

Aluno:	Gustavo Magalhaes Mendes de Tarso			
Conveniada:	Brasília 0			
Turma:	MBS02488-MGS-T01			
Disciplina:	Sistemas de saúde no Brasil			
Prova:	2º Chamada - 17/05/2025	Valor da Prova:	10,00	Nota Aluno: 10,00
Disponível a partir de:	21/05/2025 (59 dias)			

Comentários das Questões

Questão 1)	Valor: 2,00	Nota: 2,00
Questão 2)	Valor: 2,00	Nota: 2,00
Questão 3)	Valor: 2,00	Nota: 2,00
Questão 4)	Valor: 2,00	Nota: 2,00
Questão 5)	Valor: 2,00	Nota: 2,00



1020762500162017529

Aluno: Gustavo Magalhães Mendes De Tarso
 Curso: Mba Executivo em Administração: Gestão De Saú
 Disciplina: Sistemas de saúde no Brasil
 Professor: Fernando Fernandes

Documento: 859.984.133-34
 Turma: MBS02488-MCS-T01
 Avaliação: 2ª Chamada

Data: 17/05/2025



2020762500162001100

- 1) O que é VCMH, como é calculado e qual sua importância para o mercado de saúde privado?
(VALOR: 2,00 ponto(s))

O VCMH é o sigla que corresponde ao Valor de Convênio Médico-Hospitalar. É um indicador técnico que é calculado mediante variáveis metodológicas, variáveis econômicas, como por exemplo a frequência e quantidade de serviços médicos, o tipo de complexidade que os usuários de planos de saúde estão consumindo, a inovação de inovação e novas tecnologias, a inflação de um período, a política de investimento anual e mundial. Este indicador é bastante importante porque compara os valores a serem cobrados nos tipos de convênios dos operadores de saúde, tratando, desta forma, balancear os custos com as receitas (primariedade). O seu cálculo é feito de estimar o percentual de reajuste pela seguinte equação:

$$\text{" \% de reajuste = (VCMH \times 80\%) + (IPCA \times 20\%) " }$$

Desse forma, vale lembrar que isto é regulado pela ANS de tal forma a não haver abusos aos beneficiários.



1030762500162017525

Aluno: Gustavo Magalhães Mendes De Tarso
Curso: MBA Executivo em Administração: Gestão De Saúde
Disciplina: Sistemas de saúde no Brasil
Professor: Fernando Fernandes

Documento: 859.984.133-34
Turma: MBS02488-MGS-T01
Avaliação: 2ª Chamada

Data: 17/05/2025



2030762500162002100

- 2) Após 30 anos de existência do SUS, quais as principais características que você pode descrever do modelo e cite pelo menos 5 (cinco) pontos positivos e 5 pontos negativos do sistema.
(VALOR: 2,00 ponto(s))

As principais características do SUS são a universalidade, a equidade, gratuidade e a capilaridade do serviço, com a estruturação em atenção básica, intermediária, alta complexidade e quaternária. Como pontos positivos temos: uma vasta gama de serviços ofertados, fornecimento de medicamentos de baixo e alto custo, o acompanhamento integralizado com a baixa complexidade até a alta complexidade, campanhas de promoção e prevenção de doenças e talvez uma das mais importantes: cobertura nacional ampla para todos os idades. Como pontos negativos podemos citar a corrupção política, baixo investimento para aumento dos profissionais de saúde o que pode acarretar em dificuldade de acesso, controle de custos e viagens de baixo de custos em um país de proporções continentais, burocracia e fragmentação da rede.



1040762500162017529

Aluno: Gustavo Magalhães Mendes De Tarso
Curso: Mba Executivo em Administração: Gestão De Saú
Disciplina: Sistemas de saúde no Brasil
Professor: Fernando Fernandes

Documento: 659.984.133-34
Turna: MDS02486-MGS-T01
Avaliação: 2ª Chamada

Data: 17/05/2025



2040762500162003100

- 3) Quais as diferenças entre os modelos de sistema de saúde existentes no mundo, chamados de: Universalista e Assistencialista?
(VALOR: 2,00 ponto(s))

Antes de citarmos as diferenças entre os modelos de sistema de saúde em epígrafe temos que trazer a tona três importantes desafios a todos: componente estratégico, financeiro e técnico. Estes componentes são norteadores da elaboração e requisição dos modelos.

O modelo universalista foi o modelo usado principalmente pelo Reino Unido e Canadá que serviu de base para construção do SUS no Brasil. Ele parte da premissa de ter muita atuação do Estado e ocorrência da necessidade de sistema privado. Tal modelo é sustentado através do recolhimento de taxas e impostos que são destinados para o saúde. Geralmente possuem as características de universalidade e equidade.

O modelo assistencialista, por sua vez é apontado por muitos como o modelo mais eficaz e melhor do mundo, está presente na Suíça. Este modelo obriga que todos os cidadãos adquiram um plano de assistência dentro os disponíveis no mercado e um parâmetro para a aferição de qualidade do serviço prestado pelos mesmos.



1050762500162017529

Aluno: Gustavo Magalhães Mendes De Tarso
Curso: Mba Executivo em Administração: Gestão De Saúde
Disciplina: Sistemas de saúde no Brasil
Professor: Fernando Fernandes

Documento: 659.984.133-34
Turma: MBS02488-MGS-T01
Avaliação: 2ª Chamada

Data: 17/05/2025



2050762500162004100

- 4) Quais as principais diferenças entre as modalidades de operadoras de saúde: Autogestão e Medicina de Grupo? Descreva pelo menos 3 (três) delas.
 (VALOR: 2,00 ponto(s))

A Medicina de grupo é a modalidade em que empresas privadas com fins lucrativos, oferecem serviços de saúde através de uma forma verticalizada, ou seja, uma rede própria e/ou credenciada com foco na gestão de controle de custos e tomada de decisão gerencial. Exemplos deste modelo são a Amil e Hapvida, que vendem seus tipos de convênio à população e utilizam rede própria.

O modelo de autogestão é aquele no qual o atendimento é prestado aos funcionários da empresa/órgão, sem fins lucrativos e prezam pela oferta e qualidade, sem possuir uma rede própria. Geralmente não custeiam por um preço entre os empregados com a diferença da capacidade financeira individual.



1060762500162017528

Aluno: Gustavo Magalhães Mendes De Tarso
Curso: Mba Executivo em Administração: Gestão De Saúde
Disciplina: Sistemas de saúde no Brasil
Professor: Fernando Fernandes

Documento: 659.984.133-34
Turma: MBS02488-MGS-T01
Avaliação: 2º Chamada

Data: 17/05/2025



2060762500162005100

- 5) O que significa o conceito de Valor para o paciente? Exemplifique como pode ser utilizado na prática.
(VALOR: 2,00 ponto(s))

O conceito de Valor para o paciente é um tipo de modelo de prestação de serviços na rede privada baseado em duas características distintas, porém complementares: PREMA e PROMA. O primeiro quer dizer a visão do beneficiário quanto a satisfação inerente do que o convênio oferece, ou seja, uma avaliação quanto a rede de cobertura, os profissionais que atendem, as instalações dos serviços e o tempo de espera para o uso dos serviços. O segundo significa a percepção do paciente em relação a ele mesmo, sua reatividade nas doenças e a prevenção. Sendo assim, chega-se a um resultado mensurável e comparável entre as prestações de serviços da rede privadas. O PREMA pode ser utilizado na prática através de ferramentas de gestão de avaliação como por exemplo o NPS. O PROMA pode ser avaliado com indicadores como planejamento na atenção básica, controle de doenças crônicas, taxa de rehospitalização, etc.