



# A AxisMed da Telefónica: Otimizando dos recursos de saúde no Brasil





---

A GSMA representa os interesses das operadoras móveis em todo o mundo, unindo mais de 750 operadoras com mais de 350 companhias do ecossistema móvel, incluindo fabricantes de dispositivos móveis e portáteis, companhias de software, fornecedores de equipamentos e companhias de Internet. A GSMA também produz os principais eventos da indústria como o Mobile World Congress, realizado anualmente em Barcelona, Los Angeles e Xangai, e a série de conferências regionais Mobile 360.

Para mais informações, visite o site corporativo da GSMA em [www.gsma.com](http://www.gsma.com)

Siga a GSMA no Twitter: [@GSMA](https://twitter.com/GSMA)



---

Esta publicação é o resultado de um projeto financiado por UK aid, Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) para o benefício dos países em desenvolvimento. As opiniões expressas não são necessariamente as da DFID.

## mHealth

---

Ao fortalecer a ligação entre a indústria móvel e a da saúde, o programa de saúde móvel (mHealth) da GSMA apoia serviços de saúde comercialmente viáveis que transformam a vida das populações carentes e promovem o bem-estar das mães e famílias nos países em desenvolvimento.

**Autoras:** Mojca Cargo, Katharina Zechner e Kim Viljoen

**Contribuidores/ Contribuidoras:** Daniele Tricarico e Natalia Pshenichnaya

**Agradecimentos especiais:** Cesar Rodriguez Dominguez, Claudio José Albuquerque e Silva, Bruno Vale, Thiago Macedo da Silva e Fernanda Marcondes Arantes.

Data de publicação maio de 2019



## LISTA DE ABREVIações

---

<b>3G</b>	Terceira geração de tecnologias de telefonia móvel
<b>4G</b>	Quarta geração de tecnologias de telefonia móvel
<b>B2B</b>	Empresa a empresa (Business to business, uso de sigla inglesa)
<b>B2B2C</b>	Empresa a empresa ao consumidor (Business to business to consumer, uso de sigla inglesa)
<b>B2C</b>	Empresa ao consumidor (Business to consumer, uso de sigla inglesa)
<b>EMR</b>	Prontuários médicos (Electronic medical record, uso de sigla inglesa)
<b>IVR</b>	Resposta de voz interativa (Interactive voice response, uso de sigla inglesa)
<b>KPI</b>	Indicador-chave de desempenho (Key performance indicator, uso de sigla inglesa)
<b>DNTs</b>	Doenças não transmissíveis
<b>NPS</b>	Net performance score
<b>NTIC</b>	Novas tecnologias de informação e comunicação
<b>PIB</b>	Produto interno bruto
<b>ROI</b>	Retorno sobre investimento (Return on investment, uso de sigla inglesa)
<b>SMS</b>	Serviços de mensagem curta (Short message service, uso de sigla inglesa)
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

# ÍNDICE

---

<b>Sumário executivo</b>	<b>6</b>
<b>1. Introdução</b>	<b>9</b>
1.1. As DNTs, o envelhecimento da população e as ineficiências do sistema de saúde no Brasil	9
1.2. O uso crescente da banda larga móvel e adoção de smartphones	10
1.3. O potencial das soluções digitais para melhorar os cuidados de saúde	11
<b>2. Introdução à AxisMed</b>	<b>13</b>
2.1. O portfólio de serviços da AxisMed	13
2.2. A contribuição da Telefónica para o sucesso da AxisMed	15
<b>3. Garantindo o uso adequado dos recursos médicos</b>	<b>16</b>
3.1. Reduzindo o tempo de permanências hospitalares e entradas hospitalares desnecessárias: Acompanhamento de Internados	16
3.2. Garantindo o uso sensato dos recursos de saúde: Serviço de Hiperutilizadores	17
3.3. Superando os desafios na integração de dados, adesão e retenção dos pacientes	18
3.4. Os serviços da AxisMed conseguem resultados positivos na saúde e uma redução de custos	20
<b>4. Modelo de negócios</b>	<b>21</b>
<b>5. Roteiro para o futuro</b>	<b>22</b>

---

# Sumário executivo

Com mais de 209 milhões habitantes, o Brasil é quinto país mais populoso do mundo.<sup>1</sup> Aproximadamente 86 por cento da população vive em zonas urbanas<sup>2</sup>, o que sobrecarrega cada vez mais as infraestruturas de saúde nas cidades. A crescente procura por serviços de saúde, sobretudo devido ao rápido crescimento da população idosa e à prevalência das doenças não transmissíveis (DNTs), está a sobrecarregar os recursos de saúde públicos e privados. Estima-se que até 2050, o Brasil terá cerca de 66 milhões habitantes com mais de 60 anos, quase três vezes mais do que em 2018.<sup>3</sup> Estima-se que 74 por cento do total das mortes no Brasil, em 2016, foram causadas por DNTs, tais como as doenças cardiovasculares, cânceros, e os diabetes.<sup>4</sup> A utilização desnecessária dos recursos de saúde também dificulta a prestação nos cuidados de saúde no Brasil. Estima-se que em 2017, \$7,95 bilhões, ou seja, 15 por cento de toda a despesa de saúde privada possa ser atribuída às ineficiências, tais como consultas desnecessárias, procedimentos de saúde e fraudes.

Contudo, os brasileiros estão a ficar mais conectados: A partir do quarto trimestre de 2018 (Q4), a conectividade móvel no Brasil superou as 209 milhões conexões, com 145 milhões assinantes únicos, ou seja, 68 por cento da população total.<sup>5</sup> O número de conexões por smartphones representa 81 por cento de todas as conexões móveis, e 84 por cento dos assinantes únicos são usuários de banda larga móvel. A cobertura elevada e adoção de banda larga móvel, juntamente com a alta penetração de smartphones, permitem a criação de soluções digitais inovadoras que respondem aos desafios no setor da saúde. É neste contexto que o mercado da saúde digital no Brasil está em rápido crescimento, proporcionando uma oportunidade viável de negócios para empresas tecnológicas especializadas e operadoras móveis. Em 2015, o mercado da saúde digital no Brasil ultrapassou

os \$843 milhões e antecipa-se um aumento de 28 por cento nos próximos anos.<sup>6,7</sup>

A AxisMed, subsidiária integral da Telefônica, é uma empresa de inteligência na gestão de saúde que alia conhecimentos clínicos com expertise em inteligência de dados e de negócios, que permitem segmentar e traçar de forma precisa um perfil de saúde dos clientes das seguradoras de saúde privadas. Estes perfis são a base dos conselhos de saúde direcionados e preventivos que ajudam os pacientes a gerirem a sua saúde e a influenciarem o seu comportamento de modo a usarem os recursos de saúde de forma adequada. Através os seus serviços digitais, a AxisMed está a melhorar os resultados de saúde e a permitir uma redução de custos quer para as seguradoras de saúde privadas, quer para as empresas, que financiam seguros de saúde para os seus colaboradores.

Desde 2001, os serviços da AxisMed impactaram a vida de mais de 25 milhões indivíduos. Cumulativamente, os serviços da AxisMed apoiam mais de 320,000 beneficiários de mais de 35 clientes. Através da plataforma digital Vivo Bem, a AxisMed oferece a mais de oito milhões de usuários ativos acesso a informações de saúde e a uma rede de profissionais em tempo real. A partir de 2018, as soluções da AxisMed revelaram ter um impacto na redução no tempo de permanência hospitalar, na prevenção de reinternações hospitalares, admissões e passagens nos serviços de emergências, e na redução do uso excessivo de recursos de saúde por “hiperutilizadores” – clientes de seguro de saúde privado com pedidos mensais de participação nas despesas da saúde acima da média e usando os recursos de saúde de forma inadequada. Só em 2018, a AxisMed gerou para os seus clientes uma economia de custos total de mais de \$15,5 milhões, representando um retorno sobre investimento (ROI) de 3:1.

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

2. Agência Central de Inteligência (2018), “The World Factbook Brazil”.

3. World Crunch, “Aging at Record Pace, Brazil Faces Demographic Emergency”.

4. Organização Mundial de Saúde (2016), “Brazil Factsheet”.

5. GSMA Intelligence, 2018.

6. The Business Journals (2018), “Global Digital Health Market will achieve 25.9% CAGR to cross \$379 billion by 2024”.

7. Global Health Intelligence (2018), “2018 Brazilian Health Market Outlook”.

## Conclusões principais:

- **Ao fornecer aos pacientes um apoio telefónico personalizado antes, durante e após um internamento hospitalar, a AxisMed melhorou os resultados de saúde dos pacientes e reduziu os custos para os seus clientes.** Por exemplo, para um dos seus clientes, a AxisMed apoiou pacientes em mais de 14,400 internações hospitalares e reduziu, em média, de oito por cento o tempo de permanência hospitalar, conseguindo uma poupança de \$4,6 milhões nos pedidos de participação nas despesas da saúde dos beneficiários. O apoio pós procedimento aos pacientes evitou 288 reinternações hospitalares representando uma economia de custos adicional de \$1,2 milhão.
- **A precisão na segmentação de usuários e identificação de perfis de saúde, juntamente com as consultas e orientações altamente personalizadas, são eficazes na mudança dos comportamentos de saúde e na redução de pedidos de participação de seguro privado.** Por exemplo, em menos de 10 meses após a introdução do serviço de Hiperutilizadores, um dos clientes viu a média mensal dos pedidos de cobertura de despesas de saúde de mais de 3,400 hiperutilizadores baixar de 35 por cento, gerindo uma economia total de \$1,6 milhão.
- **A primeira interação com um paciente é essencial para garantir a confiança e adesão do paciente aos serviços de gerenciamento de saúde.** A taxa de adesão inicial aos serviços AxisMed era relativamente baixa, de 50 por cento. No entanto, a AxisMed melhorou a primeira abordagem junto ao paciente ao contratar profissionais de saúde com maior experiência que, através um conhecimento profundo de cada paciente, fornecem informações personalizadas sobre os benefícios do serviço. Graças a estas mudanças, a taxa de adesão dos pacientes aumentou para 70 por cento enquanto que a taxa de retenção ultrapassa hoje os 95 por cento.
- **A integração de dados entre os serviços da AxisMed e os sistemas de registos médicos dos diversos prestadores de serviços de saúde permitiu o rastreamento eficaz do paciente.** Devido à ausência de um sistema universal de identificação de saúde do paciente, a AxisMed desenvolveu algoritmos que permitem a identificação e a correspondência dos registos entre os vários sistemas parceiros e armazenamento de dados.
- **A Telefónica fortaleceu o portfólio digital da AxisMed e promoveu o reconhecimento da marca.** Em 2019, 23 por cento das soluções AxisMed eram digitais enquanto que em 2016, antes da aquisição da Telefónica, apenas 3 por cento o eram. A marca estabelecida da Telefónica e o investimento no marketing nos serviços da AxisMed aumentaram o reconhecimento da marca no Brasil subindo de 30 por cento entre 2016 e 2018.
- **Ao estimular a adoção de diversos modelos de negócios, a Telefónica aumentou as receitas da AxisMed.** A Telefónica incitou a AxisMed a alterar a sua estratégia que, para além de procurar clientes de empresa a empresa (B2B), também se foca na procura de novas oportunidades de empresa a empresa ao consumidor (B2B2C) e empresa ao consumidor (B2C). Consequentemente, as receitas aumentaram de 62 por cento entre 2016 e 2018.

# Os desafios nos cuidados de saúde no Brasil e a oportunidade para a saúde digital

População de **209 milhões**



**25%** usam o sistema de saúde privada

**75%** usam os recursos de saúde pública



POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS

**24 milhões** em 2018 **66 milhões** até 2050

As DNTs representam **74%** de todas as mortes



**1 em cada 5**

Adultos é obeso

Enquanto que

**8%**

vive com diabetes

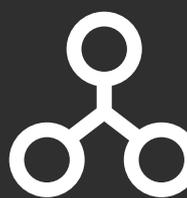
**7 milhões** vivem abaixo do limiar de pobreza



ESTIMA-SE QUE **\$7,95 bilhões** OU **15%** de toda a despesa de saúde privada é atribuída às ineficiências



**209 milhões** de conexões móveis



**145 milhões** de assinantes únicos



**84%** são usuários de banda larga móvel



Cobertura da rede **3G 95%** **4G 93%**



**169 milhões** e conexões por smartphone



## O mercado da saúde digital

EM 2015 O TAMANHO DO MERCADO DA SAÚDE DIGITAL ULTRAPASSOU OS

**\$843 milhões**

APROXIMADAMENTE

**68%**

da população total tem acesso a serviços de saúde digitais



# 1. Introdução

Com cerca de 209 milhões de habitantes, o Brasil é o quinto país mais populoso do mundo.<sup>8</sup> Oitenta e seis por cento dos brasileiros vivem em cidades,<sup>9</sup> o que sobrecarrega cada vez mais as infraestruturas de saúde urbanas. A falta de cuidados preventivos e o aumento da prevalência das doenças não transmissíveis (DNTs)<sup>10</sup> contribuem a este desafio. O sistema de saúde privada e o seguro de saúde, subsidiado pelos empregadores,

constam como uma alternativa ao sistema de saúde pública, mas as ineficiências e o uso excessivo dos recursos de saúde têm vindo a aumentar os valores dos prêmios de seguro. No entanto, a taxa elevada de adesão móvel, a penetração de smartphones e a adoção generalizada de banda larga móvel criaram oportunidades para soluções digitais que respondem aos desafios no setor de saúde no Brasil.

## 1.1. As DNTs, o envelhecimento da população e as ineficiências do sistema de saúde no Brasil

Há quase 30 anos que a população do Brasil tem acesso aos serviços de saúde pública grátis através do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>11</sup> A geografia do país e a sua população dispersa apresentam grandes desafios para o fornecimento de assistência médica universal de qualidade, no qual existem hoje 1,85 médicos e 2,2 leitos hospitalares disponíveis para cada 1,000 habitantes.<sup>12</sup> Cerca de 75 por cento da população usa os recursos da SUS e os restantes 25 por cento optam pelo sistema de saúde privada.<sup>13</sup>

O Brasil é o segundo maior mercado do mundo de seguros privados por população (a seguir aos Estados Unidos).<sup>14</sup> Apesar de se verificar um aumento no número de beneficiários dos seguros de saúde privados, os planos de seguro e as despesas diretas dos beneficiários têm vindo a aumentar devido à subida de custos e uso dos recursos de saúde. Prêmios de seguro mais elevados colocam maior pressão financeira tanto nos clientes das

seguradoras de saúde privadas, como nas sociedades empresariais que financiam perto de 83 por cento dos planos de saúde no Brasil. Entre 2014 e 2016, o setor de seguro privado perdeu 2,5 milhões de beneficiários. Para diminuir os custos, as empresas brasileiras optaram por planos de seguro de saúde mais baratos e menos abrangentes para os seus colaboradores.<sup>15</sup>

No Brasil, o envelhecimento da população e o aumento na prevalência das doenças não transmissíveis (DNTs) crônicas aumentam a procura por serviços de saúde. Até 2050, o Brasil terá cerca de 66 milhões habitantes com mais de 60 anos, quase três vezes mais do que em 2018.<sup>16</sup> Estima-se que 74 por cento do total das mortes no Brasil, em 2016, foram causadas por DNTs, tais como as doenças cardiovasculares, cânceros, e os diabetes.<sup>17</sup> Cerca de um em cada cinco adultos no Brasil é obeso e oito por cento da população vive com diabetes. A prevalência das doenças crônicas aumenta com a

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

9. Agência Central de Inteligência (2018), "The World Factbook Brazil".

10. Organização Mundial de Saúde (2016), "Brazil Factsheet".

11. Ministério da Saúde, "Constituição Federal".

12. Agência Central de Inteligência (2018) "The World Factbook Brazil".

13. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), "Sector Data".

14. Deloitte (2015), "2015 health care outlook: Brazil".

15. Deloitte (2018), "2018 Global health care outlook: The evolution of smart health care".

16. World Crunch (2018), "Aging at Record Pace, Brazil Faces Demographic Emergency".

17. Organização Mundial de Saúde (2016), "Brazil Factsheet".

idade, sendo que aproximadamente 51 por cento dos indivíduos com 60 anos ou mais sofre atualmente de duas, ou mais, doenças crônicas.<sup>18</sup> As DNTs requerem tratamentos dispendiosos e de longo prazo e em muitos casos, estas doenças incapacitam os familiares que fornecem a principal fonte de sustento, levando famílias à pobreza.<sup>19</sup> Enquanto que em 2015 cerca de sete milhões dos Brasileiros viviam abaixo do limiar de pobreza, os níveis de pobreza podem vir a aumentar devido às dificuldades causadas pelas DNTs.<sup>20</sup>

A prevalência das DNTs na força de trabalho origina custos significativos para os empregadores e a economia geral. Em 2015, o custo económico na perda de produtividade por causa do absenteísmo, do presenteísmo e da reforma antecipada por motivos de doença, avaliou-se a 7,6 por cento do produto interno bruto (PIB), e prevê-se um aumento para 8,7 por cento do PIB até 2030. Estes fatores, juntamente com as

mortes relacionadas às DNTs, podem vir a custar ao país mais de \$184 bilhões por ano até 2030.

O uso desnecessário e inadequado dos recursos de saúde é um desafio que agrava a prestação de cuidados de saúde no Brasil. O setor de saúde pública não tem um sistema para direcionar os pacientes às unidades adequadas. Por exemplo, a falta de triagem de pacientes levou ao congestionamento nos serviços de emergência, nomeadamente devido à presença de pacientes não urgentes. Do mesmo modo, os hospitais privados têm poucos incentivos para manter os custos baixos ou melhorar as eficiências, igualmente necessários ao controlo das despesas da saúde e à redução de um volume desnecessário de procedimentos.<sup>21</sup> Estima-se que só em 2017, \$7,95 bilhões, ou seja, 15 por cento de toda a despesa de saúde privada possa ser atribuída às ineficiências, tais como consultas desnecessárias, procedimentos de saúde e fraudes.<sup>22, 23</sup>

## 1.2. O uso crescente da banda larga móvel e adoção de smartphones

A partir do quarto trimestre de 2018, a conectividade móvel superou as 209 milhões conexões com 145 milhões usuários únicos no Brasil, ou seja, 68 por cento da população total. Destes assinantes únicos, 84 por cento são usuários de banda larga móvel. No quarto trimestre de 2018, registou-se no Brasil uma cobertura da rede 3G e 4G de 95 por cento e 93 por cento, respetivamente. No final de 2018, o

número total de conexões por smartphones no Brasil atingiu 169 milhões, representando 81 por cento do total de conexões no país, um índice que deve subir para 86 por cento até 2025. A adoção generalizada de banda larga móvel, juntamente com a elevada penetração de smartphones, criaram oportunidades para soluções digitais inovadoras que respondem aos desafios no setor da saúde.

18. PMC journal (2017), "Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics".

19. Organização Mundial de Saúde (2018), « Noncommunicable diseases »

20. Banco Mundial (2015), <http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA>.

21. Research Gate (2015), "Brazil's mixed public and private hospital system".

22. O custo total de consultas e exames desnecessários foi de aproximadamente R \$13 bilhões (\$3,4 bilhões), enquanto que as faturas hospitalares fraudulentas foram de R \$14 bilhões (\$3,7 bilhões); AxisMed, 2018.

23. Deloitte (2018), "2018 Global health care outlook: The evolution of smart health care".

24. GSMA Intelligence, 2018.

25. GSMA Intelligence, "The Mobile Economy: Latin America and the Caribbean 2018".

## 1.3. O potencial das soluções digitais para melhorar os cuidados de saúde

O mercado da saúde digital brasileiro está em rápido crescimento criando uma oportunidade viável de negócios para as empresas tecnológicas, incluindo operadoras móveis. Em 2015, o tamanho do mercado da saúde digital no Brasil ultrapassou os \$843 milhões e antecipa-se um crescimento de 28 por cento nos próximos anos.<sup>26,27</sup> No Brasil, a indústria da saúde digital possui uma participação de mercado de cerca de 47% do setor total da saúde, e espera-se uma taxa de crescimento anual composta de 5,8% entre 2016 e 2020.<sup>28</sup> Estima-se que cerca de 68 por cento da população no Brasil tem acesso a serviços de saúde digitais.

O Ministério da Saúde brasileiro também reconhece o valor da saúde digital. Em 2009, o ministério implementou o Programa Nacional de Telessaúde

em 900 municípios disponibilizando recursos de telessaúde para consultas remotas e educação dos profissionais de saúde.<sup>29</sup> O objetivo do programa é melhorar por vias tecnológicas a qualidade dos cuidados de saúde básicos fornecidos pela SUS.

Dada a sobrecarrega nos setores da saúde pública e privada no Brasil, as soluções de saúde digitais criam uma oportunidade única para gerar economias de custo e promover a saúde preventiva. Dada esta oportunidade, a companhia de saúde tecnológica AxisMed, que se posiciona no mercado como uma empresa de inteligência na gestão de saúde, desenvolveu um portfólio de serviços digitais no âmbito de reduzir as ineficiências e o uso desnecessário dos recursos de saúde.



26. The Business Journals (2018), "Global Digital Health Market will achieve 25.9% CAGR to cross \$379 billion by 2024".

27. Global Health Intelligence (2018), "2018 Brazilian Health Market Outlook".

28. Dr. Hempel Digital Health Network (2018), "Digital healthcare market in Brazil and role of healthcare startups".

29. The Telehealth Center (2009), "The National Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care".



## 2. Introdução à AxisMed

Fundada em 2001 e adquirida por completo pelo Grupo Telefónica em 2016, a AxisMed desenvolveu soluções em diversas áreas da saúde incluindo na oncologia, na gravidez e nos cuidados de idosos. A AxisMed alia conhecimentos clínicos e dados de saúde com inteligência de negócios para segmentar e identificar de forma precisa perfis de saúde dos beneficiários dos seguros de saúde privados. Esta perfis são usados para estruturar ações direcionadas para cuidados preventivos e à mudança de comportamentos de saúde adequados. A AxisMed tem como objetivo melhorar os resultados de

saúde dos beneficiários e gerar uma eficiência de custos para dois clientes principais: as seguradoras de saúde privadas e as sociedades empresariais que financiam planos de seguro privados para os seus colaboradores.

Cumulativamente, os serviços de gerenciamento de saúde da AxisMed apoiam mais de 320,000 usuários para mais de 35 clientes. Em 2019, existiam mais de oito milhões de usuários ativos na plataforma Vivo Bem, e só em 2018, a AxisMed gerou para os seus clientes economias de custo de mais de \$15,5 milhões – um 3:1 ROI.

### 2.1. O portfólio de serviços da AxisMed

A Plataforma de Saúde é a principal oferta da AxisMed, um sistema prontuário eletrônico (EMR) através do qual os profissionais de saúde consultam o histórico digitalizado de saúde de um paciente para poderem dar conselhos de saúde personalizados. A Plataforma de Saúde integra informações de saúde provenientes das bases de dados existentes dos provedores de assistência médica e dos seguros privados. A plataforma é totalmente personalizável para clientes institucionais que podem selecionar outros serviços da AxisMed:

- A **Central Clínica** é um serviço de teleatendimento disponível 24 horas fornecido por profissionais de saúde altamente competentes com experiência em emergências e com prática clínica.<sup>30</sup> Além de responderem às dúvidas de saúde, os profissionais de saúde assistem ao atendimento de intercorrências dos beneficiários de planos de seguro ou direcionam os às unidades de emergência mais adequadas. As informações de saúde recolhidas durante o

atendimento são capturadas no EMR do paciente da Plataforma de Saúde. Os algoritmos incorporados, validados internacionalmente, analisam a informação e a Plataforma de Saúde gere de forma automática direcionamentos clínicos que os profissionais de saúde partilham com os clientes.<sup>31</sup>

- A análise por via de inteligência de negócios permite à AxisMed de identificar os beneficiários de planos de saúde que são idosos, que estão grávidas, ou que têm uma condição crônica. Através do serviço de **Gerenciamento de Saúde**, os indivíduos recebem um apoio personalizado através uma série de chamadas telefónicas com uma equipa especializada<sup>32</sup> que ajuda os pacientes a gerirem a sua própria saúde e a evitarem internações hospitalares desnecessárias.
- O serviço de **Acompanhamento de Internados** aconselha pacientes e familiares antes das

30. Incluem enfermeiras, médicos generalistas e especialistas.

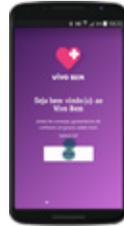
31. Os profissionais de saúde também têm acesso a uma base de dados sobre doenças e sintomas para apoiar as informações e orientações dadas ao beneficiário.

32. A equipa de especialistas inclui oncologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos.

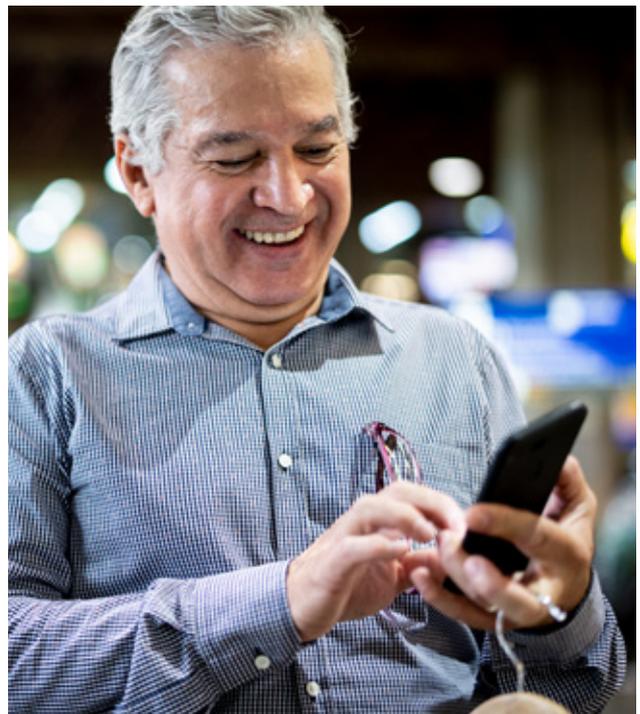
internações e depois da hospitalização do paciente, com o objetivo de aumentar a probabilidade dos procedimentos bem-sucedidos e evitar reinternações desnecessárias. Os profissionais de saúde entram em contato com o cliente que tem um procedimento agendado para perceberem as razões que levam ao seu internamento. Os mesmos profissionais também se certificam que os clientes receberam uma segunda opinião que confirma a necessidade do procedimento. Quando a hospitalização é considerada necessária, os profissionais de saúde ajudam os pacientes a prepararem-se ao procedimento hospitalar. Os profissionais também dão um apoio após a hospitalização e enviam lembretes automáticos para consultas de acompanhamento.

- O serviço de **Hiperutilizadores** tem como objetivo reduzir as despesas de saúde dos planos privados para os beneficiários que têm pedidos mensais de cobertura de despesas de saúde acima da média, e que se confirmam como estando a usar os recursos de saúde de forma inadequada.<sup>33</sup> Os profissionais da AxisMed interagem com os hiperutilizadores identificados para compreenderem as razões que os levam ao uso excessivo dos serviços de saúde e determinarem a prontidão dos hiperutilizadores à mudança de comportamento. Com base desta avaliação, os profissionais de saúde produzem planos personalizados para a mudança de comportamento e interagem com os hiperutilizadores numa série de chamadas para aconselhá-los de forma oportuna e personalizada sobre o uso adequado dos recursos de saúde e melhores níveis de saúde.
- O serviço de **Consultoria para o Gerenciamento de Saúde**: através o serviço de inteligência de negócios, a AxisMed estratifica a base de dados dos beneficiários do plano de saúde de um cliente institucional e apresenta uma análise de perfis de risco. A AxisMed apresenta estratégias de gestão de saúde e serviços mais adequados e benéficos que também ajudam a estabilizar os custos do cliente. Como parte deste serviço, os clientes têm acompanhamentos trimestrais nos quais as equipas de consultoria partilham destaques, atualizações sobre as novas ações implementadas, e conselhos para a redução do uso desnecessário dos serviços de saúde. Assim, os clientes institucionais da AxisMed

sabem com maior transparência como é que os seus investimentos são gerenciados para garantir um ROI máximo.



O serviço **Vivo Bem** da AxisMed é um serviço móvel direto para o consumidor (B2C) que tem como objetivo ampliar o acesso e adesão aos serviços de saúde de forma simples e resolutive. Através de uma aplicação e o portal web, os usuários do serviço Vivo Bem têm acesso a clínicas, laboratórios e farmácias que oferecem descontos expressivos. O serviço também oferece uma facilidade de pagamento e um acesso a uma ampla gama de conteúdos de saúde e bem-estar. O conteúdo é adaptado para cada usuário com base da sua avaliação nos riscos de saúde, e entregue duas vezes por semana por vias da aplicação ou portal web, juntamente com lembretes enviados via SMS ou IVR. A função chat possibilita o esclarecimento de dúvidas dos usuários com uma equipa de enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos. Quando uma consulta telefónica com enfermeiros ou especialistas é necessária, o serviço Vivo Bem direciona os usuários para a Central Clínica de 24 horas. Divulgado através da marca brasileira da Telefónica, Vivo, o serviço está disponível para assinantes de qualquer rede móvel do país.



33. Para um dos clientes da AxisMed, o custo médio mensal do seguro de saúde por hiperutilizador era cerca de \$400, ou seja, quatro vezes o custo médio mensal de um usuário.

## 2.2. A contribuição da Telefónica para o sucesso da AxisMed

Para aumentar a sua presença no setor da saúde digital em crescimento e diversificar fontes de receitas, o Grupo Telefónica adquiriu em 2013 uma participação maioritária da AxisMed. Em 2016, a Telefónica adquiriu o controlo total da companhia de saúde tecnológica para ter um maior controlo sobre as decisões estratégicas. A Telefónica também reconheceu o potencial dos serviços da AxisMed para influenciar os comportamentos de saúde de mais 30,000 dos seus colaboradores e reduzir os custos do seguro de saúde privado que eram a segunda maior despesa para a empresa, a seguir aos salários dos colaboradores.

A Telefónica trouxe para a parceria uma experiência no setor de novas tecnologias de informação e comunicação (NTIC) tal como fundos para desenvolver os serviços digitais da AxisMed. Já no período de aquisição, a AxisMed tinha adotado tecnologias digitais com o serviço de Clínica Central, através do qual os profissionais de saúde digitalizavam os dados dos pacientes recolhidos pelos vários meios de comunicação. No entanto, a influência da Telefónica possibilitou o desenvolvimento da função de inteligência de negócios e à adoção de soluções digitais AxisMed mais sofisticadas. Em 2019, 23 por cento das soluções AxisMed eram digitais enquanto que em 2016, antes da aquisição da Telefónica, apenas 3 por cento o eram. A Telefónica também introduziu na AxisMed melhores práticas na segurança de informação tal como sistemas de segurança mais robustos.

A marca bem estabelecida da Telefónica e o suporte marketing da operadora aumentaram o

reconhecimento da marca da AxisMed – de 30 por cento em 2018 <sup>34</sup> estimulando o desenvolvimento comercial. O suporte marketing da Telefónica incluiu a promoção da marca AxisMed durante eventos da operadora e a divulgação da marca nos diversos meios de comunicação.

A operadora móvel também criou uma nova divisão dentro da AxisMed dedicada exclusivamente ao desenvolvimento comercial e às vendas. Para além de procurar clientes de empresa a empresa (B2B), a AxisMed ampliou a sua estratégia e explorou novas oportunidades de modelos de empresa a empresa ao consumidor (B2B2C) e empresa ao consumidor (B2C). A nova estratégia de mercado a melhor visibilidade da marca, juntamente com o impulso das parcerias da Telefónica, ajudaram a aumentar as receitas da AxisMed de 62 por cento entre 2016 e 2018.

A Telefónica também impôs um grande ênfase num melhor modelo de governança, baseado no aumento de eficiência, proximidade com clientes e um foco na prestação de serviço com resultados. Ao focar-se na eficiência organizacional, a empresa reduziu os custos fixos da AxisMed de 31 por cento entre 2016 e 2018.

A parceria entre um ator de mercado bem estabelecido, como uma operadora móvel, e uma empresa especializada na saúde tecnológica, provou ser um modelo eficaz para uma rápida expansão e transformação digital nos serviços da saúde. O impulso de bens ativos e recursos chaves da operadora móvel ajudaram a aumentar de forma significativa o potencial de receitas e oportunidades.

34. O reconhecimento da marca é a medida em que o consumidor é capaz de identificar de forma correta um determinado produto ou serviço, visualizando apenas o produto, o logotipo do serviço, o slogan, a embalagem ou a campanha publicitária.

# 3. Garantindo o uso adequado dos recursos médicos

No Brasil, o setor de saúde privada não tem um sistema robusto na triagem de pacientes o que leva os clientes de seguros privados a terem poucas restrições nos médicos, especialistas e hospitais que consultam ou com que frequência usam os serviços de saúde. Isto pode levar os clientes a recorrerem de forma desnecessária aos recursos de saúde. Muitas vezes, os pacientes também estão agendados para procedimentos que poderiam ser evitados com um

ajusto no estilo de vida e comportamento de saúde. Estas ineficiências não só restringem a disponibilidade de serviços para os pacientes que realmente necessitam de aceder a estes serviços, mas também originam altos custos para os clientes da AxisMed. Perante estes desafios, o portfolio de soluções digitais da AxisMed reduziu o uso excessivo dos recursos médicos dos clientes dos planos de saúde privados.

## 3.1. Reduzindo o tempo de permanências hospitalares e entradas hospitalares desnecessárias: Acompanhamento de Internados

O serviço de Acompanhamento de Internados da AxisMed tem como objetivo incitar melhorias em três áreas:

- 1) Preparar os pacientes e os seus familiares à hospitalização;
- 2) Acompanhar e apoiar os pacientes e os seus familiares durante a hospitalização;
- 3) Fornecer um apoio clínico pós-hospitalização para prevenir reinternações hospitalares desnecessárias ou procedimentos subsequentes.

As seguradoras de saúde privadas notificam a AxisMed de qualquer paciente que vá dar entrada ao hospital para um procedimento médico ou cirúrgico. Os profissionais de saúde da AxisMed entram em contato por telefone com os indivíduos e tentam perceber

as razões que os levam à internação hospitalar. Os profissionais de saúde também se certificam que o paciente recebeu uma segunda opinião profissional, confirmando a necessidade do procedimento. Os médicos e as enfermeiras da AxisMed também dão conselhos personalizados consoante a condição do paciente. Quando a hospitalização é considerada necessária, a AxisMed dá orientações para preparar o paciente ao internamento. Os familiares do paciente também recebem um apoio para puderem auxiliar o paciente e cumprirem os requisitos de preparação pré-procedimento, aumentando a probabilidade de uma intervenção bem-sucedida. Após a hospitalização, o serviço de Acompanhamento de Internados também dá um apoio clínico personalizado para que os pacientes tenham uma recuperação otimizada e evitem reinternações.

## 3.2. Garantindo o uso sensato dos recursos de saúde: Serviço de Hiperutilizadores

Através a análise de inteligência de negócios, a AxisMed estratifica a base de usuários de cada cliente para identificar grupos de indivíduos que requerem um apoio específico na gestão de saúde. O serviço de Hiperutilizadores identifica indivíduos que têm pedidos mensais de cobertura de despesas de saúde acima da média e que se confirmam como estando a usar os recursos de assistência médica de forma inadequada.<sup>35</sup> A análise de dados de um dos clientes da AxisMed revelou que 2,700 usuários, ou cerca de 3,5 por cento da base total dos usuários do cliente, eram hiperutilizadores. Nos 18 meses que anteciparam a introdução do serviço de Hiperutilizadores para esse cliente, o custo total do seguro de saúde dos hiperutilizadores atingiu \$19,4 milhões, ou seja, uma média de cerca \$400 por mês por cada hiperutilizador, quatro vezes o custo médio mensal de um usuário.

Uma vez que a AxisMed identificou os usuários usando os recursos médicos acima da média, os profissionais de saúde telefonam aos indivíduos para perceberem quais são as razões. De forma geral, este procedimento leva a um dos dois cenários:

1) O usuário tem razões válidas para aceder aos serviços de saúde e pode beneficiar de cuidados especializados. Neste caso, os profissionais da AxisMed dirigem o usuário a um especialista através do serviço de Gerenciamento de Saúde da AxisMed.<sup>36</sup>

2) O usuário está a usar os recursos de saúde de forma inadequada, confirmando assim o seu estatuto de hiperutilizador. Neste caso, os profissionais de saúde da AxisMed interagem com o indivíduo numa série de telefonemas para orientá-lo a usar o plano de seguro de forma mais adequada, direcioná-lo para especialistas e serviços mais adequados e conscientizá-lo à mudança de comportamento de saúde de forma a reduzir o uso desnecessário de recursos médicos.

A abordagem da AxisMed para a mudança do comportamento dos hiperutilizadores baseia-se em duas estratégias. A primeira usa as informações disponíveis sobre os hiperutilizadores para atribuir características únicas relativas a cada usuário. Os profissionais de saúde são treinados sobre os estilos preferidos de comunicação respetivos a cada perfil de modo a influenciar o comportamento do hiperutilizador. Por exemplo, um perfil de um beneficiário com maior idade indicará uma preferência em receber informações mais abrangentes durante um período alargado, enquanto que um perfil de um beneficiário mais novo indicará uma preferência para um compartilhamento de informações mais conciso.

35. O uso inadequado de recursos de saúde pode significar que os pacientes estão a receber serviços médicos que não são necessários ou que estão a receber conselhos por profissionais de saúde ou unidades que não são adequados. Entre outras coisas, os profissionais da AxisMed conferem a documentação relativa aos diagnósticos e aos prognósticos dos pacientes. Os profissionais também consideram outros fatores de importância, como preferências pessoais e fatores ambientais ou organizacionais, que podem influenciar o uso dos recursos de saúde. Os pacientes que demonstram motivos válidos para pedidos mensais à comparticipação de despesas de saúde acima da média, como por exemplo, pacientes crônicos ou idosos ou mulheres grávidas, são removidos do segmento « hiperutilizadores ».

36. Como parte do serviço de Gerenciamento de Saúde, os beneficiários recebem um apoio personalizado por uma equipa de especialistas, que inclui oncologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Este serviço está disponível apenas para os beneficiários de clientes que subscreveram ao serviço como parte do pacote.

A segunda estratégia produz perfis consoante a prontidão do paciente à mudança no comportamento de saúde e à sua receptividade em receber conselhos. A AxisMed situa os usuários numa das cinco fases do “percurso da mudança”

definidas pelo Modelo Transteórico.<sup>37</sup> Deste modo, os profissionais de saúde dão aos usuários informações e conselhos personalizados de acordo com a fase em que eles se situam (ver Figura 1).

FIGURA 1

## As fases na mudança de comportamento e o apoio da AxisMed ao paciente ao longo do percurso

Fase	1) Pre-contemplação	2) Contemplação	3) Preparação	4) Ação	5) Manutenção
Descrição do paciente	Os pacientes não estão dispostos a mudar de comportamento.	Os pacientes estão dispostos a mudar de comportamento.	Os pacientes estão prontos para a mudança.	Os pacientes fizeram ajustes específicos no estilo de vida.	Os pacientes fizeram ajustes específicos no estilo de vida e querem evitar recaídas.
Apoio da AxisMed	Educar os indivíduos sobre as consequências dos comportamentos atuais com objetivo de incitar um desejo de mudança.	Continuar a interagir com os pacientes para aumentar a prontidão na mudança de comportamento.	Ajudar os indivíduos a identificarem o passo seguinte mais apropriado e imediato.	Ajudar os pacientes a entenderem os benefícios das ações tomadas para conseguirem a mudança esperada.	Acompanhar de forma frequente os pacientes para garantir que o comportamento adequado é mantido.

### 3.3. Superando os desafios na integração de dados, adesão e retenção dos pacientes

As consultas fundamentadas requerem um relato completo do histórico de saúde do paciente. O EMR da Plataforma de Saúde da AxisMed agrega informações dos pacientes provenientes dos bancos de dados dos registos médicos (grupos hospitalares privados) e das seguradoras. No entanto, como as organizações usam formatos de identificação de saúde do paciente diferentes, é difícil fazer o cruzamento entre o paciente e os vários registos de saúde. Para superar este desafio, a AxisMed desenvolveu algoritmos que permitem a identificação e o cruzamento dos registos entre os vários sistemas e os armazenamentos de dados.

A primeira abordagem junto ao paciente é essencial para criar confiança e garantir a adesão do paciente aos serviços da AxisMed. Assim que a AxisMed identificou os segmentos de clientes requerendo um apoio na gestão de saúde, os indivíduos consentem à participação do programa. A AxisMed observou que a taxa de adesão dos usuários inicial era bastante baixa, sendo apenas de 50 por cento, reduzindo de forma significativa o impacto que os serviços da AxisMed pudessem vir a proporcionar aos clientes. Para resolver este problema, a AxisMed, além de contratar médicos e especialistas mais experientes, deu prioridade ao

37. Prochaska & DiClemente (1983) [O Modelo Transteórico](#) (em inglês)

processo de adesão dos pacientes, fornecendo a cada cliente maior clareza sobre os benefícios do serviço. Apesar de ser um investimento, esta medida melhorou de forma significativa a qualidade na abordagem junto ao paciente, nomeadamente durante o primeiro atendimento, que não só ajudou os pacientes a seguirem os conselhos fornecidos, mas que também aumentou a taxa de adesão para 70 por cento.

Para garantir consultas de alta qualidade, a AxisMed monitoriza indicadores chave de desempenho (KPIs) e implementa um esquema de incentivo baseado no desempenho dos seus profissionais de saúde. São efetuados controlos de rotina por auditores internos que fazem uma revisão das gravações das consultas. Além de determinarem se as informações partilhadas durante a abordagem correspondem aos dados no perfil do paciente registados na Plataforma de Saúde, os auditores conferem se os dados registados satisfazem os requisitos mínimos de qualidade. Se não for o caso, o profissional de saúde é obrigado a participar numa das formações com equipas técnicas e clínicas da AxisMed para melhorar o seu desempenho. Se a captura de dados satisfaz os requisitos de qualidade, o profissional de saúde recebe um prémio,

um estímulo para manter o seu desempenho. Desde que estas mudanças foram introduzidas, o nível de qualidade de serviço aumentou de 78 por cento em 2016 para 87 por cento em 2018. Durante o mesmo período, a classificação da AxisMed do Net Performance Score (NPS) do paciente aumentou de 65 por cento para 76 por cento, e a taxa de retenção de pacientes AxisMed é agora de 95 por cento. Além disso, o índice de produtividade da equipa dos profissionais de saúde aumentou de 20 por cento, uma subida de 7.7 em 2016 para 9.2 em 2018.

Desde do início, a AxisMed apostou na segmentação dos usuários dos planos de saúde privados para dar um apoio pertinente, personalizado e oportuno. A AxisMed reavalia de forma contínua os segmentos de clientes e identificou recentemente um segmento-alvo adicional. Este segmento é composto de usuários “em risco” que poderão ainda não ter um número excessivo de pedidos mensais de cobertura das despesas de saúde, mas que podem vir a desenvolver condições crônicas que os levarão a usar os serviços de saúde de forma mais frequente. Ao abordar esses indivíduos e ao ajudá-los a melhorar os hábitos de saúde, a AxisMed está a incitar melhorias na saúde preventiva.



---

## 3.4. Os serviços da AxisMed conseguem resultados positivos na saúde e uma redução de custos

---

Através do serviço de Gerenciamento de Saúde, a AxisMed ajudou os pacientes a terem melhores resultados de saúde e gerou para os seus clientes uma redução de custos significativa. Por exemplo, para um dos seus clientes, a AxisMed apoiou pacientes com mais de 14,400 internações hospitalares e reduziu, em média, de oito por cento do tempo de permanência hospitalar, equivalente a um ou dois dias.<sup>38</sup> Este feito criou uma redução nos pedidos de cobertura de despesas de saúde dos clientes da AxisMed no valor de \$4,6 milhões. Graças ao apoio pós-procedimento, 288 reinternações foram evitadas, representando para o cliente da AxisMed uma diminuição de custos adicional de \$1,2 milhão. Além do mais, através do serviço Central Clínica, e devido à mobilização de ambulâncias em tempo oportuno e ao atendimento domiciliar, a AxisMed ajudou a reverter 12 por cento dos casos com envio às urgências. Graças ao atendimento eficiente aos pacientes pelos profissionais de saúde da AxisMed, outros 59 por cento dos possíveis casos com envio às urgências foram revertidos.

A metodologia altamente personalizada da AxisMed provou ser eficaz na mudança do comportamento dos hiperutilizadores, ajudando a reduzir os custos do seguro de saúde. Nos 10 meses que seguiram a introdução do serviço de Hiperutilizadores para um dos clientes da AxisMed, os pedidos mensais de cobertura de despesas de saúde de um grupo de mais de 3,400 hiperutilizadores diminuíram de 35 por cento. Durante este período, embora o cliente tenha pago \$300,000 em taxas de subscrição para o serviço de Hiperutilizadores, a redução nos pedidos de cobertura de despesas de saúde levou a uma

poupança de \$2 milhões. A AxisMed conseguiu uma economia total de mais de \$1,7 milhão para este cliente equivalente a um ROI de 5.6:1 e reduziu as horas perdidas de trabalho causadas pelo absentismo devido a doenças.

A melhoria na saúde teve um efeito positivo nos indicadores de satisfação dos pacientes dos serviços AxisMed. Sete meses após a introdução dos serviços de gestão de saúde da AxisMed, uma sondagem ao paciente revelou que as consultas telefônicas tinham um nível de satisfação de 96 por cento e que o aconselhamento dos profissionais de saúde da AxisMed tinha um nível de satisfação de 97 por cento. Além disso, a sondagem mostrou que 95 por cento dos usuários desse cliente recomendariam com elevada probabilidade os serviços da AxisMed.

Embora os benefícios comerciais da AxisMed evidenciam-se principalmente no setor privado, estas soluções podem proporcionar economias de custos semelhantes para o Ministério da Saúde do Brasil. Acima de tudo, ao implementar o tipo de soluções digitais que a AxisMed oferece no sistema de saúde pública, 75 por cento da população Brasileira poderia vir a ter um maior apoio na saúde. Isto viria a otimizar o uso dos recursos no sistema público e poderia criar uma melhoria significativa nos níveis de saúde nacional. A abordagem na segmentação dos pacientes usada pela AxisMed pode ajudar o Ministério da Saúde a identificar e direcionar, de forma oportuna, uma população específica aos serviços e informações de saúde relevantes, fomentando uma maior atenção na saúde preventiva.

---

38. O custo médio da internação de um paciente é de \$510 por dia.

## 4. Modelo de negócios

Embora as plataformas digitais de interação direta com o paciente (B2C) sejam uma fonte de receitas, os modelos B2B e B2B2C são os principais modelos de negócios da AxisMed, nomeadamente para dois tipos de clientes:

- **As seguradoras de saúde privadas** que usufruem de uma redução de custos e maiores lucros quando os usuários usam os recursos de saúde de forma adequada e,
- **As sociedades empresariais** que financiam pacotes de seguro de saúde para os seus colaboradores, e que poupam custos através de prêmios mensais de menor valor, devido à diminuição dos pedidos de cobertura de despesas de saúde por parte dos colaboradores. As empresas também beneficiam de uma força de trabalho mais saudável.

Por causa do número excessivo de pedidos de cobertura das despesas de saúde por parte dos beneficiários, as seguradoras de saúde privadas gozam margens de lucro fracas e tentam compensar esta perda com aumentos nos prêmios mensais de seguro. Isto proporciona um encargo financeiro significativo para as empresas que absorvem os custos dos seguros privados em nome dos seus colaboradores. Só em 2017, no Brasil, o custo do seguro de saúde privado aumentou de 15 por cento, chegando aos \$32,6 bilhões.<sup>39</sup> Para uma em cada quatro empresas, os custos do plano de saúde representam 10 a 20 por cento das despesas associadas aos colaboradores. Este custo é ainda maior para sete por cento das sociedades empresariais.<sup>40</sup> Para a maioria das empresas brasileiras, os custos dos planos de saúde para os colaboradores são a segunda maior despesa a seguir aos salários.

A Plataforma de Saúde é o produto principal da AxisMed. A empresa licencia a plataforma para

clientes que podem utilizar o serviço por si ou como parte de um serviço totalmente gerenciado. Por uma taxa acrescentada e para um uso otimizado da plataforma, a AxisMed oferece um serviço de consultoria de inteligência de negócios e processos integrados. A equipa de inteligência de negócios desempenha o papel inicial de estratificar a base de usuários ou colaboradores do cliente para analisar os dados existentes e identificar os serviços AxisMed mais adequados para o cliente. Cada serviço é totalmente personalizável. Por exemplo, um cliente pode optar por um pacote básico que armazena os dados essenciais de saúde do paciente ou subscrever ao pacote premium através do qual a AxisMed regista dados mais abrangentes, tais como as informações do paciente partilhadas durante as consultas.

A AxisMed tenciona gerar maiores receitas pelo B2B através da otimização do portfólio de serviços existentes de gestão de saúde e da criação de novas soluções integradas para grandes empresas. No primeiro trimestre de 2019, as receitas geridas pelo modelo B2C da AxisMed pela plataforma Vivo Bem correspondiam a 10 por cento do total das receitas. Para a AxisMed, esta área tem um potencial no crescimento de negócios. A AxisMed continuará a melhorar o serviço Vivo Bem e tenciona desenvolver novos produtos digitais mais abrangentes para a comercialização em massa. Para aumentar a sustentabilidade dos negócios, a AxisMed está a melhorar a segurança e arquitetura dos sistemas e a apostar na automatização de processos na empresa que melhoram a produtividade e reduzem custos.

Ao diversificar fontes de receitas, ao fornecer serviços centrados no paciente com um ROI para clientes, e ao manter um compromisso na otimização de eficiência e dos custos operacionais, a AxisMed não está somente a aumentar as suas receitas e a sua margem de lucro, como a afirmar-se num ator chave numa indústria altamente competitiva.

39. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2018)

40. Valor econômico (2018)

# 5. Roteiro para o futuro

## Otimizando ou expandindo os serviços existentes

Embora os serviços telefônicos, que são a base da maioria dos serviços da AxisMed, tenham grande utilidade para os pacientes, a AxisMed está a explorar a integração de novos meios digitais através dos quais o usuário possa interagir com a AxisMed a qualquer momento. A empresa também tenciona expandir o alcance dos seus serviços. A AxisMed quer integrar um chatbot nos serviços existentes de Gerenciamento de Saúde e Central Clínica para dar aos pacientes respostas a perguntas frequentes e um acesso a informações gerais de saúde em tempo real. Além de reduzir os custos de serviço, o uso da tecnologia de inteligência artificial possibilita um atendimento ao público mais alargado e permite aos profissionais de saúde da AxisMed de consagrarem mais tempo aos pacientes que exigem mais cuidados.

## Reforçando as estratégias de prevenção através soluções de interação direta com o paciente

Ao longo dos próximos anos, a AxisMed pretende melhorar o seu serviço de interação direta com o paciente, a plataforma Vivo Bem, para reforçar as estratégias na saúde preventiva. Em fevereiro de 2019, mais de 2 milhões de usuários usavam a plataforma Vivo Bem com 30,000 novos usuários subscrevendo mensalmente. A plataforma tem o potencial de atingir 100 milhões de assinantes da Telefónica. Além de ter uma aplicação Android, a AxisMed tenciona desenvolver uma versão iOS para disponibilizar a plataforma ao público mais alargado.

A AxisMed também vai introduzir um serviço de “microseguro” para que as populações de médio e baixo rendimento tenham acesso aos serviços de saúde privados. Para clientes existentes, a AxisMed vai apostar numa melhoria na oferta de serviço. A AxisMed está também a desenvolver uma aplicação “health coach” que dará um apoio individualizado para clientes específicos, como por exemplo, colaboradores com doenças crônicas. A aplicação terá uma funcionalidade de monitoramento para avaliar as tendências no comportamento do usuário e identificar hábitos de saúde inadequados. Esta funcionalidade levará a intervenção oportuna junto aos usuários para que eles possam ter hábitos mais saudáveis e desempenharem um papel mais ativo na sua própria saúde.

## Fortalecendo parcerias com os provedores de saúde

A AxisMed considera desenvolver parcerias com empresas de provedores de saúde para reforçar o impacto dos seus serviços na gestão de saúde. A empresa constatou que os colaboradores na prestação de serviços de saúde - os profissionais de saúde - são atores chave para o percurso do paciente na mudança do comportamento. Se os profissionais de saúde forem incentivados a prestarem ajuda aos pacientes no uso apropriado de recursos de saúde, eles poderiam ser um importante canal através do qual se influenciariam comportamentos de saúde.





Para outras publicações e ferramentas da mHealth, por favor visite:  
[www.gsma.com/mobilefordevelopment/mhealth/AxisMed\\_Brazil](http://www.gsma.com/mobilefordevelopment/mhealth/AxisMed_Brazil)

**GSMA HEAD OFFICE**

Floor 2  
The Walbrook Building  
25 Walbrook  
London EC4N 8AF  
United Kingdom  
Tel: +44 (0)20 7356 0600  
Fax: +44 (0)20 7356 0601