

MODELO DE GESTÃO SUSTENTÁVEL EM SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DE UMA EMPRESA DE PAPEL E CELULOSE

Camila Batistella - USP FEA

Ana Cristina Limongi França - Universidade de São Paulo - FEA - EAD - MPE

Marcelo Caldeira Pedroso - Antonio Carlos de Campos Pedroso e Therezinha Maria Caldeira Pedroso

Resumo

O objetivo deste relato técnico é descrever a experiência de sucesso na gestão de saúde suplementar de uma empresa do ramo de papel e celulose. Através de um trabalho de revisão de processos, análise de dados baseada em implementação tecnológica e treinamento de uma equipe específica dentro da área de Recursos Humanos (RH), foi possível adaptar o modelo de gestão para atuar na prevenção dos pacientes com doenças crônicas, eliminando continuamente os desperdícios do sistema e criando uma rede de referência e parceiros estratégicos. Tais ações impactaram positivamente nos indicadores chaves de saúde da companhia, como o VCMH, que se refere a variação dos custos médicos e hospitalares, e também ampliou o atendimento assistencial. O projeto levou um ano e envolveu todos os profissionais da área de benefícios dentro de Recursos Humanos. O método utilizado foi construído no decorrer do projeto de forma empírica, envolvendo um mapeamento inicial para a identificação do público e da origem das informações, seguido pelo redesenho dos processos e estendendo para um sistema de tecnologia da informação. As reflexões apresentadas no relato remetem a várias conclusões, dentre elas, a evidência de que a parceria entre a iniciativa privada e os indivíduos beneficiários da saúde suplementar pode gerar um efeito catalisador no sistema rompendo a bolha dos gastos com planos de saúde no Brasil. Palavras-Chave: Gestão da saúde suplementar. Modelos de negócios. Inovação disruptiva.

MODELO DE GESTÃO SUSTENTÁVEL EM SAÚDE SUPLEMENTAR: O CASO DE UMA EMPRESA DE PAPEL E CELULOSE

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever a experiência de sucesso na gestão de saúde suplementar de uma empresa do ramo de papel e celulose.

Através de um trabalho de revisão de processos, análise de dados baseada em implementação tecnológica e treinamento de uma equipe específica dentro da área de Recursos Humanos (RH), foi possível adaptar o modelo de gestão para atuar na prevenção dos pacientes com doenças crônicas, eliminando continuamente os desperdícios do sistema e criando uma rede de referência e parceiros estratégicos. Tais ações impactaram positivamente nos indicadores chaves de saúde da companhia, como o VCMH, que se refere a variação dos custos médicos e hospitalares, e também ampliou o atendimento assistencial.

O projeto levou três anos, considerando os estudos iniciais sobre o consumo de saúde até a execução do plano, e envolveu todos os profissionais da área de benefícios dentro de Recursos Humanos. O método utilizado foi construído no decorrer do projeto de forma empírica, envolvendo um mapeamento inicial para a identificação do público e da origem das informações, seguido pelo redesenho dos processos e estendendo para um sistema de tecnologia da informação.

As reflexões apresentadas no relato remetem a várias conclusões, dentre elas, a evidência de que a parceria entre a iniciativa privada e os indivíduos beneficiários da saúde suplementar pode gerar um efeito catalisador no sistema rompendo a bolha dos gastos com planos de saúde no Brasil.

Palavras-Chave: Gestão da saúde suplementar. Modelos de negócios. Inovação disruptiva.

Abstract

The objective of this essay is to describe the successful experience in the healthcare management of a pulp and paper company.

Through a management review process, data analysis through technological implementation and training of a specific team within the area of Human Resources (HR), it was possible to adapt the management model to act in the prevention for patients with chronic diseases, eliminating the system's waste and creating a network of reference and strategic partners. These actions had a positive impact on the company's key health indicators, such as the VCMH, which refers to changes in medical and hospital costs, and also expanded care.

The project took three years and involved all professionals in the benefits area within Human Resources. The method used was built in the course of the project in an empirical way, involving an initial mapping for the identification of the public and the origin of the information, followed by the redesign of the processes and extending to an information technology system.

The reflections presented in the report refer to several conclusions, among them, the evidence that the partnership between the private initiative and the individuals benefiting from



supplementary health can generate a catalytic effect in the system, breaking the bubble of health care spending in Brazil.

Keywords: Healthcare management, Business Model, Disruptive Innovations.

1. Introdução

Segundo Varella (2016), o sistema de saúde no Brasil se divide em duas áreas: o sistema único de saúde (SUS), no qual 150 milhões de pessoas usufruem, ou seja: $\frac{3}{4}$ da população, e a chamada saúde suplementar, aquela que se refere aos planos de saúde, na qual 50 milhões de pessoas tem acesso.

Em seu canal no youtube, Varella (2016), afirma que a saúde suplementar está numa situação complicada, pois se por um lado o usuário acredita que paga altos valores em mensalidade e é mal atendido, por outro lado os médicos acreditam que esse paciente não o acessa por preferência, mas sim por que aquele médico é um conveniado do plano e o paciente não tem outra alternativa. O médico ainda acredita ser mal remunerado pelo plano de saúde, tendo que atender o maior número de pacientes possíveis para ganhar em volume, resultando na baixa qualidade deste atendimento. Os planos de saúde, por sua vez ficam insatisfeitos com os médicos pois julgam que estes solicitam exames demais aos pacientes, onerando o plano em custos extras. Os planos de saúde também ficam insatisfeitos com os usuários (pacientes) pois estes pleiteiam tratamentos que não estão previstos nos contratos e quando são negados vão à justiça, entram com uma liminar e o plano é obrigado a pagar a conta.

Mesmo diante de tanta complexidade, acredita-se que há solução para o cenário caótico em que se encontra a saúde suplementar no Brasil. A saída pode estar na iniciativa privada. Conforme descrito no presente relato, a visão empreendedora de uma equipe de recursos humanos, resultou na inovação disruptiva dos processos de gestão de saúde da empresa, trazendo inúmeros benefícios tangíveis e intangíveis. A inovação disruptiva ou inovação de ruptura, segundo Christensen (2009) consiste em três elementos. O primeiro é um capacitador tecnológico: normalmente, uma tecnologia sofisticada cujo propósito é simplificar. Ele rotiniza a solução de problemas que antes exigiam processos intuitivos não-estruturados para serem resolvidos. O segundo elemento é uma inovação no modelo de gestão, que oferece aos participantes do processo essas soluções simplificadas de modo lucrativo e capaz de torná-las disponíveis e convenientemente acessíveis. O terceiro é o surgimento de uma cadeia de valor inteiramente nova, um sistema comercial, constituído por empresas com modelos econômicos disruptivos que se reforçam mutuamente.

O caso de modelo de gestão sustentável de saúde suplementar em uma empresa do ramo de Papel e Celulose pode ser utilizado como exemplo de inovação disruptiva.

Segundo relato do gestor de saúde, esse projeto teve o objetivo de preparar a empresa para o crescimento orgânico em termos de gestão da saúde, criando um programa de prevenção robusto para minimizar o risco em ter um público de colaboradores com saúde deficiente e profissionalizando a equipe através de um sistema de autogestão que consiga prever situações críticas que levariam ao alto gasto dos planos de saúde disponíveis na empresa.

2. Um pouco mais sobre a gestão em saúde

A saúde é considerada por muitos especialistas como o setor de maior complexidade de gestão na atualidade. Pedroso (2011), discorre sobre as questões que o caracterizam, as quais comentamos a seguir:

1. O escopo de saúde: Perspectiva positiva (bem-estar físico, mental e social) e perspectiva patológica;

2. Consumo de saúde: Em geral o consumidor não deseja o produto/ serviço. O consumo de saúde pode ser tratado como investimento e não despesa. O gasto pode ser muito desproporcional a condição financeira do paciente (em caso de acidentes);
3. Impacto na vida: Afeta diretamente a qualidade de vida do indivíduo;
4. Relevância social: A saúde é essencial aos indivíduos. Alguns acreditam que deveria ser provido pelo estado, outros acreditam que deveria ser a iniciativa privada;
5. Relevância econômica: Os gastos com saúde são relevantes para o país e em geral, enfrentam desperdícios;
6. Setor intensivo em conhecimento: O médico e o paciente têm diferentes níveis de acesso à informação e conhecimento, isso traz certa vulnerabilidade ao paciente;
7. Cadeia de valor fragmentada: Envolve diferentes agentes nas atividades de decisões, como por exemplo: médicos, consumidores e pacientes, governos e operadoras de saúde e indústria.

Dentre essas questões, a que gostaria de ressaltar é a que trata sobre a diferença de conhecimento entre o paciente e o médico. O paciente vai para uma consulta esperando ter um atendimento que o favoreça e priorize a sua saúde em frente a outras conveniências, como por exemplo a agenda do médico ou o faturamento do plano de saúde. Porém, por conta da sua ignorância quanto a área da medicina tratada, fica à mercê da opinião daquele médico. Isso tem impacto financeiro para a organização que custeia o plano de saúde e em partes ao próprio indivíduo quando da coparticipação do plano.

É sabido que erros médicos acontecem a todo momento. Esse é um agravante crítico em que as pessoas não prestam muita atenção. Makary (2012) alerta sobre o fato de que os hospitais não divulgam indicadores que seriam importantes para a decisão do paciente na escolha daquele hospital, como por exemplo: ranking de infecções, readmissões de pacientes, complicações nas cirurgias. Para a autora, muitas vezes as pessoas não sentam num restaurante que não tenha uma boa recomendação em sites especializados, mas quando vão a um hospital se abstém de tais informações.

O Instituto de medicina dos EUA mostra que ocorrem em média 98 mil mortes por ano no país, causadas por erros médicos, já o New England Journal of Medicine aponta que 25% dos pacientes hospitalizados são prejudicados por erros médicos (MAKARY, 2012).

O paciente fica completamente dependente do diagnóstico médico, o que pode significar, muitas vezes, um risco alto a sua própria vida. Por isso a importância em se ter um médico de confiança, que possa lhe sugerir uma segunda opinião.

A informação em saúde é uma das dimensões principais do presente relato. Segundo Pedroso (2011), um adequado processo de captação, tratamento e disponibilização da informação em saúde, nos três níveis: sistema de saúde, organizações de saúde e indivíduos, pode aumentar a eficiência e agilidade do sistema de saúde como um todo.

A tecnologia é algo que vem para agilizar e organizar essa informação, e se por um lado ela permite que os dados se transformem em informação, contribuindo para a identificação de fatores que elevam os custos na saúde, por outro lado é a mesma tecnologia que encarece os procedimentos médicos. Médici (2010) comenta que países como a Inglaterra, se baseiam cada vez mais em evidência clínica e em estudos de custo-efetividade para definir se e quando incorporar novas tecnologias médicas que invadem diariamente o mercado de saúde.

3. A empresa e o cenário em 2010

Dados extraídos da página oficial da Companhia, descrevem-na como uma empresa de base florestal, que opera no segmento de celulose de eucalipto, comercializada em 31 países, e papel, vendido em mais de 60 países. É também uma das maiores produtoras globais de celulose de eucalipto e está entre as maiores de celulose do mercado.

Com sede administrativa em São Paulo e cinco unidades industriais no Brasil a empresa conta com aproximadamente 8.000 colaboradores diretos e 11.000 prestadores de serviços. No exterior, mantém um escritório comercial na China e subsidiárias nos Estados Unidos, Suíça, Inglaterra e Argentina.

Segundo o gestor de saúde da empresa, em 2010, a empresa contava com 6.000 colaboradores, 14.000 vidas (ativos), 3.000 aposentados e com um hospital próprio, contando com 15 leitos e duas semi-intensivas. Havia três modelos de gestão da saúde: Seguro saúde, medicina de grupo e auto-gestão (hospital próprio). Em 2010, 52% do consumo de saúde estava concentrado 1,7% de vidas (379 pessoas), que consumiam individualmente mais de R\$ 10 mil por ano.

Quanto a metodologia utilizada, destaca-se que uma das autoras do relato, é gestora da conta de despesas do grupo, portanto os dados são primários oriundos de pesquisa participante.

4. A Oportunidade e as ações realizadas

Nesse mesmo ano, a empresa sentiu a necessidade de avaliar profundamente o seu modelo de saúde, por várias razões, dentre elas: a evolução dos custos médico-hospitalares acima da inflação econômica, o conhecimento superficial sobre o consumo de saúde de seus colaboradores, rede de atendimento deficiente, com reclamações dos colaboradores provenientes de lugares remotos, logística assistencial complexa em estados da região nordeste.

As ações realizadas para a execução do plano foram baseadas em intervenções em três pilares: processos, tecnologia e pessoas. No que tange a processos, foi aplicada a metodologia Seis Sigma com o objetivo de entender o comportamento do consumo de saúde. Segundo Wikipédia, Seis Sigma é definido pelo conjunto de práticas desenvolvidas para maximizar o desempenho dos processos dentro da empresa, eliminando os seus defeitos e as não conformidades de acordo com especificações definidas. Paralelamente no viés da tecnologia, foi desenvolvido um algoritmo (com o apoio de uma consultoria especializada) que evidencia o consumo de saúde e mostra extratos que permitem o mapeamento desse ambiente complexo. E finalmente no que diz respeito a pessoas, foi criada um subsistema dentro de recursos humanos dedicado à gestão de processos.

5. Melhorias após a implantação do novo modelo

As mudanças ocorridas após a execução do projeto foram muito significativas. Uma mudança que impactou os colaboradores mais do que profissionalmente, mas também

pessoalmente. E quanto aos impactos na empresa, principalmente reduzindo custos e na retenção de seu pessoal. Vejamos a seguir o que aconteceu na prática, baseado no relato do gestor de saúde da empresa:

1. Compartilhamento de decisões (exceto nos casos de urgência e emergência): Todas as ocorrências de alto custo passaram a ser avaliadas por um conselho médico da Empresa. Essa avaliação acontece depois da avaliação prévia feita pela operadora. Esse conselho é formado por médicos da empresa e auditoria médica contratada. O objetivo dessa ação é revisar e auditar custos, acompanhamento das internações de longa permanência, necessidade de uso OPME (órteses, próteses e materiais especiais). Alguns exemplos de cirurgias de alta complexidade: ortopedia, cardiologia, neurologia, bucomaxilo e demais procedimentos com utilização de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais).

2. Avaliação de internação domiciliar: Foco nos casos de internação de longa permanência. Passaram a olhar esses casos e avaliar quais poderiam ser transformados em home care. Nessa parte do processo há a humanização do tratamento médico.

3. Acompanhamento de crônicos: Foi realizado o mapeamento de saúde de todos os colaboradores e seus dependentes com o objetivo de conhecer, em detalhes, como estava a saúde do público da empresa. Foram enviados 14.584 questionários e houve o retorno de 11.681 pessoas, o que significa que pôde-se conhecer 80% das vidas. Em paralelo, as informações levantadas foram confrontadas com os dados do algoritmo e chegou-se aos pacientes com doenças crônicas. Por doenças crônicas, entende-se: diabetes, hipertensão, doenças coronarianas, oncológicas, reumatológicas, pulmonares, etc. Foi contratada uma empresa especializada em acompanhamento de crônicos. Na prática, isso significa promoção de saúde para o colaborador e investimento nos casos mais críticos, que impactam mais significativamente o custo. Atualmente, há 124 pacientes crônicos participantes em acompanhamento. Nos últimos 12 meses, estes pacientes consumiram saúde com um custo médio de 22% menor, sendo que 21% deles foram gastos em consultas e 28% em internações. Nos exames de diagnósticos, houve um aumento 11%, que acompanhou a variação dos custos médios hospitalares (VCMH).

4. Profissionalização do sistema de autogestão da Bahia: Até 2010, a rede de atendimento médico dos colaboradores no Sul da Bahia tinha sua gestão no próprio RH da empresa (funcionava como uma operadora de plano de saúde). Com a necessidade de ampliar a rede de atendimento, passou-se a gestão para um parceiro (Hospital Sepaco), com expertise para fazer as melhorias necessárias e atender a demanda do público interno.

5. Investimento em outras frentes: Com as medidas de racionalização dos investimentos, foi possível oferecer outros serviços (avaliação caso a caso) que antes não estavam no radar. Um exemplo é a remoção aérea de casos graves, internação domiciliar, transferências de cirurgias de alta complexidade para São Paulo, com médicos especialistas de referência.

5. Conclusões

As reflexões apresentadas no relato remetem a várias conclusões, dentre elas, a evidência de que a parceria entre a iniciativa privada e os indivíduos beneficiários da saúde

suplementar pode gerar um efeito catalisador no sistema rompendo a bolha dos gastos com planos de saúde no Brasil. Soa ousado? Talvez sim, mas de fato, mostrar o caso com evidências e resultados tangíveis, pode sim servir como inspiração/ *benchmarking* para outras empresas do setor, bem como de outros setores, e assim maximizar o efeito sobre o sistema brasileiro. Vejamos os resultados a seguir.

Como primeiros resultados apurados pós implementação do novo modelo apresenta-se a variação dos custos médios da empresa que em 2011 com relação a 2010 foi de +2%, enquanto o IESS (Instituto de Estudos Saúde Suplementar) apresentou índice de + 12,9% para o mesmo período. Um ganho de 10,9% pontos percentuais.

No ano seguinte, em 2012, a variação dos custos médios da empresa em relação a 2011 foi de +6,3% acompanhando o IPCA, enquanto o IESS apresentou índice de + 15,4% para o mesmo período. Como se pode observar, o projeto mostrou ganhos nos primeiros anos pós implementação.

O grande resultado foi mensurado cinco anos após a implantação. A economia de 28 milhões de reais, a qual pode ser representada pela figura 1, mostra o tamanho do sucesso, considerando uma representatividade de 39% na conta de despesas prevista com plano de saúde, em 2017. Na figura há uma comparação entre a taxa de variação dos custos médicos hospitalares da Empresa versus o VCMH do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

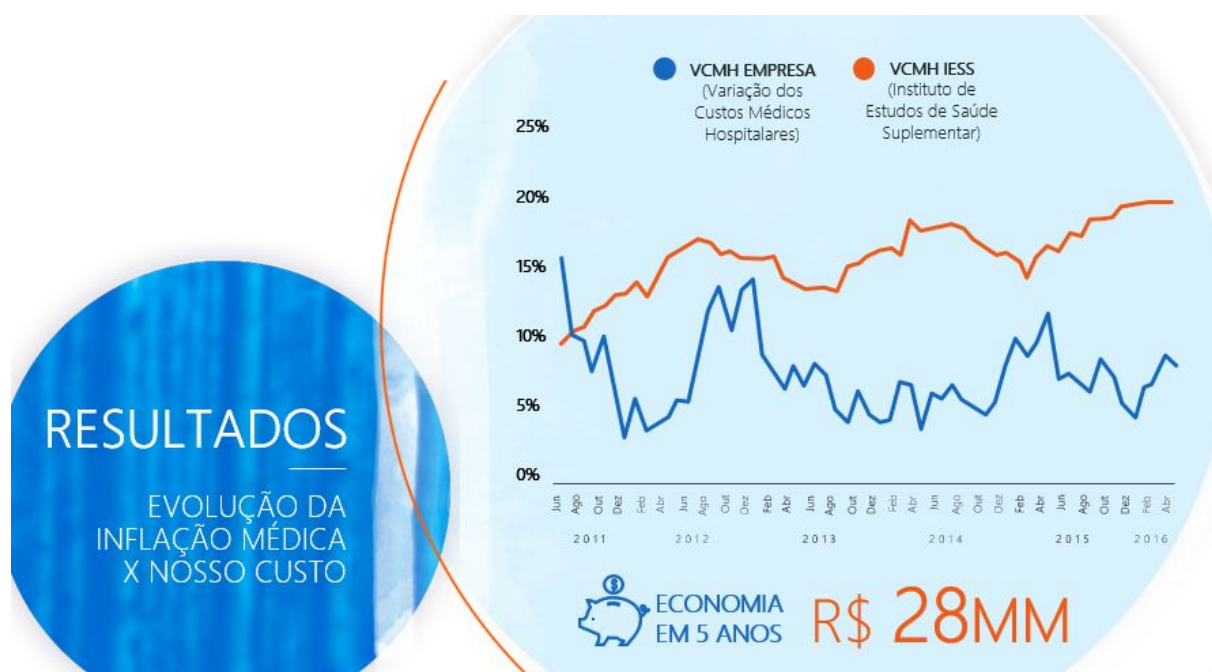


Figura 1: elaborada pelo autor.

Após o processo, ficaram algumas lições aprendidas. Essas se mostraram decisórias para a gestão eficiente do modelo de saúde:

- ✓ Construir uma relação de transparência e assim ampliar o controle da operadora de planos de saúde;

- ✓ Revisar periodicamente o modelo de elegibilidade do plano;
- ✓ Criar sempre uma “nova condição” para garantir viabilidade do desenho de plano para o futuro e evitar sempre o desperdício;
- ✓ Agir o mais rápido possível, quando são detectadas as situações críticas dos pacientes.

Uma transformação disruptiva como esta deixou uma nova mentalidade, a qual a empresa persegue e que está baseada em ações como: reduzir continuamente os desperdícios a fim de eliminá-los, manter uma relação de confiança com os parceiros e ter um médico de família em cada uma das unidades.

Mesmo diante de resultados significativos e satisfatórios ainda há o que ser melhorado. A gestão de crônicos, por exemplo teve uma baixa considerável como pode-se observar na figura 2, porém ainda está no radar da companhia como um ponto a ser melhorado.

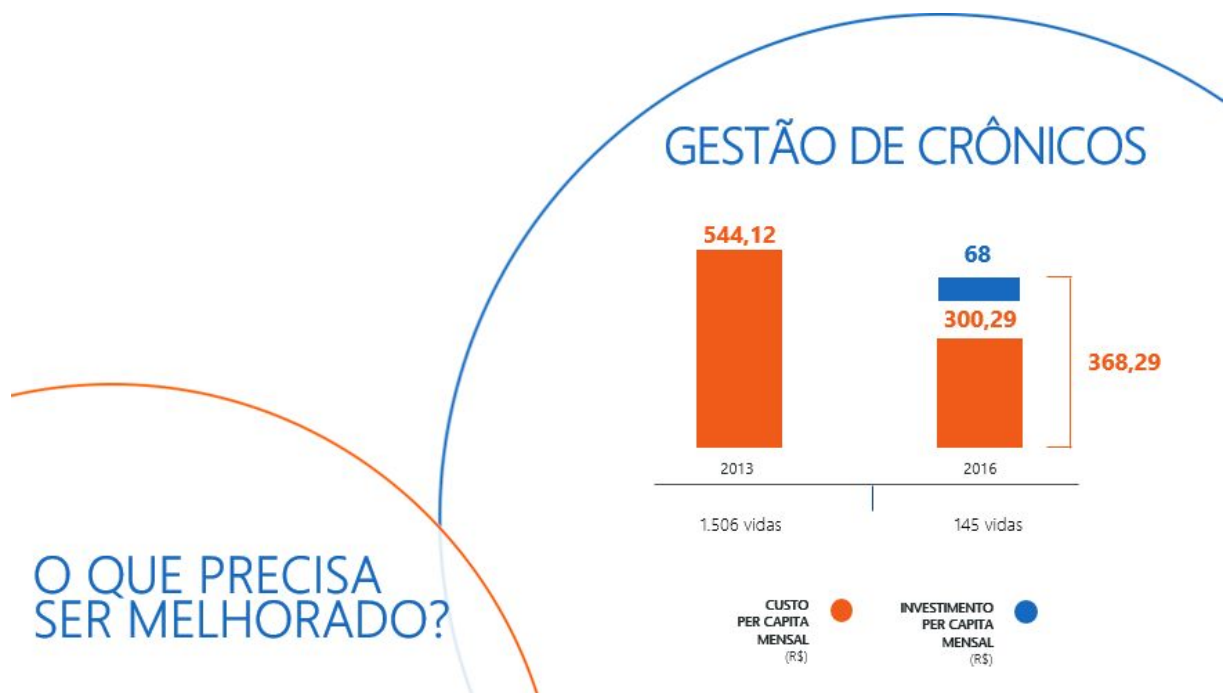


Figura 2: elaborada pelo autor

Gostaria de encerrar com uma imagem que mostra uma comparação entre os cenários, pré e pós implementação. Na figura 3, ficam claros os ganhos, por classificação de riscos, tanto no que diz respeito ao percentual de vidas que tem necessidade de utilização da assistência médica, quanto ao custo em reais para atendê-las. Se considerarmos um VCMH de mercado de aproximadamente 22% a.a., o não aumento de gastos, entre 2010 e 2015, é impactante.



Figura 3: elaborada pelo autor

6. Referências Bibliográficas

CHRISTENSEN, C. M.; BOHMER, R.; KENAGY, J. Will Disruptive Innovations Cure Health Care? **Harvard Business Review**, Boston, Setembro-Outubro 2000. 102-111.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na Gestão da Saúde: Soluções Disruptivas para reduzir custos aumentar qualidade**. 2 ED. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, A. C. L.; **Psicologia do Trabalho: Psicossomática, Valores e Práticas Organizacionais**. São Paulo: Saraiva, 2008.

MAKARY, M. How to Stop Hospitals From Killing us. **The Wall Street Journal**, Nova York, 21 Setembro 2012.

MEDICI, A. **Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde**. Brasil: a nova agenda social. , Rio de Janeiro, 2011. 23-93.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. **As quatro dimensões competitivas da Saúde**. Harvard Business Review, Boston, Março 2011. 58-67.

SEIS Sigma. In: **Wikipédia: a enciclopédia livre**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Seis_Sigma>. Acesso em: 01 Ago 2017.

VARELLA, D. **Raio X: Saúde no Brasil**. Youtube. 21 abr. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4p_FK3ek29w>. Acesso em: 01 Ago 2017.