a regressão, que é uma técnica estatística usada para prever valores futuros com base em valores passados (Hair et al, 2006). Desta forma, foi realizado teste de regressão multivariada utilizando o software Minitab com o intuito de descobrir quais variáveis demográficas possuíam maior correlação com custo assistencial elevado.

Em seguida foi utilizado o teste da mediana de Mood, para testar se os dois subgrupos possuem mesma mediana de custo assistencial por beneficiário. Para Hair et al (2006), o teste da mediana de *Mood* permite testar a igualdade da mediana de duas ou mais populações. De acordo com os autores, diferentemente de testes como a análise de variância (ANOVA), a mediana de *Mood* não requer que as populações apresentem distribuição normal. A variável analisada por meio deste teste se enquadra nesta situação, conforme ilustra a Figura 19.

Foram realizados 2 *workshops* integrativos durante a execução do Trabalho Final. O primeiro versou sobre o diagnóstico (síntese apresentada na seção 4.1 desse Trabalho Final), com a duração de aproximadamente 5 horas, realizado em Setembro de 2015. O segundo *workshop* versou sobre as propostas de ação para o novo modelo de gestão de saúde da empresa, com duração similar, realizado em final de Outubro.

Entre os dois *workshops* integrativos, ocorreram 3 dias de painéis de discussão temáticos com públicos distintos. O primeiro dia tratou da nova contratação de fornecedores de benefícios, a cobertura dos planos, e os casos em que se negociará empacotamento dos serviços prestados. O segundo dia tratou das demais iniciativas de atuação externa e programas passivos. Por fim, no terceiro dia foram discutidos os programas ativos. Nas discussões relacionadas à atuação externa houve participação de funcionários do Grupo responsáveis pelo relacionamento com as operadoras. Enquanto nas discussões sobre programas passivos e ativos houve participação dos médicos do trabalho do Grupo e outros membros do RH que participarão da implementação do novo modelo.

3.2.1. Novo modelo de benefícios

Esta seção desenvolve o novo Modelo de Gestão da Saúde, buscando cumprir com os objetivos do projeto e melhor atender aos indivíduos e à organização. Esta seção é embasada na abordagem de gestão da saúde fundamentada nas referências bibliográficas e nos dados analisados.

3.2.2. Análise de parcerias

Enfim as parcerias são analisadas utilizando os conhecimentos estudados na bibliografia de Portfólio de Relacionamentos, Motivadores para decisão de entrada e Balanço de poder.

4. DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento deste trabalho segue a metodologia apresentada e tem como elementos fundamentais a análise da situação atual e elaboração de propostas com base nestas análises.

4.1. Situação Atual

A avaliação da situação atual tem como ponto de partida uma breve descrição do Grupo, para então analisar os dados demográficos, a utilização dos planos e a saúde dos indivíduos.

4.1.1. O Grupo

O Grupo possui mais de dez empresas e tem operações espalhadas por todo Brasil. Estas empresas foram agrupadas em dois setores principais -Tecnologia e Serviços - que apresentam características de negócio semelhantes, como o tamanho, em número de funcionários, e participação, em receita.

Para os fins deste trabalho estes conjuntos são mais importantes do que a visão de cada empresa individual pois dentro de cada conjunto as empresas possuem perfil demográfico semelhante e, conforme apresentado na seção 4.1.2, os conjuntos apresentam entre si características demográficas bastante distintas. Estas diferenças são fundamentais para análise e desenvolvimento de propostas.

4.1.1.1. Tecnologia

As empresas de Tecnologia do Grupo oferecem diversos serviços relacionados a tecnologia da informação: infraestrutura, gestão, desenvolvimento de sistemas e serviços de atendimento. O conjunto de empresas de Tecnologia gerou em 2014 uma receita líquida de aproximadamente R\$ 1 bilhão.

Estas empresas atendem o mercado corporativo (B2B) e têm escritórios em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e outras grandes cidades brasileiras. Além disso concentram boa parte das suas operações no triângulo mineiro.

A Figura 20 ilustra o perfil dos funcionários e dependentes. Possui 6.403 funcionários, dos quais 55% são mulheres e 45% homens. Metade de seus funcionários

possui menos de 28 anos. Estes funcionários têm ao todo 2.825 dependentes, portanto uma relação de 0,4 dependentes por funcionários.

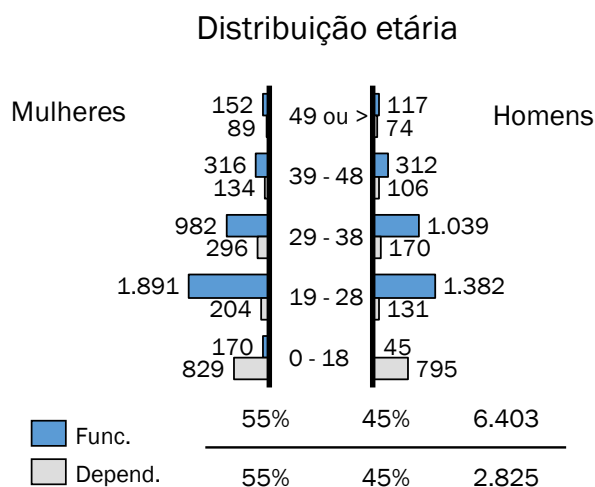


Figura 20 - Distribuição etária dos funcionários e dependentes das empresas de Tecnologia do Grupo, fonte: dados do grupo

4.1.1.2. Serviços

As empresas de Serviços atuam em indústrias diferentes e os tipos de serviço prestados incluem principalmente: segurança, vigilância, telecomunicações e meios de comunicação social. A receita líquida destas empresas em 2014 foi de aproximadamente R\$1,5 bilhão.

Estas empresas também atendem ao mercado corporativo e, além de atuar nas mesmas regiões que as empresas de Tecnologia, oferecem serviços no nordeste, centro-oeste e sul do Brasil.

As características da população destas empresas são apresentadas na Figura 21.

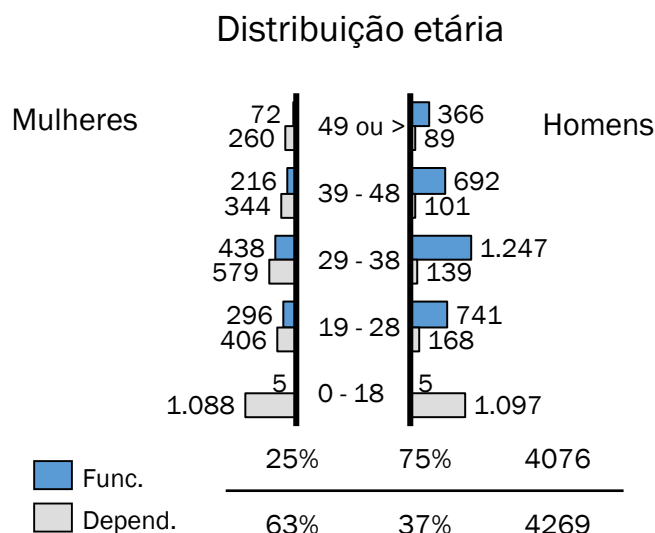


Figura 21 - Distribuição etária dos funcionários e dependentes das empresas de Serviços do Grupo, fonte: dados o Grupo

São, portanto, ao todo 4.076 funcionários, 75% deste do sexo masculino. Estes funcionários possuem 4.269 dependentes, o que significa cerca de 1 dependente por funcionário. Além disso, maior parte dos funcionários possui mais de 28 anos.

4.1.2. Análise Interna

Esta seção contempla a compilação das entrevistas e as análises da relação entre o perfil populacional e o custo com saúde de forma a ajudar no entendimento das necessidades do Grupo.

4.1.2.1. Situação atual da Gestão da Saúde Corporativa

A análise dos serviços oferecidos no âmbito da Saúde Corporativa utilizou informações obtidas durante as entrevistas.

Constatou-se que tanto Tecnologia quanto Serviços possuem programas passivos de promoção à saúde e prevenção.

Os serviços ofertados são campanhas de vacinação, orientação nutricional, ginástica laboral e, exclusivamente na Tecnologia, campanhas de prevenção.

No entanto, estas iniciativas não são vistas atualmente como um aspecto estratégico. Não há qualquer desdobramento da estratégia da organização em ações alinhadas e difundidas que manifestem uma cultura de saúde.

Desta forma, não há qualquer padronização da oferta de serviços e dos serviços em si. Não há uma aferição relevante de seus resultados e todos os programas que abrangem o público geral são passivos – isto é, não são alimentados com dados de saúde dos indivíduos.

A única evidência de programa ativo é o programa de saúde oferecido aos executivos do Grupo. Neste programa os fatores de risco dos executivos são medidos periodicamente e eles são aconselhados sobre o que fazer para melhorar suas condições de saúde.

Atualmente o índice de absenteísmo da Tecnologia é de 6% e de Serviços, 2%.

4.1.2.2. Perfil demográfico *versus* utilização

Nesta etapa da análise foram testadas as principais variáveis demográficas com relação ao custo com saúde dos funcionários e dependentes, para se determinar quais delas tem correlação com maior utilização.

As variáveis testadas foram: Idade, Sexo, Titularidade (funcionário ou dependente), Salário Médio e Tempo de Casa. A variável de resposta foi o custo total destes associados no período de Julho 2014 a Junho 2015.

Estes testes foram realizados para um grupo menor de funcionários e dependentes, dos quais foi obtido informação de utilização. De forma que a amostra foi de 9.721 pessoas, sendo que 5.312 são funcionários e 4.409 dependentes, conforme ilustra a Figura 22.

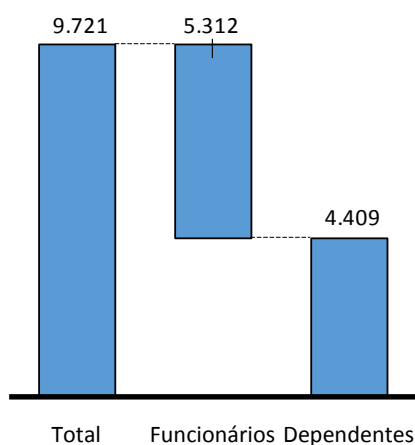


Figura 22 - Amostra dos testes estatísticos, fonte: dados de utilização do Grupo

Devido às interrelações entre as variáveis, foi realizado um teste correlação com uso do Minitab cujos parâmetros foram: 1) variáveis categóricas: Sexo e titularidade. 2) variáveis contínuas: idade, salário e tempo de casa; 3) variável resposta: custo do beneficiário. O software gerou o resultado apresentado na Figura 23.

Regression Analysis: Custo versus Idade; Salário; T Médio de Casa; Sexo; Titularidade

Method

Categorical predictor coding (1; 0)

Analysis of Variance

| Source | DF | Adj SS | Adj MS | F-Value | P-Value |
|-----------------|------|-------------|------------|---------|---------|
| Regression | 5 | 4300485651 | 860097130 | 18,78 | 0,000 |
| Idade | 1 | 2666323149 | 2666323149 | 58,22 | 0,000 |
| Salário | 1 | 173213770 | 173213770 | 3,78 | 0,052 |
| T Médio de Casa | 1 | 60382381 | 60382381 | 1,32 | 0,251 |
| Sexo | 1 | 338961186 | 338961186 | 7,40 | 0,007 |
| Titularidade | 1 | 1165469 | 1165469 | 0,03 | 0,873 |
| Error | 9715 | 4,44940E+11 | 45799266 | | |
| Lack-of-Fit | 6818 | 2,92020E+11 | 42830680 | 0,81 | 1,000 |
| Pure Error | 2897 | 1,52920E+11 | 52785740 | | |
| Total | 9720 | 4,49240E+11 | | | |

Model Summary

| S | R-sq | R-sq(adj) | R-sq(pred) |
|---------|-------|-----------|------------|
| 6767,52 | 0,96% | 0,91% | 0,81% |

Figura 23 - Análise de regressão: custo versus variáveis demográficas, fonte: Software Minitab

Para análise destes dados é importante considerar que Valores pequenos de P-value ($< 0,05$) indicam maior significância de que a hipótese seja válida e valores grandes de R^2 ($> 80\%$) indicam alta correlação.

Neste caso, devido à dificuldade de previsibilidade da demanda, um modelo que considera apenas as variáveis demográficas não é suficiente para se projetar o custo de um indivíduo, o que resultou em um baixo R^2 .

No entanto, pode-se constatar duas variáveis se destacaram das demais por apresentarem p-value menor do que 0,01: sexo e idade. As demais variáveis não permitem tirar conclusões efetivas com relação às necessidades do Grupo.

O tempo de casa não é determinante do custo. Profissionais mais antigos de casa não gastam mais, nem menos que os profissionais mais novos de casa.

O salário médio não é determinante do custo. Os dois efeitos típicos são observados no Grupo: algumas pessoas com maior renda acessam menos e, ao mesmo tempo, algumas pessoas com maior renda têm custos maiores.

A titularidade não é determinante do custo. Dependentes não gastam mais, nem menos, que os titulares em condições de idade e sexo semelhantes.

O *software* também apresentou as equações deduzidas com base nos dados, que são apresentadas na Figura 24.

| Regression Equation | | | |
|---------------------|--------------|---------------------------------------|--|
| Sexo | Titularidade | | |
| Feminino | Dependente | Custo = 650 + 38,54 Idade - | |
| | | 0,0530 Salário + 15,4 T Médio de Casa | |
| Feminino | Titular | Custo = 675 + 38,54 Idade - | |
| | | 0,0530 Salário + 15,4 T Médio de Casa | |
| Masculino | Dependente | Custo = 270 + 38,54 Idade - | |
| | | 0,0530 Salário + 15,4 T Médio de Casa | |
| Masculino | Titular | Custo = 295 + 38,54 Idade - | |
| | | 0,0530 Salário + 15,4 T Médio de Casa | |

Figura 24 - Equação da Regressão de custo versus variáveis demográficas, fonte: Software Minitab

Portanto, beneficiários do sexo feminino custam mais do que do sexo masculino e de forma geral, quanto maior a idade dos indivíduos, maior o custo com a saúde.

4.1.2.3. Perfil demográfico do Grupo

Os testes de correlação permitiram constatar que, das características demográficas da população, apenas a idade e o sexo têm correlação relevante com o custo com a saúde.

Desta forma, utilizando estas duas variáveis pode-se melhor mapear o perfil demográfico das empresas do grupo através de um gráfico de dois eixos: sexo e idade mediana. Este gráfico é ilustrado na Figura 25.

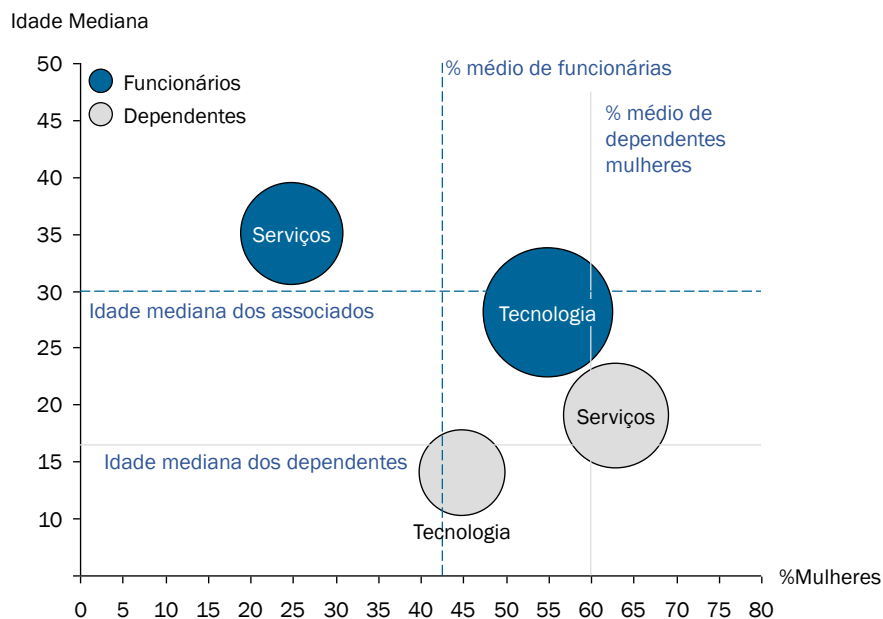


Figura 25 - Gráfico de bolhas de quantidade de associados e dependentes por idade e porcentagem de mulheres, fonte: dados do Grupo, elaborado pelo autor

Assim, espera-se que as empresas de serviços tenham custo mais elevado, uma vez que os beneficiários são mais velhos, e que a população predominantemente masculina de funcionários é compensada pela maioria feminina nos dependentes.

Para verificar esta hipótese é realizado um teste da Mediana de *Mood* com o intuito de comparar os custos entre os dois subgrupos. O teste foi realizado usando a mesma amostra da seção anterior (4.1.2.2), e os resultados obtidos são apresentados na Figura 26.

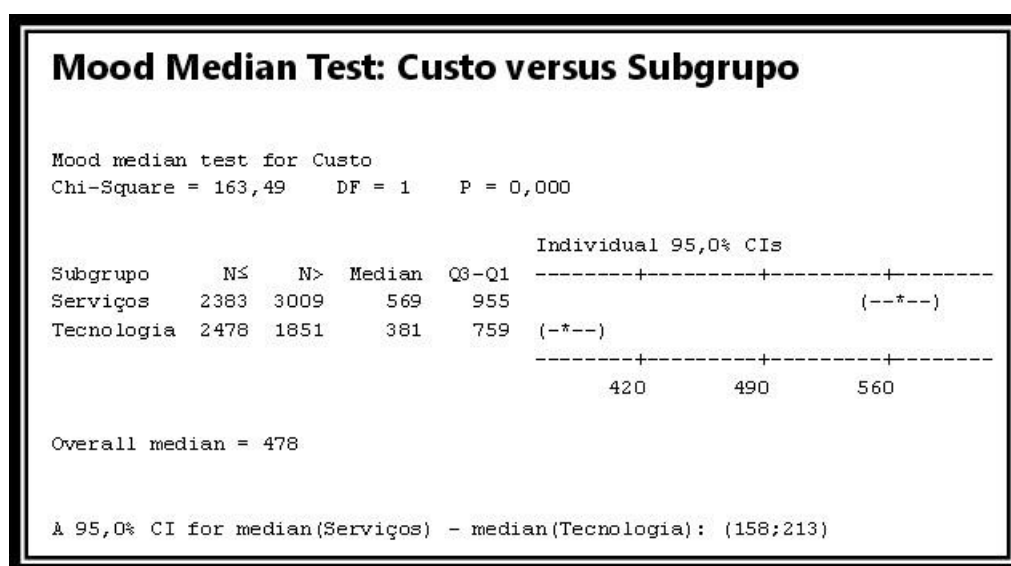


Figura 26 - Mediana de Mood do Custo por Subgrupo, fonte: software Minitab

O teste mostra que de fato os funcionários e dependentes das empresas de Serviços geram mais custos em comparação com os de Tecnologia.

4.1.2.4. Estratificação da população e estudo das condições de saúde

A forma mais apropriada para se realizar a estratificação da população é com base em dados clínicos e a anamnese de um especialista. Para realização do projeto os únicos dados disponíveis que permitiam a estratificação da população de acordo com o nível de risco eram os dados de utilização do plano de saúde. De acordo com a ANS (2013), dados de utilização dos planos estão entre as fontes de informação utilizadas para definição dos públicos dos programas de saúde.

A medição do nível de risco com base no nível de utilização pode ser realizada utilizando o conceito da pirâmide de Kaiser (KAISER PERMANENTE, 2013). Ao ranquear os usuários pelo custo, os 5% da população que ocupam o topo geram aproximadamente 50% dos custos, a fatia de 15% que ocupa o meio da pirâmide corresponde a cerca de 25% dos custos e os 80% restantes são responsáveis pelos outros 25% dos custos assistenciais.

Esta análise foi realizada utilizando a mesma população das análises das seções anteriores, para as quais os dados de utilização estão disponíveis. Chegando-se ao seguinte resultado apresentado na Figura 27.

| Pirâmide de Kaiser | % Pop. | Número Beneficiários | Custo (R\$) | % do Custo | % Custo Referência |
|------------------------|--------|----------------------|-------------------|------------|--------------------|
| Crônicos e agudos | 5% | 486 | 7.789.914 | 53% | ~50% |
| Episódicos e sob risco | 15% | 1.458 | 3.418.119 | 23% | ~25% |
| Saudáveis | 80% | 7.777 | 3.418.937 | 23% | ~25% |
| Total: | | 9.721 | 14.626.970 | 100% | |

Figura 27 - Estratificação da população do Grupo de acordo com nível de risco, elaborado pelo autor

A estratificação por nível de risco dos beneficiários do Grupo mostra que os custos estão mais concentrados no topo da pirâmide do que o modelo convencional. Pode-se

separar os funcionários de seus dependentes para identificar a origem dos altos custos. A Tabela 1 apresenta essa separação.

| Faixa | Número | Titular | | Número | Dependente | |
|--------------|--------------|------------------|----------------|--------------|------------------|----------------|
| | | Custo | % do custo | | Custo | % do custo |
| 5% | 334 | 5.287.399 | 57,81% | 152 | 2.502.515 | 45,66% |
| 5%-20% | 842 | 2.031.672 | 22,21% | 616 | 1.386.447 | 25,30% |
| 20%-100% | 4.136 | 1.827.613 | 19,98% | 3.641 | 1.591.323 | 29,04% |
| Total | 5.312 | 9.146.685 | 100,00% | 4.409 | 5.480.285 | 100,00% |

Tabela 1 - Estratificação dos funcionários do grupo, elaborado pelo autor

A separação apresentada na Tabela 1 permite concluir que funcionários são responsáveis por maior parte do custo assistencial do Grupo e concentram os indivíduos com alto custo.

A seguir são levantadas informações de saúde dos indivíduos que auxiliaram no melhor entendimento da pirâmide e elaboração das propostas.

Programas passivos

Infelizmente, não foram obtidos dados suficientes de absenteísmo e afastamento com identificação CID que permitiram identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados com programas de promoção e prevenção. Para complementar esta análise, pesquisou-se informações externas para auxiliar no entendimento das causas de absenteísmo.

Embora os custos assistenciais por indivíduo sejam estatisticamente superiores em Serviços em comparação a Tecnologia, o absenteísmo da Tecnologia é substancialmente maior: 6% contra 2% de Serviços. Uma análise mais detalhada deste indicador mostra que nas demais áreas o absenteísmo é inferior a 3%, com exceção das operações de atendimento (*call center* e outros canais de comunicação), onde o absenteísmo é de 6,97%.

Na área de atendimento da Tecnologia, 78% dos funcionários são do sexo feminino e a maioria são jovens. Dissen et al (2014) mostram que esta população tem uma quantidade de afastamento substancialmente superior à de homens. O autor argumenta que esta faixa etária caracteriza-se pela necessidade de se organizar e administrar a vida familiar, e mulheres se afastam do trabalho com maior frequência pelo fato de acumularem funções e obrigações domésticas e familiares somadas ao emprego (DISSEN et al., 2014).

Em discussão com a médica de trabalho de Tecnologia, constatou-se como principais motivos de ausência: realização de acompanhamento, problemas psicológicos – relacionados ao stress -, e problemas posturais. Estas dificuldades impactam o negócio – na forma de absenteísmo e perda de produtividade – e a qualidade de vida das trabalhadoras.

Dados da utilização dos beneficiários de Tecnologia mostram uma forte presença de Medicina física em quantidade de procedimentos, e o principal custo é gerado pelas sessões de psicoterapia, especialidade procurada para tratamento do estresse. Estes valores são apresentados na Tabela 2.

| Especialidade | Quantidade | Custo |
|------------------------|------------|------------|
| Medicina Física | 2.637,00 | 49.090,69 |
| Sessão de Psicoterapia | 2.570,00 | 111.142,78 |
| Pediatria | 924,00 | 104.527,08 |
| Nefrologia | 828 | 97493,84 |
| Otorrinolaringologia | 784,00 | 107.441,13 |

Tabela 2 - Principais especialidades visitadas por beneficiários de Tecnologia, fonte: dados de utilização do Grupo

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT, 2007) destaca duas causas muito comuns de afastamento que também são observadas em dados de utilização do Grupo: Doenças do aparelho respiratório e doenças no sistema osteomuscular.

Em Serviços, a predominância é de homens de 29 a 38 anos. Dados de utilização do plano de saúde do Grupo mostram que duas entre as especialidades mais visitadas por esses beneficiários são relacionadas ao sistema osteomuscular – medicina física e ortopedia -, conforme mostra a Tabela 3.

| Especialidade | Quantidade | Custo |
|---------------------------|------------|------------|
| Medicina Física | 8.228 | 135.823,02 |
| Sessão de Psicoterapia | 3.445 | 169.105,71 |
| Pediatria | 1.714 | 195.689,39 |
| Otorrinolaringologia | 1.036 | 146.079,57 |
| Ortopedia e Traumatologia | 900 | 209.207,35 |

Tabela 3 - Principais especialidades visitadas por beneficiários de Serviços, fonte: dados de utilização do Grupo

Tanto nas especialidades mais visitadas por Tecnologia, quanto Serviços, nota-se visitas à otorrinolaringologia, que é um indício de problemas relacionados ao sistema respiratório.

Programas ativos

A ausência de dados de saúde dos funcionários também não permite identificar os fatores de risco presentes na população do Grupo. Como feito anteriormente, esta informação é complementada por meio de pesquisa de outras fontes.

Quésia e Kamimura (2012) separam os fatores de risco em dois níveis. Os fatores de risco médio são nível de atividade física e sobrepeso enquanto os fatores de risco alto são principalmente obesidade, hipertensão, fumo e dislipidemia (colesterol alto).

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) apontam alguns números com relação aos níveis de risco na população Brasileira. Cerca de 52,5% da população possui sobrepeso, 17,9% são obesos, 24% hipertensos e 20% dislipidêmicos. De acordo com o Ministério da Saúde, alimentação adequada e atividade física são medidas básicas para se combater a hipertensão. Estas mesmas medidas também combatem o colesterol alto, a obesidade e o sobrepeso.

Na busca por dados de utilização do Grupo que permitam identificar fatores de risco, pode-se constatar que no último ano foram realizadas 33 cirurgias bariátricas. Considerando-se que a população de que obteve-se dados de utilização foi de 9.721 indivíduos, isto implica em uma relação de 33,9 cirurgias a cada 10.000 indivíduos.

O Mapa Assistencial de Saúde Suplementar da ANS (2013b), mostra que no Brasil são realizadas 6,68 cirurgias a cada 10.000 indivíduos, bem abaixo do indicador do Grupo (33,9). O que pode indicar duas coisas, 1) grande presença de obesos e sobrepeso, 2) conduta dos médicos de excesso ao encaminhamento para cirurgias bariátricas.

Outro dado relevante é que no último ano os dados de utilização mostram a realização de 143 cirurgias de parto. No entanto apenas 8 destes partos foi normal, um índice de cerca de 94% de partos cesariana, superior à média de 84,6% partos cesariana no Brasil de acordo com medição da ANS (2015).

Com relação aos casos complexos, foi possível identificar - por meio da utilização de medicamentos antineoplásicos - 25 indivíduos que fizeram tratamento de câncer no último ano. Estes indivíduos corresponderam a 10% dos custos totais e 57% dos custos com medicamentos.

4.1.3. Análise Externa

Esta seção inicia-se com uma análise da demanda por serviços que permite identificar os principais ofensores de custo e motivam a análise do sistema de saúde em que o grupo está inserido. A visão do sistema como um todo ajuda a compreender por que alguns custos se destacam, e em seguida auxilia na definição do ecossistema de negócios. A análise do ecossistema de negócios realizada dá fundamentos para as ações a serem propostas no capítulo seguinte.

4.1.3.1. Fornecedores

O Grupo tem contratos com 10 operadoras – maior parte cooperativas médicas – e duas seguradoras especializada em saúde. Três operadoras e duas seguradoras concentram mais de 75% dos beneficiários devido ao grande número de beneficiários em localidades específicas. As duas principais operadoras que concentram 63,6% dos beneficiários são cooperativas médicas.

As demais operadoras são locais, e são necessárias principalmente para atendimento a beneficiários dispersos geograficamente. É importante observar que cerca de 15% dos funcionários do grupo não possuem plano de saúde, seja por opção própria ou por não oferecimento do benefício. A Tabela 4 apresenta o número de funcionários e dependentes por fornecedor.

| Fornecedor | Dependentes | Titulares | Total | Representatividade | Acumulado |
|--------------------|-------------|-----------|--------|--------------------|-----------|
| Operadora 1 | 3.857 | 4.171 | 8.027 | 45,7% | 45,7% |
| Operadora 2 | 1.316 | 1.826 | 3.142 | 17,9% | 63,6% |
| Seguradora 1 | 298 | 504 | 802 | 4,6% | 68,1% |
| Seguradora 2 | 346 | 447 | 793 | 4,5% | 72,6% |
| Operadora 3 | 243 | 246 | 489 | 2,8% | 75,4% |
| Operadora 4 | 265 | 144 | 408 | 2,3% | 77,7% |
| Operadora 5 | 169 | 112 | 281 | 1,6% | 79,3% |
| Operadora 6 | 95 | 120 | 215 | 1,2% | 80,6% |
| Operadora 7 | 133 | 73 | 206 | 1,2% | 81,7% |
| Operadora 8 | 150 | 44 | 194 | 1,1% | 82,8% |
| Operadora 9 | 133 | 39 | 172 | 1,0% | 83,8% |
| Operadora 10 | 89 | 53 | 142 | 0,8% | 84,6% |
| Sem plano de saúde | 0 | 2.700 | 2.700 | 15,4% | 100,0% |
| Total | 7.094 | 10.479 | 17.573 | 100,0% | 100,0% |

Tabela 4 - Fornecedores de benefícios de saúde do Grupo, fonte: cadastro de funcionários

As entrevistas forneceram informações importantes sobre a situação atual da relação com fornecedores e os problemas que geram mais reclamações dos beneficiários.

Pagamentos

Nos últimos 3 anos os pagamentos apresentaram taxa de crescimento anual composta (CAGR) de 23,4%, conforme ilustra a Figura 28.

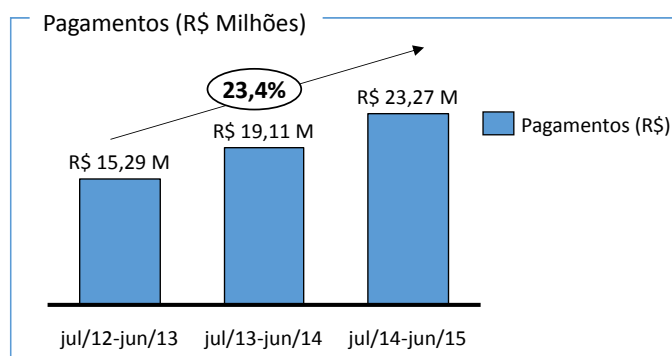


Figura 28 - Evolução dos pagamentos nos últimos 3 anos, fonte: cadastro de funcionários, fonte: dados de pagamentos do Grupo

O aumento acumulado das tarifas neste período apresentou CAGR de apenas 12,4%, e o número de funcionários caiu 1%, conforme ilustra a Figura 29.

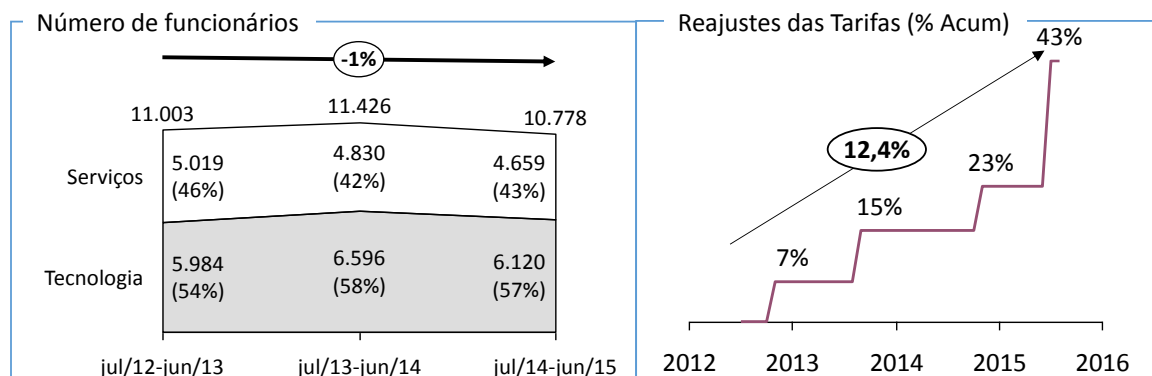


Figura 29 - Evolução do número de funcionários e do reajuste das tarifas nos últimos 3 anos, fonte: cadastro de funcionários e dados de pagamentos do Grupo

Nota-se que o principal motivo para aumento do valor pago aos fornecedores foi o número de procedimentos cobrados pelos prestadores de serviços, que cresceu em média 20,7% no período, contribuindo para um CAGR de 21,3% nos custos assistenciais totais nos últimos 3 anos. A Figura 30 mostra a evolução no período de Julho de 2012 a Junho de 2015 do número de serviços cobrados pelos provedores e custo assistencial total.

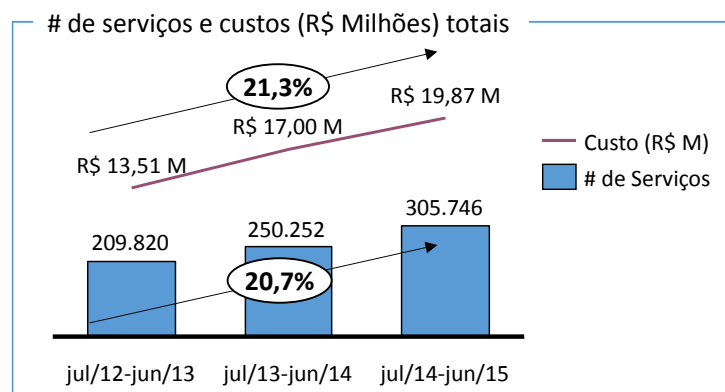


Figura 30 - Evolução do número de serviços cobrados e custo assistencial total, fonte: dados de utilização do Grupo

Problemas relacionados à gestão de fornecedores

O Grupo possui atualmente 11 fornecedores de planos de saúde, tendo mais de 20 diferentes contratos com características distintas. Não há padrão de datas (vencimento, inclusão e exclusão), juros e metas de sinistralidade entre os planos. E também não há critérios padronizados para os mecanismos de reajuste, equilíbrio e compartilhamento de risco. Adicionalmente, há inconsistências na cobertura - seja de geografia, tipos de serviços, e modelo de reembolso. Isto gera um grande impacto do ponto de vista de complexidade operacional. Além disso, a gestão é descentralizada, sem informações padronizadas e sem SLAs de reporte dos fornecedores. Desta forma, também não há o acompanhamento correto do cumprimento dos prazos. Por fim, vale citar os descasamentos de tempo para manutenção da carteira de vidas, tanto na admissão quanto demissão de funcionários.

Problemas sob a perspectiva dos beneficiários

Foram mencionados como problemas, prazos longos, dificuldade de acesso, demora no atendimento e a cobrança de participação.

Prazos longos: Devido à falta de SLA's, há uma dificuldade enorme para se estabelecer um processo enxuto com os fornecedores - inclusões, exclusões, entrega de carteirinha, prazo, etc.

Dificuldade de acesso: Como a empresa atualmente tem operações espalhadas pelo país e conta com muitos fornecedores locais, há casos em que o acesso é difícil pois só há serviços disponíveis em cidades vizinhas, muitas vezes sendo necessário percorrer 100km de distância. Quando há uma urgência/emergência, o associado pode ser atendido

fora da região, mas é necessária autorização, o que é um processo burocrático e difícil que muitas vezes acaba exigindo intermédio do RH do Grupo

Demora no atendimento e falta de especialistas: há dificuldade de agendar consultas que muitas vezes demoram meses para serem realizadas, principalmente em se tratando de médicos de certas especialidades. Isto gera ainda mais dificuldades quando há necessidade de consultar vários médicos para descobrir o diagnóstico.

Cobrança de coparticipação: o Grupo adota a medida de coparticipação de custos dos beneficiários, tanto fixa na forma de contribuição da mensalidade, como variável, de acordo com o nível de utilização. Estas regras contribuem para o nível de insatisfação dos beneficiários com os planos.

Principais Expectativas do Grupo

Pode-se constatar uma preocupação do Grupo em definir melhor a governança e dar mais transparência aos processos relacionados aos planos de saúde. Também há interesse em se reduzir o número de fornecedores, reduzindo a complexidade de gestão e facilitando o relacionamento. Assim espera-se um retorno qualitativo em relação aos processos de gestão de benefícios, que contribuirão para reduzir os custos.

4.1.3.2. Análise dos custos e componentes do sistema de saúde

No período de Julho 2014 a Junho 2015 os funcionários e dependentes do Grupo geraram um custo assistencial de aproximadamente R\$ 20 milhões. Estes custos podem ser agrupados de acordo com classes de serviço e são apresentados no Quadro 2.

| Classe de Serviço | Custo (em R\$ Milhares) | % |
|--------------------------------|--------------------------------|----------|
| SADT | 4.003,22 | 20% |
| Consultas Normais | 2.943,30 | 15% |
| Medicamentos | 2.388,28 | 12% |
| Taxa | 2.186,53 | 11% |
| Proced. Cirúrgicos e invasivos | 2.179,31 | 11% |
| OPME | 1.924,63 | 10% |
| Materiais | 1.761,20 | 9% |
| Consultas Pronto Socorro | 936,84 | 5% |
| Diárias | 696,05 | 4% |
| Outras classes de serviço | 851,14 | 4% |
| Total | 19.870,51 | |

Quadro 2 - Principais classes de serviço por custo em R\$ Milhares, fonte: dados do Grupo, elaborado pelo autor

A compreensão e interpretação destes custos é limitada olhando apenas para o Grupo, seus funcionários e dependentes. Neste sentido, a visão do sistema de saúde do qual o Grupo faz parte auxilia na compreensão da origem destes custos.

Conforme argumentado na seção “2.1.5 Principais desafios no sistema”, o funcionamento atual do Sistema Supletivo de Assistência Médica influencia negativamente os *players* do sistema com relação à saúde do ecossistema, principalmente devido ao modelo de remuneração – conta aberta por unidade de serviço.

A geração de custos elevados envolve tanto os hospitais – que cobram do plano de saúde por insumo, material, exame, etc. – quanto os médicos -que decide sobre os exames e tratamentos a serem realizados (EXAME, 2015) -, quanto os setores industriais - que podem influenciar na tomada de decisão dos médicos e contribuem com o aumento dos custos assistenciais por meio de novas tecnologias (CORIOLANO, 2015).

O sistema de saúde em que o Grupo está inserido é apresentado na Figura 31. Nesta representação, há uma visão simplificada do sistema de saúde estudado na referência bibliográfica, em que os grupos de maior influência foram separados para análise. Assim foram destacados os médicos nas estruturas assistenciais, e a ANS e os fornecedores do Grupo nos Sistemas de planejamento, regulação e mediação. Os setores industriais foram agrupados por estarem distantes na cadeia de fluxo de serviços e produtos da saúde, mas foram mantidas na análise para ilustrar a relação entre os custos assistenciais e os componentes do sistema de saúde que é realizada nesta seção.

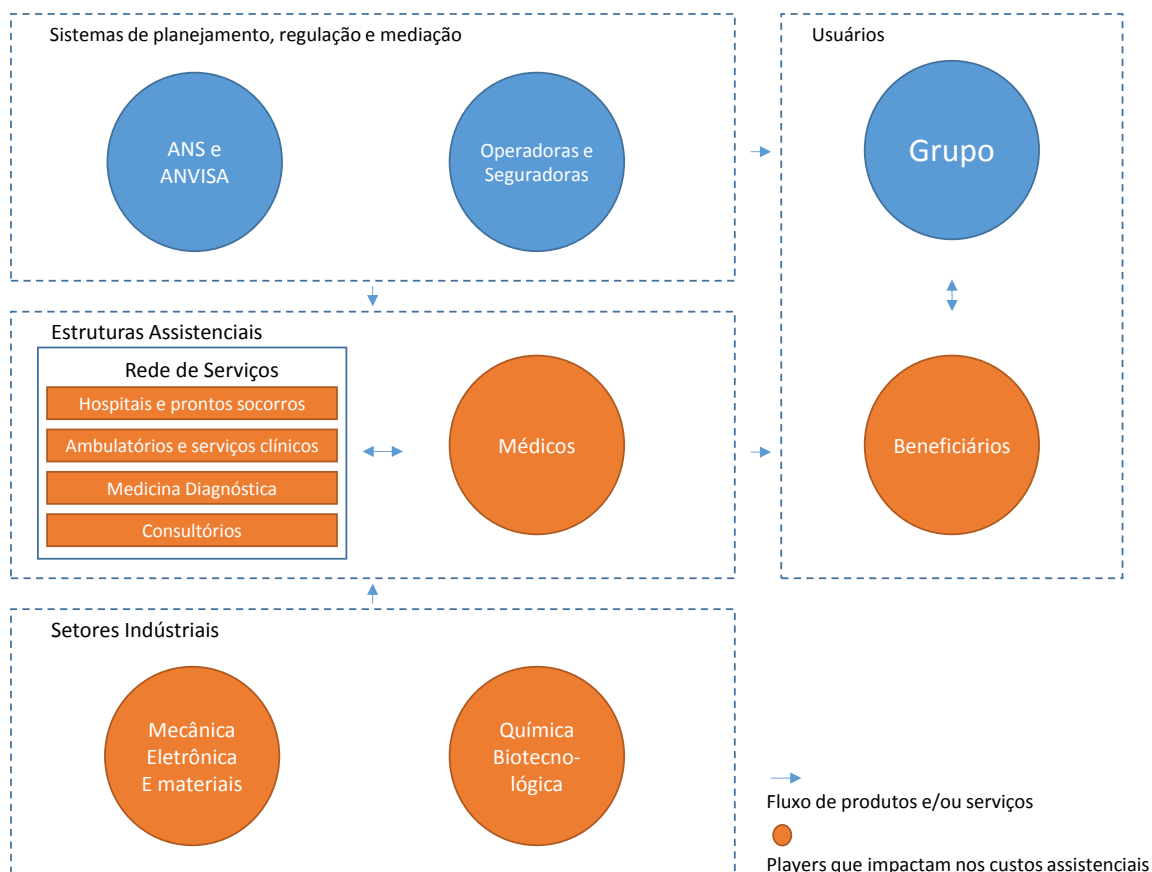


Figura 31 - O Grupo e o sistema de saúde, elaborado pelo autor

A Figura 31 mostra que há *players* distantes na cadeia de fluxo de produtos e serviços que impactam nos custos assistenciais dos usuários do Grupo. Embora as fontes pagadoras não influenciem diretamente nos custos assistenciais, também não exercem seu papel adequadamente, de forma a gerir a saúde dos indivíduos como uma das formas de reduzir e mitigar os riscos na carteira. Ao invés disso assumem uma atitude passiva, e simplesmente repassam ano a ano o aumento dos seus custos aos usuários. (DAUD FILHO, 2011)

Com o intuito de visualizar e entender quais *players* influenciam em cada classe de serviço, é realizado um cruzamento de principais ofensores de custo com *players* que impactam nos custos assistenciais (conforme Quadro 1 e Figura 31). Esta tabela foi preenchida com base na argumentação desenvolvida na seção 2.1.5 e em evidências obtidas através dos dados disponíveis.

Esta análise resultou em um mapa de ofensores de custo versus componentes do sistema – apresentado no Quadro 2 - em que para cada classe de serviço são marcados quais

os componentes do sistema que contribuem para altos custos. O Quadro 3 destaca como hospitais, médicos e os usuários do sistema contribuem nos custos elevados com a saúde.

| Classe de serviço | % | Usuários | Médicos | Rede de serviços | | | | Setores Industriais |
|--------------------------------|-----|----------|---------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------------|
| | | | | Hospitais e pronto socorros | Ambulatórios e Serviços Clínicos | Medicina Diagnóstica | Consultórios | |
| SADT | 20% | | | | | | | |
| Consultas Normais | 15% | | | | | | | |
| Medicamentos | 12% | | | | | | | |
| Taxa | 11% | | | | | | | |
| Proced. Cirúrgicos e invasivos | 11% | | | | | | | |
| OPME | 10% | | | | | | | |
| Materiais | 9% | | | | | | | |
| Consultas Pronto Socorro | 5% | | | | | | | |
| Diárias | 4% | | | | | | | |

Quadro 3 - Ofensores de custo e componentes do sistema que contribuem para alto custo, elaborado pelo autor

De acordo com reportagem da Revista Exame (2015), hospitais e clínicas têm o comportamento de utilizar materiais e medicamentos com margem elevada sobre os seus custos, aproveitando-se das regras do sistema para aumentar seus lucros. A reportagem declara que Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) confirma que grande parte do lucro hospitalar provém das cobranças por insumos. Ainda de acordo com a reportagem, hospitais não lucram com diárias e taxas hospitalares pois estão congeladas pelo governo desde os anos 90. (EXAME, 2015)

Isto pode ser evidenciado pela comparação dos valores cobrados pelos provedores para os dez medicamentos mais representativos. O Quadro 4 mostra que a margem estimada dos hospitais com os 10 medicamentos mais caros foi de 70% no último ano – considerando o custo estimado como “unidades” vezes o “preço comercial” do medicamento.

| Medicamento | Tipo de Medicamento | Unitário | | | Unidades | Preço Cobrado | Custo estimado | Margem |
|--------------|-------------------------|---------------|------------------|-----------------|----------|------------------|----------------|----------------|
| | | Preço Cobrado | Preço de fábrica | Preço comercial | | | | |
| Yervoy | Agentes antineoplásicos | 111.471 | 13.702 | 19.943 | 4 | 445.886 | 79.772 | 366.114 |
| Avastin | Agentes antineoplásicos | 37.774 | 5.093 | 8.368 | 3 | 113.322 | 25.104 | 88.218 |
| Taxol | Agentes antineoplásicos | 4.936 | - | 2.356 | 22 | 108.586 | 51.832 | 56.754 |
| Sandostatin | Hormônios sistêmicos | 7.091 | 6.328 | 6.888 | 12 | 85.095 | 82.656 | 2.439 |
| Sutent | Agentes antineoplásicos | 71.390 | 593 | 20.338 | 1 | 71.390 | 20.338 | 51.052 |
| Camptosar | Agentes antineoplásicos | 27.393 | - | 1.737 | 2 | 54.786 | 3.474 | 51.312 |
| Rocefin | Anti-infecciosos gerais | 174 | 45 | 48 | 270 | 46.891 | 12.960 | 33.931 |
| Mabthera 500 | Agentes antineoplásicos | 43.895 | 6.428 | 8.068 | 1 | 43.895 | 8.068 | 35.827 |
| Mabthera 100 | Agentes antineoplásicos | 8.575 | 1.288 | 3.232 | 5 | 42.876 | 16.160 | 26.716 |
| Doxopeg | Agentes antineoplásicos | 7.002 | 2.051 | 2.574 | 5 | 35.009 | 12.870 | 22.139 |
| Total | | | | | | 1.047.736 | 313.234 | 734.502 |

Quadro 4 - Margem estimada dos provedores com os 10 medicamentos mais caros, fonte: dados de utilização do Grupo, Pesquisa Medicamentos (2015)

Segundo reportagem da Revista Exame (2015), algumas atitudes dos profissionais de saúde também não colaboram com a saúde do sistema. A reportagem aponta uma pesquisa com 1500 indivíduos que realizaram cirurgias de coluna, e o resultado da pesquisa foi que dois terços dos indivíduos não precisariam realizá-la.

Ainda de acordo com a reportagem (EXAME, 2015), profissionais de saúde e setores industriais contribuem para a utilização insumos caros que nem sempre são estritamente necessários para o caso do paciente. Uma pesquisa apresentada pela reportagem aponta que embora apenas 25% dos pacientes com diabetes necessitam de “Stent farmacológico” para evitar complicações em cirurgias cardíacas, em média 80% dos pacientes de diabetes que passam por estas cirurgias recebem o “Stent Farmacológico”, que é seis vezes mais caro. O mesmo pode ocorrer com a solicitação de exames mais custosos ou em número elevado, que nem sempre são necessários— aumentando os custos de SADT.

No caso do Grupo a influência dos médicos é evidente nos procedimentos realizados pelos indivíduos. Dois exemplos disso foram obtidos pela análise dos dados de utilização. Conforme discutido na análise interna, dos 143 partos realizados no último ano, apenas 8 foram partos normais. E a média de cirurgias bariátricas foi de 33,9 a cada 10.000 indivíduos, enquanto a ANS (2013b) estima que a média nacional é de 6,68 cirurgias a cada 10.000 indivíduos.

Esta análise mostra que ações voltadas apenas para os usuários afetam diretamente apenas alguns dos principais ofensores de custos. Surge então a necessidade de uma abordagem para se analisar como o empregador pode influenciar componentes da estrutura assistencial. A análise do ecossistema de negócios permite criar uma nova visão para este sistema e auxiliar na abordagem a este problema.

4.1.3.3. O ecossistema de negócios

O primeiro passo para se estudar o ecossistema é definir as suas fronteiras. A partir disto pode-se determinar a liderança, os contribuidores e os usuários do ecossistema.

Fronteiras

Para se determinar as fronteiras de um ecossistema, a literatura aconselha a se buscar quais dependências são mais críticas para o negócio e com quais componentes o futuro do Grupo está mais relacionado.

Devido aos limites do contrato, e as consequentes frentes de interface do Grupo com outros componentes, o ecossistema de negócio definido é composto pelos seguintes elementos: O Grupo, Funcionários e Dependentes, Fontes pagadoras, Reguladores e Redes de Serviços.

Liderança

Ressalta-se de forma geral na literatura, como uma das funções principais dos líderes, a provisão de uma plataforma que é o pilar de um ecossistema (IANSITY; LEVIEN, 2004; IANSITY; RICHARDS, 2006; MOORE, 1996). No entanto, no contexto do sistema de saúde, uma plataforma que serve de pilar e relaciona o funcionamento dos players não é clara, o que torna necessário buscar mais definições utilizadas pelos autores para o líder do sistema.

De acordo com Moore (1996), líderes dos ecossistemas são membros vitais das organizações ao seu redor e devem criar benefícios para o ecossistema de forma geral. Iansity e Levin (2004) por sua vez veem o líder como um facilitador, conectando participantes da rede e simplificando tarefas complexas. Torrès-Blay (2010) ressalta o papel do líder do ecossistema em definir padrões comuns, como uma espécie de regulador.

Atualmente os *players* que mais se encaixam nestas características são as fontes pagadoras. Elas atuam como mediador coletivo do sistema de saúde (BISPO JUNIOR; MESSIA, 2005), posicionando-se entre usuários e provedores, e são fundamentais para o funcionamento do sistema, pois são as operadoras e seguradoras que operacionalizam o financiamento do Sistema de Saúde Suplementar. A Plataforma fornecida pelas fontes pagadoras é sua mediação, permitindo o fluxo de serviços assistenciais dos provedores aos usuários. Desta forma, as fontes pagadoras funcionam como um elo entre os participantes da cadeia, relacionando a rede de serviços, o regulador e os usuários. E, por último, estas têm influência sobre a oferta de serviços, tendo potencial para estabelecer padrões e níveis mínimos de qualidade.

Contribuidores

A literatura define Contribuidor como atores que focam em suas funções específicas sem influenciar no restante do ecossistema. Esta é a forma como componentes que participam desta rede exercem suas atividades específicas, prestando serviços aos

usuários de acordo com o escopo das suas atividades e esfera de atendimento. São eles: Hospitais, prontos socorros, ambulatórios, laboratórios de medicina diagnóstica e consultórios.

Usuários

Como uma fronteira do ecossistema é o próprio Grupo. Os usuários de seu ecossistema de saúde são seus próprios funcionários e seus dependentes. Possuem interação fraca com as operadoras e seguradoras. Embora o Grupo também possa exercer uma influência importante no ecossistema, atualmente seu papel de forma geral é de um usuário.

Ambiente

Dentre os ambientes ressaltados por Yu et al (2011) em ecossistema de negócio, o mais relevante é o ambiente regulatório, uma vez que as agência reguladoras (ANS e ANVISA) possuem autoridade para interromper o funcionamento dos componentes do sistema de saúde, além de definir a cobertura de referência e as regras de prestação dos serviços. Desta forma, exercem importante papel no ecossistema.

O Ecossistema de Negócios

Antes de se delinear o ecossistema de negócio, é importante estudar as interações entre os *players*.

As operadoras e seguradoras interagem fortemente com todos os *players*, por possuírem contratos com o Grupo e a rede serviços - operadoras também possuem rede própria -, e exercer fluxo financeiro direto com essas partes. Além disso existe uma agência reguladora específica para as fontes pagadoras (ANS).

O Grupo interage apenas indiretamente com os componentes da rede de serviços, já que seus beneficiários utilizam esses serviços, mas nenhum tipo de influência direta é exercida. As interações mais fortes do Grupo são com as fontes pagadoras e seus funcionários, pois envolvem contratos e é possível exercer influência sobre essas partes. Há uma relação mais fraca entre o grupo e os dependentes de seus colaboradores. Esta segregação é importante, pois programas para melhorar e monitorar a saúde dos indivíduos tem como público alvo os funcionários, e a possibilidade de programas que afetem os beneficiários é mais restrita.

Os reguladores do sistema de saúde, por sua vez, possuem interações fortes com provedores e fontes pagadoras.

Os componentes da rede de serviços também interagem entre si por meio de encaminhamento de pacientes, solicitações de serviços de diagnóstico ou tratamento, entre outros tipos de interação.

A partir destas considerações é possível desenhar o ecossistema de negócios, conforme ilustrado na Figura 32.

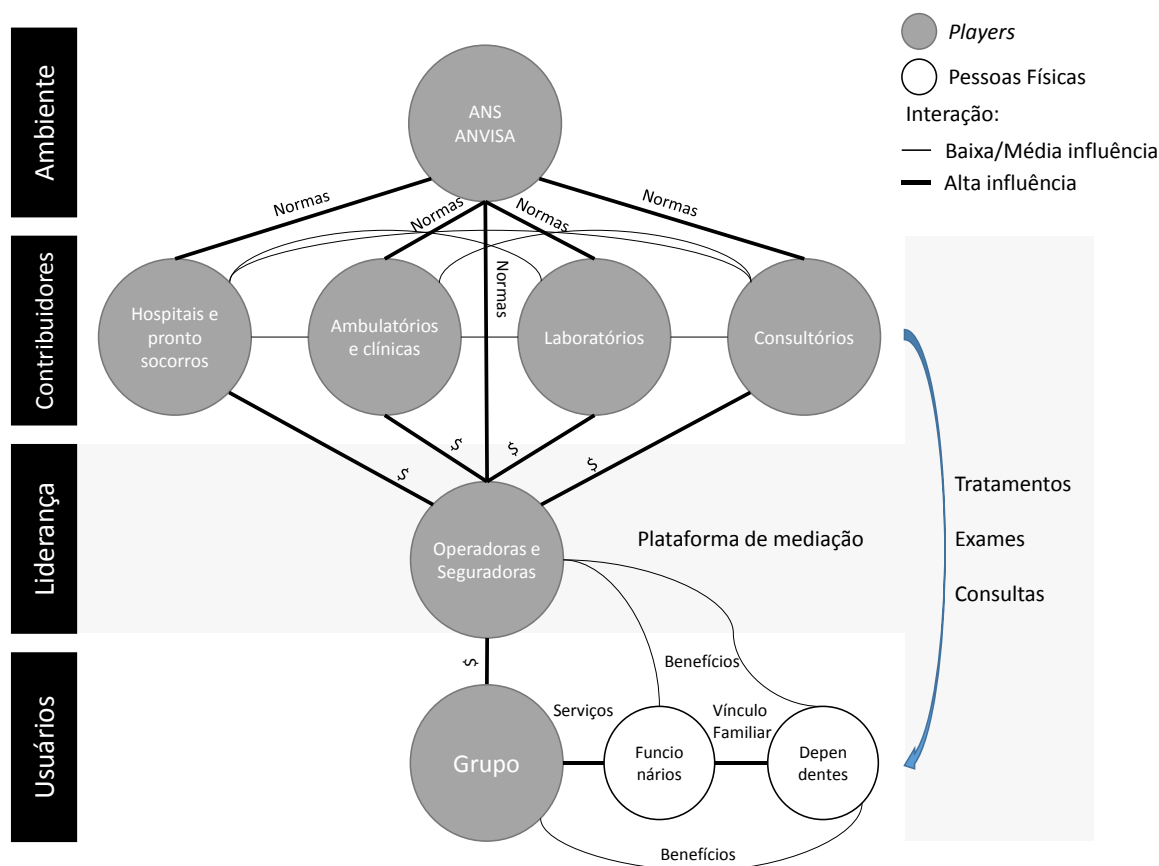


Figura 32 - Ecossistema de Negócios atual, elaborado pelo autor

4.1.3.4. Estratégia de ecossistema de negócios

Esta seção tem como intuito mapear as estratégias de cada componente do ecossistema. Esta discussão pode ser orientada às camadas do ecossistema. As estratégias descritas na literatura são *player* de nicho, dominador – de valor ou físico- e peça chave.

Na primeira camada encontram-se a ANS e a ANVISA. São um caso à parte pois exercem forte influência sobre os *players*, porém não criam e compartilham valor no

ecossistema, característica da peça chave. Embora ANS possa fechar operadoras e seguradoras, não domina componentes do ecossistema ou extrai valor destes, como um dominador. A ação regulatória faz parte da função deste *player*, e desta forma, a execução de atividades específicas permitem classificar, para fins deste trabalho, a estratégia do regulador como *Player de Nicho*.

Na segunda camada do ecossistema – contribuidores – encontram-se as redes de serviço das estruturas assistenciais. Embora exista influência entre os elementos desta estrutura, os *players* não atuam criando e compartilhando valor na cadeia ou compartilhando ativos na forma de uma plataforma. Desta forma sua estratégia não pode ser definida como peça chave. Ao invés disso, estas entidades exercem atividades específicas, com foco nas suas competências e escopo das suas esferas de atendimento (Faculdade de Medicina da USP, 2011), cumprindo seu papel no sistema de saúde e no ecossistema (conforme ilustrado na Figura 7 - Estruturação do sistema de saúde por esfera de atendimento, adaptado de FACULDADE DE MEDICINA DA USP, 2011). Isto permite enquadrá-los em uma estratégia de nicho.

Em certos casos, no entanto, mesmo não havendo controle direto ou posse horizontal ou vertical dos outros elementos da cadeia -o que caracteriza um dominador físico – hospitais podem atuar extraíndo valor, sem ofertar criação de valor compatível. Conforme apresentado na seção 4.1.3.2 com base na reportagem da Revista Exame (2015) e dados de utilização do Grupo, hospitais extraem valor da cadeia cobrando valores elevados para medicamentos e materiais e realizando mais procedimentos. Buscar extrair valor de uma rede que não controla, é característica do dominador de valor (IANSITY; LEVIEN, 2004). Embora isto possa ocorrer devido a influências dos médicos e/ou dos setores industriais (conforme discutido na seção 4.1.3.2), hospitais estão dentro das fronteiras do ecossistema e são uma frente para ações externas que atuem sobre este problema.

Na terceira camada – liderança – foram posicionadas as fontes pagadoras. As operadoras e seguradoras conectam uma rede de serviços em torno de si por meio de sua rede própria, credenciada e contratada, possuindo desta forma uma posição favorável para liderança de seu próprio ecossistema. No entanto, não são todos os ecossistemas que possuem maturidade suficiente para constituição de um líder (MOORE, 1993, 1996), e este é o caso do ecossistema do Grupo.

Embora as fontes pagadoras funcionem como mediador coletivo, interagindo com usuários e provedores, não possuem informação suficiente e ferramentas para criar e compartilhar valor na cadeia, contribuindo no fim das contas com a saúde do ecossistema. Embora não exerçam plena liderança do ecossistema numa estratégia de peça chave, as fontes pagadoras são capazes de fornecer os meios – uma plataforma – para que os usuários consumam os serviços dos provedores. Na situação atual, as fontes pagadoras que interagem com o Grupo, não possuem iniciativas para aumentar a eficiência do ecossistema. Estão em uma posição confortável, sem iniciativas para gerir a saúde dos indivíduos e do ecossistema, pois mantêm seus lucros repassando o aumento dos custos. Isto caracteriza a atitude de extrair valor de uma cadeia sem exercer controle sobre ela. Portanto, a estratégia atual das operadoras e seguradoras do ecossistema do Grupo também é parcialmente de “dominador de valor”.

As operadoras diferenciam-se das seguradoras pois possuem rede própria (ANS, 2002), e desta forma também atuam como “dominadores físicos” de parte do seu ecossistema.

Enfim, na camada dos usuários está posicionado o Grupo. Atualmente o Grupo não exerce influência no ecossistema, interagindo com seus fornecedores apenas para discutir aspectos administrativos como o ajuste das mensalidades. Ao focar nas suas funções específicas sem atuar sobre o ecossistema, a estratégia atual do Grupo pode ser classificada como *player* de Nicho.

Considerando-se que médicos também geram demanda em ambientes ambulatoriais e que têm relacionamento com outros provedores de serviços assistenciais, a influência dos médicos, embora seja externa ao ecossistema, também surge em ambulatorios, clínicas e consultórios. Conforme discutido na seção 4.1.3.2 e na análise interna, alguns profissionais da saúde podem exercer influências que contribuem negativamente com a saúde do ecossistema, caracterizando um aspecto de dominador de valor.

A visão das estratégias ecossistêmicas enriquece o modelo desenhado, e é ilustrado na Figura 33.

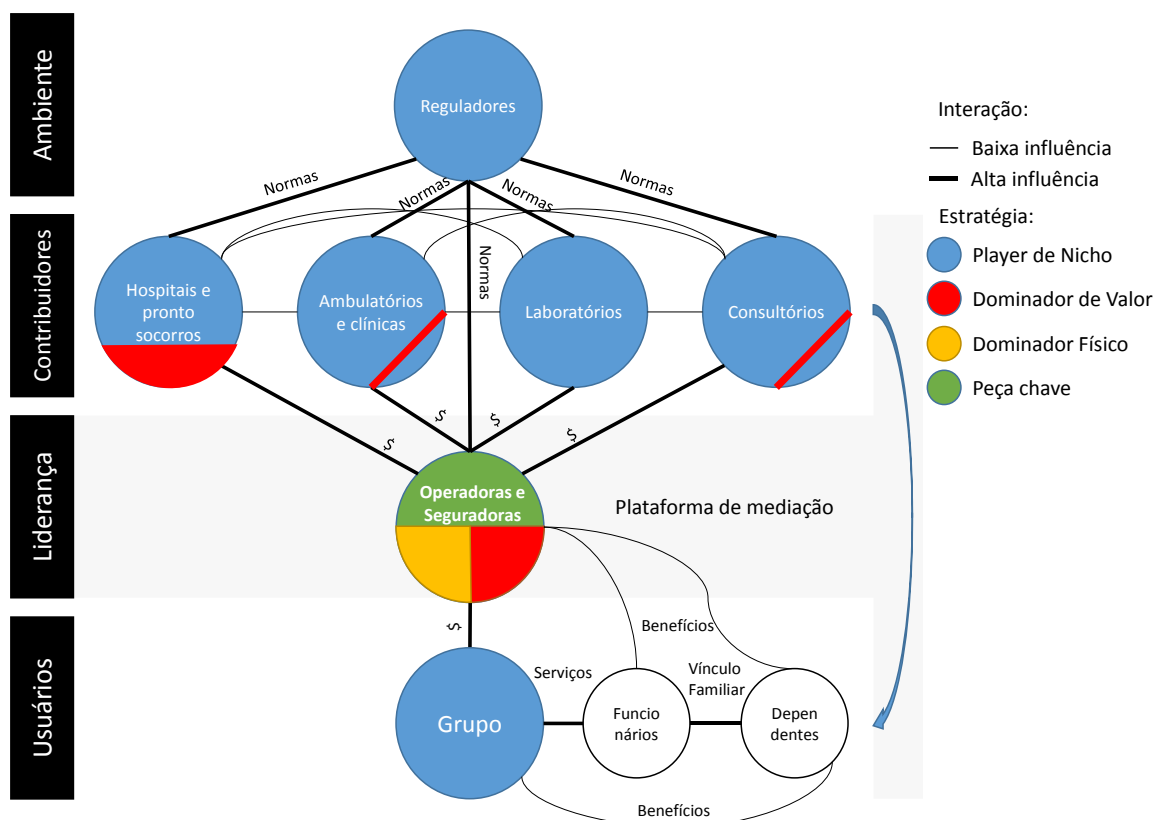


Figura 33 - Ecossistema de Negócios atual e estratégia dos *players*, elaborado pelo autor

4.1.4. Resultados e *Benchmarking*

Este subcapítulo iniciou-se com a análise interna do Grupo. A primeira análise realizada foi a situação atual da gestão da saúde corporativa. Pode-se constatar que os programas não são um aspecto estratégico do ponto de vista da liderança e todos os programas ofertados ao público geral são passivos.

Em seguida foram analisados os dados demográficos e de utilização, mostrando que sexo e idade são os fatores demográficos mais relevantes na determinação do custo assistencial dos indivíduos.

Esta conclusão permitiu formar dois grupos de empresas: Serviços – com maioria masculina, mais dependentes por funcionário e população mais velha; Tecnologia – com maioria feminina, menos dependentes por funcionário e população mais nova. A comparação destes dois subgrupos permitiu concluir que os custos dos beneficiários de Serviços são significativamente maiores do que os dos beneficiários de Tecnologia.

A análise da saúde dos indivíduos partiu da estratificação da população do Grupo por nível de risco, que permitiu constatar que os custos assistenciais estão mais

concentrados no topo da pirâmide do que o modelo convencional. Para os programas passivos, as análises mostraram absenteísmo elevado das mulheres na Tecnologia, e grande número de visitas à medicina física e a sessões de fisioterapia em ambos os subgrupos. Para os programas ativos constatou-se alto custo com cirurgias de parto cesariana, bariátricas e tratamento de pacientes oncológicos

A análise externa iniciou-se com a avaliação da situação atual com relação aos fornecedores. As entrevistas permitiram constatar diversos problemas relacionados às operadoras e seguradoras atuais, principalmente devido à complexidade operacional consequente da grande quantidade de fornecedores e contratos diferentes.

Além disso foi constatado que o crescimento elevado dos pagamentos se deve ao crescimento dos custos assistenciais dos beneficiários Grupo. A análise dos atores e destes custos assistenciais motivaram a utilização do conceito de ecossistema de negócio.

A análise do ecossistema permitiu concluir que o Grupo é um usuário neste ecossistema e sua estratégia atual é de *player* de nicho. Enquanto as fontes pagadoras, que estão em posição para exercer a liderança do ecossistema, não exercem adequadamente a estratégia de peça chave, restringindo-se a fornecer uma plataforma de acesso, sem ação nenhuma ação sobre a cadeia e os indivíduos.

O resumo da atuação do Grupo internamente e externamente pode ser expresso no formato do Benchmark proposto no estudo bibliográfico. Conforme ilustra a Figura 34, o Grupo possui apenas programas passivos e não age sobre seu ecossistema.

| | | O Grupo | Vivo | Accor | J & J | Intel | GE |
|-----------------|-----------------------|---------|------|-------|-------|-------|----|
| Atuação Interna | Programas Passivos | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| | Programas Ativos | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Atuação Externa | Influência no sistema | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| | Influência direta | | | | | ✓ | ✓ |

Figura 34 - *Benchmarking* para comparação e entendimento da situação atual do Grupo, elaborado pelo autor

4.2. Desenvolvimento do novo modelo

A definição do novo modelo tem como prioridade a definição da estratégia do empregador com relação à saúde. Há uma sinergia entre as ações internas e externas. As iniciativas da Gestão da Saúde Corporativa são potencializadas por ações de influência no Sistema de Saúde, que são desenvolvidas em conjunto para se definir o novo Modelo de Gestão da Saúde.

4.2.1. Proposição estratégica

Os estudos da bibliografia mostraram que a saúde dos indivíduos deve passar a ser vista como um aspecto estratégico da organização. (BERRY; MIRABITO; BAUN, 2010; PORTER; TEISBERG, 2004, 2006; BAPTISTA, 2011) Isto é fundamental para se criar a cultura de saúde e estimular o engajamento que leva ao sucesso do novo modelo. Ao adotar a saúde como uma das prioridades, o Grupo pode começar a assumir uma atitude ativa com relação ao ecossistema de saúde.

Ao seguir as diretrizes decorrentes desta estratégia, o Grupo passará a oferecer aos seus funcionários não apenas um plano de saúde, mas atenção e cuidados diferenciados que ajudarão o indivíduo na manutenção, proteção e recuperação da saúde. Ao mesmo tempo em que não tratará mais da saúde como uma *commodity*, buscando valor na relação com os fornecedores de serviços relacionados à saúde, e não baixo custo.

Os casos estudados no *benchmarking* têm um aspecto em comum: o empregador assumiu a liderança do ecossistema ao criar uma plataforma de gestão da saúde corporativa e gestão adequada dos fornecedores de serviços assistenciais.

Essa mudança caracteriza a principal recomendação estratégica, que se desdobra nas ações propostas: O empregador como peça chave no ecossistema de saúde.

Ao fornecer uma plataforma de gestão da saúde e de fornecedores o Grupo passa a assumir a liderança do ecossistema juntamente com as fontes pagadoras, que fornecem a plataforma de mediação. Ambas as partes, portanto, assumem uma nova estratégia, em que as fontes pagadoras deixam de ser dominadores de valor e os empregadores, *player* de nicho. A Figura 35 representa a nova configuração do ecossistema do Grupo

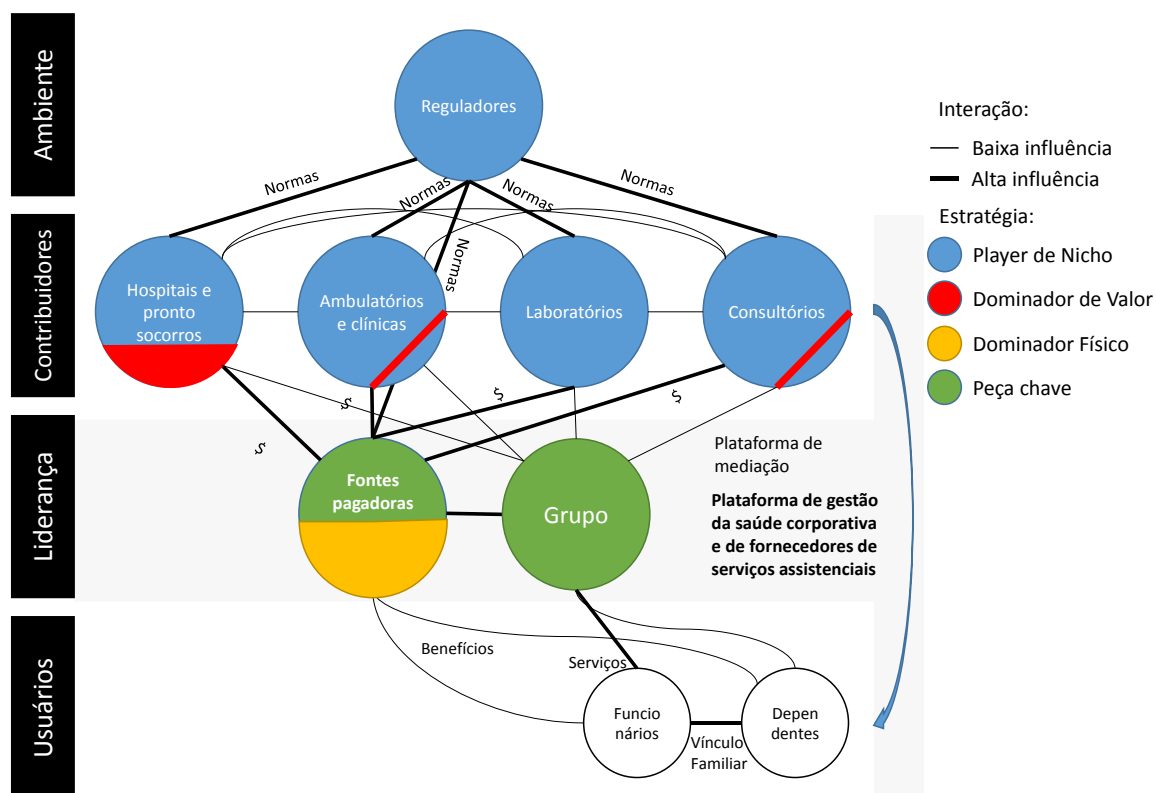


Figura 35 - Nova estratégia de ecossistema do Grupo e dos fornecedores, elaborado pelo autor

A primeira implicação do novo modelo é a necessidade de trabalho conjunto do Grupo com os seus fornecedores para oferecer a plataforma que sustenta o ecossistema.

Por este motivo a primeira mudança necessária para o funcionamento do novo modelo é redefinição dos fornecedores de planos de saúde do Grupo. As recomendações propostas para o MGS na seção 4.2.2 fornecem as diretrizes para que o Grupo busque no mercado, operadoras e/ou seguradoras de planos de saúde que têm interesse em adaptar-se ao modelo e contribuir com o seu sucesso.

Além das diretrizes fornecidas na descrição do modelo, as entrevistas e discussões levantaram outra importante decisão: O objetivo é que seja possível atender todos os beneficiários com duas operadoras e/ou seguradoras - uma para a matriz do Grupo, onde há maior concentração populacional e outra com capilaridade para atender aos indivíduos dispersos geograficamente. Isto permite a simplificação do modelo operacional e facilita o relacionamento mais próximo com as fontes pagadoras, necessário para funcionamento do novo modelo.

Conforme ilustrado na Figura 3 (Etapas do projeto, escopo e objetivos da Accenture e do Trabalho Final), a Accenture também auxiliará o Grupo na seleção dos

provedores, porém esta etapa não faz parte do escopo deste Trabalho. Por motivos de análise, será assumido que duas operadoras estão alinhadas com os objetivos do Grupo e aceitam se adaptar e desenvolver juntamente com o Grupo o MGS.

A nova estratégia de ecossistema do Grupo se desdobra em iniciativas que contemplam tanto atuação interna quanto externa, e requerem forte colaboração do Grupo e as operadoras. Além disso, dois importantes *players* do sistema de saúde apoiam o novo modelo - Hospital de referência e Consultórios – e uma novo *player* é inserido no ecossistema pois auxiliará na execução das iniciativas – empresas de *fitness*. A atuação externa, além de influenciar o sistema - buscando incentivar eficácia e eficiência nos serviços prestados - também traz benefícios à saúde dos indivíduos na forma de serviços adicionais com maior valor adicionado. A Figura 36 ilustra a relação entre o Modelo de Gestão de Saúde e o ecossistema.

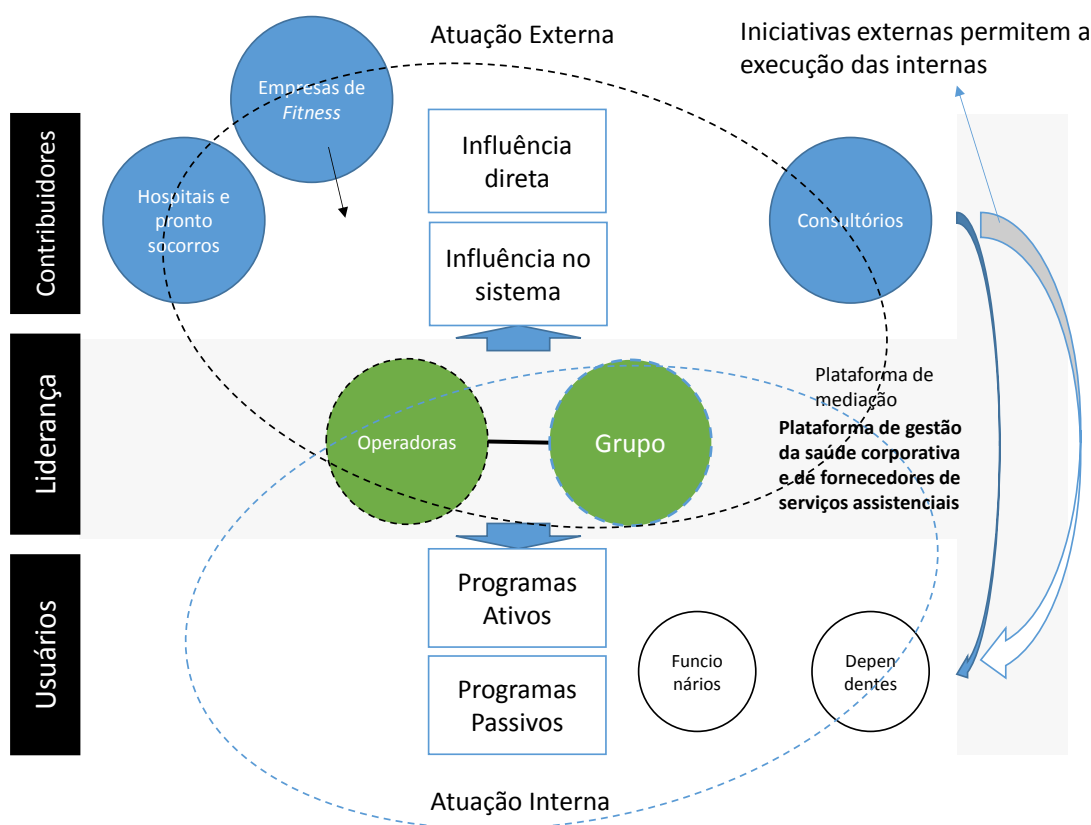


Figura 36 - Modelo de Gestão de Saúde e o ecossistema de negócios, elaborado pelo autor

4.2.2. Modelo de Gestão de Saúde

A análise da situação atual e as interações com o Grupo permitiram elencar ao menos 6 iniciativas principais de serviços oferecidos, que irão compor o novo modelo. Estas iniciativas são suportadas por 6 frentes de atuação do Grupo no ambiente externo.

As iniciativas e ações fazem parte das funções a serem executadas para funcionamento do MGS, que foram denominadas “Funções da Plataforma”. A Figura 37 apresenta as iniciativas propostas, os *players* de destaque e as funções a serem executadas.

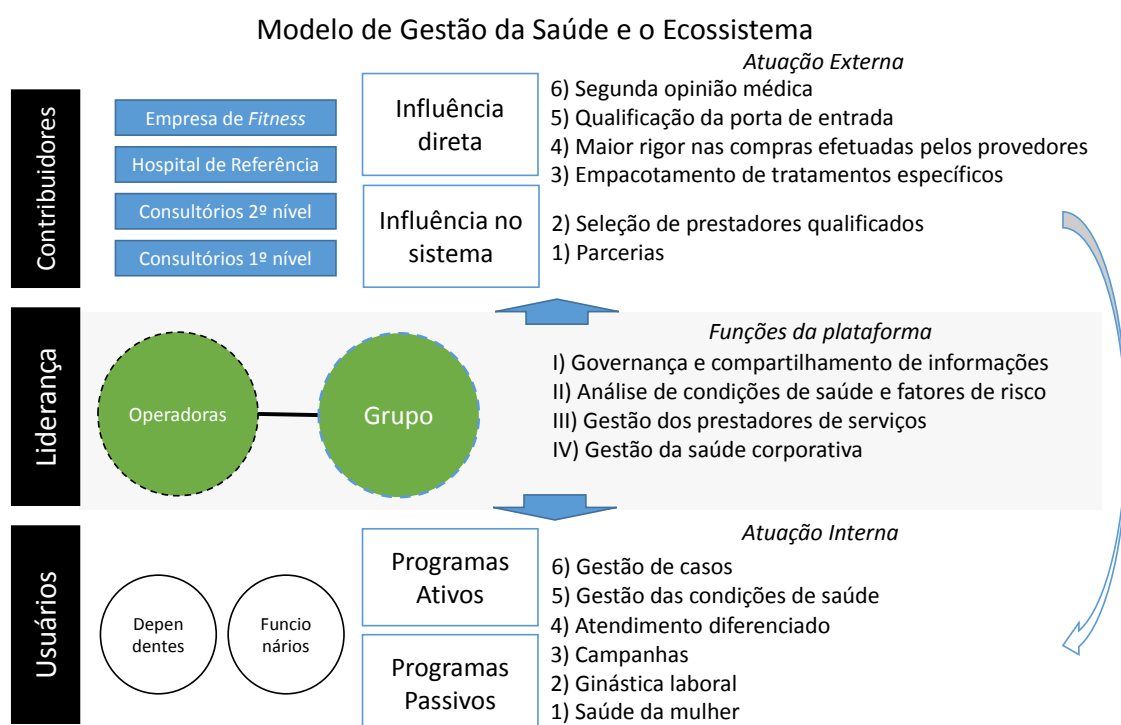


Figura 37 - O Modelo de Gestão da Saúde e o ecossistema, elaborado pelo autor

Conforme ilustrado na Figura 3 (Etapas do projeto, escopo e objetivos da Accenture e do Trabalho Final), por motivos de prazo e relevância, o escopo das decisões propostas restringe-se ao nível estratégico. Desta forma, não se abrange o detalhamento da implementação, operação, medição e análise de indicadores, que são o desdobramento da estratégia definida.

Além disso, existem empresas no mercado que oferecem serviços corporativos de gestão da saúde. Estas empresas já possuem conhecimento e experiência para implementação e operação de programas de Saúde Corporativa. Estes serviços no entanto,

não contemplam uma análise estratégica do problema, propondo a redefinição da estratégia e a atuação externa do empregador no sistema de saúde.

A abordagem estratégica adotada neste trabalho, além de fornecer uma visão sistêmica do problema da saúde - justificando a adoção de uma nova estratégia e posicionamento do Grupo com relação aos seus beneficiários e os fornecedores de serviços assistenciais -, fornece diretrizes para a implementação e operação do Modelo de Gestão da Saúde.

A partir destas considerações pode-se descrever as funções da plataforma e as propostas de atuação interna e externa.

4.2.2.1. Funções da plataforma

A plataforma que sustenta Modelo de Gestão da Saúde é de onde partem todas as ações a serem detalhadas. Num primeiro momento, no entanto, deve-se apresentar a plataforma e descrever os seus componentes. A Figura 38 ajuda no entendimento da plataforma e do escopo das suas principais funções.

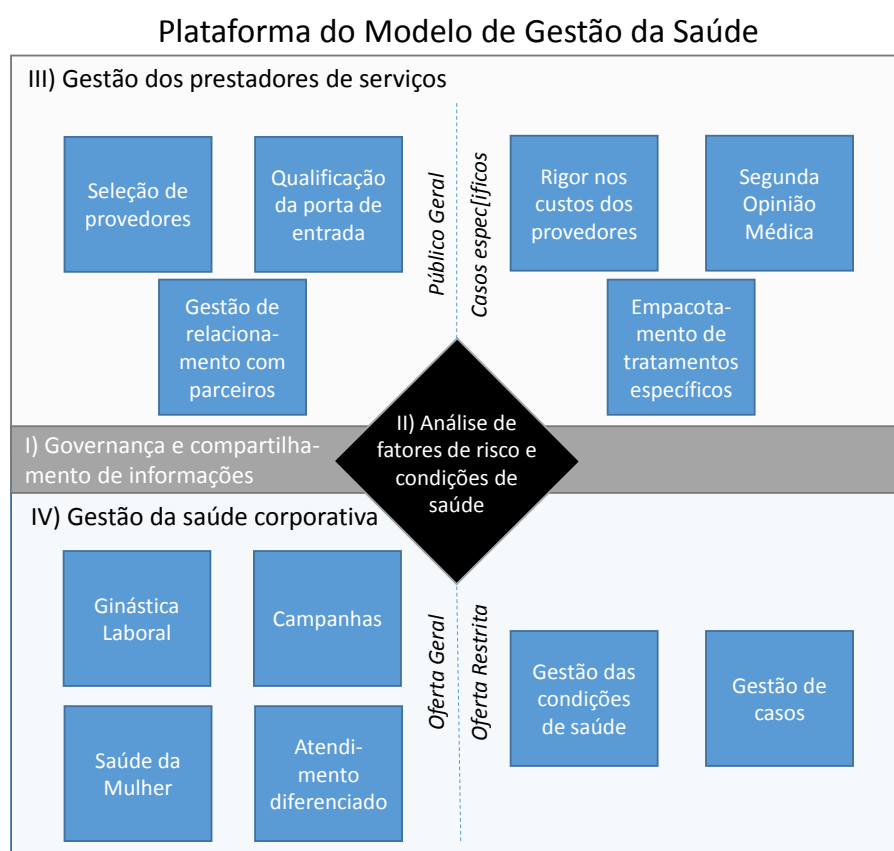


Figura 38 - Funções da plataforma do Modelo de Gestão da Saúde, elaborado pelo autor

4.2.2.1.1. Governança e Compartilhamento de informações

O compartilhamento de informações é fundamental para funcionamento do modelo. Estas informações são provenientes de todos os parceiros: o Grupo, as operadoras, os consultórios parceiros, o hospital de referência e as empresas de *fitness*. A comunicação mais delicada ocorre entre o Grupo, as operadoras e os consultórios parceiros, pois envolvem informações de condições de saúde dos indivíduos.

As operadoras deverão fornecer mensalmente: (1) relatório de utilização do sistema, (2) relatório com os beneficiários ativos e (3) relatório de acompanhamento da sinistralidade. Enquanto o Grupo fornecerá mensalmente à operadora informações (1) da inclusão ou exclusão de beneficiários; e (2) da posição atualizada dos beneficiários em programas passivos e ativos.

Os médicos de consultórios parceiros, por sua vez, além de atuar como reguladores do acesso dos usuários ao sistema assistencial, buscando aumentar a resolutividade dos casos - como descrito na seção 4.2.2.2 Atuação externa - ajudarão na seleção de indivíduos para os programas ativos e no acompanhamento da sua saúde, regulando também o acesso aos programas ativos. Desta forma estes médicos fornecerão dados de saúde dos indivíduos à equipe que fará a gestão do MGS, e receberão dados da posição atualizada dos beneficiários em programas ativos e passivos.

Os consultórios de segundo nível, embora não participem do processo de avaliação dos fatores de risco e atualização do público das ações, também precisarão das informações de saúde dos indivíduos para exercerem a sua função, examinando o caso do paciente para fornecer uma segunda opinião.

O compartilhamento das informações de utilização da operadora com o empregador está previsto por lei, porém a utilização de dados clínicos requer maiores cuidados. De acordo com Bragança (2010) a preservação das informações clínicas dos pacientes é uma obrigação legal presente no Código de Direito Civil, Código Penal Brasileiro e diversos Códigos de Ética Profissional dos profissionais da medicina. Assim é necessário um mecanismo para que o indivíduo aceite participar nos programas ativos, ciente de que os seus dados de saúde serão utilizados para monitoramento e orientações que trarão melhoria da sua saúde.

O mecanismo proposto é por meio de uma assinatura de consentimento apresentada pelos médicos nos consultórios parceiros de primeiro nível. O médico apresenta este documento quando identifica que o paciente é elegível para a participação nos programas ativos - gestão de condições de saúde e gestão de casos.

O acesso às informações de saúde será restrito aos consultórios de primeiro nível parceiros e à equipe que executará a gestão do Modelo de Gestão da Saúde. Os dois médicos do trabalho do Grupo fazem parte desta equipe e já estão familiarizados com os cuidados necessários para proteção de dados de saúde dos indivíduos. Os dados individualizados serão utilizados apenas para acompanhamento dos pacientes por parte dos médicos dos consultórios parceiros e da equipe interna. E os dados agrupados da saúde da população serão usados para aferir os resultados dos programas na população como um todo.

Além destas trocas de informação de saúde, há comunicação com os outros dois parceiros chave. O Hospital de Referência auxiliará principalmente com as informações de protocolos para empacotamento de serviços e seleção dos provedores mais qualificados, tanto para compor a rede, quanto para tratamentos específicos. Enfim, as empresas de *fitness* podem contribuir fornecendo informações do nível de utilização dos usuários.

4.2.2.1.2. Análise de condições de saúde e fatores de risco

Foram definidas três maneiras pelas quais este procedimento poderá ocorrer. A primeira delas é por meio do exame periódico realizado pelos médicos do trabalho internamente. A segunda é por meio da parceria com os consultórios de primeiro nível, que também atuam como porta de entrada do paciente nos programas, após assinatura do termo de consentimento. A terceira forma é por meio da análise dos relatórios de utilização fornecidos pelas operadoras, análises estas realizadas pela equipe de gestão do MGS.

Esta função da plataforma permite efetividade e eficiência dos programas que agem ativamente sobre a saúde dos indivíduos e requer colaboração entre o Grupo, as operadoras e os consultórios parceiros.

4.2.2.1.3. Gestão dos prestadores de serviços

Esta atividade engloba a gestão das iniciativas propostas para atuação externa na seção 4.2.2.2. Estas ações são desenvolvidas em conjunto com outros componentes do ecossistema e suportam as iniciativas internas a serem descritas na seção 4.2.2.3.

A equipe do MGS deve gerir o relacionamento com as operadoras e com demais parceiros que permitem a realização dos programas.

As ações que exigem interação forte com a operadora são a seleção de provedores de qualidade, o rigor no custo das compras efetuadas pelos provedores, a exigência de empacotamento do custo de tratamentos específicos.

As operadoras também podem auxiliar nas parceiras com consultórios de primeiro e segundo nível, principalmente caso já possua rede própria que possa exercer esse papel no modelo. Assim, o relacionamento com os consultórios pode ser feito em parceria com a operadora ou por iniciativa direta do empregador.

Os consultórios parceiros permitem as ações de qualificação da porta de entrada e segunda opinião, fundamentais para melhorar a resolutividade e qualidade do atendimento aos beneficiários, além de conter abusos e auxiliar no funcionamento do novo modelo.

Também manifesta-se a necessidade de parceria com o Hospital de Referência, que auxiliará na seleção de provedores qualificados, na oferta de segunda opinião e na definição da composição dos pacotes de serviços oferecidos para tratamentos específicos.

Por último existem as parcerias não relacionadas com as estruturas assistenciais do sistema de saúde. A principal necessidade identificada é a de parcerias com empresas de *fitness* que auxiliarão nos programas de saúde da mulher, ginástica laboral e gestão das condições de saúde.

Fora a gestão das parcerias, que são uma iniciativa à parte da atuação externa, existe a gestão dos prestadores de serviços assistenciais, que atendem à população do Grupo. Pode-se citar como exemplo clínicas de vacinação que poderão ser contratadas para a realização de campanha de vacinação contra a gripe,

4.2.2.1.4. Gestão da saúde corporativa

Esta função se relaciona à gestão dos programas passivos e ativos descritos na seção 4.2.2.3 Atuação Interna. Algumas funções são compartilhadas por todas as iniciativas. Ressalta-se a comunicação - busca por formas de incentivar os beneficiários a participar dos programas -, e a gestão dos indicadores e tomada de decisão.

Para sucesso da gestão da saúde, devem ser criados mecanismos para divulgar e comunicar a nova abordagem e para engajar as pessoas nos cuidados com a saúde. Weldon (2011) ressalta a importância dos incentivos e a dificuldade de se conhecer os motivadores intrínsecos de cada indivíduo.

A comunicação faz parte da etapa de gestão da mudança que ocorre durante a implementação. O objetivo principal deve ser garantir que todos os beneficiários conheçam os benefícios da ajuda para cuidar de sua saúde, e que entendam o propósito das iniciativas. Assim terão informações necessárias para tomar a decisão de participar ou não, quando os médicos parceiros apresentarem o termo de consentimento.

Para abordar o problema do engajamento, com a experiência de mais de 30 anos de saúde corporativa na Johnson & Johnson, Weldon (2011) argumenta que se pode motivar pessoas a cuidar de si mesmos dando-lhes informações específicas sobre suas condições e riscos de saúde, e tornando o mais conveniente possível a elas os meios para reduzir estes riscos. Além disso, o autor argumenta que incentivos com viés financeiro são os mais efetivos.

Desta forma, propõe-se como mecanismo de engajamento iniciais (1) atendimento diferenciado do novo Modelo, oferecendo atenção à saúde e não apenas à doença. e (2) a isenção da coparticipação aos indivíduos que participarem dos programas e apresentarem indicadores de melhoria ou manutenção da saúde.

Além de serem medidos e acompanhados os indicadores mencionados na descrição de cada iniciativa, deve-se acompanhar indicadores que servem para todas as ações realizadas. Principalmente a satisfação de beneficiários e as reclamações. A satisfação que pode ser avaliada por telefone, nos casos de maior complexidade, e por formulários de pesquisa disponibilizados ao público geral. O índice de reclamações é um indicador válido, mas também é necessário conhecer os problemas para atuar sobre eles.

4.2.2.2. Atuação externa

Esta seção descreve a influência exercida no sistema e nas estruturas assistenciais. As iniciativas propostas de influência no sistema são: Parcerias e Seleção de prestadores qualificados. E as iniciativas que influenciam diretamente os provedores são: “Empacotamento de tratamentos específicos”, “Qualificação da porta de entrada”,

“Segunda opinião médica” e “Rigor nos custos das compras de medicamentos e materiais por parte dos provedores”.

4.2.2.2.1. Gestão das parcerias

Esta iniciativa envolve o estabelecimento e manutenção das parcerias necessárias para funcionamento do modelo. Os tipos de parceiros definidos foram: Empresas de *fitness*, consultórios de primeiro e segundo nível, hospital de referência e a operadora. Esses relacionamentos possuem características diferentes, que são abordadas na seção 4.2.3 Parcerias. Parcerias com estas partes são necessárias para a execução das demais ações descritas nesta subseção.

4.2.2.2.2. Seleção de prestadores qualificados

Esta seleção de prestadores é necessária em três aspectos distintos da composição do MGS.

O primeiro e mais importante aspecto é a seleção de prestadores que comporão a rede credenciada. Esta seleção não é trivial, já que as estruturas assistenciais do sistema de saúde não são obrigadas a apresentar seus indicadores de tratamento de doenças, o que permitiria comparação entre diferentes provedores (DAUD FILHO, 2011). Assim a experiência das operadoras e do Hospital de Referência parceiro é fundamental na realização desta etapa.

A segunda seleção de prestadores necessária é voltada para atendimento de casos específicos, tais como pacientes oncológicos, gestantes ou cardíacos. Com auxílio do Hospital de Referência parceiro, serão selecionados os provedores mais qualificados para atendimento destes casos de acordo com a enfermidade do indivíduo.

Enfim a terceira seleção necessária é a priorização de prestadores que mantêm a qualidade de seu atendimento e se adequam a iniciativas de empacotamento dos serviços oferecidos. Após tratamento, pacientes de programas ativos avaliarão os serviços prestados pelos provedores, gerando novos dados para aferição da qualidade dos provedores. Provedores que se adequarem ao empacotamento também são priorizados.

4.2.2.2.3. Empacotamento de tratamentos específicos

As análises realizadas na seção 4.1.2.4 mostraram grande quantidade de cirurgias de parto cesariana e cirurgias bariátricas realizadas no último ano em comparação à média nacional. Devido a este fator e à previsibilidade de custos, foram priorizados o empacotamento destes dois tratamentos na gestão de condições de saúde.

Nos casos de alta complexidade destacam-se pacientes crônicos e oncológicos. De forma que também devem ser priorizados o empacotamento dos serviços oferecidos a estes dois tipos de pacientes. Para os pacientes oncológicos, deve-se solicitar o empacotamento do plano terapêutico e, para os crônicos, é recomendável o empacotamento dos exames e consultas de monitoramento do indivíduo.

O Hospital de Referência parceiro estabelecerá protocolos que permitirão validar os pacotes de serviços oferecidos pelos provedores.

4.2.2.2.4. Rigor nas compras efetuadas

As análises mostraram que cerca de 30% dos gastos assistenciais dos beneficiários do Grupo foram com medicamentos e materiais. Em uma amostra dos dez medicamentos mais caros, foi possível observar que o preço comercial dos medicamentos utilizados é de cerca de 30% do valor total cobrado (Quadro 4).

Com foco nos casos complexos essas medidas servem para combater a utilização inadequada dos recursos. Nesta iniciativa a operadora deve atuar comparando preços e questionando a aquisição de medicamentos e materiais.

É fundamental portanto a parceria da operadora que pode realizar este tipo de intervenção direta no sistema.

4.2.2.2.5. Qualificação da porta de entrada

Conforme estudado na seção 2.1.1.2 (Funcionamento dos sistemas de saúde), a porta de entrada é fundamental para a regulação do acesso e a execução apropriada do modelo apresentado na Figura 7 (Estruturação do sistema de saúde por esfera de atendimento). Este modelo traz benefícios econômicos e de saúde ao sistema e aos indivíduos, permitindo utilização mais adequada dos recursos e oferecendo atendimento adequado à complexidade do caso.

A qualificação da porta de entrada se dá pela parceria com consultórios de primeiro nível, que são melhor remunerados e têm interações mais fortes com o Grupo. Têm como objetivo oferecer resolutividade maior ao caso dos pacientes, gerando diagnósticos e encaminhamentos com menos consultas de especialistas e exames complexos.

Estes consultórios comunicam-se diretamente com a equipe do MGS, auxiliando na função de análise de fatores de risco e condições de saúde. Além de regular o acesso ao sistema de saúde, regulam o acesso dos indivíduos aos programas ativos. Nesta situação o médico informa o paciente sobre suas condições de saúde, relembra-o de que o Grupo está interessado a ajudá-lo na melhoria de sua saúde, e entrega o termo de consentimento em que o indivíduo assina se desejar participar dos programas.

Os indivíduos que já estão em programas ativos serão acompanhados pelos consultórios parceiros, nos quais os indicadores de saúde do indivíduo são mensurados periodicamente e são dadas orientações sobre os cuidados necessários para melhorar estes indicadores.

As especialidades são mais amplas e visitadas periodicamente por pacientes e são recomendadas para compor a porta de entrada qualificada: clínica geral, pediatria, ginecologia, fisiologia, psiquiatria, cardiologia e endocrinologia.

4.2.2.2.6. Segunda opinião médica

O alto número de cirurgias bariátricas em comparação à média brasileira, e a proporção de partos cesarianos também muito acima da média brasileira são indicadores de que os tratamentos propostos pelos médicos podem ser revisados, em prol do paciente e do sistema de saúde.

Neste sentido, os consultórios de segundo nível e os hospitais de referência têm a função de fornecer uma segunda opinião de um especialista sobre o caso do indivíduo. Isto pode conter abusos no sistema ao mesmo tempo em que auxilia os indivíduos a tomarem as melhores decisões relacionadas ao seu tratamento com base em informações mais completas fornecidas pelos médicos.

O artigo da Revista Exame (2015) ressalta que uma das principais reclamações dos pacientes acometidos de enfermidades é a falta de informação com relação aos

tratamentos e suas consequências. Desta forma, os especialistas que fornecerão segunda opinião médica, além de conterem abusos na utilização do sistema fornecerão todas as informações necessárias ao paciente, diminuindo suas preocupações.

4.2.2.3. Atuação interna

A atuação interna possui como programas passivos: “Saúde da mulher”, “Ginástica laboral” e “Campanhas”. E como programas ativos: “Gestão das condições de saúde” e “Gestão de casos”. Como intermediário há o “Atendimento diferenciado”, que atende aos dois tipos de programa.

Com o intuito de justificar as propostas e dar suporte à implementação e operação, algumas características fundamentais dos programas são definidas com auxílio da técnica “5W+2H”:

- 1) Por quê: A descrição de todas as iniciativas será introduzida com a resposta a esta questão, que menciona constatações das análises interna e externa.
- 2) O quê: Iniciativa proposta, objetivo e principais resultados esperados.
- 3) Quem: Parcerias necessárias para realização dos programas
- 4) Quando: Classificação da prioridade da iniciativa nos níveis “baixa”, “média” ou “alta”.
- 5) Onde: Definição do alvo da atuação. Primeiramente especificando o público de funcionários ou dependentes, sexo e a faixa de risco da pirâmide de Kaiser.
- 6) Qual custo: Custo por indivíduo em comparação às demais iniciativas. De acordo com Weldon (2011), programas passivos possuem baixo custo por indivíduo e programas ativos, que oferecem serviços diferenciados a uma população específica, geram alto custo por indivíduo. O programa de “Atendimento diferenciado” é um misto de programa ativo e passivo, pois atende ao público geral e oferece outros serviços ao público dos programas ativos. Desta forma seu custo por indivíduo é considerado médio.
- 7) Como: Ações da atuação externa que permitem a realização do programa, descrição geral do funcionamento e de possíveis indicadores.

A Figura 39 apresenta as alavancas de custo assistencial de cada um dos programas propostos auxiliando no entendimento do “Por quê” de cada uma das iniciativas. Estas alavancas foram separadas em “redução teórica ou menos significativa” – em que a redução dificilmente pode ser aferida, ou é menos significativa em comparação às demais– e “redução esperada” – em que se espera obter redução concreta dos custos assistenciais.

| Classe de serviço | % | Saúde da mulher | Ginástica laboral | Campanhas | Atendimento diferenciado | Gestão de condições de saúde | Gestão de casos |
|--------------------------------|-----|-----------------|-------------------|-----------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| SADT | 20% | | | | | | |
| Consultas Normais | 15% | | | | | | |
| Medicamentos | 12% | | | | | | |
| Taxa | 11% | | | | | | |
| Proced. Cirúrgicos e invasivos | 11% | | | | | | |
| OPME | 10% | | | | | | |
| Materiais | 9% | | | | | | |
| Consultas Pronto Socorro | 5% | | | | | | |
| Diárias | 4% | | | | | | |
| Outros* | N/A | | | | | | |

*Outros motivos quantitativos/qualitativos abordados nas análises. Ex.: absenteísmo, comportamento dos players, etc

Redução esperada

Redução teórica ou menos significativa

Figura 39 – Principais classes de serviço por custo assistencial e alavancas das iniciativas, elaborado pelo autor

Estas considerações permitem argumentar sobre as iniciativas propostas para a atuação interna. Nas seções seguintes as iniciativas são detalhadas por meio do “5W+2H”.

4.2.2.3.1. Saúde da mulher

As análises mostraram o grande número de mulheres em Tecnologia, predominantemente de 20 a 29 anos. As pesquisas mostraram que nesta faixa etária, mulheres apresentam nível de absenteísmo substancialmente superior aos homens. Análise interna também obteve a mesma constatação: Dentro da Tecnologia o absenteísmo está concentrado no *Call Center*, que reúne 76% das mulheres do subgrupo: taxa de 6,93% de absenteísmo contra menos de 3% das demais áreas.

Dissen et al (2014) argumenta que isto se deve a diversos motivos, não apenas de saúde. Isto também foi constatado nas análises: Embora o custo assistencial de Serviços seja estatisticamente superior ao de Tecnologia (seção 4.1.2.2), a taxa de absenteísmo de Serviços é substancialmente inferior: 2% contra 6% da Tecnologia.

A ANS (2011) compila principais programas oferecidos com foco na saúde da mulher. Dentre os programas pode-se mencionar: atividade física, alimentação saudável e saúde reprodutiva. Com base nos dados de utilização foi priorizado um dos programas mencionados: prevenção ao estresse. Psicoterapia é uma das especialidades mais visitadas no Grupo e é o atendimento procurado por pessoas que passam por dificuldades emocionais, como crises pessoais, sensibilidades e irritabilidades.

Assim, propõe-se a criação de programas de qualidade de vida orientados à prevenção ao estresse para as mulheres do Grupo, cujo principal resultado é a redução do absenteísmo e o aumento da produtividade. O Quadro 5 descreve esta iniciativa.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|--|
| <i>O que?</i> | O programa de saúde da mulher deve ter como objetivo principal contribuir com a qualidade de vida das funcionárias, melhorando sua saúde e reduzindo a taxa de absenteísmo. |
| <i>Quem?</i> | Operadoras, que fornecem mensalmente os relatórios de utilização dos beneficiários. Empresas de fitness, na oferta de pacotes específicos para mulheres. Consultório de primeiro nível, com atendimento qualificado. |
| <i>Quando?</i> | A prioridade para realização deste programa é média, pois não é crucial para o funcionamento do Modelo, mas pode trazer resultados no curto ou médio prazo. |
| <i>Onde?</i> | O público alvo desta ação são todas funcionárias do grupo, independentemente do nível de risco, totalizando uma população potencial de 4.541 pessoas. |
| <i>Qual custo?</i> | Programa passivo: baixo custo por indivíduo |
| <i>Como?</i> | <p>A iniciativa externa necessária para este programa são as parcerias. Os parceiros auxiliam na obtenção de indicadores por meio dos dados de utilização (operadoras), na prestação de serviços voltados às mulheres (empresa de fitness) e de acompanhamento (consultório de 1º nível).</p> <p>Propõem-se como indicadores: 1. aderência ao programa, que permite conhecer a quantidade de pessoas afetadas pela iniciativa além de mostrar a necessidade e efetividade de iniciativas para aumentar o engajamento; 2. utilizar os dados de utilização das funcionárias para aferir a quantidade de sessões de psicoterapia, e identificar o impacto do programa na necessidade de tratamento psicoterápico; e 3. indicador de absenteísmo das mulheres.</p> |

Quadro 5 - Saúde da Mulher - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.3.2. Ginástica laboral

Justificam esse programa tanto as pesquisas externas quanto os dados de utilização do Grupo. Doenças no sistema osteomuscular são uma das principais causas de absenteísmo e a especialidade mais visitada em todo o Grupo é Medicina Física, para tratamentos

fisioterápicos. Estas doenças estão fortemente relacionadas a lesão por esforço repetitivo e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT). A iniciativa proposta é detalhada no Quadro 6.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|---|
| <i>O que?</i> | Propõe-se uma iniciativa de ginástica laboral. O principal objetivo destes programas deve ser orientar todos os indivíduos com relação aos cuidados necessários para manutenção da saúde do sistema osteomuscular. Tendo como alavancas, também, a redução do absenteísmo, o aumento da produtividade e a redução dos custos assistenciais relacionados a tratamentos de medicina física e ortopedia. |
| <i>Quem?</i> | Os dados das operadoras são importantes para aferição dos resultados. Porém este programa precisa de competências para a sua execução que não fazem parte das estruturas assistenciais do sistema de saúde. Neste caso uma parceria com uma empresa da indústria de fitness pode ajudar no fornecimento dos serviços que auxiliarão o Grupo na sua execução. |
| <i>Quando?</i> | A prioridade deste programa também é média, pois não é crucial para o funcionamento do modelo, mas tem resultados potenciais no curto prazo. |
| <i>Onde?</i> | O alvo deste programa são funcionários de ambos os sexos, independentemente do nível de risco. Desta forma a população potencial é de 10.479 funcionários. |
| <i>Qual custo?</i> | Programa passivo: baixo custo por indivíduo. |
| <i>Como?</i> | A ação externa que permite este programa também são as parcerias. Tanto com a operadora que auxilia no fornecimento de informações de utilização, quanto com a empresa de Fitness, que fornece o serviço. Propõe-se como indicadores, primeiramente o nível de aderência. São indicadores válidos os próprios relatórios de utilização fornecidos pelas operadoras, com o intuito de medir o impacto dessas iniciativas na quantidade de visitas realizadas às especialidades relacionadas a esta condição de saúde. Indicadores de absenteísmo e de atestados médicos por motivo de problemas no sistema osteomuscular também podem auxiliar na aferição dos resultados desta iniciativa. |

Quadro 6 - Ginástica laboral - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.3.3. Campanhas

O principal problema de saúde identificado para as causas do absenteísmo nas pesquisas externas são problemas no sistema respiratório. A única constatação obtida por meio da utilização foi o grande número de visitas ao otorrinolaringologista tanto em Tecnologia quanto Serviços.

Os tipos de câncer mais comum e com possibilidade de detecção precoce são o câncer de mama e de colo de útero (INCA, 2015). O baixo custo para diagnóstico precoce destas neoplasias compensa o risco de ocorrência e avanço da doença gerando casos

complexos, muitas vezes sem possibilidade de cura. A análise dos dados permitiu constatar 10% do custo total se concentrou em cerca de 24 pessoas que possuem câncer.

As campanhas mais difundidas atualmente e propostas como ponto de partida são: campanha de vacinação contra a gripe e campanha de diagnóstico precoce contra o câncer. O Quadro 7 descreve a iniciativa proposta.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|---|
| <i>O que?</i> | <p>O objetivo da vacinação contra a gripe deve ser reduzir a ocorrência de problemas no sistema respiratório dos indivíduos. Uma das formas mais recomendadas para prevenção de deste tipo de problema é a vacinação contra a gripe no local de trabalho (ANAMT, 2007). Assim a alavanca são os próprios custos de absenteísmo e custos assistenciais do indivíduo.</p> <p>O objetivo da campanha contra o câncer deve ser conscientizar as pessoas a respeito destas doenças e auxiliar no diagnóstico precoce. A alavanca é a redução do risco de surgimento de casos complexos, que são graves para a saúde do indivíduo e custosos.</p> |
| <i>Quem?</i> | <p>No caso da gripe, pode-se contratar uma clínica de vacinação para fornecer este serviço, ou criar um mecanismo para encaminhar os trabalhadores à rede do SUS para vacinação.</p> <p>No caso da campanha contra o câncer, os exames serão realizados utilizando a rede própria, contratada ou credenciada da operadora.</p> |
| <i>Quando?</i> | A prioridade para realização destes programas é baixa, pois os retornos esperados não são substanciais em comparação às demais iniciativas, e esta iniciativa não é essencial para o funcionamento do modelo. |
| <i>Onde?</i> | O público alvo desta iniciativa são os funcionários, independentemente do nível de risco, totalizando um público potencial de 10.479 funcionários. No caso das campanhas contra o câncer de mama e colo de útero, o público potencial é de 4.541 funcionárias. |
| <i>Qual custo?</i> | Programa passivo: baixo custo por indivíduo |
| <i>Como?</i> | <p>Como mencionado, podem ser contratados serviços de terceiros para realização da campanha de vacinação e a operadora oferece pela sua rede de serviços os exames às mulheres do Grupo, sem qualquer custo de coparticipação.</p> <p>Como indicadores podem ser utilizados em ambos os casos o nível de aderência. No caso da gripe, recomenda-se ainda como indicadores o absenteísmo e o número de visitas a pronto socorro por motivos de doenças respiratórias. E, para a campanha contra o câncer, são indicadores a quantidade e frequência de casos de suspeita encaminhados para o diagnóstico secundário, e a quantidade e frequência de casos confirmados.</p> |

Quadro 7 - Campanhas - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.3.4. Atendimento diferenciado

O estudo dos principais desafios do sistema de saúde (seção 2.1.5) apresentou como um dos desafios a utilização inadequada de recursos devido à falta de informação dos usuários e médicos, o que aumenta o número consultas com especialistas quando não é realmente necessário e o número de consultas e exames realizados para se chegar a um diagnóstico e plano de tratamento. (ALBUQUERQUE; FLEURY; FLEURY, 2011)

A análise dos dados de utilização do Grupo mostrou que as duas classes de serviço mais custosas são SADT (exames), 20%, e consultas, 15%.

Neste sentido propõe-se a oferta de um programa de "Atendimento diferenciado" aos beneficiários do Grupo. As alavancas desta iniciativa são principalmente a redução das consultas de especialistas e de exames realizados, além de uma redução esperada no número de visitas ao pronto socorro devido à maior atenção a ser dada aos pacientes. O Quadro 8 descreve a ação proposta.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|---|
| <i>O que?</i> | O objetivo desta iniciativa é oferecer um atendimento mais cuidadoso aos pacientes, aumentando a resolatividade do atendimento realizado e ao mesmo tempo exercendo o papel adequado da porta de entrada, regulando o acesso ao sistema de saúde e aos programas ativos. |
| <i>Quem?</i> | Os parceiros são as operadoras e os consultórios de primeiro nível. |
| <i>Quando?</i> | A prioridade desta iniciativa é alta, pois é fundamental para a execução do modelo e traz benefícios de eficiência e eficácia aos serviços. |
| <i>Onde?</i> | Este programa é ofertado a todos os beneficiários, de todos os níveis de risco, totalizando um público alvo atual de 17.573 pessoas. Embora seja ofertada de maneira geral, esta iniciativa é a principal forma de atuação sobre os custos gerados na base da Pirâmide de Kaiser. |
| <i>Qual custo?</i> | Esta iniciativa é mista de um programa passivo e ativo, pois também oferece acompanhamento diferenciado a um público alvo. Portanto seu custo por indivíduo é classificado como médio. |
| <i>Como?</i> | A ação externa que permite essa iniciativa é a qualificação da porta de entrada. Esta é uma das iniciativas mais importantes, pois aumenta a eficiência e eficácia do sistema de saúde local e permite o funcionamento do modelo. Desta forma, a aderência a esta iniciativa é essencial. Os principais indicadores a serem utilizados envolvem o nível de utilização dos consultórios parceiros, tanto sua evolução no tempo, quanto em comparação à utilização dos consultórios externos da parceria. Outro indicador importante é a disponibilidade de serviços, ou tempo de fila - fundamental para tomada de decisão caso haja disparidade entre a oferta e a demanda dos serviços. |

Quadro 8 - Atendimento diferenciado - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.3.5. Gestão das condições de saúde

É comum que doenças crônicas compartilhem muitos fatores de risco (MICUCCI; THOMAS, 2007), tais como cardiovasculares, pulmonares entre outros. Dados externos mostraram que cerca da metade da população brasileira economicamente ativa está sobrepeso, e cerca de 18% são obesos. E as análises internas mostraram uma frequência de cirurgias bariátricas realizadas pelos beneficiários do Grupo muito acima da média nacional estimada pela ANS.

Diversos níveis de risco podem ser medidos: Pressão arterial, níveis de colesterol e glicose sanguíneos e até a quantidade de calorias ingeridas por dia. Embora apenas evidências de sobrepeso e obesidade tenham sido encontradas por meio dos dados, problemas relacionados ao excesso de peso possuem forte vínculo com os demais fatores de risco à saúde dos indivíduos.

Para atuar sobre indivíduos sob risco e condições de saúde específicas propõe-se a iniciativa de gestão de condições de saúde. Weldon (2011) recomenda que a chave para esforços efetivos e eficientes é identificar e focar nos riscos de saúde principais da população de beneficiários. Com este propósito, os dados externos e internos permitiram priorizar programas que incentivem a prática de exercícios físicos e mudança nos hábitos alimentares, de forma a atuar tanto no sobrepeso quanto em outros fatores de risco, como dislipidemia e hipertensão. Também foram priorizadas as gestantes e os pacientes bariátricos, com o intuito de tornar o tratamento destas condições de saúde mais eficiente.

De acordo com Weldon (2011), programas de redução de fatores de risco impactam diversas linhas de custo assistencial, reduzindo principalmente o número de internações e de visitas a prontos socorros. O autor também observou redução do absenteísmo dos funcionários.

A principal diferença entre a Gestão de Condições de Saúde e a Gestão de Casos é que a primeira foca em condições de saúde específicas, oferecendo acompanhamento a indivíduos sob risco e tornando o tratamento de gestantes e pacientes bariátricos mais eficientes. Ao passo que, a segunda iniciativa busca acompanhamento e maior eficiência do tratamento dos indivíduos de alto custo, independentemente de uma doença específica. O Quadro 9 descreve a Gestão das Condições de Saúde.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|---|
| <i>O que?</i> | O objetivo deste programa deve ser a mudança de comportamento dos indivíduos em benefício à sua saúde, prevenção secundária focalizada e melhoria de tratamentos específicos. Assim buscando melhorar a saúde dos indivíduos, impedir agravamento dos casos, diagnosticar precocemente doenças específicas, e aumentar a eficiência do tratamento das gestantes e dos pacientes bariátricos. |
| <i>Quem?</i> | Consultórios de primeiro nível e empresas de fitness, auxiliam na oferta de serviços que ajudam as pessoas a melhorarem suas condições de saúde. E parcerias com o consultório de segundo nível e os hospitais de referência auxiliam na atuação sobre os casos que exigem tratamento. |
| <i>Quando?</i> | Esta iniciativa não é fundamental para o funcionamento do modelo e pode ser realizada após o Grupo adquirir experiência na Gestão de Casos. Na Gestão de casos, lida-se com um número menor de indivíduos, que geram mais de 50% dos custos assistenciais do Grupo, sendo portanto mais prioritária. A prioridade desta iniciativa, portanto, é média. |
| <i>Onde?</i> | Este programa é ofertado a funcionários e dependentes na faixa central da pirâmide de Kaiser: Sob risco e episódicos. Desta forma, o público alvo estimado é de 3.515 indivíduos. |
| <i>Qual custo?</i> | Programa ativo: Alto. |
| <i>Como?</i> | <p>Todas as ações externas contribuem para a realização desta iniciativa. A qualificação da porta de entrada permite a entrada e o acompanhamento dos indivíduos no programa. Esta ação também torna possível avaliar a condição de saúde destes indivíduos em períodos mais curtos, acompanhando os fatores de risco e fornecendo orientações.</p> <p>De acordo com Weldon (2011), além de fornecer orientações, é formidável prover meios convenientes para auxiliar os indivíduos na melhoria da sua saúde. Sendo necessário a parceria com a empresa de <i>fitness</i>, proporcionando acesso a serviços que ajudem o indivíduo na prática de exercícios físicos.</p> <p>Além da redução dos fatores de risco, este programa foca em algumas condições específicas que podem ter seu tratamento otimizado: pacientes gestantes e bariátricos.</p> <p>Em ambos os casos são válidos o empacotamento dos serviços oferecidos - devido à previsibilidade dos custos do tratamento -, o rigor nos custos do provedor – para conter custos elevados com OPME utilizados nas cirurgias – e a segunda opinião médica – para conter os excessos de partos cesariana e cirurgia bariátrica.</p> <p>Os indicadores principais da iniciativa de redução de fatores de risco são os próprios indicadores de saúde dos indivíduos. Os indicadores individualizados operacionalizam o programa e o cuidado dos indivíduos, enquanto indicadores agrupados para toda a população permitem medir o resultado geral da iniciativa.</p> |

Quadro 9 - Gestão de condições de saúde - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.3.6. Gestão de Casos

A análise interna permitiu constatar que os custos assistenciais do Grupo estão mais concentrados no topo da Pirâmide de Kaiser, do que o modelo de referência – 53% contra 50% da referência. Para este público, recomenda-se a Gestão de Casos. Esta é uma abordagem médica utilizada por operadoras e provedores de saúde para tratar os casos de custo elevado (HEATON, 2007). Como a quantidade de casos é pequena e a representatividade dos custos é alta, é possível uma gestão mais próxima dos serviços prestados com custo benefício formidável. A descrição é apresentada no Quadro 10.

| <i>Questão</i> | <i>Descrição</i> |
|--------------------|---|
| <i>O que?</i> | O objetivo desta iniciativa é realizar uma gestão mais próxima dos casos de alto custo, com o intuito de aproveitar melhor os recursos, buscando eficiência e eficácia dos procedimentos realizados, de forma a reduzir os custos destes casos. |
| <i>Quem?</i> | Esta iniciativa deve ser desenvolvida numa colaboração principalmente de consultórios de segundo nível, operadoras e de hospitais de referência. |
| <i>Quando?</i> | Esta iniciativa possui prioridade alta, pois permite atuação imediata nos provedores, buscando melhoria nos tratamentos e redução de custo. |
| <i>Onde?</i> | O público desta ação é composto por funcionários e dependentes no topo da pirâmide de Kaiser, onde concentram-se pacientes agudos e crônicos. A população estimada é de 176 indivíduos. |
| <i>Qual custo?</i> | Por ser um programa ativo, que exige acompanhamento próximo de um público alvo específico, seu custo per capita é alto. |
| <i>Como?</i> | <p>Este programa envolve a gestão dos fornecedores de serviços de saúde, selecionando prestadores qualificados para tratar a doença do indivíduo e acompanhando as compras efetuadas pelos provedores, de forma a conter abusos. Alguns casos de alto custo também permitem o empacotamento.</p> <p>No caso de pacientes oncológicos pode-se empacotar os procedimentos propostos no plano terapêutico dos tipos de câncer em que for aplicável, de acordo com a orientação do Hospital de Referência. No caso dos pacientes crônicos, pode-se empacotar o acompanhamento dos casos.</p> <p>Do ponto de vista das escolhas de procedimentos realizados, consultórios parceiros de segundo nível e hospitais de referência avaliam a condição do paciente e ajudam na definição do tratamento por meio de segunda opinião.</p> <p>Os indicadores a serem utilizados são principalmente relacionados ao nível de utilização do sistema. Tais como, dias de internação, número de exames e de sessões de tratamento realizadas, indicadores clínicos para avaliar o sucesso no tratamento e o resultado financeiro para se medir o custo total do tratamento após a resolução do caso.</p> |

Quadro 10 - Gestão de Casos - 5W+2H, elaborado pelo autor

4.2.2.4. Planejamento geral da implementação

A partir das considerações, a técnica 5W+2H pode ser utilizada de forma a simplificar a descrição, resumir as iniciativas e facilitar a comparação entre elas, conforme ilustra a Figura 40.

| O quê | Tipo de programa | Passivo | Passivo | Passivo | Pass./Ativo | Ativo | Ativo |
|---|----------------------------------|-----------------|-------------------|---|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| | Iniciativas | Saude da mulher | Ginástica Laboral | Campanhas | Atendimento diferenciado | Gestão de condições de saúde | Gestão de casos |
| Por quê | SADT | | | | | | |
| | Consultas Normais | | | | | | |
| | Medicamentos | | | | | | |
| | Taxa | | | | | | |
| | Proced. Cirúrgicos e invasivos | | | | | | |
| | OPME | | | | | | |
| | Materiais | | | | | | |
| | Consultas Pronto Socorro | | | | | | |
| | Diárias | | | | | | |
| | Outros* | | | | | | |
| Quem | Operadoras | x | x | x | x | x | x |
| | Consultório 1o nível | x | | | x | x | x |
| | Consultório 2o nível | | | | | x | x |
| | Hospitais de Referência | | | | | x | x |
| | Empresa de <i>Fitness</i> | x | x | | | x | |
| Quando | Prioridade | Média | Média | Baixa | Muito Alta | Média | Alta |
| Onde | Alvo | Func/as | Func. | Func. | Benef. | Benef. | Benef. |
| | Faixa da pirâmide | Geral | Geral | Geral | Geral | Sob risco | Agudos |
| | População potencial estimada | 4.541 | 10.479 | 10.479 | 17.573 | 3.515 | 176 |
| Qual custo | Custo por indivíduo | Baixo | Baixo | Baixo | Médio | Alto | Alto |
| Como | Parcerias | x | x | x | x | x | x |
| | Seleção de provedores | | | | x | x | x |
| | Qualificação da porta de entrada | | | | x | x | x |
| | Rigor nos custos dos provedores | | | | | x | x |
| | Empacotamento | | | | | x | x |
| | Segunda opinião médica | | | | | x | x |
| *Outros motivos quantitativos/qualitativos abordados. Ex.: absenteísmo, comportamento dos <i>players</i> , etc | | | | Redução teórica ou menos significativa | | Redução esperada | |

Figura 40 - Resumo das iniciativas por meio da técnica 5W+2H, elaborado pelo autor

Em resumo a todas as propostas apresentadas neste capítulo, pode-se definir etapas principais para instauração do modelo:

- 1) Mudança cultural: O primeiro passo são mudanças necessárias dentro do próprio Grupo, com o intuito de disseminar os valores culturais de promoção à saúde. A liderança deve abraçar esta causa e agir como ponto de partida da mudança. O novo Modelo e seus benefícios devem ser amplamente divulgados aos funcionários e seus dependentes.

- 2) Nova seleção de fornecedores-parceiros de benefícios de saúde e estabelecimento da plataforma: No momento adequado deverão ser selecionadas as duas operadoras que exercerão a liderança do ecossistema e gestão da plataforma do MGS, juntamente com o Grupo. Para essa seleção, é elaborada RFP (*Request for Proposal*), em que devem ser explicitados os requisitos estratégicos mencionados neste Trabalho Final, e requisitos técnicos que exigem especificações além do escopo deste Trabalho. Após a seleção dos fornecedores deve-se estruturar a plataforma do MGS a partir do relacionamento do Grupo com as operadoras.
- 3) Constituição do programa de atendimento diferenciado: Com auxílio das operadoras, pode-se constituir parcerias com os consultórios de primeiro nível e realizar a qualificação da porta de entrada. Os beneficiários deverão perceber a qualidade do serviço oferecido, como forma de aumentar o seu engajamento.
- 4) Constituição dos programas ativos: Primeiramente deve ser implementada a Gestão de casos, que atuará diretamente sobre os casos onde os custos estão concentrados, trazendo retornos no curto prazo. Após maior entendimento das ações externas de rigor nos custos dos provedores, empacotamento de procedimentos e segunda opinião médica, pode-se implementar a Gestão de condições de saúde, que atua sobre um público maior. Conforme ilustrado na Figura 40, estes programas requerem o estabelecimento das parcerias com consultórios de segundo nível, hospitais de referência e a empresa de *fitness*.
- 5) Constituição das demais iniciativas: As parcerias necessárias para o funcionamento do modelo já estão constituídas e demais iniciativas podem ser implementadas.

4.2.3. Análise das parcerias

A definição do novo modelo permitiu elencar cinco possíveis parceiros chave na execução das iniciativas: Operadoras, Consultórios de primeiro nível, Consultórios de segundo nível, Hospital de Referência e empresas do mercado de *fitness*.

A Figura 41 ilustra a participação de cada parceiro no Modelo de Gestão da Saúde.

| Funções da plataforma | Ações | Operadoras | Consultório 1o nível | Consultório 2o nível | Hospitais de Referência | <i>Fitness</i> |
|---------------------------------|----------------------------------|------------|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------|
| Compartilhamento de informações | - | x | x | x | x | x |
| Análise de fatores de risco | - | x | x | | | |
| Gestão da saúde corporativa | Saúde da mulher | x | x | | | x |
| | Ginástica laboral | x | | | | x |
| | Campanhas | x | | | | |
| | Atendimento Diferenciado | x | x | | | |
| | Gestão de condições de saúde | x | x | x | x | x |
| | Gestão de casos | x | x | x | x | |
| Gestão dos fornecedores | Parcerias | x | x | x | x | x |
| | Seleção de provedores | x | | | x | |
| | Empacotamento | x | | | x | |
| | Rigor nos custos dos provedores | x | | | | |
| | Qualificação da porta de entrada | x | x | | | |
| | Segunda opinião médica | x | | x | x | |

Figura 41 - Escopo das parcerias no MGS, elaborado pelo autor

A abordagem selecionada para análise destas parcerias é o Portfólio de Relacionamentos proposto por Bensaou (1999). Em que os parceiros são posicionados de acordo com os esforços tangíveis e intangíveis por parte do comprador – o Grupo – e dos fornecedores. Após esta análise são estudados mais a fundo os parceiros estratégicos.

4.2.3.1. Portfólio de Relacionamentos

Em todas as parcerias o esforço de adaptação do Grupo é elevado, pois é a peça chave na definição e gestão do MGS.

A primeira parceria se dá entre o Grupo e suas duas operadoras. As operadoras terão de realizar um grande esforço de adaptação e customização de seus serviços para se adequar aos requisitos do Grupo, pois, com exceção dos programas passivos, todas as iniciativas requerem participação da operadora. A capacidade de adequação e colaboração

na realização destes serviços será o principal critério de seleção. Isto significa que ambas as partes realizam grandes investimentos tangíveis e intangíveis, e permite classificar esta primeira relação como uma parceria estratégica.

A segunda parceria ocorre entre o Grupo e os consultórios de primeiro nível. Estes consultórios também exercem grande esforço de adaptação para fornecer serviços customizados ao Grupo e seus beneficiários. Os serviços fornecidos ao Grupo envolvem relacionamento direto e frequente, compartilhamento de informações, acompanhamento dos indivíduos em monitoramento e entrega do termo de consentimento para entrada de novos beneficiários nos programas de monitoramento. Os serviços fornecidos aos beneficiários são principalmente atendimento de alta qualidade, acompanhamento da evolução da saúde do indivíduo e orientações personalizadas sobre os cuidados com a saúde. Portanto a relação com os consultórios de primeiro nível também é uma parceria estratégica.

A terceira parceria é entre o Grupo e os consultórios de segundo nível. Estes consultórios são acionados sob demanda para análise dos casos que justificam uma segunda opinião – casos de alto custo e condições de saúde específicas. No geral, mantém suas atividades sem grandes adaptações. Portanto, esta é uma relação de comprador cativo.

A quarta parceria envolve o Grupo e o Hospital de Referência. Semelhantemente ao que ocorre com consultórios de segundo nível, esta entidade é acionada sob demanda e tem uma participação maior durante a instauração do modelo, em que os pacotes estão sendo definidos e os provedores selecionados. Desta forma, esta também é uma relação de comprador cativo. No entanto, o relacionamento com esta parte é mais importante do que os consultórios de 2º nível e empresas de *fitness*, devido à especificidade dos seus ativos.

Enfim pode-se mencionar as parcerias com empresas de *fitness*. Estas empresas também não realizarão grandes adaptações nos serviços fornecidos, não havendo assim investimentos significativos tangíveis ou intangíveis. Assim sendo, esta relação também pode ser classificada como comprador cativo.

Assim, o relacionamento com consultórios de 2º nível e *fitness* é de fornecedor-comprador comum, e a interação de maior importância no quadrante do comprador cativo é com hospitais de referência. A partir destas considerações é possível posicionar os parceiros na matriz de portfólio de relacionamentos ilustrada na Figura 42.

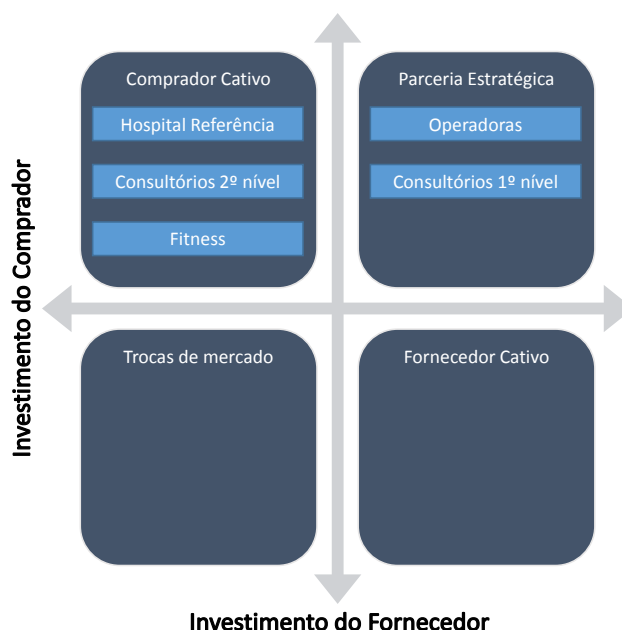


Figura 42 - Portfólio de relacionamento do Grupo com os parceiros do MGS, elaborado pelo autor

4.2.3.2. Parceiros Estratégicos

A análise anterior permitiu concluir que os parceiros estratégicos para realização do Modelo de Gestão de Saúde são as operadoras e os consultórios de primeiro nível.

Neste sentido é válido entender os motivadores da decisão de entrada destes *players* para engajá-los nas iniciativas. Além disso é importante estudar as questões de balanço de poder, para identificar potenciais riscos ao sucesso da parceria devido à assimetria entre os parceiros.

4.2.3.2.1. Decisão de Entrada

Embora muitas operadoras atualmente ainda tenham estabilidade na execução de suas funções, estão cientes de que o funcionamento atual do sistema de saúde não se sustenta. As operadoras que aceitam e abraçam iniciativas que exigem adaptação e mudança na lógica de funcionamento do sistema enxergam o aspecto estratégico das iniciativas propostas pelo Grupo.

Desta forma o principal motivador das operadoras é de fato o posicionamento estratégico. No modelo proposto o termo mais adequado seria estratégia de flexibilidade, em que a empresa se prepara para mudanças no ambiente. Neste caso, estas operadoras além de se preparar para as mudanças no ambiente, se diferenciam das demais por adquirirem competências para fornecer maior valor nos serviços prestados.

No caso dos consultórios de primeiro nível, o engajamento nestas iniciativas também apresenta demonstra ser principalmente devido ao posicionamento estratégico. Mais precisamente, o principal motivador de entrada destes parceiros é a estratégia de estabilização, mencionada pela teoria. Esta estratégia caracteriza-se pelo acesso a novos mercados utilizando recursos atuais.

Estes parceiros alcançam este objetivo na parceria com o Grupo. O consultório, com os mesmos recursos, aumenta suas receitas por meio de um novo serviço - de maior valor agregado - prestado a um novo mercado: o corporativo.

4.2.3.2.2. Balanço de Poder

O principal problema a ser identificado neste tipo de análise são as assimetrias de poder. De acordo com Gulati e Singh(1998) nesta situação uma empresa pode atingir seus objetivos enquanto as outras falham.

Entre o Grupo e a operadora a principal complicação é o fato de sua carteira de beneficiários representar uma parcela pequena do total de beneficiários das operadoras. Desta forma, falhas nas iniciativas gerarão mais impactos ao Grupo do que às operadoras. É necessária portanto a gestão do relacionamento, não só para atrair as operadoras na entrada da parceria, mas também para mantê-las engajadas.

Uma das ações propostas para lidar com problemas deste tipo é a criação de cláusulas no contrato que preveem o não pagamento da mensalidade, caso a operadora deixe de cumprir com o seu papel na parceria. Na negociação é importante mostrar à operadora que esta é uma atuação diferenciada que será cada vez mais cobrada pelos empregadores. E o Grupo tem boas características para ser piloto.

Entre o Grupo e os consultórios de primeiro nível há uma grande assimetria devido ao tamanho das organizações. Consultórios são mais numerosos e menores, implicando no fato de possuírem poder muito limitado na parceria.

Cabe à gestão de relacionamento com parceiros do Grupo dar atenção especial a esta parceria, que é estratégica para o Modelo de Gestão da Saúde, de forma a garantir que os interesses destes parceiros sejam conhecidos e analisados, para prevenir possíveis complicações que venham comprometer a qualidade do atendimento e o funcionamento dos programas.

5. CONCLUSÃO

Este Trabalho teve como ponto de partida um problema atualmente comum nas empresas: a linha de custos de saúde é a mais representativa e a que mais cresce nos custos de pessoal, depois do custo de folha e seus encargos. Neste contexto, o Grupo contratou serviços profissionais para auxiliá-lo a atuar sobre três problemas priorizados: a necessidade de ofertar um pacote de benefícios atraente aos seus funcionários; de um modelo alinhado com a estratégia da organização; e de nova seleção e novo relacionamento com fornecedores.

Este Trabalho Final focou nos aspectos estratégicos do problema, buscando atingir três objetivos: 1) Definir a nova estratégia de ecossistema do Grupo; 2) Definir o novo modelo de serviços de saúde oferecidos aos funcionários; 3) Complementar a proposta com análises relacionadas às parcerias necessárias para viabilizar o novo modelo.

Pode-se afirmar que os objetivos do Trabalho Final foram alcançados. Pois foi possível analisar estrategicamente o problema, propor um novo posicionamento estratégico ao Grupo, desdobrar essa proposta em iniciativas do Modelo de Gestão de Saúde, e analisar as parcerias que viabilizarão o novo modelo.

Do ponto de vista de implicações para a teoria, pode-se mencionar primeiramente a aplicação dos métodos estatísticos de análise de dados – regressão e mediana de Mood – que auxiliaram no diagnóstico da situação atual.

Outra importante contribuição deste trabalho é o *benchmarking* de modelos de gestão de saúde utilizado para composição do MGS, pois une os dois tipos de atuação – interna e externa - em um modelo único. Em geral, os textos estudados dão ênfase a uma das abordagens apenas.

Por fim vale mencionar a aplicação do conceito de Ecossistema de Negócios no sistema de saúde. Este conceito é comumente utilizado no âmbito do empreendedorismo e inovação, principalmente no mercado tecnológico. No entanto, a aplicação desta metodologia em um setor diferenciado também foi bem sucedida para análise do problema e proposta de solução.

Com relação às implicações para a prática, o autor ressalta a importância deste Trabalho Final no nível acadêmico e profissional. A revisão bibliográfica elaborada pelo autor e a metodologia desenvolvida em conjunto com a orientadora constituíram uma

abordagem estruturada e diferenciada do problema. Isto permitiu, por meio do Trabalho Final, trazer contribuições valiosas para o estágio e a realização do projeto.

Todas as análises da seção 4.1 (diagnóstico da situação atual) foram desenvolvidas pelo autor e aproveitadas no desenvolvimento do projeto. Com relação à proposta do novo modelo, pode-se destacar como contribuição do autor a abordagem de ecossistema de negócios, que proporcionou uma visão distinta do problema. Isto permitiu ao autor demonstrar como o Grupo se posiciona normalmente, e como deve se posicionar para atuar efetivamente nos problemas que enfrenta. Essa abordagem também auxiliou na constatação de parcerias importantes que viabilizam o novo Modelo e permitiu o maior entendimento das ações internas e externas estudadas e propostas ao Grupo. Enfim, o autor também auxiliou na elaboração das iniciativas propostas com ideias embasadas no *benchmarking* de modelos de gestão da saúde (seção 2.2 elaborada pelo autor) e focadas nos problemas identificados no diagnóstico da situação atual.

Este trabalho foi muito bem recebido pela equipe do setor de Saúde da empresa, com consideração do gerente do projeto e da Sócia-diretora, responsável pela área de estratégia no setor de saúde. Servirá de apoio em projetos futuros a serem realizados tanto no âmbito da saúde corporativa, quanto do sistema de saúde suplementar de forma geral - do ponto de vista de operadoras, provedores ou até administradoras de benefícios.

Com relação às limitações, pode-se mencionar primeiramente o tempo - não permitindo que o trabalho contemplasse a elaboração do plano detalhado, a nova contratação de fornecedores, a implementação e a mensuração dos resultados das propostas apresentadas. E em segundo lugar os dados, pois o Grupo não possuía dados de saúde estruturados em um sistema de informação que pudessem ser utilizados para análise.

Espera-se que este trabalho possa trazer contribuições para estudos futuros no âmbito da gestão da saúde corporativa e do sistema de saúde suplementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCENTURE. Company Overview. 2015a Disponível em <
<https://www.accenture.com/us-en/companyoverview>> Acesso em: 1 de Set. 2015
- ACCENTURE. Resultados ano fiscal 2014. 2015b Disponível em <
<http://investor.accenture.com/phoenix.zhtml?c=129731&p=quarterlyearnings>>
 Acesso em: 1 de Set. 2015
- ADNER, R., Match your innovation strategy to your innovation ecosystem. Harvard Business Review 84 , p. 98–107. 2006
- ALBUQUERQUE, G. M.; FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. L.. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. São Paulo, 2011.
- AMBROZEWICZ, P. H. L. Qualidade na prática: conceitos e ferramentas. Curitiba: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, 2003.
- ANAMT. Atualização em Vacinação Ocupacional: Guia Prático. 2007. Disponível em <
http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/sugestoes_de_leitura_171220131126567055475.pdf> Acesso em: 18 Out. 2015
- ANS. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em <
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_promoprev_web.pdf> Acesso em: 16 Out. 2015
- ANS. Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar. Disponível em <
<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>> Acesso em: 27 Set. 2015
- ANS. Laboratório de Inovação. 2013a. Disponível em <
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf> Acesso em: 12 Out. 2015

- ANS. Mapa Assistencial da Saúde Suplementar. 2013b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/mapa_assistencial_20130410.pdf> Acesso em: 15 Out. 2015
- ANS Caderno de Informações. Dados do setor, 2015. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes12_caderno_informacao.pdf> Acesso em: 20 Ago. 2015
- ANS Dados Gerais. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos, dados do setor, 2015. Disponível em: <www.ans.gov.br> Acesso em: 25 Ago. 2015.
- BAGHBADORANI, M. F.; HARANDI, A. A Conceptual Model for Business Ecosystem and Implications for Future Research. Paris Graduate School of Management. DOI: 10.7763/IPEDR. 2012
- BAPTISTA, M. J. C. ;A integração entre saúde ocupacional e assistencial. In: Encontro de Saúde Corporativa, 1., 2011, São Paulo. Apresentações. São Paulo: CPH Health, p. 1-18, 2011.
- BENSAOU, M. Portfolios of Buyer–Supplier Relationships. Sloan Management Review Summer, p. 35–44. 1999.
- BERRY, L. L.; MIRABITO, A. M.; BAUN, B. W. What’s the Hard Return on Employee Wellness Programs?. Harvard Business Review.. 2010
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MESSIA, K. L. M. Sistemas De Serviços De Saúde: Principais Tipologias E Suas Relações Com O Sistema De Saúde Brasileiro. Revista Saúde.Com. pag 79-89. 2005. Disponível em <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a10.pdf>> Acesso em: 28 Set. 2015
- BRAGANÇA, C. E. B. A.; Privacidade Em Informações De Saúde: Uma Análise Do Comportamento Percebido Por Profissionais De Saúde De Instituições Hospitalares Do Rio Grande Do Sul.. PUC-RS. 2010. Disponível em <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/1241/1/000426897-Texto%2BCompleto-0.pdf>> Acesso em: 17 Out. 2015

- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro. ANS, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Vigitel Brasil. 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>> Acesso em: 15 Out. 2015
- BRASIL, Lei nº 6229 de 17 de julho de 1975. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 15 Set. 2015.
- BRASIL, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.html>> Acesso em: 15 Set. 2015.
- CHAVES, Mário M. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro, Editora FGV, 1980
- COELHO, V.S.P. A reforma da previdência social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.
- COHN A., ELIAS P.E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5ª ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 2003.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- CORIOLOANO, M. S. A.. Artigo do presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). 2015. Disponível em: <http://issuu.com/grupomidia/docs/healthcare_35_site>. Acesso em: 01 Set. 2015.
- DAUD FILHO, M.; Debates GVsaúde: A experiência da Vivo. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/debatesgvsaude/issue/viewFile/1414/678>> Acesso em: 12 Out. 2015
- DISSEN C. M. ; BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C. et al. Caracterização do absenteísmo-doença em trabalhadores. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(2):272-8. 2014.

EXAME, A doença do custo. Disponível em <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/1090/noticias/a-doenca-do-custo>> Acesso em: 16 Set. 2015

FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Bibliografia Complementar Sistema de Saúde no Brasil. Disponível em <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>> Acesso em: 07 Set. 2015

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.2. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. A indústria de vacinas no Brasil: desafios e perspectivas. BNDES, Rio de Janeiro. 1999

GUEGUEN, G.; ISCKIA, T. The borders of mobile handset ecosystems: Is coopetition inevitable?. Telematics and Informatics, 28(1), p. 5-11. 2011

GULATI, R. et al. The Dynamics of Learning Alliances: Competition, Cooperation, and Relative Scope. Strategic Management Journal, v. Vol. 19, p. 193–210, 1998.

GULATI, R.; SINGH, H. The Architecture of Cooperation Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances. Administrative Science Quarterly, v. 43, p. 781-814, 1998.

HAIR, J.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. Multivariate Data Analysis. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall. 2006.

HARRIGAN, K. R.; NEWMAN, W. H. Bases of Interorganizational Co-operation: Propensity, Power, Persistence. Journal of Management Studies, v. 27, n. 4, p. 417-434, 1990.

HEARN, G.; PACE, C.. Value-creating ecologies: understanding next generation business systems. foresight, 8(1). . P. 55-65, 2006

HEATON, A. H. Optimizing care and case management for colorectal cancer patients. 2007. Disponível em <

- http://utasip.com/files/articlefiles/pdf/ASP_4_10p294_300.pdf> Acesso em: 01 Out. 2015
- HOFFMANN, W. H. Strategies for Managing a portfolio of Alliances. *Strategic Management Journal*, v. 28, p. 827–856, 2007.
- HOLMBERG, S. R.; CUMMINGS, J. L. Building Successful Strategic Alliances. *Long Range Planning*, v. 42, p. 164-193.2009.
- IANSTITI, M. ; LEVIEN, R. Strategy as ecology. *Harvard Business Review* 82 (9). p. 77–109. 2004.
- IANSTITI, M.; RICHARDS,G.L. The information technology ecosystem: structure, health, and performance. *The Antitrust Bulletin* 51 (1), 2006.
- INCA. Ações de detecção do câncer. 2015. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_deteccao.pdf> Acesso em: 1 Out. 2015
- KAISER PERMANENTE. Health care costing and the Kaiser Pyramid. Disponível em: <<http://minney.org/health-care-costing-and-kaiser-pyramid>> Acesso em: 12 Out. 2015
- KIRSTEN, W.; KARCH, R. C. Global Perspectives in Workplace Health Promotion. Jones and Bartlett Learning. 2012.
- KOGUT, B. Joint Ventures: Theoretical and Empirical Perspectives. *Strategic Management Journal*, v. 9, p. 319-332, 1988.
- MACDONALD, P. A.; MECKLENBURG, R. S; MARTIN, L. A. The Employer-Led Revolution in Health Care. *Harvard Business Review*. 2015
- MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.
- MICUCCI, S.; THOMAS, H. The effectiveness of multi-faceted health promotion interventions in the workplace to reduce chronic disease. *Effective Public Health Practice Project*, 2007.
- MOORE, J.F. Predators and prey: a new ecology of competition. *Harvard Business Review* 71(3),p. 75–86. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf> . 2010. Acesso em: 12 Out. 2015

PARTNERING RESOURCES. Mapping Business Ecosystems. Disponível em: <<http://partneringresources.com/wp-content/uploads/Tool-Ecosystem-Mapping-Short-Format.pdf>>. Acesso em: 01 Out. 2015.

PESQUISE MEDICAMENTOS. Pesquise e compre medicamentos online. Disponível em: <<http://www.pesquisemedicamentos.com.br/site/medicamentos>> Acesso em: 15 Set. 2015

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review. 2004.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business Press. p. 284. 2006

PORTER M.; KELLOGG M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada(RISAI). Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=rissai>> Acesso em: 12 Out. 2015

QUÉSIA, R. S. C. R. T.; KAMIMURA, P.. Gestão Em Saúde Corporativa: Absenteísmo e Presenteísmo. UNITAU. 2012

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TEISBERG E. O.; PORTER, M. E.; BROWN, G. B. Making Competition in Health Care Work. Harvard Business Review. 1994.

TILLMAN, C. A. D. C. Modelo de sistema integrado de gestão da qualidade para implantação nas unidades de beneficiamento de sementes. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

TORRÈS-BLAY, O.. Economie d'entreprise: organisation, stratégie et territoire. Economica. 2010.

- TRAVASSOS C; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F.. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*; (11) 4: 975-986. 2006.
- VALOR ECONÔMICO, Plano de saúde deve ter reajuste de 18%. Disponível em <<http://www.valor.com.br/empresas/3913716/plano-de-saude-deve-ter-reajuste-de-18>> Acesso: 31 Ago 2015
- WELDON, C. W. Fix the Health Care Crisis, One Employee At a Time. *Harvard Business Review*. 2011.
- YU, J., LI, Y., & ZHAO, C. Analysis on Structure and Complexity Characteristics of Electronic Business Ecosystem. *Procedia Engineering*, 15, 1400-1404. 2011.
- ZHU, F., & IANSITI, M. Dynamics of platform competition: Exploring the role of installed base, platform quality and consumer expectations: Division of Research, Harvard Business School. 2007.