



BEECORP
BEM ESTAR CORPORATIVO

O RETORNO DO INVESTIMENTO EM PROGRAMAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM EMPRESAS BRASILEIRAS

EDUARDO ARANTES

SÃO PAULO – SP – 24/10/2017

OS INVESTIMENTOS EM
PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA
SEGURANÇA, SAÚDE E BEM
ESTAR DÃO RETORNO
FINANCEIRO PARA AS EMPRESAS,
GOVERNO E SOCIEDADE?



ALÉM DAS QUESTÕES DE ESPORTE, SST e BEM ESTAR...

ESTAMOS PREOCUPADOS COM PERDA DE CAPITAL

- **PERDA DE PATRIMÔNIO** QUANDO OCORREM ACIDENTES, REPAROS, MANUTENÇÃO, ETC
- **AUMENTO DO VALOR DO SEGURO** PARA PLANOS DE SAÚDE
- **AUMENTO DE ALÍQUOTAS DE PAGAMENTO DO RAT** (NTEP/FAP)
- **CUSTOS COM O RECRUTAMENTO E TREINAMENTO** PARA SUBSTITUIÇÃO DO AFASTADO
- **CUSTOS COM BUROCRACIA DA GESTÃO** DO AFASTAMENTO
- **CUSTOS COM MULTAS, INDENIZAÇÕES**



ALÉM DAS QUESTÕES DE ESPORTE, SST E BEM ESTAR...

ESTAMOS PREOCUPADOS COM PERDA DE CAPITAL

- REDUÇÃO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS E ACIDENTES
- REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE ACIDENTES E DO
- DININUIÇÃO DO TURNOVER
- DIMINUIÇÃO DO USO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO E PÚBLICO
- AUMENTO DA PRODUTIVIDADE
- REDUÇÃO DE PERDAS POR PRESENTEÍSMO
- MELHORIA DA IMAGEM DO SETOR
- ATRAÇÃO, ENGAJAMENTO E RETENÇÃO

1º PASSO - CUSTO TOTAL ESTIMADO

CUSTO MÉDICO

- Previsão de incidência da doença
- Custo médio médico da doença para diagnóstico, tratamento e reabilitação
- CHD: Diretor x Aux. Limpeza

OUTROS CUSTOS ECONÔMICOS

- Recrutamento, seleção e treinamento
- Relocação
- Indenizações
- Salário suplementar pago por hora extra
- Custos trabalhistas, previdenciários e tributários

CUSTOS DE PRODUTIVIDADE

- Previsão de incidência da doença
- Quantidade média de dias perdidos
- Custo médio do dia perdido

DADOS DOS PROGRAMAS

- Redução do Risco Cardíaco
- Desenvolvimento Comportamental
- Imunização
- Participação, Adesão e Sucesso

• **ROI, VPL, TIR**



DOENÇA CORONARIANA

Programa de redução do risco cardíaco

Nº de funcionários atendidos pelo programa	845 por ano
Custo do programa	R\$ 270.000,00
Ganhos médicos	R\$ 281.996,00
Ganhos econômicos	R\$ 287.080,00
ROI	R\$ 1,62
VPL	R\$ 299.076,62
TIR	62,50%

TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL

Programa de desenvolvimento comportamental	
Nº de funcionários atendidos pelo programa	295
Custo do programa	R\$ 265.743,00
Ganhos médicos	R\$ 291.783,51
Ganhos econômicos	R\$ 1.360.815,26
ROI	R\$ 5,22
VPL	R\$ 1.220.808,02
TIR	522%

GRIFE

Programa de imunização	
Nº de funcionários atendidos pelo programa	894
Custo do programa	R\$ 36.067,71
Ganhos médicos	R\$ 162.807,28
Ganhos econômicos	R\$ 227.422,72
ROI	R\$ 3,50
VPL	R\$ 118.879,92
TIR	350.50%

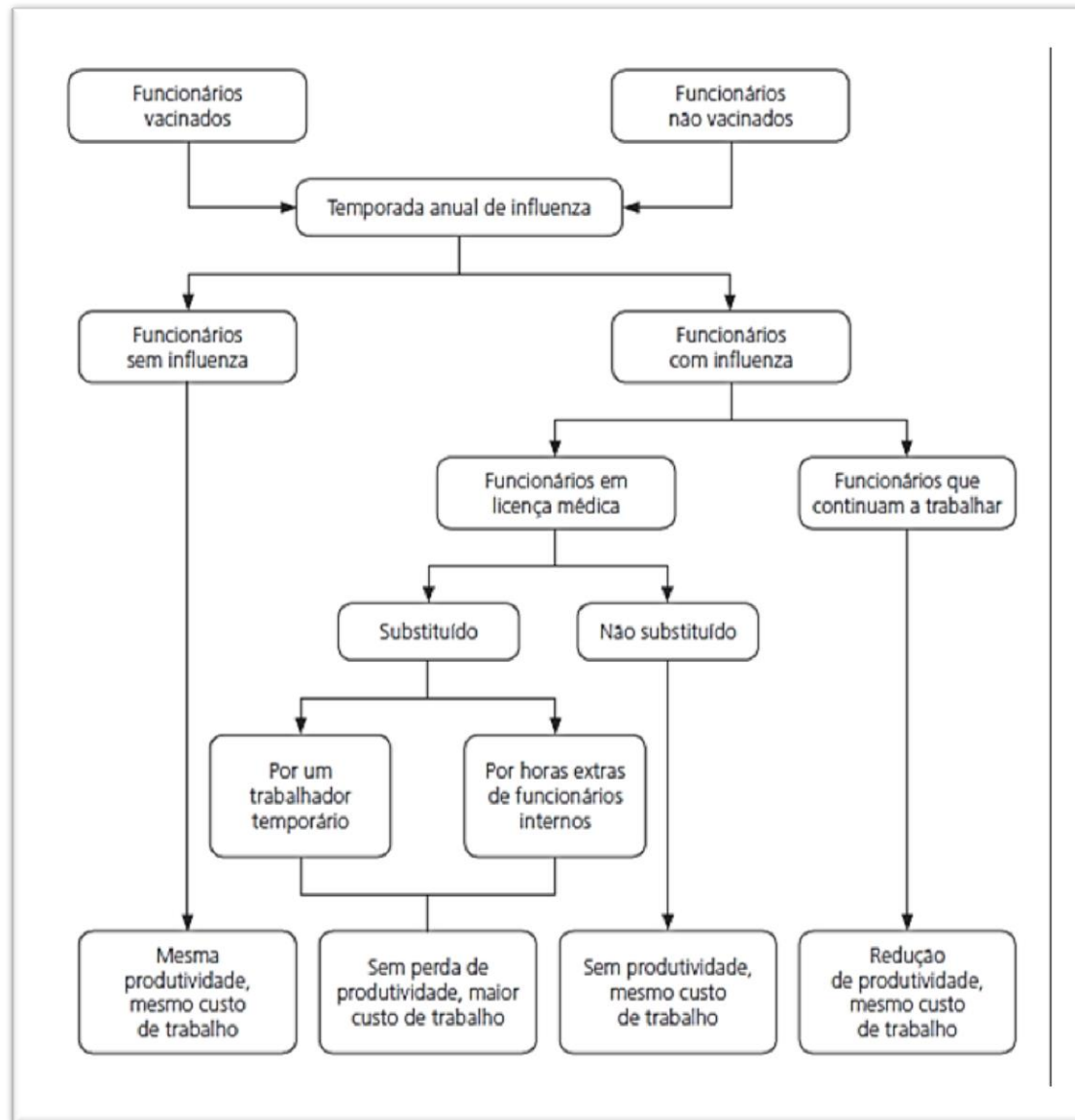
GRIFE - FLUXOGRAMA DE CÁLCULOS



AValiação DO IMPACTO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A GRIPE NA PRODUTIVIDADE DOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA BRASILEIRA

Resultado da campanha realizada em 2013 nas empresas contribuintes do SESI

Avaliação do impacto da campanha de vacinação contra a gripe na produtividade dos trabalhadores da indústria Brasileira : resultado da campanha realizada em 2013 nas empresas contribuintes do SESI / Serviço Social da Indústria. — Brasília : SESI/DN, 2014.



REVISÃO DA LITERATURA - CUSTOS MÉDICOS

Fonte: Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention Summary of the scientific evidence - 2000 to 2006

Variação Percentual no Absenteísmo por doença

Aldana 2005	-20
Baun 1996	-33,4
Bertera 1990	-14
Bertera 1993	-24
Blair 1986	-24
Bowne 1984	-20,1
Chapman 2005	-49,1
Conrad 1990	-16,3
Fries 1993	-35,2
Fries 1998	-23,3
Golaazewabi 1992	-19
Henritze 1992	-68,2
Jeffery 1993	-22
Jones 1990	-31,6
Knight 1994	-33,5
Lechner 1997	-52,4
Leigh 1992	-12,1
Lynch 1990	-13,8
Maes 1999	-20,8
Pelletier 2004	-33,3
Shi 1993	-11
Shi 1993	-21,7
Shimizu 2003	-35,4

Variação Percentual nos Custos Médicos

Aldana 1993	-16
Aldana 2006	-6,2
Baun 1986	-47,2
Bly 1986	-7,4
Bowne 1984	-45,7
Chapman 2005	-32,4
Dalton 1991	-18,4
Fries 1992	-30,4
Fries 1993	-48,8
Fries 1998	-26,7
Gibbs 1988	-24,2
Goetzel 1998	-32,4
Goetzel 1998	-14,2
Harvey 1993	-50,1
Haynes 1999	-21,7
Hodges 2004	-40,6
Leigh 2004	-32
Lorig 1984	-7,2
Musich 2000	-19,6
Ozminkowsky 1999	-41
Ozminkowsky 2000	-9,7
Sciacca 1993	-12
Serxner 2001	-16
Shepard 1992	-34,5
Shi 1993	-9
Shi 1993	-29,4

Figura 1. Percentual de alterações nos custos com absenteísmo (esquerda) e custos médicos (direita) observados nos estudos de intervenção e promoção da saúde nos locais de trabalho (Chapman 2005).

1^{as} CONSIDERAÇÕES



- Sem **RESULTADOS**, o comprometimento com ações de SSTBE pode não acontecer...
- Sem **COMPROMETIMENTO**, o apoio não será forte...
- Sem **APOIO**, não haverá envolvimento...
- Sem **ENVOLVIMENTO**, os resultados são mínimos!

1^{as} CONSIDERAÇÕES

- O uso do ROI tem aumentado e já é parte essencial de vários sistemas de mensuração e avaliação
- Não crie expectativas (“pet”)
- ROI mede benefício/custo
- O custo relativo do ROI é moderado/alto
- Valor relativo da informação é ALTO
- Estimar. Precisão tem custo alto. Precisão é para a academia.



CONTEXTOS DE
SEGURANÇA, SAÚDE
E BEM ESTAR NO
TRABALHO

**TODOS OS ADOECIMENTOS ESTÃO RELACIONADOS
COM O TRABALHO**

SEJA NAS CAUSAS

SEJA NAS CONSEQUÊNCIAS



CAUSAS x CONSEQUÊNCIAS

“Doenças Profissionais” e “Acidentes do Trabalho”

Têm relação com condições de trabalho específicas...

“Doenças Relacionadas ao Trabalho”

Têm sua frequência,
surgimento (incidência) ou
gravidade modificados pelo trabalho....

“Doenças Comuns ao Conjunto da População”

Não guardam relação de causa com o trabalho, mas impactam sobre a saúde,
a qualidade de vida e a capacidade de trabalho dos trabalhadores...

CONTEXTOS (1)

- **Intangível:** investimentos em promoção da SST e QV trazem benefícios, além de ser o CERTO e INTELIGENTE a se fazer.
- **Ciclo extremamente perverso e vicioso:** as empresas não tem o conhecimento técnico suficiente para calcular retorno e os profissionais de saúde não tem interesse...

**QUANDO HÁ INTERESSE DE UMA DAS
PARTES, A OUTRA NÃO TEM!**

CONTEXTOS (2)

- **Serviços de SSMAQV:** atividades operacionais de menor relevância, um mal necessário cujos resultados quando mensurados, não se refletiam no desempenho do negócio.
- **A legislação criou um paradigma: SSMA/EHS é custo!**
- As atividades de são vistas como **essencialmente técnica** (administrativa), cuja abordagem principal é o cumprimento do requisito legal, sem maiores considerações em relação aos impactos no resultado...

POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (1)?

- **Perfil Populacional:** envelhecimento e aumento da EV.
- **Perfil epidemiológico:** a redução da mortalidade por DI e o aumento da mortalidade ocasionada pelas DCNT. Maior utilização de serviços médicos.
- **Tecnologia:** novos equipamentos, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, sistemas de apoio à decisão como a TI.

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE:

- Fragmentação da atenção, com prestadores que não se comunicam;
- Baseado no consumo de procedimentos;
- Serviços focados na atenção ao evento agudo e não nas DCNTs;
- Pouco ou nenhum estímulo ao engajamento do usuário;
- Produção e consumo acrítico de novas tecnologias médicas.
- Caráter Educativo x Caráter Tecnológico (High Tech/Low Touch)!

POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (2)?

Perfil Populacional

- Estimativas do IBGE evidenciam que, entre 2000 e 2020, a população de idosos maiores de 60 anos passará de **13,9 para 28,3 milhões**;
- Em 2050, a projeção é de **64 milhões** de idosos e, em 2030, o número de idosos **irá superar o de crianças e adolescentes** em 4 milhões, aumentando para uma diferença de 35,8 milhões em 2050.

EV NO BRASIL EM 2025: 80 ANOS
O BRASIL SERÁ O 6º PAÍS EM NÚMERO DE IDOSOS
COM 32 MILHÕES DE PESSOAS

POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (3)?

Atualização das projeções para a saúde suplementar dos gastos com saúde divulgados no relatório “Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro” – IESS Texto para Discussão nº 57/2016

	2014	PROJEÇÃO I - 2030	PROJEÇÃO II - 2030
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS (MILHÕES)	50,5	59,4	59,4
TOTAL (R\$ BILHÕES)	106,3	165,8	396,4
CONSULTAS (R\$ BILHÕES)	11,5	15,0	19,3
EXAMES (R\$ BILHÕES)	20,6	29,8	33,8
TERAPIAS (R\$ BILHÕES)	5,5	8,7	54,7
INTERNAÇÕES (R\$ BILHÕES)	60,3	99,9	260,3
OSA (R\$ BILHÕES)	8,0	11,7	28,1

POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (4)?

- A pressão sobre os gastos: mudança demográfica + epidemiológica.
- Epidemiológica: DCNT (OM, Circulatórias, Respiratórias, Deficiências Sensoriais, Demência e AVC)

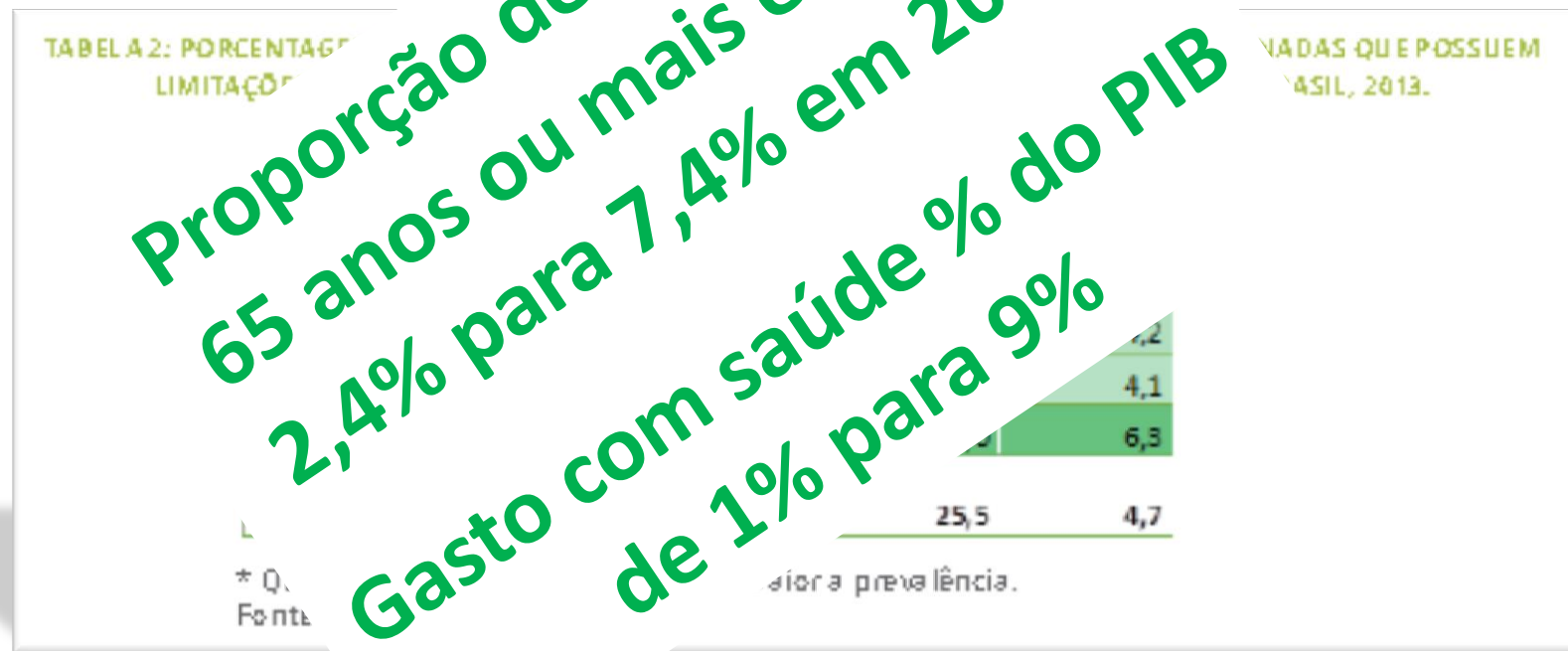
TABELA 1: PREVALÊNCIA* DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS POR FAIXA ETÁRIA (%) – BRASIL, 2013.

Faixa Etária	Diabetes	Hipertensão arterial	Artrite ou reumatismo	Coluna	Câncer	Insuficiência renal crônica	Asma
18 a 29 anos	0,6	2,8	1,3	8,7	0,3	0,5	4,8
30 a 59	5,0	20,6	5,6	19,9	1,3	1,4	4,1
60 a 64	14,5	44,4	14,9	26,6	3,7	2,0	4,3
65 a 74	19,9	52,7	16,0	28,9	5,7	2,9	5,7
75 ou mais	19,6	55,0	19,1	28,5	7,7	3,6	3,8
Prevalência total na população	6,2	21,4	6,4	18,5	1,8	1,4	4,4

* Quanto mais escura a cor da célula maior a prevalência.
Fonte: PNS – IBGE.

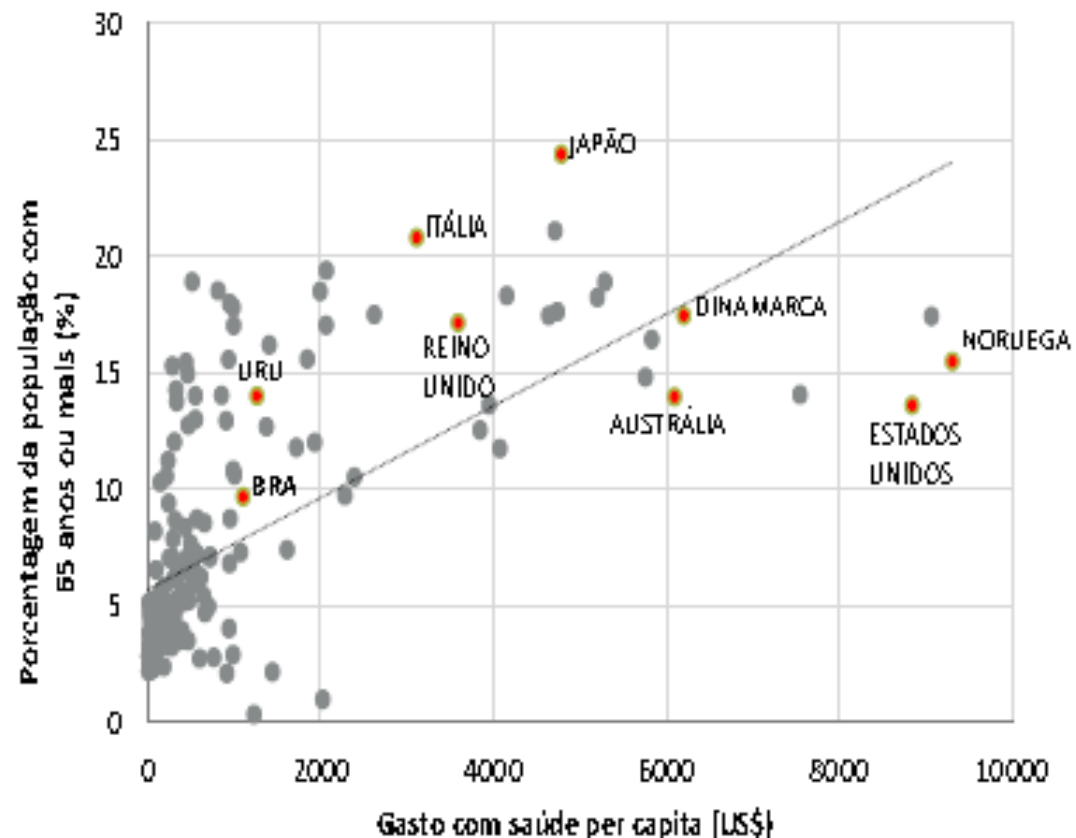
POR QUE O AUMENTO DE CUSTOS COM SAÚDE (5)?

- Nível de incapacitação do idoso
- Produtividade?



POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (6)?

GRÁFICO 2: POPULAÇÃO COM 65 ANOS OU MAIS E GASTO TOTAL COM SAÚDE NOS PAÍSES, 2013.



POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (8)?

RISCO	MUITO BAIXO	BAIXO	MODERADO	ALTO	MUITO ALTO
% de Empregados	50%	25%	20%	4%	1%
% de Custos Médicos	10%	10%	25%	30%	25%

Source: “Seven Ways to Demonstrate ROI: A Sherpa Model”, by Michael Samuelson, MA, Vice President, Health & Wellness Services, Blue Cross and Blue Shield of Rhode Island, Achieving Return on Investment for Wellness Conference, San Diego, October 23-25, 2006

POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (9)?

- Exemplo da Holanda com 17 mi de habitantes e 2,5 mi com + 65 anos.
- Envelhecer de maneira saudável e ativa será o maior desafio do século 21.
- Três prioridades:

1ª Prevenção

2ª Prevenção

3ª Prevenção



POR QUE O AUMENTO DE CUSTO EM SAÚDE (10)?

- **Envelhecimento da População:** projeções de morbidade e demanda por serviços de saúde – Brasil.

DOENÇAS CRÔNICAS*	1998 (% dos habitantes)	2050 (%)
COLUNA	17,4	26,3
DIABETES	2,0	4,1
HAS	10,6	19,8

- CUSTOS SE
- > 65 anos v

DIABETES: 8,9%

OLÓGICO?

5 7,2**.

TEI

HAS 27,5%

!?



VIGITEL 2016

Fonte: *KILSZTAJN, 2003. ** O'Neill e Barry, 2003.

“TEORIA DO POÇO”

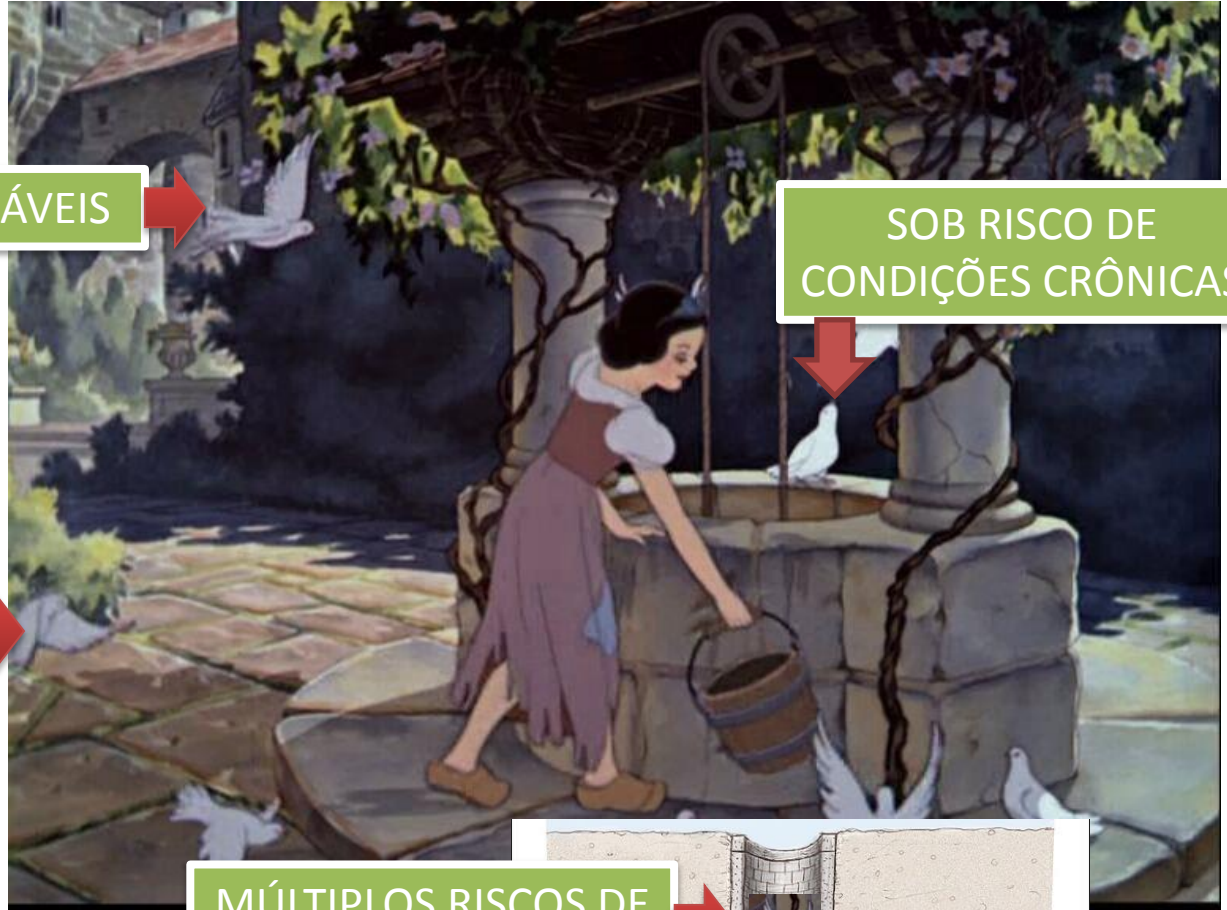
SAUDÁVEIS

SOB RISCO DE
CONDIÇÕES CRÔNICAS

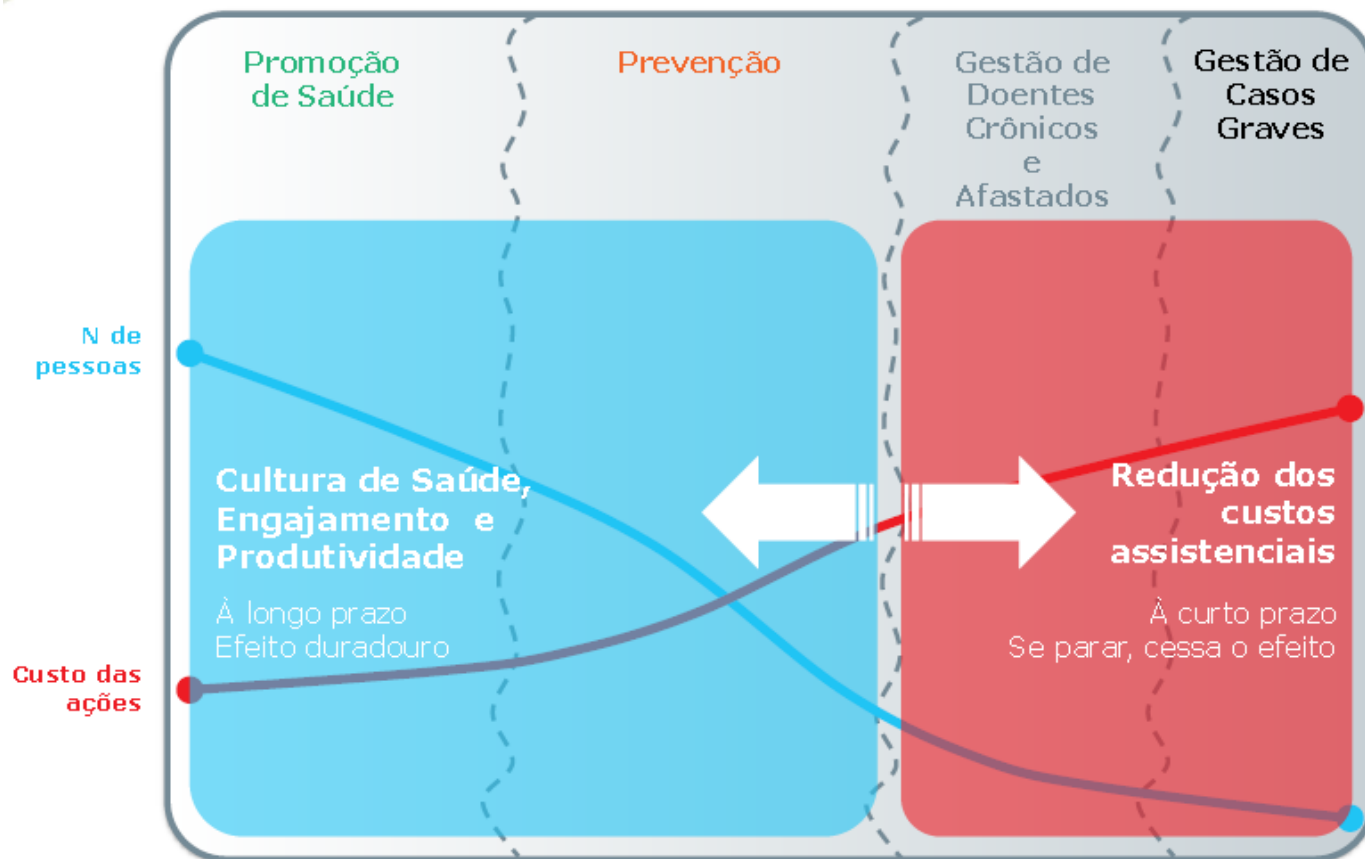
ESTÁVEIS

MÚLTIPLOS RISCOS DE
CONDIÇÕES CRÔNICAS

CONDIÇÕES
CATASTRÓFICAS



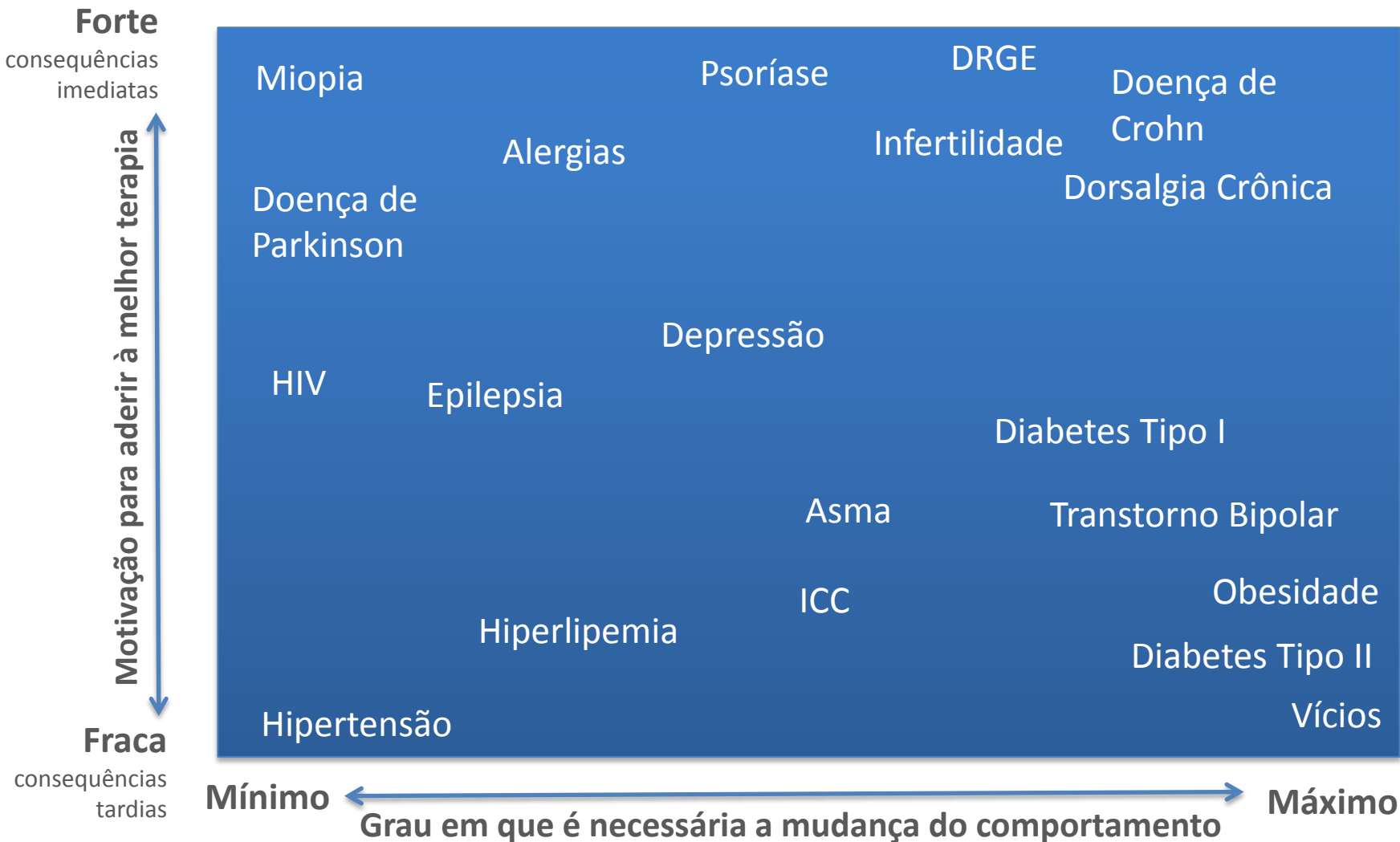
“TEORIA DO POÇO”



CENÁRIOS

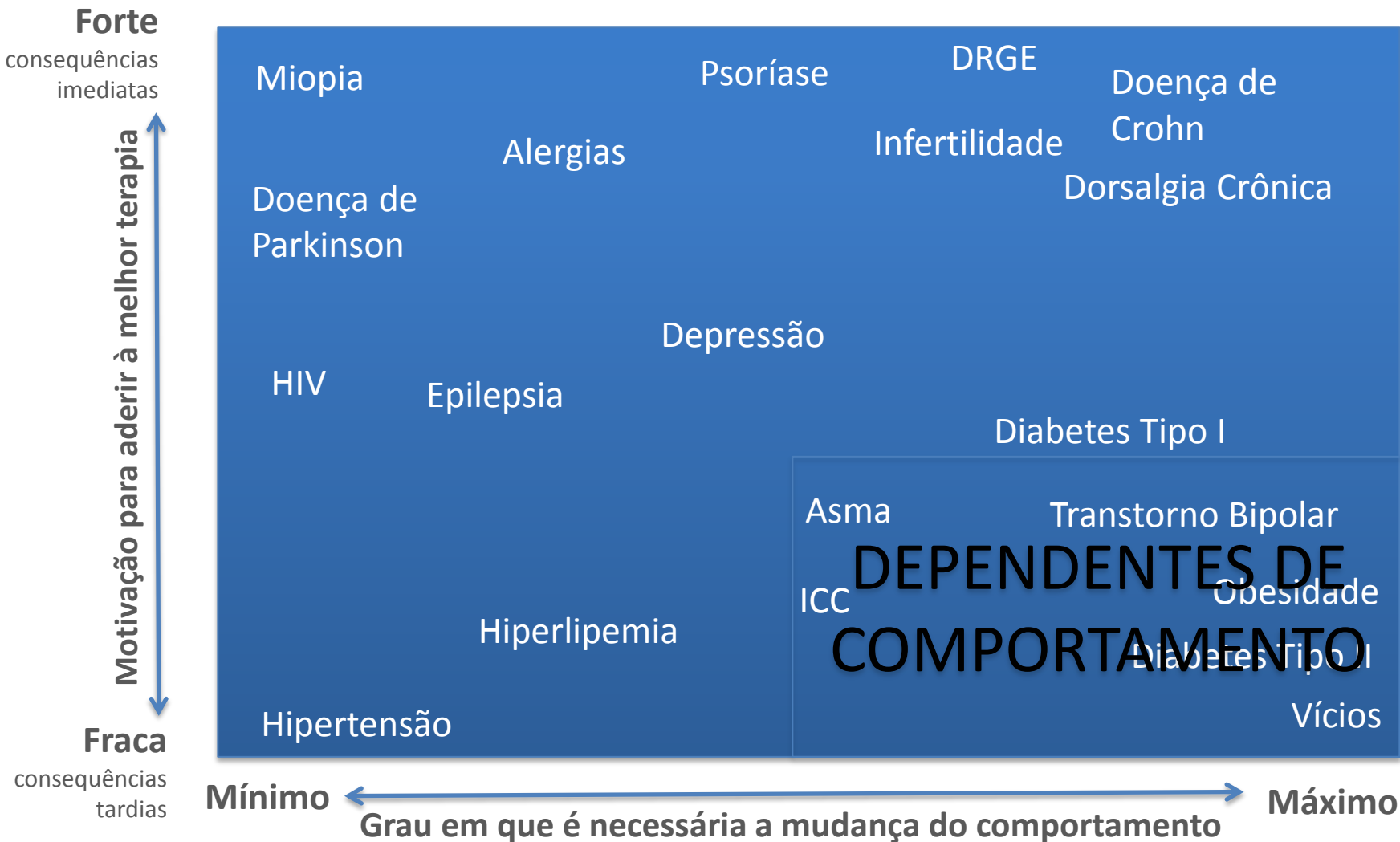
CENÁRIO	IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL	IMPLICAÇÕES NO SISTEMA DE SAÚDE
Demográfico	Jovem-Idoso	Capacitação para atenção ao idoso
Epidemiológico	Ênfase na prevenção	Ação Intersetorial, Desenvolvimento de Redes
Institucional	Ênfase em cuidados primários	Desospitalização

FATORES QUE AFETAM A ADESÃO AO TRATAMENTO

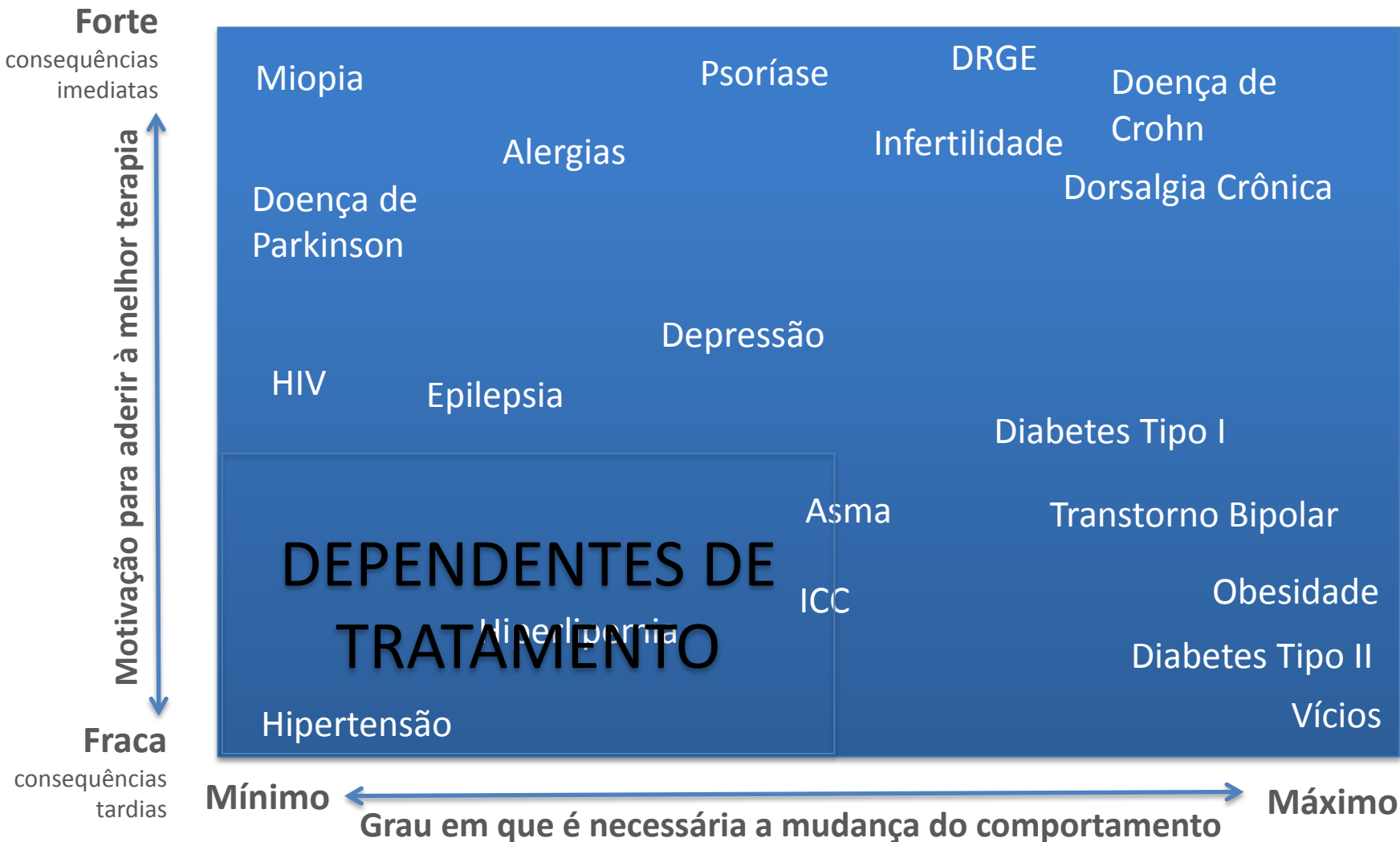


Fonte: Adaptado de Christensen, C 2009.

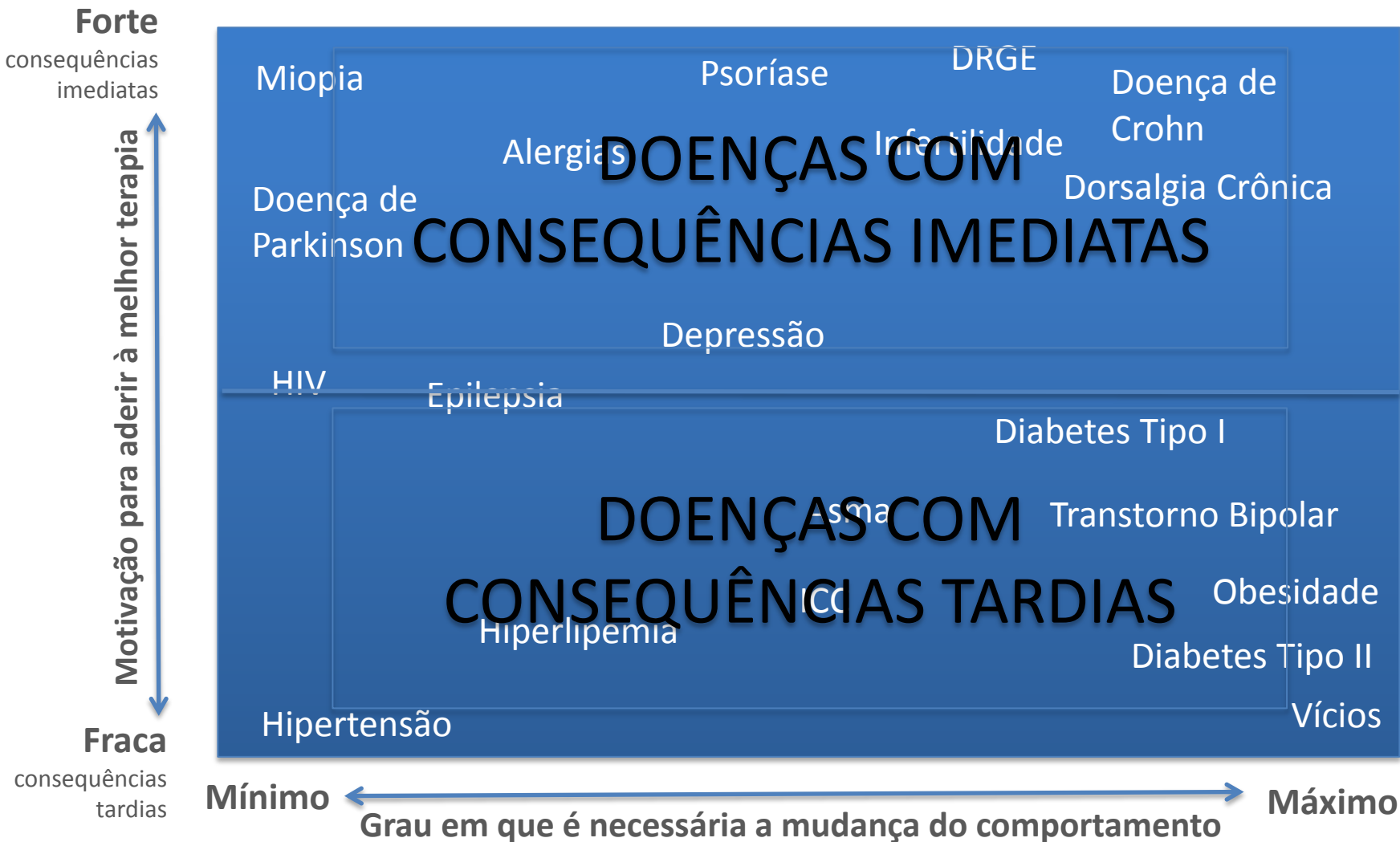
FATORES QUE AFETAM A ADESÃO AO TRATAMENTO



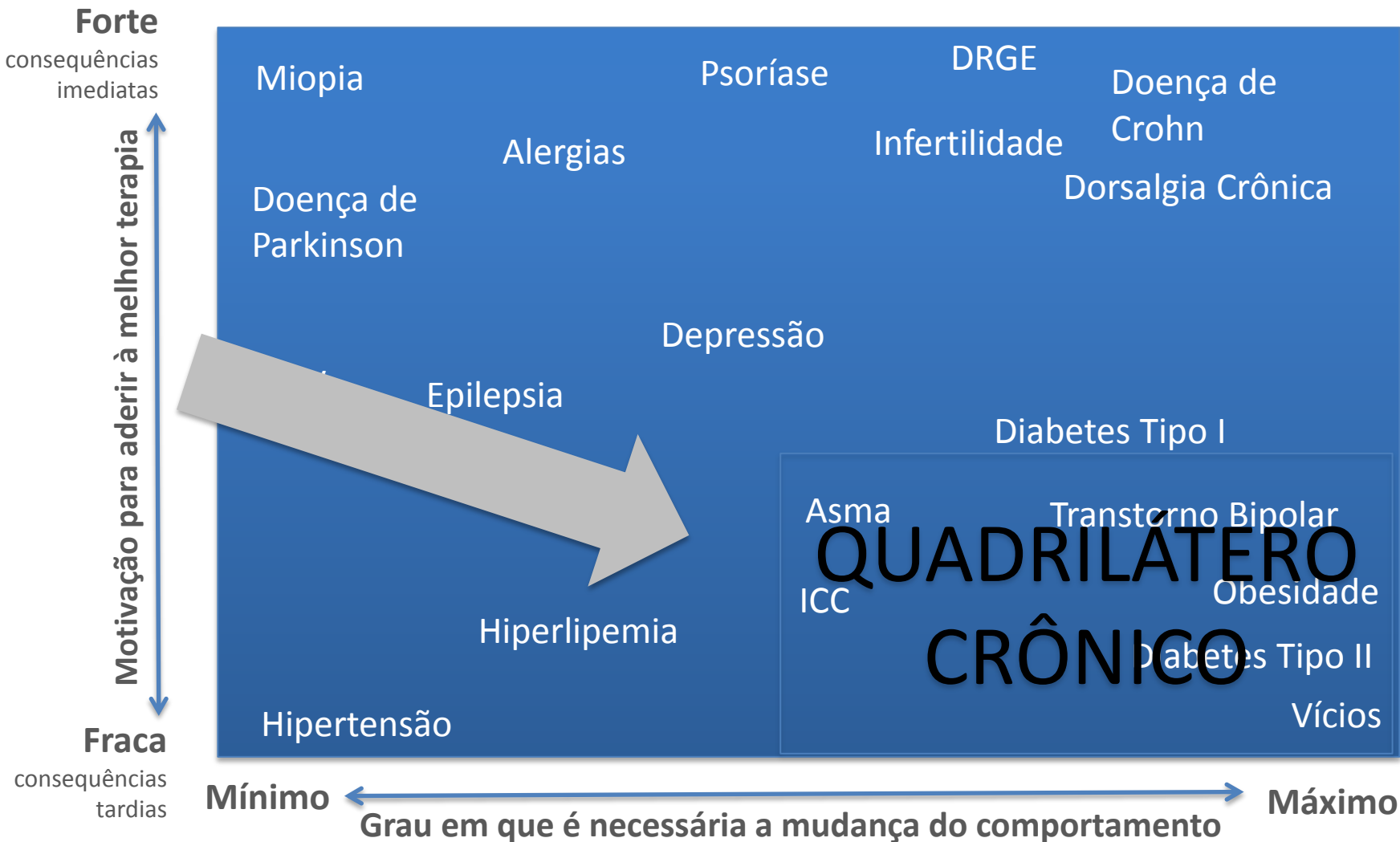
FATORES QUE AFETAM A ADESÃO AO TRATAMENTO



FATORES QUE AFETAM A ADESÃO AO TRATAMENTO



FATORES QUE AFETAM A ADESÃO AO TRATAMENTO



80% DOENÇAS CARDIOVASCULARES, 40% CÂNCERES SÃO PREVENIDOS COM ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Estilo de vida causa 2/3 dos novos casos de DCNT:

- Sedentarismo
Causa **3 milhões de mortes** anuais por DCNT (8% das mortes por DCNT).
- Alimentação inadequada
Causa 40% de todas as mortes anuais (**14 milhões de mortes**) por DCNT.
- Tabagismo
1 em cada 6 mortes é atribuída ao tabagismo.
- Uso abusivo de álcool
Causa **2,3 milhões de morte** ao ano.

Sedentarismo
é o 4º > FR de
mortalidade
global!

CUSTOS DA PANDEMIA DE SEDENTARISMO

CUSTOS DIRETOS (SISTEMAS DE SAÚDE) E OS INDIRETOS (PRODUTIVIDADE PERDIDA)

- 142 países, que representam 93% da população mundial.
- Consideraram o impacto direto no sistema de saúde causado por cinco enfermidades: doença coronariana, derrame cerebral, diabetes tipo 2, câncer de mama, câncer de cólon e reto.
- Os custos indiretos: produtividade perdida com as mortes prematuras.
- Foram classificadas como inativas: intensidade moderada ou vigorosa durante pelo menos 150 minutos por semana.

Sedentarismo é o 4º > FR de mortalidade global!

CUSTOS DA PANDEMIA DE SEDENTARISMO

CUSTOS DIRETOS (SISTEMAS DE SAÚDE) E OS INDIRETOS (PRODUTIVIDADE PERDIDA)

- 1) US\$ 67,5 bilhões (cerca de R\$ 217,5 bi). PIB da Costa Rica e maior do que o PIB de 80 dos 142 países estudados.
- 2) O mundo perdeu 13,4 milhões de anos de trabalho com as mortes prematuras.
- 3) Quanto mais pobre o país, menor o suporte financeiro governamental e maior a despesa das famílias com o tratamento das doenças estudadas.
- 4) Os problemas gerados por ela são mais graves nos países em desenvolvimento.

AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Brasil, 2006 – SAÚDE AVALIADA COMO RUIM

- 1) Mulheres**
- 2) Indivíduos idosos**
- 3) Menor escolaridade**
- 4) Desempregado**
- 5) Capitais do N e NE**
- 6) Doenças crônicas**
- 7) Fumo (+20), sedentarismo, baixo peso e obesidade (ambos os sexos)**



CENÁRIO INTERNO

- O setor público tem transferido para o setor privado mais responsabilidade no financiamento à saúde: RAT, FAP, NTEP.
- Lei 9.656/1998 e suas decorrentes regulamentações da ANS, acrescentando continuamente novas obrigações e itens no rol de procedimentos cobertos pelos planos e seguros de saúde.


AUMENTO DO INTERESSE DA POPULAÇÃO EM CUIDAR DA SAÚDE!



CENÁRIO EXTERNO

- Medicare: gastos militares.
- Medicare e Medicaid: protagonismo setor privado (Inglaterra e Espanha)
- Empregadores: US\$ 1.500 ao custos de cada automóvel.
- Pagamento por serviço prestado: Jean Baptiste Say.
- 50% dos serviços de saúde consumidos são resultado da orientação dos médicos e dos fornecedores.
- Cuidado necessário, máximo de cuidado possível.
- Canadá e Grã-Bretanha: restrições orçamentárias.
- “ACESSO A UMA LISTA DE ESPERA NÃO É ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE.”

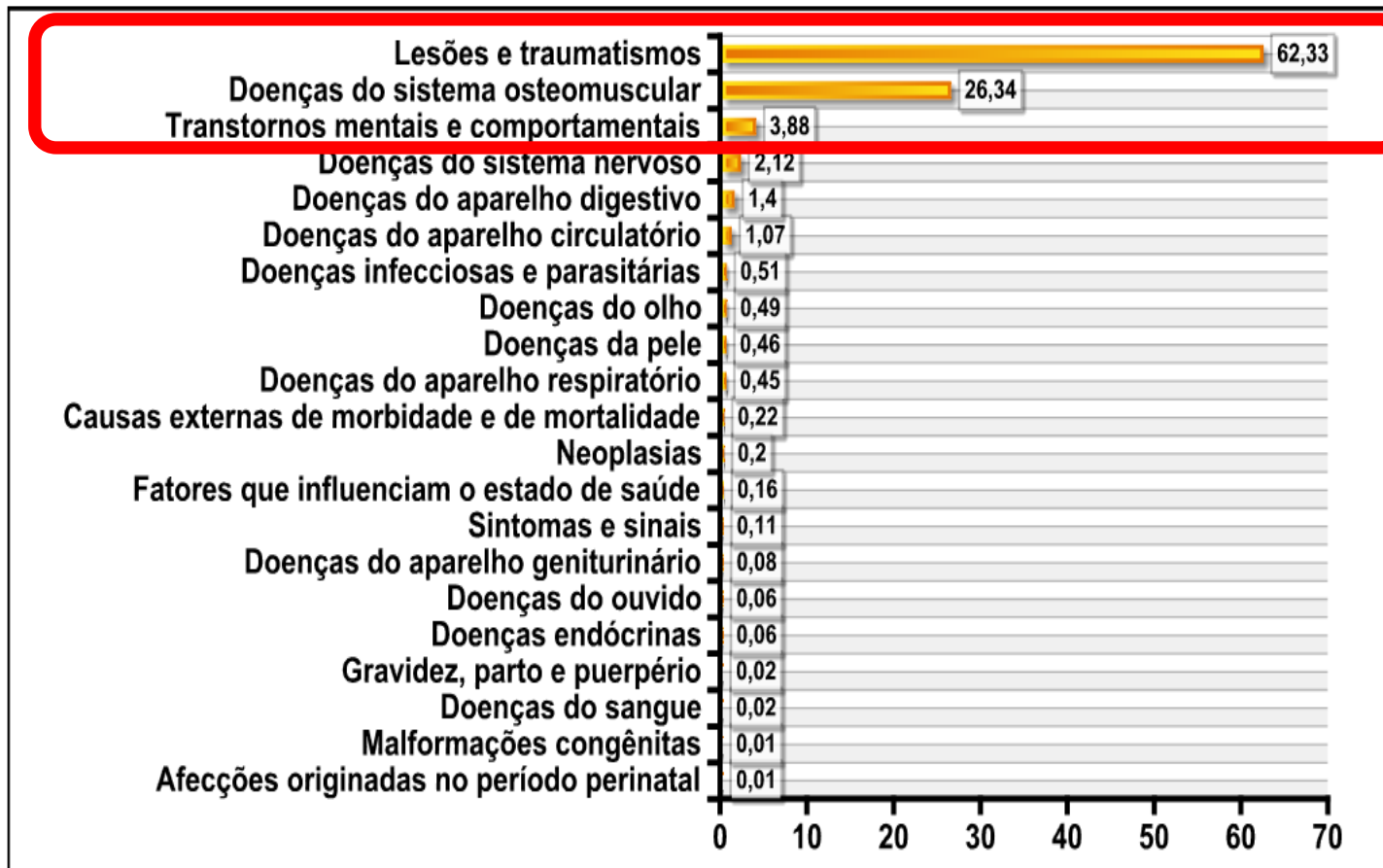
CONTEXTO FINAL



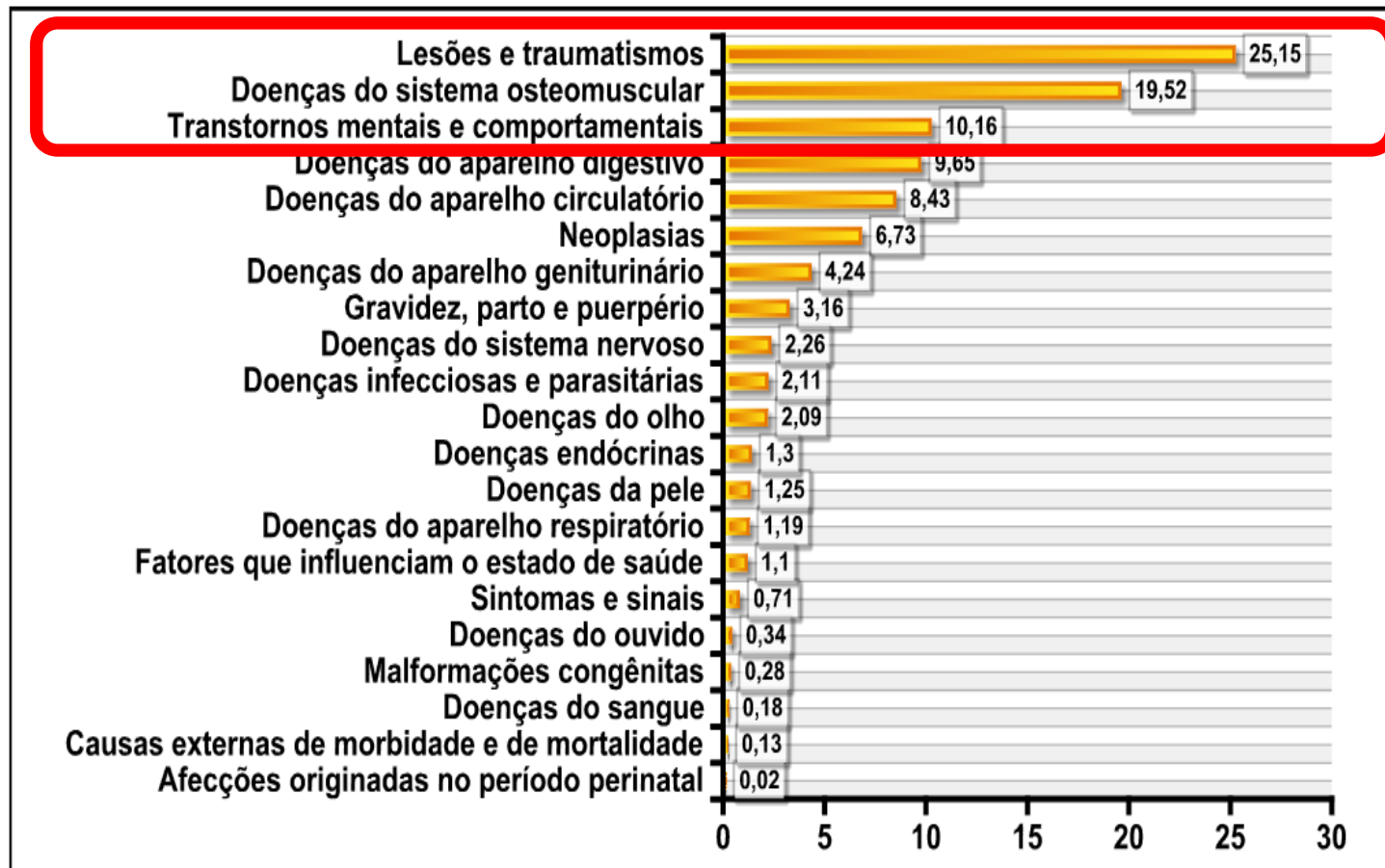
DESENVOLVER PROGRAMAS VOLTADOS PARA A SEGURANÇA,
SAÚDE, ESPORTE E A QUALIDADE DE VIDA DOS
TRABALHADORES/CIDADÃOS NUM CENÁRIO GLOBAL
CARACTERIZADO PELO AUMENTO DA EV ASSOCIADO A GRANDE
MORTALIDADE POR DCNT.

PROMOVER MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E NA GESTÃO
PESSOAL DA SAÚDE EM AMBIENTES DE MULTIFUNCIONALIDADE,
COMPETITIVIDADE, CARGAS E PRESSÕES FREQUENTES E ALTA
DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES.

AFASTAMENTOS > 15 DIAS (B91)



AFASTAMENTOS > 15 DIAS (B31)



DOENÇAS MUSCOESQUELÉTICAS

2012

DME	2012
AUXÍLIOS-DOENÇA	18,7% do total de casos
CUSTO	R\$ 406 mi
PRINCIPAL CAUSA DE APODENTADORIA POR INVALIDEZ	26,4% do total de casos
CUSTO	R\$ 405 mi
CUSTO TOTAL	R\$ 811.000.000,00

Reabilitação: reduz em 74% os DP por
incapacidade! (6º Fórum Saúde e Bem Estar – LIDE)



TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

2012



CUSTO DOS AFASTAMENTOS

2000-2011

**R\$ + 2,2
BILHÕES**

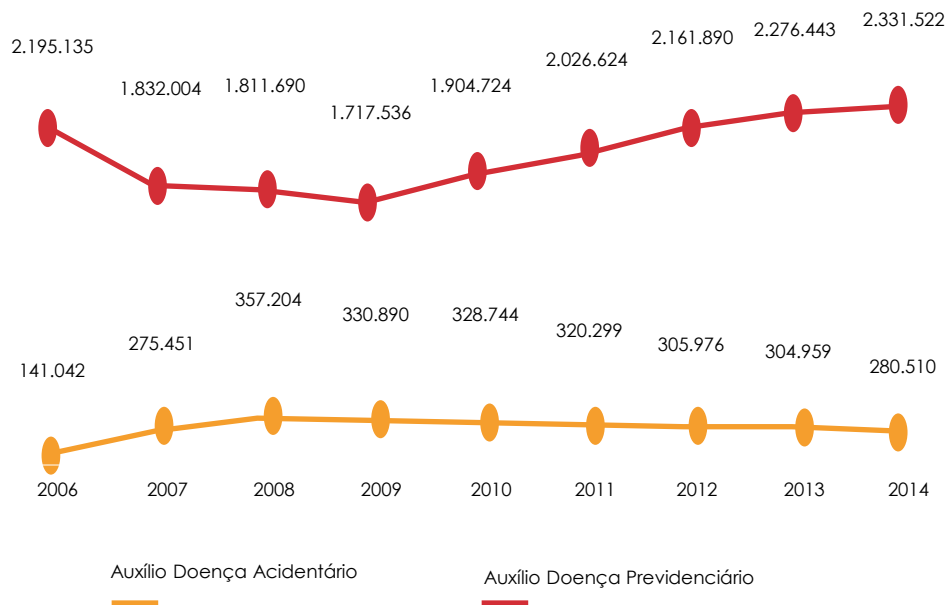
	Auxílio Doença		Total	Peso do B31 (%)	Peso do B91 (%)	Invalidez	Previdenciário - B92	Total	Peso do B32 (%)	Peso do B92 (%)
	Previdenciário - B31	Acidentário - B91								
2000	280.679.547,41	58.476.310,11	339.155.857,52	83%	17%	17,38	51.199.949,35	92%	8%	
2001	316.916.843,53	57.980.150,75	374.896.994,28	85%	15%	15,5	51.139.267,49	92%	8%	
2002	557.979.270,87	89.778.334,00	647.757.604,87	88%	12%	12,04	80.659.800,42	92%	8%	
2003	712.232.349,08	85.240.000,56	797.472.349,64	89%	11%	11,04	95.228.563,76	93%	7%	
2004	952.373.287,71	101.925.854,16	1.054.299.141,87	90%	10%	10,871,10	133.247.675,84	94%	6%	
2005	1.093.923.739,14	97.565.274,36	1.191.489.013,50	92%	8%	8.778.668,98	176.931.960,68	95%	5%	
2006	1.393.978.578,19	91.736.468,95	1.485.715.047,14	94%	6%	6.591,35	123.976.806,45	95%	5%	
2007	1.219.019.917,57	193.441.530,15	1.412.461.447,72	86%	14%	14.074,23	101.695.771,28	96%	4%	
2008	1.283.802.374,95	265.418.291,93	1.549.220.666,88	83%	17%	17.390.477,57	160.442.967,61	95%	5%	
2009	1.319.977.016,16	263.084.931,67	1.583.061.947,83	84%	16%	16.148.923.085,43	158.181.520,76	94%	6%	
2010	1.572.578.948,16	284.115.965,80	1.856.694.913,96	85%	15%	15.163.504.395,06	174.745.912,14	94%	6%	
2011	1.789.533.516,16	297.523.993,75	2.087.057.510,91	86%	14%	14.172.830.526,81	185.790.605,73	93%	7%	
Total	12.492.995.388,93	1.886.287.106,19	14.379.282.495,12	84%	16%	16.1.404.234.083,11	1.493.240.801,51	94%	6%	



AUXÍLIO DOENÇA

2006-2014

EVOLUÇÃO DA CONCESSÃO DE AUXÍLIO DOENÇA



EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS

CID M

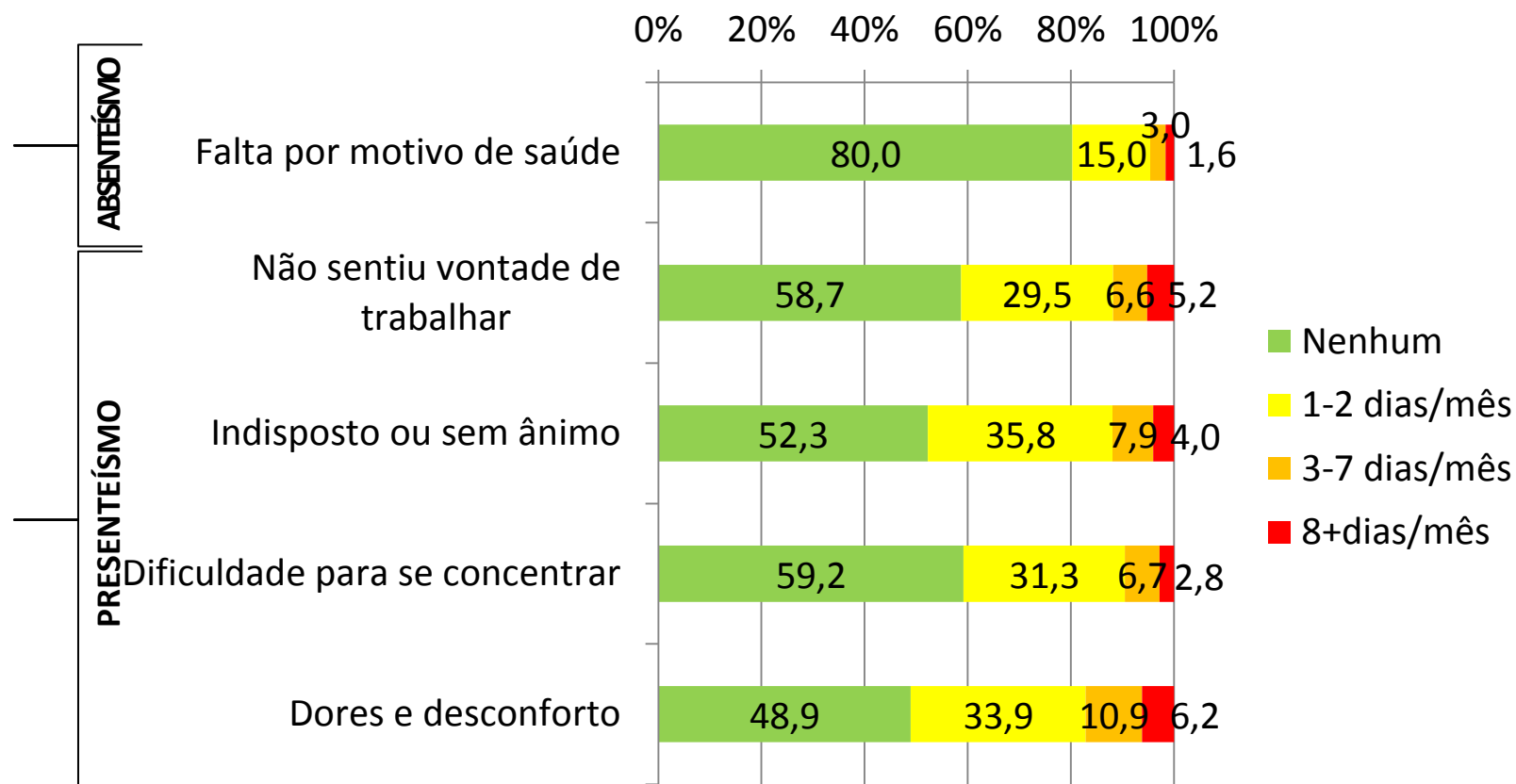
Espécie		Total			Auxílio-Doença Não-Acidentário			Auxílio-Doença Acidentário		
Sexo		Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Ano concessão	2004	541.073	260.764	280.309	515.557	245.997	269.560	25.516	14.767	10.749
	2005	601.638	290.086	311.552	579.201	276.486	302.715	22.437	13.600	8.837
	2006	704.814	344.072	360.742	684.512	331.597	352.915	20.302	12.475	7.827
	2007	533.826	273.446	260.380	437.820	219.949	217.871	96.006	53.497	42.509
	2008	487.510	253.797	233.713	370.157	187.333	182.824	117.353	66.464	50.889
	2009	422.994	223.301	199.693	324.577	166.394	158.183	98.417	56.907	41.510
	2010	448.026	230.498	217.528	359.760	180.211	179.549	88.266	50.287	37.979
	2011	465.640	238.377	227.263	381.800	190.687	191.113	83.840	47.690	36.150
	2012	480.350	243.873	236.477	402.965	200.041	202.924	77.385	43.832	33.553
	2013	499.820	248.068	251.752	423.420	205.650	217.770	76.400	42.418	33.982
Total		5.185.691	2.606.282	2.579.409	4.479.769	2.204.345	2.275.424	705.922	401.937	303.985
Evolução dos Benefícios		-8%	-5%	-10%	-18%	-16%	-19%	199%	187%	216%

EVOLUÇÃO DOS BENEFÍCIOS

CID F

Espécie		Total			Auxílio-Doença Não-Acidentário			Auxílio-Doença Acidentário			
		Sexo	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Ano concessão	2004		179.092	84.772	94.320	178.477	84.356	94.121	615	416	199
	2005		211.676	95.374	116.302	210.910	94.867	116.043	766	507	259
	2006		275.113	125.231	149.882	274.498	124.865	149.633	615	366	249
	2007		225.444	105.901	119.543	217.749	102.178	115.571	7.695	3.723	3.972
	2008		210.732	100.439	110.293	197.914	94.458	103.456	12.818	5.981	6.837
	2009		190.374	92.403	97.971	176.896	86.546	90.350	13.478	5.857	7.621
	2010		201.013	96.438	104.575	188.863	90.971	97.892	12.150	5.467	6.683
	2011		211.081	101.888	109.193	198.744	96.537	102.207	12.337	5.351	6.986
	2012		214.397	104.630	109.767	202.800	99.453	103.347	11.597	5.177	6.420
	2013		228.859	110.338	118.521	216.168	104.960	111.208	12.691	5.378	7.313
Total			2.147.781	1.017.414	1.130.367	2.063.019	979.191	1.083.828	84.762	38.223	46.539
Evolução dos Benefícios			28%	30%	26%	21%	24%	18%	1964%	1193%	3575%

ABSENTEÍSMO E PRESENTEÍSMO



ABSENTEÍSMO E PRESENTEÍSMO

ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE PRESENTEÍSMO COM “FALTAS AO TRABALHO” (sexo, idade e percepção de saúde):

- **142%** maior entre trabalhadores que relatam **falta de vontade de ir ao trabalho** (OR=1,42; IC95% 2,30-2,53)
- **193%** maior entre trabalhadores que relatam **indisposição ou falta de ânimo** (OR=1,93; IC95% 1,84-2,03)
- **190%** maior entre trabalhadores que relatam dificuldade para se **concentrar** no trabalho (OR=1,90; IC95% 1,81-1,99)
- **219%** maior entre trabalhadores que relatam **dores e desconforto** na realização de tarefas no trabalho (OR=2,19; IC95% 2,08-2,30)

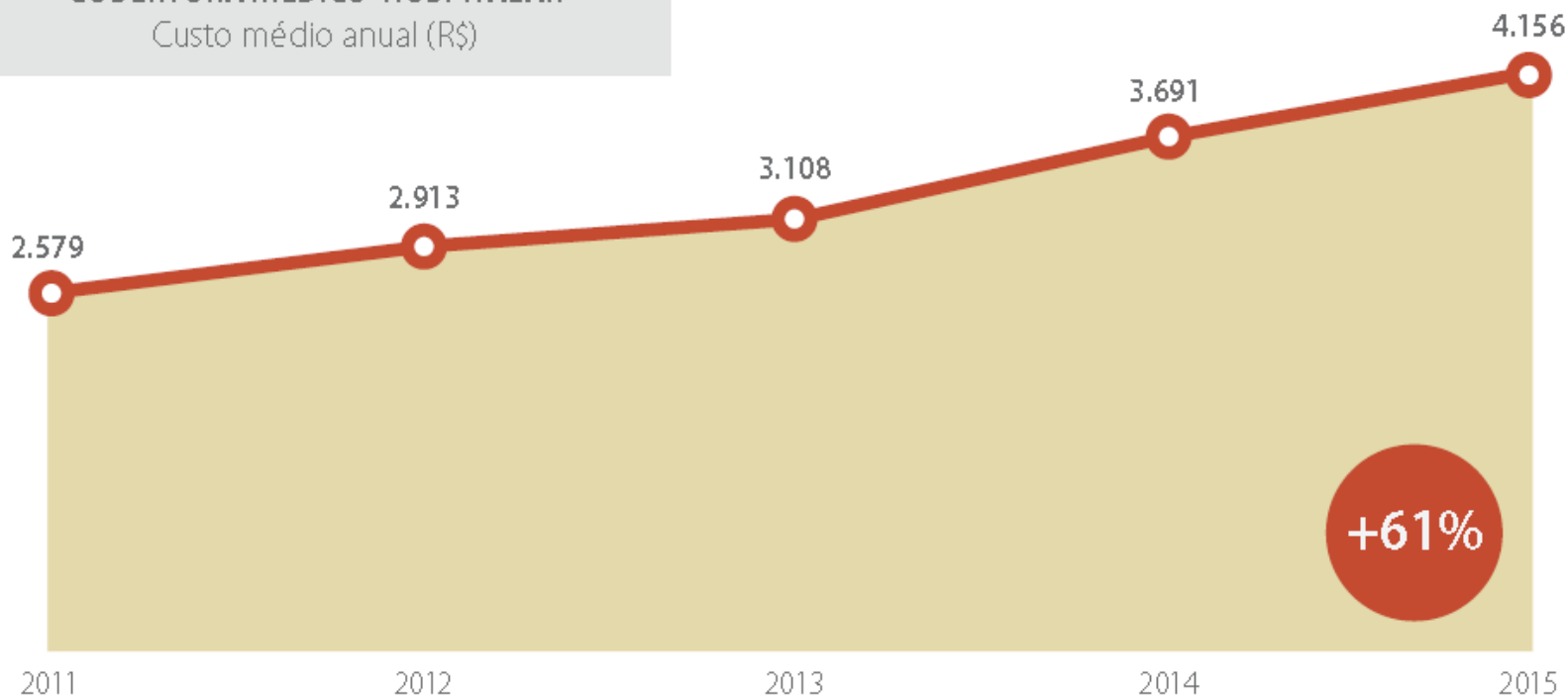
Gestão dos Custos Médicos

CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

INDICADORES	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Custo Mês Beneficiário	108,55	139,80	190,00 320%	214,91	258,97	346,35
Consultas Ano Usuário	5,87	4,43	4,76	4,66	4,90	4,90
Exames Ano Usuário	12,15	15,74	17,00 197%	18,34	21,3	23,9
Exames por Consulta	2,07	3,55	3,50 179%	3,93	4,4	3,7
Valor Médio por Internação	3.897,82	6.112,45	7.221,00 312%	8.516,44	10.770,16	12.167,33

CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR
Custo médio anual (R\$)



A variação do custo per capita para cobertura médico-hospitalar variou **61%** nos últimos 5 anos.

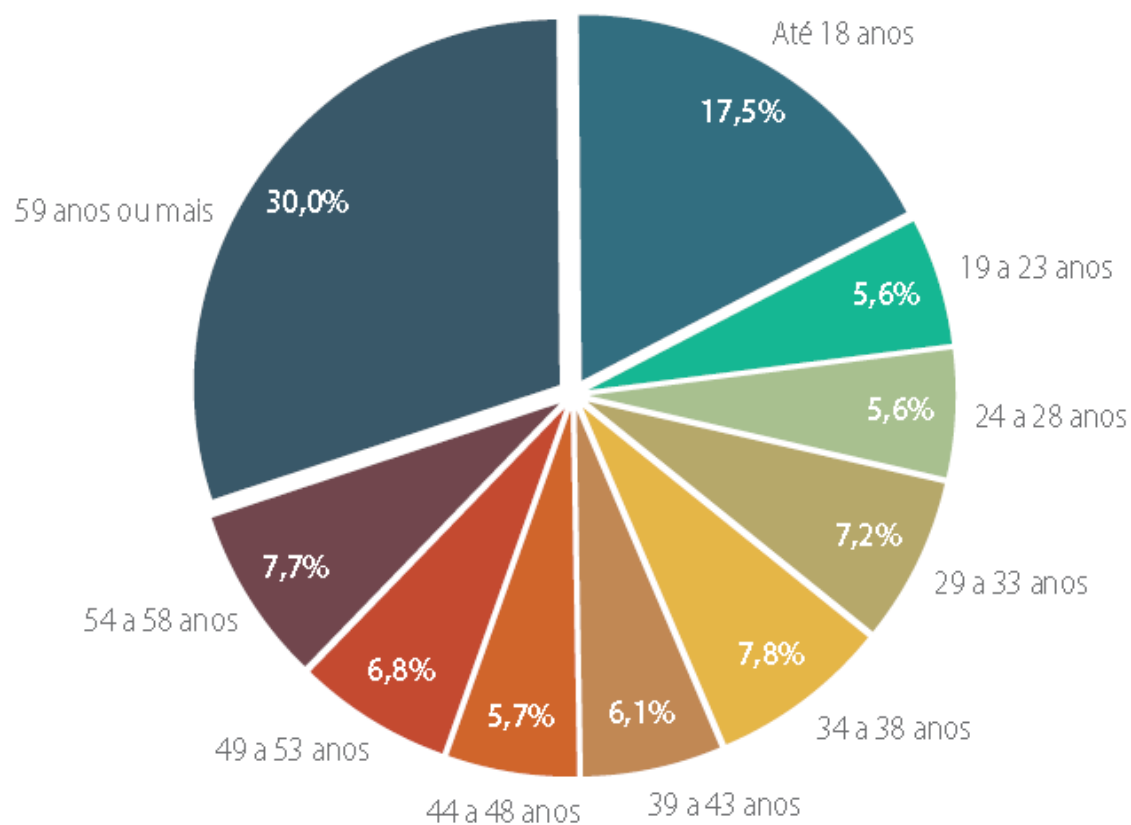


CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

- Seguindo o padrão da saúde suplementar, as mulheres utilizaram um pouco mais os benefícios.
- Quanto mais elevada a idade, maior a utilização do plano.
- O número de consultas por beneficiário ano na última faixa etária foi quase o dobro da primeira faixa, sendo que o de exames foi mais que o triplo.
- As principais causas de internações são doenças do aparelho circulatório (angina, AVC, insuficiência cardíaca, HAS e IAM).
- Em segundo lugar, aparecem os casos de notificações de sintomas sem diagnóstico definido (dor abdominal, anormalidades respiratórias, febre, dor de garganta, náuseas e vômitos).



CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE



CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Índice de envelhecimento* das filiadas participantes da pesquisa

idosos (60 anos ou mais)

$$\frac{852.082}{396.936}$$

jovens (até 14 anos)

Índice de envelhecimento

$$= 214,66\%$$

* Número de idosos, dividido pelo número de jovens até 14 anos de idade, multiplicado por 100

Existiam em 2015, **1.429** centenários, predominantemente do sexo feminino (**74%**).



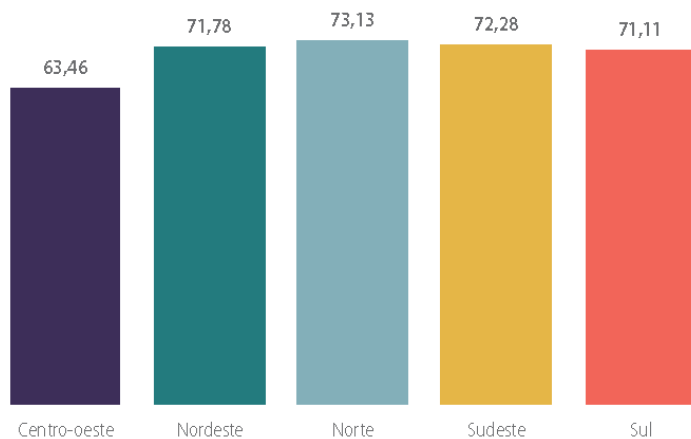
CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

- A taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, também conhecidas como “internações potencialmente evitáveis”, utilizada em várias partes do mundo na avaliação e monitoramento do acesso ao sistema de saúde e de seu desempenho, é de 21%, o que pode ser resultado de falhas na atenção primária.
- São exemplos de internações evitáveis: gastroenterites, hipertensão arterial, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, infecções no rim e trato urinário, diabetes mellitus, dentre outras.

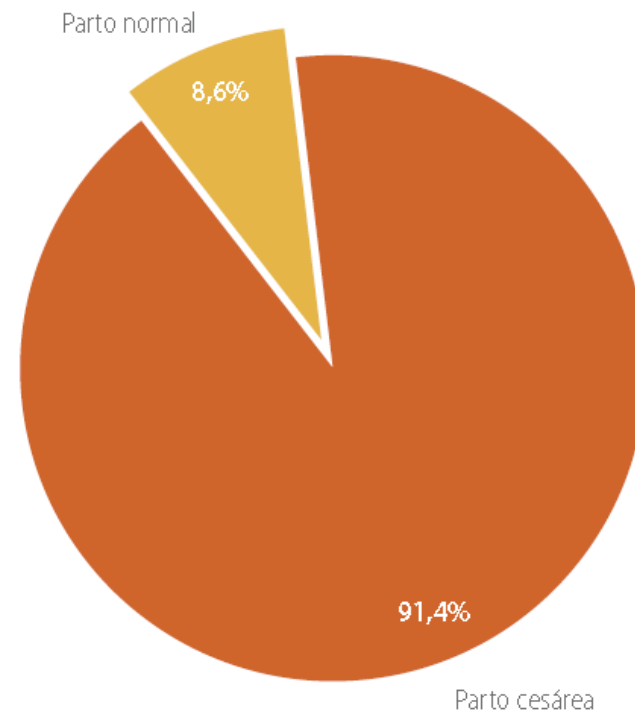


CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Custo médio das consultas, por região geográfica (R\$)

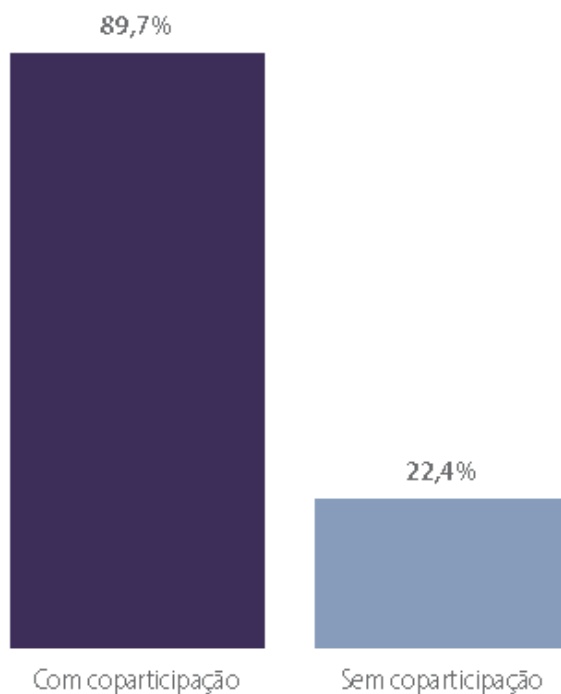


Proporção de partos realizados, por via utilizada



CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Proporção das empresas respondentes que oferecem planos com ou sem coparticipação



Observação: Operadoras com mais de um produto assistencial são computadas em cada classificação que se aplique.

CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Ranking de despesas com medicamentos

A listagem a seguir demonstra os 30 medicamentos com maiores gastos de maior consumo financeiro. Não inclui produtos usados ambulatorialmente.

italares. Ou seja, em um escritório farmácia.

POS.	PRINCÍPIO ATIVO	GRUPO FARMACOLÓGICO	FARMACOLÓGICA
1	Meropenem	Antibióticos	Antibióticos
2	Cloridrato de irinotecano		
3	Piperacilina+tazobactam		
4	Pantoprazol		
5	Alprazolam		
6			
7			
8	Clotrimazol		
9	Cloreto de sódio		Fornecedores de água e sais minerais
10	Ceftriaxona sódica	Antibióticos para uso sistêmico	Antibacterianos - cefalosporinas

Medicamentos: único setor da economia com controle de preços (Inglaterra e Canadá)!

Europa: política de acesso. Política industrial na área de medicamentos (veículos, aeronaves, agricultura, ...)

CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Condições que mais impactam o sinistro saúde no mundo:



Cardiovascular 67%



Câncer 53%



Gastrointestinal 43%

	Ásia	Europa	América Latina	Oriente Médio e África
1	Cardiovascular 76	Cardiovascular 76	Câncer 67	Outros 74
2	Câncer 65	Câncer 59	Cardiovascular 62	Respiratório 63
3	Outros 65	Diabetes 45	Respiratório 62	Cardiovascular 47
4	Gastrointestinal 47	Outros 34	Gastrointestinal 57	Gastrointestinal 42
5	Hipertensão Arterial 41	Gastrointestinal 34	Diabetes 48	Diabetes 42

Source: OMS / Deloitte Nerve Center

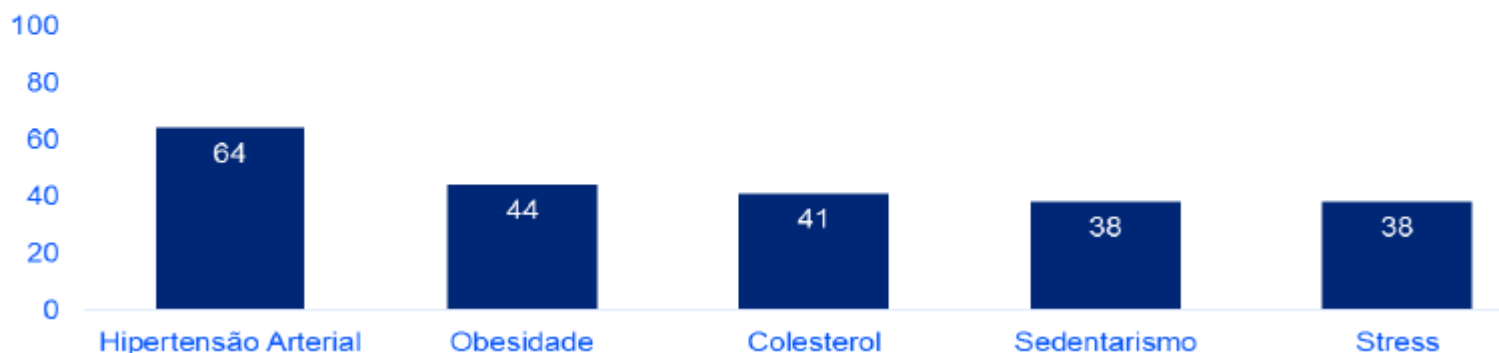


Fonte: Global Health Care – Panorama.
Presented Rosseto, F. Deloitte - 2016

CUSTOS E CONSUMO DA SAÚDE

Global Healthcare - Tendências

Causas indicadas como **riscos potenciais** para **futuros aumentos do sinistro saúde**:



9	Não realização de check up	15%
10	Poluição	11%
11	Outros	11%
12	Problemas com água potável, sanitários e de higiene	10%
13	Genética	8%
14	Riscos ocupacionais	7%

IMPACTO DE INVESTIMENTOS ORÇAMENTÁRIOS DO SETOR DA SAÚDE NA MORTALIDADE

INVESTIMENTO	REDUÇÃO DA MORTALIDADE
90% DOS RECURSOS PARA MANTER E AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	11%
1,5% INVESTIDOS NA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA	43%

E QUALIS?

		IDH	EXPECTATIVA DE VIDA	TX MORTALIDADE NEONATAL/POR 1.000 VIVOS
CUBA			78	3
REINO UNIDO				3
ALEMANHA				2
CANADÁ	3.047			
ARGENTINA	921	0,7		
BRASIL	401	0,755 E		

E O MODELO CHINÊS DO MÉDICO "PÉ DESCALÇO?"
CUIDADO PRIMÁRIO É TÃO COMPLEXO QUANTO O DOS
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO



E O SUS?

- 4 MILHÕES DE COLABORADORES
- e-SUS AB: prontuário eletrônico, biometria. Evitar duplicação de exames, retirada de medicamentos, ...
- No-Show de 30% das consultas especializadas!
- 1,5 cirurgias/dia!
- Tx Ocupação dos leitos: 60%!
- 70% das TC no estado de SP: normais!
- Fila Única Cirurgia: Hospital, Prefeitura, Estado



SONHO DE CONSUMO?

- Saúde é o benefício mais valorizado: Plano x Casa Própria.
- 25% do total da folha de pagamento é com **BENEFÍCIOS**: custo com saúde representa 35 a 40%.
 - PC, Telefone, Celular, Máquinas Fotográficas, Viagens Aéreas, Bolsa, Ensino Superior e Automóveis.
 - Assistência de profissionais altamente qualificados.

O QUÊ TRANSFORMOU ESSE OUTROS SETORES? POR QUE SEUS PRODUTOS FICARAM TÃO ACESSÍVEIS?



PODEMOS AFIRMAR?

**QV COMO EIXO
INTEGRADOR DOS
INTERESSES DE
TODOS OS STAKEHOLDERS!**

**PROPOSTA DE UM MODELO
DE AÇÃO**

**GESTÃO DE
SEGURANÇA, SAÚDE E
BEM ESTAR**

EVOLUÇÃO PARA UM MODELO DE GESTÃO INTEGRADA



- **PERFIL DE SAÚDE , ESTILO DE VIDA e DCNT;**
- Buscar informações mais detalhadas sobre a utilização dos benefícios;
- Segurança, Ergonomia e Higiene Ocupacional;
- FAP/NTEP;
- Jurídico (ações regressivas);
- Custos de RH (treinamento, seleção, turnover, FGTS);
- Absenteísmo;
- **PRESENTEÍSMO ..**



- Integração dos diversos programas de SSTBE;
- Transformação do funcionário em parceiro;
- Controle através de indicadores e metas;
- Investimento em comunicação;
- **CÁLCULO DO RETORNO FINANCEIRO.**

AÇÕES EMPRESARIAIS

- Gerenciar a saúde ao invés de gerenciar os custos médicos.
- Novos papéis para os empregadores: apoiar e motivar os funcionários para que façam boas escolhas e gerenciem sua própria saúde:
 1. Oferecendo estímulos, incentivos e apoio aos funcionários no gerenciamento de saúde;
 2. Fornecendo informações e serviço de aconselhamento imparcial aos funcionários;
 3. Oferecer estruturas de planos de saúde: não colocar barreiras para o tratamento efetivo;
 4. Mensurar e responsabilizar a equipe de benefícios pelo valor da saúde e pelos resultados.

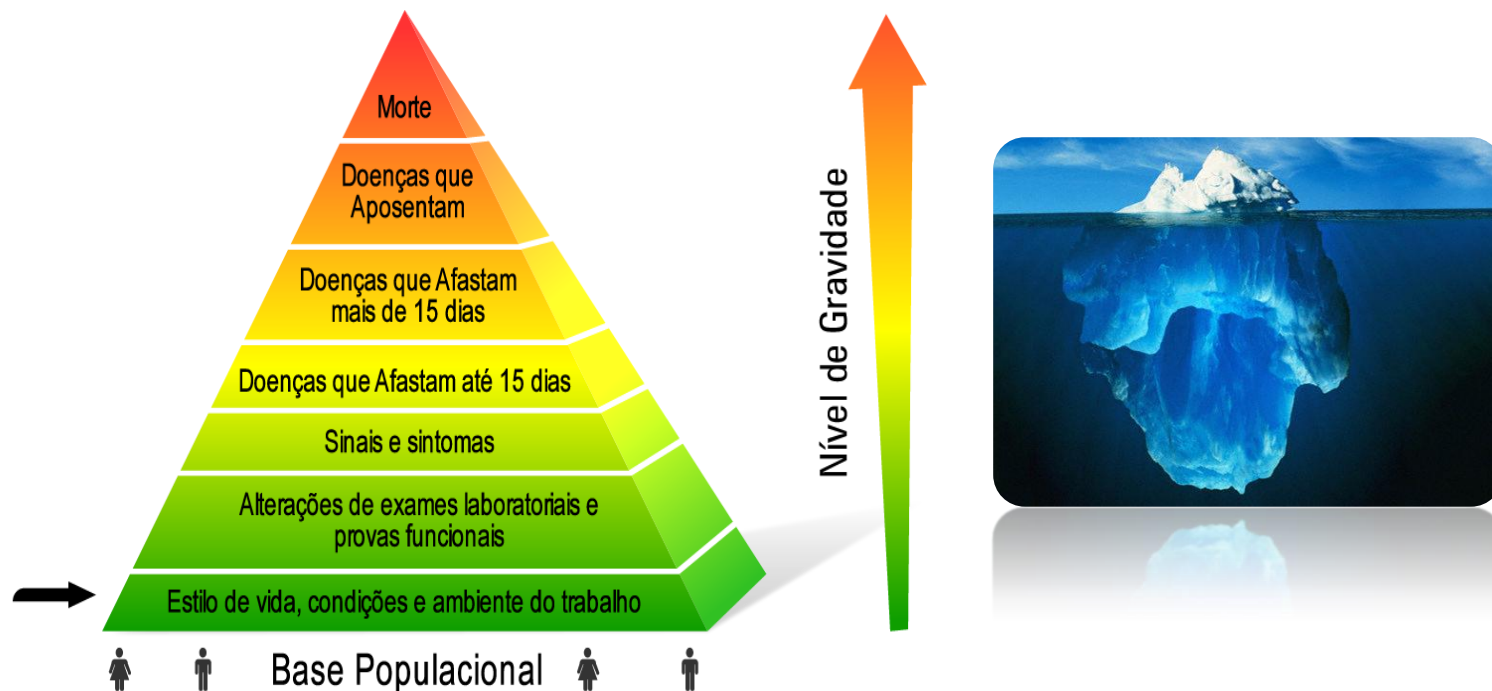


AÇÕES EMPRESARIAIS

- Maioria das empresas, ninguém mede os resultados SSMA ou é responsável por eles;
- Mesmo com os enormes custos, poucos CEO's interagem diretamente com o responsável pelo benefício-saúde;
- Há necessidade de uma equipe gerencial especializada e esta tem que prestar contas pelo desempenho da saúde:
 - A responsabilidade máxima e final pelo valor da saúde deve ser designada a um **executivo sênior** da empresa.

GESTÃO DE SSTQV

MODELO ERB



ESPECTRO DE RESPOSTA BIOLÓGICA

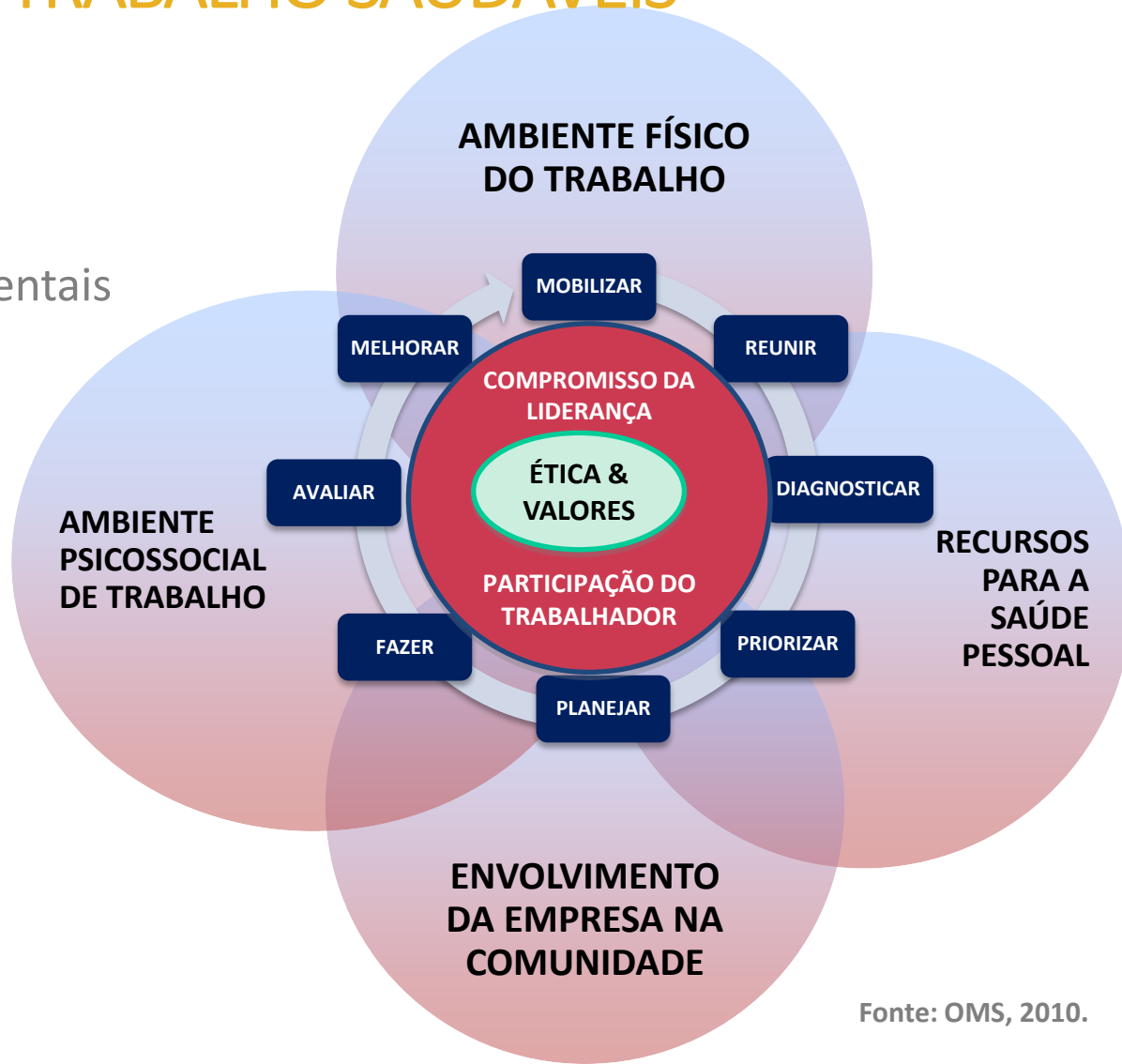
EVOLUÇÃO PARA UM MODELO DE GESTÃO INTEGRADA



GESTÃO DE SST

AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS

- Vias de Influência
- Processos
- Princípios Fundamentais



Se você acha a
PROMOÇÃO DA SAÚDE
cara, experimente a
DOENÇA!



BEECORP
BEM ESTAR CORPORATIVO

www.beecorp.com.br

EDUARDO ARANTES

DIRETOR TÉCNICO

eduardo.arantes@beecorp.com.br

(31) 3337-6521

(11) 3882-0056

(11) 99577-1020

Obrigado!