

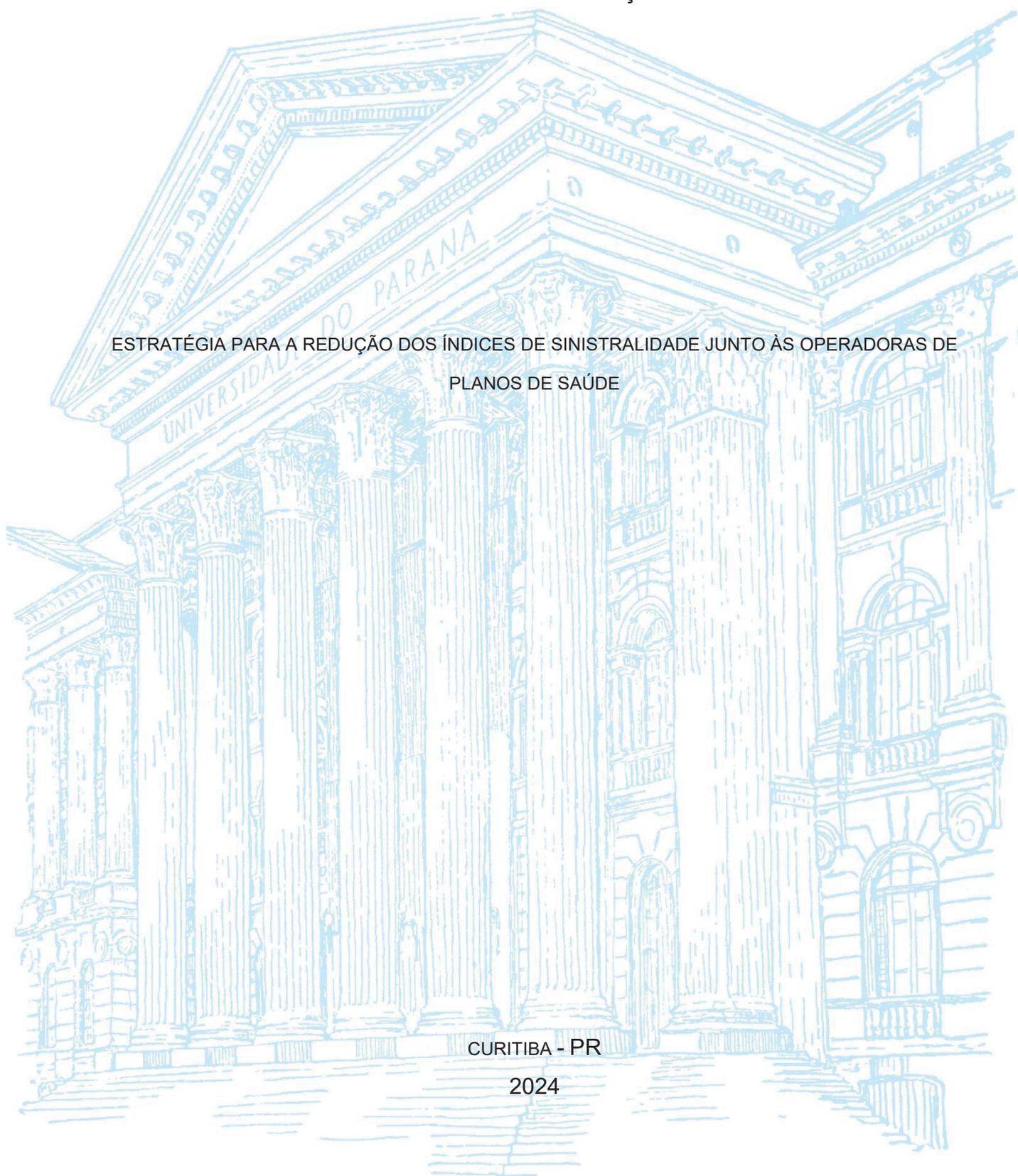
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NELMOÁ CRISTINA GONÇALVES

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADE JUNTO ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

CURITIBA - PR

2024



NELMOÁ CRISTINA GONÇALVES

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADES, JUNTO ÀS OPERADORAS
DE PLANOS DE SAÚDE

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

Orientadores: Prof. Dr. Marcos Wagner da
Fonseca.

CURITIBA-PR

2024

NELMOÁ CRISTINA GONÇALVES

ESTRATÉGIA PARA A REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE SINISTRALIDADES, JUNTO ÀS OPERADORAS
DE PLANOS DE SAÚDE

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

Data da aprovação __/__/____

Banca Examinadora:

CURITIBA-PR
2024

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo concernir os principais motivos para um dos maiores problemas enfrentados pelas operadoras de planos de saúde nos últimos anos pós pandemia. O alto valor na variação de custos médicos – hospitalares (VCMH) que impacta diretamente na tabela do prestador, o aumento excessivo de consultas e exames/procedimentos liberadas pelo plano de saúde, que consequentemente elevou os índices de sinistralidade.

O mercado de saúde suplementar vem apresentando desempenhos nunca vistos antes na história, direcionando as operadoras ao fechamento de seus resultados negativos e, em alguns casos, até mesmo a sua falência, representando uma redução significativa no número de operadoras de saúde em todo o país.

Nesse trabalho serão apresentadas estratégias para minimizar a sinistralidade. Apresentaremos alternativas de promoção da saúde, como programas de prevenção exclusivos para beneficiários, objetivando prestar suporte ao setor de gestão de custos, fomentar o autocuidado e a qualidade de vida do usuário e, fornecer ferramentas que auxiliem na sustentabilidade do negócio.

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

Abstract

This work aims to concern the main reasons for one of the biggest problems faced by health plan operators in recent years after the pandemic. The high value in the variation in medical – hospital costs (VCMH) which directly impacts the provider's table, the excessive increase in consultations and exams/procedures authorized by the health plan, which consequently increased the accident rates.

The supplementary healthcare market has been showing performances never seen before in history, leading operators to close their negative results and, in some cases, even go bankrupt, representing a significant reduction in the number of healthcare operators across the country.

This work will present strategies to minimize accidents. We will present health promotion alternatives with exclusive prevention programs for beneficiaries, aiming to support the cost management sector, promote self-care and the user's quality of life and provide sustainability for the business.

Keywords: *Pandemic, medical cost, accident rate, health plan, operators, strategic, health, preventive, medicine, sustainability.*

Sumário

1.Introdução.....	08
1.1 Apresentação/Problemática.....	09
1.2 Objetivo Geral do trabalho.....	09
1.2.1 Objetivos específicos do trabalho	09
1.3 Justificativas do objetivo.....	10
2 Diagnóstico e Descrição da Situação-Problema.....	10
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	20
3.3 Recursos	22
3.4 Viabilidade econômico-financeira.....	23
3.5 Resultados esperados.....	24
3.6 Riscos ou problemas esperados e medidas preventiva-corretiva	24
4.Conclusão	25

5. Referências Bibliográficas26

1. INTRODUÇÃO

No atual cenário da saúde suplementar, saltam aos olhos e preocupam alguns fatores, dentre eles: os altos percentuais de sinistralidade que assolam as operadoras de saúde, que culminam em resultados financeiros negativos, principalmente nos dois últimos anos. Diante da afirmação aqui apresentada, neste trabalho, buscamos explicar acerca de estratégias e projetos vinculados à promoção a saúde, com intuito de minimizar esse problema que vem, a cada dia, impactando em diversas operadoras.

No atual momento, pós pandemia do COVID 19 - que sabidamente nos afetou, em escala global - foram detectados sete tipos de coronavírus nos humanos, e esse número pode crescer, visto que os estudos são contínuos e as mutações ocorrem em velocidade assombrosa. Tais vírus, causadores de síndromes respiratórias agudas e muito graves, impactaram em todos os âmbitos, porém, no que concerne à saúde, ocasionaram aumento absurdo nos preços de suprimentos médicos hospitalares, custo de manutenção de paciente em internamento (em decorrência dos longos períodos), 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. Impactou, ainda, nos atendimentos eletivos – que foram paralisados - visto esgotamento na saúde de todo o país.

Nos anos de 2022 e 2023, com o abrandamento da pandemia e a aparente normalidade no cotidiano, notou-se uso desenfreado com vistas a realizar os procedimentos que estavam suspensos e, considerando que as pessoas adiaram 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 causaram 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 por plano regulamentado com as características individuais, familiares ou empresariais, que atenda suas necessidades, respeitando as características de sua contratação. Devem estar atentos ainda quanto à

abrangência, tipo de acomodação, além obviamente, do valor de mensalidade (que se altera de acordo com as variáveis anteriormente descritas bem como com a faixa etária, conforme cláusula contratual e previsão da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar).

1.1 Apresentação/Problemática:

Visando garantir que a cobertura das despesas assistenciais, de forma que os custos não sejam maiores que a receita e evitando, assim, a redução da lucratividade da cooperativa que coloca em risco a saúde financeira, é necessário acompanhar e esclarecer os comportamentos e as tendências de mercado. Estas auxiliam e enriquecem o controle da sinistralidade dos planos de saúde.

Alguns fatores como a pandemia e o envelhecimento da população, elevaram significativamente os custos assistenciais das cooperativas. A expressão “recuperar o tempo perdido” nunca foi tão evidente.

Pessoas que ficaram durante dois anos com a utilização mínima ou até nula do plano, começaram a utilizar desenfreadamente. Já com relação aos idosos, esse grupo já possui características de utilização mais frequente, muitas vezes relacionadas a doenças crônicas ou problemas que são oriundos da idade.

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 Justificativas 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 de um plano, no qual, 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, Jorge Aquino

(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>).

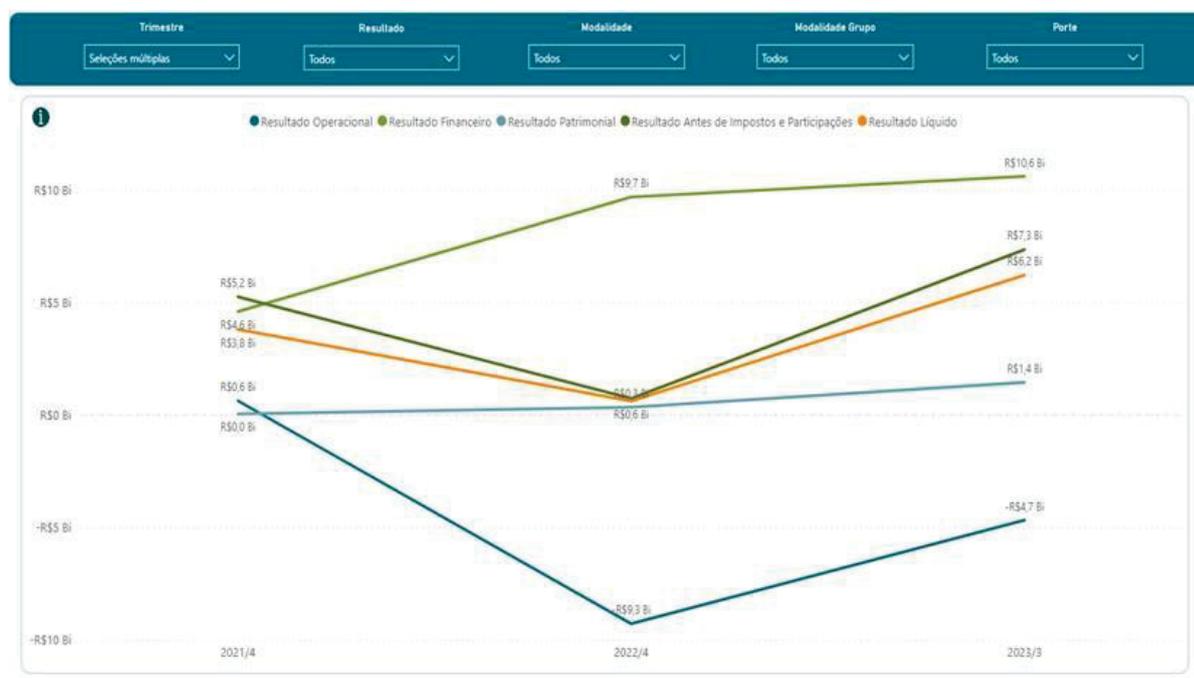


Figura 1 – Quadro de Resultados Painel Econômico Financeiro da Saúde Suplementar

Fonte: Painel Econômico Financeiro da Saúde Suplementar : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMjM4YTYyMDEtMmRjMS00NWZhLWVhMTk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

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 abaixo:

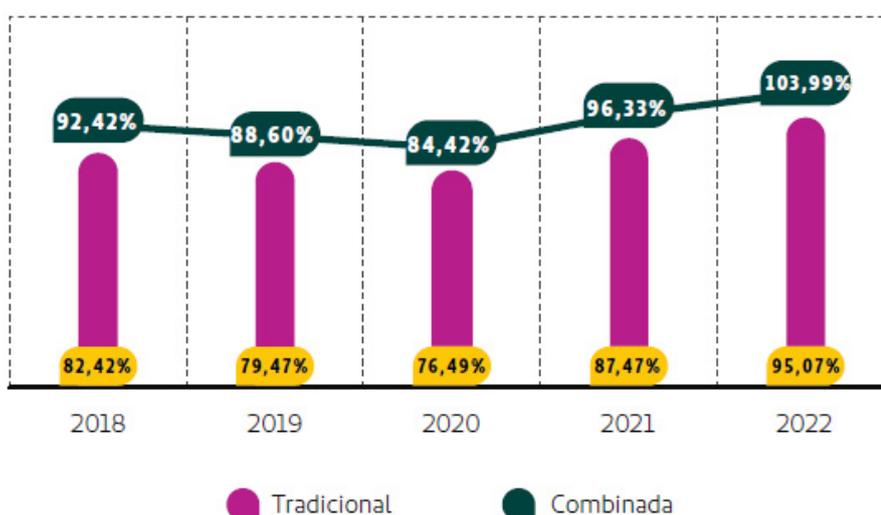


Figura 2 – Quadro da Evolução da Sinistralidade da Unimed Cascavel

Fonte: Unimed Cascavel, Relatório de Gestão 2022, disponível em: [https://www.unimed.coop.br/portalanimed/flipbook/cascavel/relatorio de sustentabilidade 2023/182/](https://www.unimed.coop.br/portalanimed/flipbook/cascavel/relatorio%20de%20sustentabilidade%202023/182/)

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, Corbéia, Diamante do Sul, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Juranda, Lindoeste, Nova Aurora, Nova Cantu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Ubitatã), e Municipal. Acomodações enfermagem (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 Ubitatã, 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 Unimeds 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 Diagnóstico 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 – Agência Nacional de Saúde Suplementar, estão registrados junto ao órgão regulamentador mais de 50 milhões de clientes ativos 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 Ubatã, 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 Ubatã, 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 Ubatã, 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:

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 headset	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

Figura 3 – Quadro de Custos do Projeto

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:

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 Estetoscópio – 10 unidades Esfigmomanômetro – 10 unidades Aparelho de pressão automático – 10 unidades Oxímetro – 2 unidades Totem para pesquisa de satisfação – 2 unidades	A receita será evidenciado a médio e longo prazo, através da redução dos atendimentos realizados, diminuição da quantidade de exames e procedimentos cirúrgicos. Os clientes que possuem doenças crônicas, terão seus acompanhamentos com equipe multidisciplinar, evitando atendimentos desnecessários e maior controle e gerenciamento de sua saúde. Projeto saúde de medicina corporativa reduzindo custos atendimentos, controle da sinistralidade para a empresa e , conseqüentemente reajustes menos elevados. Efetividade poderão ser constatados através de pesquisa de satisfação com os clientes que utilizaram o serviço.	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) Platagem clínicas Uniformes para equipe Jaleco Software de gestão

Figura 04 – Quadro Viabilidade Econômica Financeira

Fonte – Projeto Integrador fase IV

O quadro 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 preventivo-corretivas

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

Os planos de saúde do sistema Unimed vivenciaram um conturbado período na pandemia, que refletem ao longo dos anos, pois os impactos foram significativos em decorrência da potencialidade de altos custos aplicados aos eventos relacionados à doença e suas complicações.

A sinistralidade dos contratos e, conseqüentemente, a necessidade de aplicações elevadas de reajustes, foram causadores de redução de contratos e vidas dentro das operadoras, gerando um desequilíbrio nas contas das operadoras de planos de saúde.

A busca por alternativas de captação de recursos nunca foi tão necessária quanto agora. Alternativas como a verticalização de tratamentos de saúde e projetos de saúde preventiva, executados por equipes internas, foram as soluções mais assertivas que as operadoras optaram.

A verticalização de atendimentos possibilita um atendimento humanizado, viabiliza um acompanhamento mais próximo dos beneficiários, demonstra qualidade e direcionamento de um atendimento com direcionamento a especialistas da rede em caso de real necessidade, trazendo à operadora a redução de custos assistenciais com melhor resultado financeiro, mesmo que a longo prazo.

Sendo assim, a necessidade de busca de melhores práticas nunca terá fim, ou seja, a necessidade de redução de custos ou a melhor forma de atendimento ao cliente são itens que as operadoras de saúde se propõem como alternativas de manter as finanças saudáveis e clientes bem atendidos desde sua fundação e é algo que se perpetua ao longo dos anos.

A Unimed Cascavel, buscando longevidade da cooperativa de saúde, terá que mudar sua cultura e absorver as alternativas mencionadas anteriormente para resolver os problemas históricos que vivenciaram e que ainda contam em suas estruturas. A verticalização demonstra que será possível alterar o percurso da cooperativa de forma ágil, mas com resultados a serem colhidos no longo prazo. É necessário mudar toda uma cultura.

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;

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/retrospectiva-2022-ans-relembra-os-destaques-da-saude-suplementar> (acesso em 26/10/2023);

<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 12/11/2023);

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjM4YTYyMDEtMmRjMS00NWZhLWFKMTEtMDk0YmMzZTk2YzZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9> (acesso em 12/11/2023);

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html (acesso em 12/11/2023);

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.