

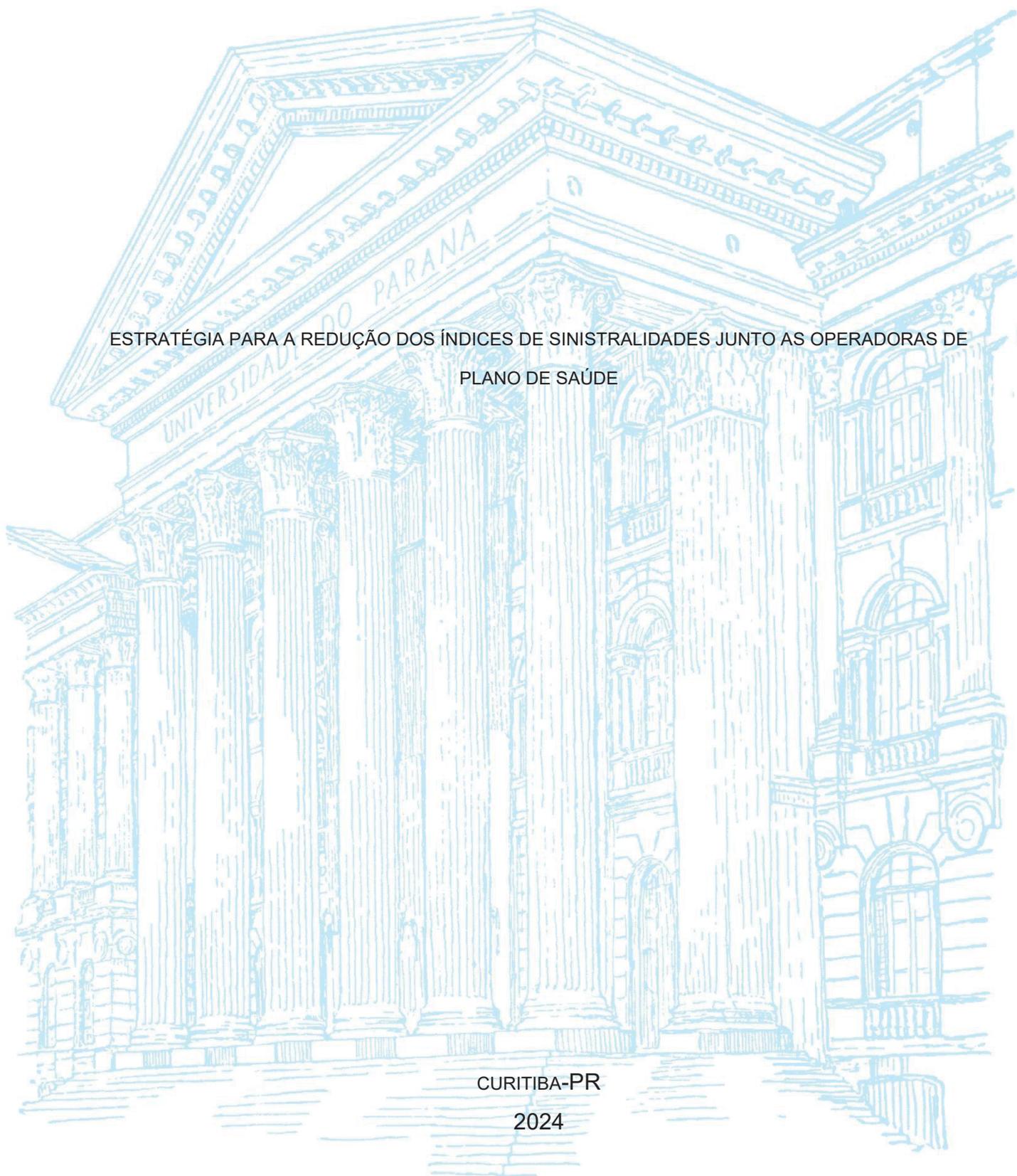
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA NEIVERTH

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADES JUNTO AS OPERADORAS DE
PLANO DE SAÚDE

CURITIBA-PR

2024



ANA PAULA NEIVERTH

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADES JUNTO AS OPERADORAS DE
PLANO DE SAÚDE

Artigo apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Gestão Estratégia de Cooperativas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadores: Prof. Dr. Marcos Wagner da
Fonseca.

CURITIBA-PR

2024

ANA PAULA NEIVERTH

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADES JUNTO AS OPERADORAS DE
PLANO DE SAÚDE

Artigo apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista, Curso de
Especialização em Gestão Estratégia de
Cooperativas, Universidade Federal do Paraná.

Data da aprovação 10/04/2024

Banca Examinadora:

Dr. Marcos Wagner da Fonseca

Eielton dos Santos Oliveira

CURITIBA-PR

2024

Resumo

Este trabalho tem como objetivo concernir os principais motivos para um dos maiores problemas enfrentado pelas operadoras de planos de saúde nos últimos anos pós pandemia; o alto custo na variação de custos medico – hospitalares (VCMH) que impacta diretamente na tabela do prestador o aumento excessivo de consultas e exames/procedimentos do plano de saúde que conseqüentemente elevou os índices de sinistralidade. O mercado de saúde suplementar vem apresentando desempenhos nunca visto antes na história, levando as operadoras a fecharem com resultados negativos e em alguns casos até mesmo o fechamento de operadoras representado uma redução significativa no número de operadoras em todo o país. Nesse trabalho será apresentado as estratégias para minimizar a sinistralidade bem como a promoção da saúde através de saúde preventiva e programas exclusivos para beneficiário com o intuito de gerir a gestão de custos através da medicina preventiva promovendo a qualidade de vida e sustentabilidade do plano de saúde.

Palavras-chave: Pandemia, custo médico, sinistralidade, plano de saúde, operadoras, estratégias, saúde, preventiva, medicina, sustentabilidade.

Abstract

This work aims to address the main reasons behind one of the major issues faced by health insurance providers in the recent post-pandemic years: the high cost in the variation of medical-hospital costs (VCMH), directly impacting the provider's fee schedule due to the excessive increase in healthcare appointments, tests, and procedures covered by the health plan, consequently elevating the loss ratio. The supplementary health market has been demonstrating unprecedented performances, leading providers to close with negative results, and in some cases, even leading to the shutdown of operations, marking a significant reduction in the number of providers across the country. This work will present strategies to minimize the loss ratio, focusing on promoting preventive healthcare and exclusive programs for beneficiaries aimed at managing costs through preventive medicine, thus enhancing the quality of life and the sustainability of the health plan.

Keywords: Pandemic, medical cost, loss ratio, health plan, providers, strategies, health, preventive, medicine, sustainability.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA: 1 – QUADRO DE RESULTADOS.....	11
FIGURA: 2 – QUADRO DA EVOLUÇÃO DA SINISTRALIDADE.....	12

LISTA DE QUADROS

QUADRO: 1 – CUSTOS DO PROJETO	22
QUADRO: 2 – INFORMAÇÕES SOBRE A VIABILIDADE DO PROJETO.....	12

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 APRESENTÇÃO/PROBLEMÁTICA	8
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	10
1.2.1 Objetivo específico do trabalho	10
1.3 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO	10
2 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	11
2.1 DESCRIÇÃO GERAL DA COOPERATIVA	14
2.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	16
3 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	17
3.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	19
3.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	19
3.3 RECURSOS	21
3.4 VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA	22
3.5 RECURSOS ESPERADOS	23
3.6 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVA- CORRETIVA	24
4 CONCLUSÃO	25
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	27

1 INTRODUÇÃO

No atual contexto que se baseia a saúde suplementar, é demasiadamente preocupante devido aos altos percentuais de sinistralidade que assolam as operadoras de saúde e que vem apresentando resultados financeiros negativos nos dois últimos anos. Contudo, neste trabalho, buscamos apresentar informações estratégicas e projetos vinculados à promoção a saúde, com intuito de minimizar esse problema que vem impactando diversas operadoras.

Em decorrência da pandemia do COVID 19, que afetou mundialmente toda a população, foram detectados até o momento sete tipos de coronavírus nos humanos, causadores de síndromes respiratórias agudas e muito graves, ocasionando um aumento absurdo nos preços dos suprimentos médicos hospitalares, em decorrência dos longos períodos de internamentos, pela ação do vírus e ainda, os diversos tratamentos posteriores oriundos das inúmeras sequelas pós COVID. Tais situações causaram aumento do VCMH – Variação dos Custos Médicos Hospitalares –, inflacionando toda a área da saúde suplementar, assim como, a paralização dos atendimentos eletivos, ocasionando um esgotamento na saúde de todo o país.

Nos anos de 2022 e 2023 nota-se o uso desenfreado de procedimentos que estavam suspensos e, visto que as pessoas optaram por adiar suas consultas, exames de rotinas e procedimentos cirúrgicos devido à preocupação da exposição com o vírus durante a pandemia, esse aumento na utilização dos procedimentos represados causam impacto negativo, bastando observar a crescente dos percentuais de sinistralidade dos planos de saúde.

Na contratação de um plano de saúde, é importante destacar que os beneficiários devem sempre buscar um plano regulamentado com as características individuais; familiares ou empresariais, de acordo com a necessidade que atenda as características de sua contratação, visando a abrangência, tipo de acomodação, mensalidade a qual poderá variar de acordo com a faixa etária, e que está previsto em cláusula contratual, conforme prevê a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O alto custo com os atendimentos eletivos, ambulatoriais e hospitalares dos clientes Unimed, vem gerando despesas grandiosas para as operadoras de saúde e

que impactam diretamente na saúde financeira das organizações, isso devido aos altos índices de sinistralidade. O conceito de sinistralidade é utilizado para definir a relação entre o custo da utilização do plano de saúde (sinistro) e o valor que as operadoras recebem de acordo com a mensalidade (prêmio).

De acordo com os dados da ANS, no ano de 2022 houve um aumento de vidas, fechando o ano com 50,2 milhões de beneficiários. Esse número representa 1,6 milhões a mais que em outubro de 2021. Devido ao aumento do custo dos suprimentos médicos e hospitalares, bem como os honorários médicos conhecidos pelas operadoras de saúde como VCMH - Variação de Custos Médico-Hospitalares índices esses que impactam diretamente nas negociações de tabela de preço de medicações, exames/procedimentos e nas tabelas com os prestadores de serviços médicos. Consequentemente, gerando impacto na saúde financeira das operadoras de saúde devido aos elevados custos assistenciais, culminando na insolvência de diversas operadoras de saúde, tornando insustentável a manutenção das atividades.

A explanação para essa característica no mercado de saúde suplementar não se evidencia em apenas uma causa, mas em diversos fatores que diminuem as receitas das operadoras de saúde que causam o aumento dos custos assistenciais. Dentre estas causas sobressaem-se: a transição demográfica, reajuste das mensalidades e a precificação adequada dos planos de assistência à saúde. Desse modo, é perceptível que a insolvência está diretamente ligada a diversos riscos especialmente aos atuariais. (SÁ; MACIEL JÚNIOR; REINALDO, 2017).

O desafio das operadoras é criar estratégias com o intuito de reduzir a sinistralidade visando a promoção da saúde de prevenção, incentivando os beneficiários a adotarem hábitos saudáveis e um estilo de vida apropriado, tendo como base princípios amplamente divulgados como uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, rotina de exames anuais, que devem ser fomentados por meio de companhias e projetos/programas de prevenção à saúde. Também é importante atender-se à necessidade de manejo e gerenciamento de beneficiários com doenças crônicas, devendo haver acompanhamento bastante próximo e campanhas para orientem esse público quanto à necessidade de controle dessas doenças. Vale mencionar, ainda, campanhas que orientem e direcionem o uso da telemedicina, o uso consciente o plano de saúde, executar ações de negociações com rede prestadores de serviço à saúde e o acompanhamento e aplicação de reajuste

necessários nos planos levando em consideração a saúde financeira do contrato ou grupo analisado.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Propor alternativas que visem reduzir os impactos gerados pela pandemia, controlando os custos assistenciais, verticalizando os atendimentos na Unimed e investimento de recursos em medicina preventiva.

1.2.1 Objetivos específicos do trabalho

Desenvolver, estruturar e implantar clínica de atendimento personalizado APS – Atendimento Primário da Saúde para controlar os custos assistências e operacionais da Unimed Cascavel, visando gerir os custos dos serviços credenciados de hospitais e clínicas, culminando, assim, na redução das despesas decorrentes de atendimentos, minimizando a sinistralidade dos contratos e contribuindo com acompanhamento e incentivo da medicina preventiva.

1.3 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

O resultado deficitário das operadoras de planos de saúde vem aumentando ano após ano e, se não houver ações e iniciativas que possam diminuir esses resultados, infelizmente as consequências serão graves. A verticalização dos serviços é vista como uma alternativa viável e necessária para controlar a sinistralidade aliando cuidado adequado com o menor custo possível. Isso só será possível com a união de esforços de vários setores, podendo resultar em cenário bastante próximo do ideal.

É abordar um novo paradigma, a priorização deverá ser em promover a saúde e não em tratar doenças.

Hoje, quando se trata de manutenção da carteira de clientes, aborda-se a questão de reajustes anuais dos contratos. Os que são coletivos podem sofrer reajustes acordados por livre negociação, mas, quanto maior o reajuste aplicado, maior acaba sendo a saída de clientes saudáveis. A conta fica alta e geralmente é paga pelo empregador, que chega a um ponto que não conseguir assumir o alto custo e passa a dividi-lo com o empregado, alterando para contratos com coparticipações cada vez maiores.

As cooperativas precisam retomar e reforçar o modelo de cooperativa juntos aos donos do negócio, ou seja, mostrar ao médico que ele é, de fato, dono da operadora e que o beneficiário tem direito, mas possui também deveres.

2 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Constantemente vem sendo falado pelas Operadoras de Planos de Saúde da alta sinistralidade (receita X custo). Essa é a realidade do mercado de saúde, na atualidade. E é, sem dúvidas, um grande desafio: controlar os custos que estão sendo gerados após período de pandemia. Porém, era de conhecimento das cúpulas administrativas das operadoras, que haveria alta na demanda, visto o represamento por mais de dois anos, principalmente em atendimentos que são de alto custo, tais como cirurgias, que no período de pandemia ficaram restritas e, em casos menos graves, suspensas. Mesmo constantes do rol de procedimentos, visto o cenário da saúde, não havia meio atender a essas necessidades, considerando fatores como risco X benefício.

Quando tratamos da receita, esta é oriunda dos valores de mensalidade cobrados para cada plano/contrato. O preço determinado da venda deste ou daquele contrato/plano é norteado por históricos de utilizações de anos anteriores. Essa listagem costumava ser atualizada a cada dois anos em média, porém, atualmente ela vem sendo atualizada a cada seis meses, aproximadamente.

O reajuste em planos coletivos, como anteriormente mencionado, se dá por livre negociação. Já quando falamos de reajuste de valores para planos individuais e familiares, estes devem seguir a determinação da ANS, com percentuais para cada período. Sendo assim, independente do resultado que eles vêm apresentando, a agência reguladora é que define o reajuste máximo a ser aplicado anualmente.

E, em se tratando do rol supramencionado, este é elaborado pelo órgão regulador (ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar) e nada mais é do que a lista de procedimentos como exames, consultas e cirurgias, que são disponibilizados pelos planos de saúde aos seus beneficiários naquele plano/modalidade específico. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é instituído por uma Resolução Normativa que define as regras gerais de cobertura. Inclui consultas, exames e tratamentos de cobertura obrigatória, bem como diretrizes de utilização que

estabelecem os critérios para que um determinado procedimento seja considerado de cobertura obrigatória.

Ainda acerca da atualização do ROL, quando ocorrem, versam acerca da inclusão de novos procedimentos de tratamentos com cobertura no plano que o beneficiário já possui, ou seja, no ato da aquisição de um plano de saúde, o valor que ele inicia pagando é para cobrir os procedimentos e tratamentos que estão no rol vigente naquele momento, mas para cada nova atualização são englobados outros procedimentos, o preço pago por este serviço se torna ineficiente perante os custos.

Demonstrando um fator de dificuldade, é importante lembrar que muitas vezes as negociações dos contratos para definição do reajuste, ocorre em esferas elevadas da cooperativa. É uma dicotomia manter o cliente, mas a que custo? De certa forma, o cliente relata que se o plano cobra uma mensalidade e já deveria, considerando o valor cobrado, estar preparado para novas tecnologias. Oras, como seria possível tal previsão? Ao cabo, muitas vezes as novidades geram custos altíssimos para a carteira, mas os clientes não querem pagar esta conta.

Outro exemplo que podemos correlacionar para ilustrar o mencionado é a compra de uma geladeira, que ao ser adquirida é pago pela tecnologia nela disponível, ou seja, as funcionalidades que ela oferta no momento. Se futuramente surgirem novas tecnologias, caso deseje, deve-se adquirir um novo produto, com mais tecnologia e funcionalidades, ou seja, ter mais benefícios e complementos. Os planos de saúde deveriam seguir esta modalidade. A ANS regula todos os planos que iniciaram sua comercialização a partir de 01/01/1999, os planos adquiridos anterior a esta data, que não são regulados por ela, devem seguir a cobertura de procedimentos de acordo com o contrato.

Mas a ANS não é a única que é responsável. As operadoras também sofrem com as altas demandas de judicialização, ou seja, o beneficiário realiza a compra de um produto, é bem esclarecida a sua cobertura e prazos de carências para utilização, mas, mesmo assim, ao impetrar demanda judicial, são beneficiados com tratamentos, cirurgias, materiais e medicamentos até mesmo experimentais, que não estão previstos. Dessa forma, o plano de saúde se vê obrigado a garantir esse atendimento, sem que seja programado, o qual não foi mensurado em sua precificação.

Os planos de saúde possuem, aproximadamente, 50 milhões de beneficiários conforme gráfico abaixo. No segundo trimestre de 2023, acumularam o resultado de mais de R\$ 10 bilhões negativos.

Estamos vendo que a rentabilidade das operadoras está vindo, de maneira geral, do rendimento das operações financeiras. Essa situação não é desejável, afinal, a operação de plano deve ser sustentável por si só. Então as operadoras precisam rever sua gestão, e analisar onde podem melhorar. É muito importante ter um estudo de atuária mais prospectivo, com análise de cenários e dos impactos possíveis, analisa o diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, segundo Jorge Aquino, disponível em Governo Federal. 2023.

Figura 1 – Quadro de Resultados



Fonte: Painel Econômico Financeiro da Saúde Suplementar, disponível em <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJmM4YTYyMDEtMmRjMS00NWFlLWFkMTEtMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

Conforme visto, as operadoras de planos de saúde estão operando em déficit (resultados operacionais em mais de 4,7 bilhões de reais). E o que as estão mantendo é o resultado financeiro, originário do rendimento de fundos de investimentos e aplicações financeiras que foram incorporados ao longo de anos.

O cenário da Unimed Cascavel, alvo de nosso estudo, não é diferente das demais operadoras de planos de saúde no Brasil, pois, com aproximadamente 98 mil beneficiários, vem buscando constantemente elevar a qualidade dos atendimentos prestados aos clientes do sistema Unimed. Nessa busca, possui várias clínicas de recursos próprios, e essa é a metodologia que muitas Unimeds, estão seguindo: investindo na concentração de suas atividades, em medicina preventiva, atendimentos personalizados e cuidados continuados.

O índice de sinistralidade - que mede a utilização dos beneficiários - sofreu aumento exponencial em relação aos últimos anos, fechando o ano de 2022 em 95,07%. Este dado é referente à relação entre receita gerada com mensalidades pelos clientes e os gastos/custos assistenciais com eles, sendo assim, para cada R\$ 100,00 em receita, R\$ 95,07 foram gastos em saúde. Se considerarmos a sinistralidade combinada, que indica a relação entre a receita dos clientes e os gastos assistenciais, somados às despesas operacionais (administrativas + comercialização), o ano de 2022 fechou em 103,99%, conforme figura 2:

Figura 2 – Quadro da Evolução da Sinistralidade



Fonte: Unimed Cascavel, Relatório de Gestão 2022, disponível em : https://www.unimed.coop.br/portaunimed/flipbook/cascavel/relatorio_de_sustentabilidade_2023/182/

2.1 DESCRIÇÃO GERAL DA COOPERATIVA

A Unimed Cascavel foi fundada em 30 de janeiro de 1989, no Oeste do Paraná. A data marcou o início do cooperativismo na saúde local, quando um grupo formado por 124 médicos se reuniu na Associação Médica para assinar o documento de fundação. Efetivamente, as atividades da cooperativa começaram em março de 1989, em um espaço emprestado pela própria Associação. Em março de 1995, foi inaugurada a primeira sede própria da Unimed Cascavel, em um imóvel adquirido na rua General Osório. Em 1999, a cooperativa incorporou a Unimed Vale Verde, no município de Ubitatã. Já o ano 2000 marcou a inauguração do prédio recém-construído para a singular, situado no coração de Cascavel.

Em 2023, a Unimed Cascavel, completou 34 anos de história e de valorização do trabalho médico. Conta mais de 600 médicos cooperados, mais de 300

colaboradores, uma rede credenciada formada por 18 hospitais, 111 clínicas e 25 laboratórios para cuidar de mais de mais de 98 mil beneficiários.

Atualmente a cooperativa comercializa os planos Individual Familiar, Coletivo Empresarial e Coletivo Adesão, com abrangência Nacional, Estadual (estado do Paraná) e Regional (23 municípios do Oeste do Paraná, são eles: Altamira do Paraná, Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campina da Lagoa, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Corbélia, Diamante do Sul, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Juranda, Lindoeste, Nova Aurora, Nova Cantu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Ubiratã), e Municipal. Acomodações enfermarias (acomodação coletiva) e apartamento (acomodação individual). Coparticipações de 30% e 50% para consultas, exames/procedimentos, que é um fator moderador para os contratos, visando o equilíbrio do contrato.

Para a Unimed Cascavel, excelência não é um conceito, mas uma realidade que faz parte da rotina de cooperados, colaboradores e rede credenciada. Oferecer as melhores condições de trabalho/atendimento e na execução de todos os processos internos é uma meta perseguida diariamente pela Cooperativa, para levar aos beneficiários o que existe de melhor em saúde suplementar.

A Unimed Cascavel, está presente nas redes sociais, para informar e facilitar o acesso dos beneficiários e cooperados aos nossos serviços. Comodidade, respeito e empatia. Tudo isso faz parte de um Jeito de Cuidar Unimed. Iniciativa que valoriza a vocação para cuidar de pessoas, sempre com a inspiração do espírito cooperativista. São atitudes, comportamentos, processos, procedimentos, estruturas e equipamentos que têm o propósito de zelar pelos médicos, colaboradores e pela saúde e bem-estar dos nossos beneficiários.

Atualmente a operadora conta com a sede administrativa em Cascavel, um ponto de vendas em Ubiratã, duas Clínicas Médicas – CAS – Centro de Atenção à Saúde sediadas em Cascavel e Cafelândia e um Espaço Viver Bem, voltado para atendimento clínico de terapias e projetos vinculados ao Saúde Preventiva.

A Unimed Cascavel, reforça a abordagem moderna e humanizada de atenção aos pacientes ao criar a Rede de Cuidados Continuados. A RCC, é uma maneira empática e resolutiva para pessoas diagnosticadas com doenças ameaçadoras à vida. É um conceito atualizado dos Cuidados Paliativos, que eleva a um novo patamar o respeito ao paciente incurável e aos familiares dele. Estamos dando um grande

passo em direção ao futuro da saúde no Brasil, sendo assim, mais uma vez, pioneiros na nossa região.

O pioneirismo da Unimed Cascavel dá frutos em forma de prêmios. Em 2020, no Simpósio das Unimed's do estado do Paraná, foi vencedora do Prêmio de Performance Geral. Também conquistamos o Selo Diamante de Acreditação em Excelência pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A essência da Unimed Cascavel, está no comprometimento com a vida, com as pessoas e com o mundo e aplica a vocação de cuidar

2.2 DIGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Há alguns anos, muitos brasileiros não tinham condições financeiras de manter um plano de saúde e, os que tinham, deixaram de ser beneficiários ou ainda perderam seus empregos e juntamente o plano de saúde a que tinham direito, devido ao vínculo empregatício. Com isso o houve uma queda drástica no número de beneficiários junto às operadoras nesse período e, na sequência, toda a população mundial enfrentou a pandemia de COVID 19.

Atualmente, segundo os dados da ANS, estão registrados junto ao órgão regulamentador mais de 50 milhões de pessoas contabilizados até agosto de 2023.

No período da pandemia, muitas pessoas recorreram às operadoras de planos de saúde para contratação visto que, segundo a legislação vigente, por se tratar de uma pandemia, os tratamentos relativos a essa doença devem ser cobertos pelas operadoras. Sendo assim, os novos beneficiários, mesmo que em cumprimento de período de carência, deveriam ser atendidos pela rede privada a fim de não sobrecarregarem o sistema único de saúde – SUS. Desse modo, a receita das operadoras aumentaram, visto que as consultas eletivas e procedimentos eletivos foram adiados considerando o risco de exposição desnecessária e também devido a orientação de isolamento social.

Após esse período, com a retomada das atividades, percebeu-se a alta demanda nos atendimentos referente às consultas eletivas, procedimentos/exames periódicos reprimidos, bem como, tratamentos de pacientes devido a sequelas pós-covid 19. Outro aspecto importante a se ressaltar foi o grande aumento nas consultas eletivas e tratamento com especialistas em psiquiatria e psicologia.

Todos os dados levantados refletem no índice de sinistralidade da operadora. Como já foi apresentado nesse trabalho, o problema primordial que vem assolando as operadoras de planos de saúde, são os custos assistenciais e conseqüentemente a alta sinistralidade. Essas informações são extraídas e compiladas por meio de indicadores de desempenho. Segundo Nascimento E Outros (2011), que colocam que os indicadores de desempenho são instrumentos capazes de fornecerem informações de altíssima qualidade de informações no tange a avaliação de desempenho organizacional, visando as informações financeiras, operacionais, rentabilidade e crescimento de vendas.

3 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Diante das análises abordadas neste trabalho, foi possível evidenciar que diversos fatores contribuem para as variações dos custos assistenciais, cabendo menção aos custos de inflação médica, refletida nos elevados custos da VCMH (Variação do Custo Médico Hospitalar), o avanço da medicina e a incorporação de novas tecnologias, como a ampliação do ROL da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que tem contribuído para o aumento excessivo da utilização dos planos de saúde, o envelhecimento da população e mudanças nos padrões de saúde que impactam diretamente nos custos assistenciais, visto que a pessoas mais idosas tendem a necessitar de mais cuidados de saúde e tratamentos para condições crônicas, bem como o aumento dos pedidos de exames realizados pelos médicos cooperados, a realização de exames diagnósticos e de monitoramento é uma parte essencial da prática médica. No entanto, um aumento desproporcional na solicitação de exames pode elevar os custos assistenciais, especialmente se forem realizados de forma excessiva ou desnecessária.

Em conjunto, esses fatores influenciam nos custos assistenciais e na sinistralidade dos planos de saúde, exigindo estratégias de gestão eficazes para controlar os gastos e garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.

Desse modo, é importante adotar estratégias para controlar os custos e buscar equilíbrio financeiro no médio e longo prazo, por meio de eficiência e eficácia nas atividades propostas pela cooperativa, visando a qualidade e a diversidade nos atendimentos, mas com a utilização consciente dos recursos disponíveis.

Em média, cerca de 40% das operadoras de planos de saúde no Brasil contam com uma rede própria verticalizada de atendimento, composta por médicos cooperados de diversas especialidades, além de recursos próprios como hospitais, ambulatórios, clínicas e centros de exames laboratoriais. Essa estrutura representa aproximadamente 80% das opções de serviços oferecidas aos clientes.

Com a verticalização dos serviços credenciados, espera-se uma redução geral nos atendimentos, uma vez que os profissionais das clínicas próprias estão capacitados para lidar com uma variedade de situações dos clientes. Além disso, os médicos trabalham com altos índices de resolutividade para todas as demandas, o que significa que, ao ser atendido na clínica própria, o cliente tem sua necessidade resolvida pelo médico, evitando a busca por outros profissionais na rede credenciada para tratar o mesmo diagnóstico.

Essa modalidade de atendimento oferece ao cliente maior segurança e acolhimento, possibilitando um acompanhamento de diagnósticos precoces, mesmo antes da manifestação da doença. Além disso, programas de medicina preventiva podem ser direcionados a esses beneficiários, proporcionando tranquilidade ao saber que o médico que o atendeu possui todo o seu histórico de saúde e que seu diagnóstico será mais assertivo.

A partir do momento em que a operadora de plano de saúde possui uma rede própria, ela não fica vulnerável às exigências e negociações da rede credenciada. Por meio das clínicas próprias, tanto os procedimentos quanto os profissionais são acompanhados em termos de efetividade dos atendimentos e custos apresentados.

A sustentabilidade econômica dos serviços de saúde suplementar requer a implementação de estratégias destinadas a avaliar o que é crítico, definindo prioridades para a alocação assertiva de recursos e, assim, alcançar melhores resultados. Uma análise clara dos custos nos serviços de saúde suplementar representa uma etapa importante para compreender como os custos são gerados e entender a eficiência do sistema (Avelar, Silva e Fouto, 2018).

Para buscar maior autonomia e controle de custos, muitas operadoras de planos de saúde têm mudado seu posicionamento diante do cenário econômico, optando pela verticalização de sua estrutura com rede própria. Essa estratégia, além de oferecer um controle mais efetivo na utilização dos atendimentos, proporciona maior poder de negociação junto à rede credenciada, tornando-se assim mais autônoma e competitiva em relação à concorrência.

3.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

Notoriamente, o alto custo dos atendimentos eletivos e ambulatoriais têm impactado negativamente, aumentando o índice de sinistralidade. Diante disso, a Unimed Cascavel está realizando estudos para reduzir esse índice, e a proposta em desenvolvimento é a verticalização da rede por meio do atendimento clínico e ambulatorial.

No momento, a operadora já possui uma clínica própria localizada na cidade de Cascavel, destinada ao atendimento dos beneficiários em sua área de atuação. Essa clínica conta com médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade, capacitados para atender pacientes em todas as fases da vida, desde o nascimento até os cuidados paliativos na fase final. Isso significa que eles têm o conhecimento e a competência necessários para atender crianças, jovens, adultos, puérperas e idosos, sem restrições quanto à idade, gênero ou condição de saúde.

Na mesma clínica, é possível encontrar outros profissionais de saúde, como dermatologistas, pediatras, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, além de equipes multidisciplinares compostas por técnicos em enfermagem e enfermeiros altamente capacitados para atender os beneficiários. Dessa forma, não é necessário recorrer à rede credenciada para obter assistência.

Considerando a necessidade de reduzir os custos assistenciais e a sinistralidade da operadora, aliada à significativa demanda por serviços médicos nas cidades de Cafelândia e Ubitatã, a implantação de duas clínicas de atendimento clínico e uma ambulatorial será capaz de suprir as necessidades de atendimento na região. Atualmente, os beneficiários dessas cidades precisam se deslocar para os municípios vizinhos para realizar consultas eletivas e de urgência, devido à falta de acesso à rede prestadora em suas próprias localidades.

3.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Para a operacionalização desse projeto, o primeiro passo é identificar as cidades que irão receber as estruturas das Clínicas da Unimed Cascavel devido à necessidade de atendimento aos beneficiários, visto a falta de rede prestadora. A viabilidade e estruturação do projeto serão apresentadas pela equipe de Gerência de Mercado e Núcleo de Informações a todos os cooperados da Unimed Cascavel em Assembleia Geral Ordinária (AGO).

A análise dos custos do projeto para a implantação da verticalização ocorrerá mediante a estruturação do projeto, que viabilizará o atendimento de beneficiários vinculados às duas grandes contratantes da carteira. Além disso, serão analisados os cenários dos mercados das duas cidades que receberão as Clínicas da Unimed Cascavel. Na cidade de Cafelândia, será necessária a locação de espaço para receber o projeto e efetuar modificações no prédio, a fim de comportar a estrutura para atendimento de recepção, atendimento clínico e ambulatorial. Enquanto isso, na cidade de Ubitatã, será utilizado o espaço disponibilizado pelo hospital local para a instalação.

Os espaços físicos contarão com consultórios médicos para atendimentos eletivos, consultórios ambulatoriais e recepção. Os atendimentos serão disponibilizados de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, em ambas as unidades. Para isso, o Setor de Núcleo de Informação estará à frente das análises dos custos do projeto e participará de reuniões de alinhamento estratégico com a Diretoria e as Gerências de Mercado e Assistencial.

O acompanhamento das etapas do projeto será realizado pela equipe de Suprimentos, que estará responsável pelas cotações e compras dos móveis, itens e instalações necessárias, além do acompanhamento das instalações nas duas clínicas e do acompanhamento dos fornecedores. Também estará envolvida a equipe de Recursos Humanos, responsável pelo recrutamento e contratação dos profissionais de saúde e demais colaboradores. A previsão é de inauguração das clínicas para janeiro de 2025.

A elaboração do plano de comunicação e marketing terá início em dezembro de 2024. Neste plano, a equipe de marketing interna, em colaboração com a agência de publicidade, será responsável pela elaboração de toda a campanha de divulgação e inauguração das unidades. O processo começará pela comunicação interna aos colaboradores e médicos cooperados e, posteriormente, será desdobrada aos beneficiários e novos clientes.

Para os médicos cooperados, serão enviados e-mails marketing, informativos no portal do cooperado, mensagens através da ferramenta de *WhatsApp* e gravação com a palavra do presidente sobre a inauguração das clínicas.

Para os beneficiários e novos clientes, as divulgações serão feitas através de outdoors em pontos estratégicos de Cafelândia e Ubitatã, campanhas de divulgação no rádio e nas redes sociais.

Além disso, será realizada a estruturação de uma política para o acompanhamento dos dados assistenciais e financeiros, utilizando a plataforma de base de dados Qlik Sense. Essa plataforma será alimentada com os dados lançados no sistema de gestão, permitindo o estabelecimento de indicadores e o acompanhamento e mensuração destes para monitorar o projeto.

A equipe responsável por monitorar a plataforma e apresentar os relatórios gerenciais será o Núcleo de Informações, que apresentará tais resultados mensalmente para a Diretoria e as Gerências de Mercado e Assistencial.

3.3 RECURSOS

Diante dos estudos realizados, foram levantados todos os dados dos recursos necessários para o início das atividades das clínicas de Atenção à Saúde, que serão implantadas nas cidades sedes de Cafelândia e Ubatã. Os custos foram levantados com base nos valores pesquisados dos produtos a serem utilizados, podendo haver variação no momento da aquisição e foi projetado como uma estimativa inicial, havendo a possibilidade de novas aquisições durante a instalação do projeto. Segue quadro abaixo com os itens iniciais e seus valores estimados:

Quadro: 1 – Custos do Projeto

Itens	Qtde	Total
Mesa	10	R\$ 2.500,00
Cadeira (médicos/enfermagem/recepcionista)	10	R\$ 910,00
Ar condicionado	10	R\$ 2.150,00
Armário	12	R\$ 2.580,00
Poltrona (sala atendimentos/recepção)	34	R\$ 5.100,00
Televisor	2	R\$ 2.400,00
Computador	10	R\$ 35.490,00
Impressora	8	R\$ 9.992,00
Telefone sem fio	8	R\$ 1.104,00
Telefone hedset	2	R\$ 322,00
Bebedouro	2	R\$ 792,00
Maca para atendimentos	6	R\$ 12.600,00
Escada para maca	6	R\$ 6.000,00
Poltrona reclinável	2	R\$ 1.298,00
Suporte para medicamento	2	R\$ 157,80
Itens para decoração		R\$ 20.000,00
Painel de senha	2	R\$ 978,00
Balança bioimpedancia	2	R\$ 2.400,00
Balança digital antropometrica	2	R\$ 2.900,00
Estetoscópio	10	R\$ 789,00
Esfigmomanômetro	10	R\$ 829,00
Geladeira	2	R\$ 6.600,00
Lavatório com coluna	8	R\$ 1.504,00
Aparelho automático de pressão	10	R\$ 1.599,00
Oxímetro	2	R\$ 139,80
Totem para pesquisa e satisfação	2	R\$ 1.778,00
Publicidade e propaganda	1	R\$ 5.000,00
TOTAL		R\$ 127.912,60

FONTE: Projeto Integrador Fase IV

3.4 VIABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA

A viabilidade dos investimentos, as receitas e os custos necessários para o início das atividades das clínicas de Atenção à Saúde estão de acordo com os estudos do projeto. Estima-se atingir os clientes residentes nos municípios citados para um melhor controle do uso do plano de saúde, bem como ressaltar que a medicina preventiva é essencial na busca contínua da redução da sinistralidade geral da cooperativa. Abaixo quadro com informações referente a viabilidade do projeto:

Quadro: 02 – Informações sobre a Viabilidade do Projeto

INVESTIMENTO	RECEITAS	CUSTOS
Mesa – 10 unidades Cadeira – 30 unidades Armário – 12 unidades Poltrona – 24 unidades Televisor – 4 unidades Computador – 10 unidades Impressora – 8 unidades Telefone- 10 unidades Bebedouro – 2 unidades Máquina de café - 2 unidades Maca – 6 unidades Poltrona reclinável – 2 unidades Suporte para medicamento – 2 unidades Itens de decoração - diversos Painel de senha – 2 unidades Balança - 4 unidades Eletoscópio – 10 unidades Esfigmomanômetro – 10 unidades Aparelho de pressão automático – 10 unidades Oxímetro – 2 unidades Totem para pesquisa de satisfação – 2 unidades	<p>A receita será evidenciado a médio e longo prazo, através da redução dos atendimentos realizados, diminuição da quantidade de exames e procedimentos cirúrgicos.</p> <p>Os clientes que possuem doenças crônicas, terão seus acompanhamentos com equipe multidisciplinar, evitando atendimentos desnecessários e maior controle e gerenciamento de sua saúde.</p> <p>Projeto saúde de medicina corporativa reduzindo custos atendimentos, controle da sinistralidade para a empresa e . consequentemente reajustes menos elevados.</p> <p>Efetividade poderão ser constatados através de pesquisa de satisfação com os clientes que utilizaram o serviço.</p>	Locação de imóvel para a clínica Água Energia elétrica Internet Pagamento de folha pessoal Materiais de expediente Material de higiene Material de limpeza Materiais de uso consumo (porta copos, lixeira) Materiais uso ambulatorial (luva, seringa, papeis, termômetro, entre outros) Medicamentos diversos Descarte material contaminado Marketing (divulgação) Plotagem clínicas Uniformes para equipe Jaleco Software de gestão

FONTE: Projeto Integrador Fase IV

A figura acima representa o escopo de investimento, receita e custos para o início do funcionamento das clínicas nos municípios de ação da Unimed Cascavel.

Por meio de uma abordagem consciente e adequadamente coordenada pela equipe multidisciplinar com regularidade, será possível identificar doenças em seus estágios iniciais. Isso, por sua vez, pode levar à redução do índice de utilização e ao aumento da qualidade de vida dos pacientes, impactando diretamente a sinistralidade da cooperativa Unimed Cascavel.

3.5 RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação das Clínicas de Atenção à Saúde, a expectativa da Unimed Cascavel é que os indicadores sejam acompanhados e mensurados para garantir a melhor efetividade do projeto, sendo eles: análises mensais dos indicadores (consulta, exames, pacotes de procedimentos, cirurgias, terapias e tratamentos de alto custo); implantação e mensuração da efetividade dos projetos de medicina preventiva; análises do número de clientes nos municípios de implantação das

clínicas; pesquisa de satisfação com os clientes aderentes; fidelização do cliente para atendimento nestas clínicas, evitando a busca por outra operadora; acompanhamento do tratamento do início à finalização; redução do índice de sinistralidade.

3.6 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVA

-CORRETIVO

Considerando se tratar de um projeto desafiador, mas com grande potencial, e reconhecendo a necessidade crucial de implantação nas cidades que receberão as Clínicas de Atenção à Saúde, é importante ressaltar os riscos que podem surgir ao longo do processo, tais como: não adesão dos clientes ao atendimento na clínica APS; falta de mão de obra especializada; redução do número de clientes; alto custo dos índices econômicos da saúde; alta sinistralidade nos contratos empresariais que possam impactar em reajustes elevados para as empresas/contratantes daquelas cidades e conseqüentemente perda de vidas; redução do PIB da cidade; falta de efetividade na resolutividade de diagnósticos; e situações adversas, como a pandemia de Covid-19.

4 CONCLUSÃO

O setor de saúde suplementar, incluindo a Unimed Cascavel, enfrenta desafios significativos, exacerbados pela pandemia de COVID-19, como altos índices de sinistralidade e resultados financeiros negativos. A pandemia levou a um aumento na demanda por tratamentos relacionados à doença, resultando em receita adicional para as operadoras de planos de saúde devido ao adiamento de consultas e procedimentos eletivos.

Com a retomada das atividades, houve um aumento na procura por consultas eletivas, exames periódicos e tratamentos pós-COVID-19, sobrecarregando os sistemas de saúde. A insolvência das operadoras está ligada a diversos riscos, especialmente atuariais, e a redução da sinistralidade é crucial. Estratégias de promoção da saúde, incluindo telemedicina e negociações com prestadores de serviços médicos, são fundamentais.

A escolha adequada de planos de saúde pelos beneficiários é essencial, considerando fatores como abrangência e faixa etária. Propõe-se mitigar os impactos da pandemia concentrando-se na redução dos custos assistenciais, na verticalização dos atendimentos na Unimed e no investimento em medicina preventiva, visando garantir um sistema de saúde suplementar sustentável e eficiente.

O setor de saúde suplementar enfrenta desafios como reajustes anuais nos planos coletivos, comportamentos inadequados de alguns cooperados e pressões financeiras devido à demanda reprimida por procedimentos caros e atualizações regulatórias. A solução proposta inclui a adoção do modelo cooperativo, de fato, a utilização de indicadores de desempenho e a verticalização dos serviços para controlar custos e melhorar a qualidade do atendimento, com foco na medicina preventiva.

A verticalização da rede de atendimento da Unimed Cascavel viabiliza a redução dos altos custos e a sinistralidade em planos de saúde. A iniciativa envolve a criação de duas novas clínicas em Cafelândia e Ubiratã, além da expansão da clínica já existente em Cascavel. O plano de implantação inclui análise de custos, adaptação dos espaços físicos, contratação de profissionais de saúde e colaboradores, e estratégias de comunicação e marketing para divulgação das novas unidades. A

operacionalização do projeto também prevê o estabelecimento de políticas para monitoramento de dados assistenciais e financeiros.

A viabilidade econômico-financeira, os resultados esperados e os riscos associados à implantação de clínicas de Atenção à Saúde pela Unimed Cascavel nas cidades de Cafelândia e Ubiratã estão vinculados aos custos iniciais, as projeções de receitas e os benefícios da medicina preventiva são discutidos, juntamente com os indicadores de acompanhamento do projeto, como análises mensais, pesquisas de satisfação e fidelização de clientes. Os riscos potenciais, como a falta de adesão dos clientes, escassez de mão de obra especializada e impactos econômicos adversos, também são abordados, com medidas preventivas e corretivas sugeridas, viabilizando uma visão abrangente do planejamento e dos desafios associados à implementação das clínicas de Atenção à Saúde.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELAR, A. B. A., SILVA, A. S., FOUTO, N.M.M.D. **Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil**. Revista de Gestão em Sistema de Saúde, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 29-43.

NASCIMENTO, S., BORTOUZO, S.C., DUTRA, A., & ENSSLIN, S. R. **Mapeamento dos Indicadores de desempenho organizacional em pesquisas da área de Administração, Ciências Contábeis e Turismo no período de 2000 a 2008**. R. Adm., 46(4), 373 – 391, 2011.

SÁ, M.; MACIEL JÚNIOR, J.; REINALDO, L. **Processo de Ruína Finito: um Estudo de Caso na Saúde Suplementar no Brasil**. Revista Evidenciação Contábil e Finanças, v. 5, n. 2, p. 88–103, 2017.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar: Retrospectiva 2022: ANS relembra os destaques da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/retrospectiva-2022-ans-relembra-os-destaques-da-saude-suplementar> . Acesso em: 26 out. 2023.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar: ANS divulga dados econômico-financeiros relativos ao 2º trimestre de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-2o-trimestre-de-2023> . Acesso em: 12 nov.2023.

Painel Econômico Financeiro da Saúde Suplementar: Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWJmM4YTYyMDEtMmRjMS00NWZhLWFKMTEtMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9> . Acesso em: 12 nov. 2023.

Relatório de Gestão 2022 Unimed Cascavel, disponível em: https://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/cascavel/relatorio_de_sustentabilidade_2023/182/ . Acesso em: 26 out./2023.