

## **GESTÃO DE RISCO DO CUSTO E CUSTEIO: IMPACTO FINANCEIRO NA COOPERATIVA UNIMED MARANHÃO DO SUL**

Luanda Karla Dantas Guerra<sup>1</sup>

Roberto Tadeu Ramos

Morais<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O artigo analisa o impacto da variação do custo e custeio da despesa assistencial da operadora de plano de saúde Unimed Maranhão do Sul. O objetivo é avaliar os riscos operacionais da cooperativa associados a essas variações. O estudo utiliza dados descritivos das despesas assistenciais da cooperativa para calcular o impacto no resultado devido ao aumento aleatório de custos, considerando três fatores: aumento da frequência de uso do plano, aumento do custo por tipo de evento ou procedimento e a regulamentação da cobertura assistencial fornecida pela ANS. O estudo destaca a importância da gestão de risco no setor de planos de saúde e a implementação de uma estratégia de gestão de risco para planejar o impacto financeiro futuro. O risco é definido como a probabilidade de um evento causar impacto positivo ou negativo em um indivíduo, projeto ou empresa, e o gerenciamento de risco envolve quantificar e qualificar incertezas. O estudo conclui que a gestão eficiente de risco é obrigatória em um ambiente onde a incerteza é a única constante.

**Palavras-chave:** Gestão de riscos, Cooperativas de saúde, Custo, Custeio, Despesa assistencial, .

### **ABSTRACT**

The article analyzes the impact of cost and costing variations of healthcare expenses of the health plan operator Unimed Maranhão do Sul. The objective is to evaluate the operational risks of the cooperative associated with these variations. The study uses descriptive data of the cooperative's healthcare expenses to calculate the impact on the result due to random cost increases, considering three factors: increased plan usage frequency, increased cost per event or procedure type, and regulation of the coverage provided by ANS. The study highlights the importance of risk management in the health plan sector and the implementation of a risk management strategy to plan for future financial impact. Risk is defined as the probability of an event causing a positive or negative impact on an individual, project, or company, and risk management involves quantifying and qualifying uncertainties. The study concludes that efficient risk management is mandatory in an environment where uncertainty is the only constant.

**Keywords:** Risk management, Health cooperatives, cost, costing variations, healthcare expenses, <sup>1</sup> Acadêmico do curso de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas das Faculdades Integradas de Taquara – Faccat – Imperatriz/MA. E-mail: luandaguerra@sou.faccat.br

<sup>2</sup> Professor Dr. orientador das Faculdades Integradas de Taquara Faccat/RS E-mail:masprm@faccat.br

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado na Constituição Federal de 1988 com o objetivo de permitir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Conforme o artigo 146 da Constituição Federal, Brasil (1988) “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Porém, embora tenha-se um grande avanço, principalmente quando comparados a outros países, ainda existem grandes desafios para um pronto atendimento de qualidade e resolutivo para grande parte da população, o que resulta na procura de muitos serviços oferecidos por operadoras particulares de planos de saúde.

Segundo Silveira (2004) o marco do surgimento do segmento de mercado de assistência privada no Brasil se dá quando foi criada a Caixa de Aposentadorias e Pensões através de uma porcentagem da renda bruta dos empregados ferroviários que garantia a esses o direito de pronto socorro médico para si e familiares e também acesso a medicamentos com preços melhores. Posteriormente o mercado ganhou forte impulso nas décadas de 1940 e 1950 com a criação da CASSI (Caixa de Assistências aos Funcionários do Banco do Brasil).

Ao longo dos anos foram sendo criadas novas empresas e cooperativas médicas para dar vazão a necessidade criada e em 1998, as empresas de saúde, que passaram ser chamadas de operadoras de plano de saúde, foram regulamentadas pelo Governo Federal a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.565/1998, tendo sua fundação apenas em 2000, foi que passou a ser responsável pela organização, que vai da criação de regras para cobertura assistência, obrigações contratuais, autorização de funcionamento, regras econômicos-financeiras e fiscalização das do setor com aplicação de multas financeiras. (BRASIL, 2021)

Sendo assim, o presente artigo busca analisar e identificar os impactos da variação do custo e custeio da despesa assistencial da operadora nos resultados operacionais da cooperativa de saúde Unimed Maranhão do Sul, através do aumento aleatório dos custos por tipo de evento ou procedimento e pelo aumento da frequência de uso do plano utilizando. E assim, conseguir avaliar quais são os riscos operacionais para a Cooperativa associados a essas variações. Quanto mais fidedigna a base de dados da empresa, com mais acurácia se pode prever e mensurar qualquer risco, servindo de subsídio para ações estratégicas e de controles e decisões financeiras. Nestas atividades a gestão de risco é tão importante, que elas são controladas e reguladas por agências estatais, como é o caso da Agência Nacional de Saúde (ANS).

As informações da base de dados, como o cadastro de usuários, frequência de

uso, tipo de plano, CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) das patologias, produtos e coberturas devem ser usadas para embasamento na formação de preço dos produtos e para a gestão de seus custos ou custeio. Acerca do estudo de custos relacionados à assistência em saúde, muitas são as formas de evidenciação dessas informações, entre elas a segmentação por eventos como consultas, exames, terapias e internações. A análise de sua frequência é um dos fundamentos para a implementação da estratégia de gestão de risco e se faz mandatória para o planejamento e visão de impacto financeiro futuro. O acompanhamento minucioso dessas informações permite identificar a origem do crescimento da despesa assistencial, através do aumento da frequência de uso, aumento do custo por evento, alteração na composição dos usuários e outros.

O aumento aleatório do custo de um evento como consultas médicas ou atualização da tabela de preços pela Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos médicos (CBHPM), por exemplo, sem saber o seu real impacto no resultado financeiro final é muito comum no âmbito das cooperativas, que tomam as decisões intempestivamente sem utilizar nenhuma metodologia ou base de dados, ficando a mercê de suas decisões e inerentes consequências sem previsão estratégica e sem saber ao certo se é capaz de absorver esses aumentos. Justificando a importância deste trabalho.

O estudo tem como objetivos específicos mostrar o impacto no resultado da cooperativa devido ao aumento aleatório de custos. Isso será feito por meio de cálculos de impacto utilizando dados descritivos das despesas assistenciais da cooperativa. Os três fatores que serão considerados são: (1) aumento da frequência de uso do plano, (2) aumento do custo por tipo de evento ou procedimento. A regulamentação da cobertura assistencial é fornecida pela Resolução Normativa nº 465 de 2021 da ANS.

Para desenvolver o trabalho foi realizado um estudo descritivo utilizando a base de dados da Cooperativa com elaboração de rankings para responder a pergunta central deste trabalho que é: Qual o risco do aumento dos custos para as despesas assistenciais e sinistralidade da Cooperativa Unimed Maranhão do Sul?

O trabalho está dividido em cinco seções, sendo este primeiro para a introdução, seguindo para fundamentação teórica, metodologia utilizada, desenvolvimento com a análise de dados e finalizando com as considerações finais do autor.

## **2 MARCO TEÓRICO**

O que é risco e sua relação com a gestão do risco? A definição de risco na administração é a probabilidade de um evento causar impacto positivo ou negativo em

um indivíduo, projeto ou empresa. A gestão do risco envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto nas perdas quanto nos ganhos, com relação aos acontecimentos planejados (FERMA, 2003)

## 2.1 Riscos

Para tanto, sendo risco a probabilidade de ocorrência de um evento esperado ou não, voluntário ou involuntário, que uma vez ocorrido, causa impacto positivo ou negativo para um indivíduo, projeto, processo ou empresa. Está relacionado à probabilidade e ocorrência de um fato e a sua consequência.

Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (2007, p.11)

O termo risco é proveniente da palavra *risicu* ou *riscu*, em latim, que significa ousar (*to dare*, em inglês). Costuma-se entender 'risco' como possibilidade de 'algo não dar certo', mas seu conceito atual envolve a quantificação e qualificação da incerteza, tanto no que diz respeito às 'perdas' como aos 'ganhos', com relação ao rumo dos acontecimentos planejados, seja por indivíduos, seja por organizações.

A consequência ou impacto (de perda ou de ganho) da efetivação do risco é que determina ações referentes a aceitação, mitigação e controle do risco. Havendo probabilidade de perda deve-se avaliar ações para controle e mitigação do risco, conforme definição do apetite ao risco. Obviamente, quando trata-se de risco positivo (ganho) não há que se falar em mitigação, mas de incentivo.

Quando se discute sobre de Aceitação, Controle e Mitigação do Risco precisa-se entender que o risco tem duas variáveis básicas que são probabilidade e impacto.

A mitigação de riscos consiste na aplicação de ações que visam reduzir a probabilidade de ocorrência ou o impacto dos riscos identificados. As ações de mitigação devem ser planejadas, implementadas e monitoradas para garantir que os riscos identificados sejam adequadamente gerenciados. (JOIA et al., 2014, p. 40)

Se o risco não é uma opção, ou seja, ele é inerente ao negócio, ou seja, o estudo aprofundado dessas variáveis é imprescindível e determinará o fracasso ou o sucesso do negócio, logo a gestão eficiente do risco é obrigatória.

Vargas (2006) traz que todos os negócios e projetos apresentam riscos inerentes. Aqueles que reconhecem essa realidade e se dedicam a estudar minuciosamente as variáveis de probabilidade e impacto estarão em vantagem para determinar o sucesso ou fracasso de suas iniciativas. Em um ambiente onde a incerteza é a única constante, uma gestão de risco eficiente é obrigatória.

As duas variáveis (probabilidade e impacto) têm graduações para análise de decisão, os dois fatores, de forma conjunta ou isolada, podem ser alto, médio ou baixo.

Como diz Hampton (2014) a gestão de risco envolve a avaliação de riscos e a decisão de como lidar com eles, tendo em conta a probabilidade de ocorrência e o impacto potencial, para classificar os riscos como altos, médios ou baixos.

As combinações deles juntamente com a definição do apetite ao risco determinarão os próximos passos em relação à gestão do risco:

- recusar, se não se tratar de risco inerente;
- transferir, se possível;
- ou, correr o risco.

Ao correr os riscos inerentes, aqueles que independem de nossa vontade, ao negócio, a Matriz de Risco auxilia na decisão da forma Gerenciamento do Risco que devemos seguir. Matriz de Risco é o produto da probabilidade de ocorrência do risco com o impacto da ocorrência do mesmo.

De acordo com Deschamps (2016) a Matriz de Risco é uma ferramenta fundamental para a gestão de riscos em organizações. Ao avaliar a probabilidade e o impacto dos riscos inerentes ao negócio, é possível determinar quais ações de gerenciamento de risco são necessárias para minimizar sua ocorrência e seus efeitos. É essencial que a Matriz de Risco seja considerada como um elemento-chave no processo de tomada de decisão em todas as áreas do negócio, pois ajuda a identificar e analisar os riscos, além de permitir que a empresa se prepare e minimize seus impactos negativos.

O tratamento a ser dado a cada risco dependerá de sua graduação na Matriz de Risco, conforme Figura 1.

**Figura 1 – Matriz de Risco**

<b>Probabilidade</b>	<b>90%</b>	Média	Média	Alta	Alta	Alta
	<b>70%</b>	Baixa	Média	Média	Alta	Alta
	<b>50%</b>	Baixa	Baixa	Média	Alta	Alta
	<b>30%</b>	Baixa	Baixa	Média	Média	Alta
	<b>10%</b>	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa	Média
		<b>Muito Baixo</b>	<b>Baixo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>	<b>Muito Alto</b>
<b>Impacto</b>						

Fonte: Napoleão (2022)

Conforme demonstrado na Figura 1, graduação de cores do verde ao vermelho representa a intensidade de ações para gerenciamento de risco. Quanto mais acima e à direita da figura maior será necessidade de gerenciamento do risco e quanto mais baixo e à esquerda da Figura 1 menor será a intensidade do gerenciamento.

Xavier et. al (2014) esclarece que ao avaliar a Matriz de Risco, cabe ao gestor de risco mitigar o risco realizando ações que reduzam significativamente a frequência ou o impacto do risco ou estabelecer um plano de ação para controle do risco residual. É importante lembrar que, muitas vezes, mesmo com uma análise aprofundada do risco, não é possível mitigá-lo completamente. Nesses casos, é fundamental que se estabeleça um plano de ação para o controle do risco residual. No entanto, é preciso observar o custo-benefício dessas ações de mitigação ou controle, especialmente quando se trata de riscos com probabilidade muito alta, como é o caso de um risco de consulta, por exemplo.

Por outro lado, o impacto do valor da consulta tem um impacto baixo, o que vai resultar um risco médio na escala, portanto a mitigação do risco de se utilizar a consulta pode ficar mais caro que a consulta. Então é um risco que não vale a pena correr, o que isso quer dizer é que o valor gasto com a mitigação do risco ele tem que ser no mínimo

menor do que seu impacto. Ou seja, não se pode gastar mais com o controle do risco do que com o próprio risco.

## 2.2 Gestão de Riscos

A consequência do impacto do risco que pode ser tanto positivo, como negativo é o que determina o seu gerenciamento e suas ações de aceite, mitigação ou controle. Nesse sentido, Ávila (2014, p.185) descreve que “A intenção da gestão de riscos é diminuir os custos de atividades incertas e aumentar os benefícios sociais e econômicos”. É possível entender que os benefícios da gestão de risco vão além de benefícios e ganhos para a empresa, também é possível beneficiar a sociedade como um todo. Um exemplo, sobre a gestão de risco hospitalar que tem benefícios para toda a sociedade, além da própria empresa, está na gestão de descarte correto de resíduos.

Contextualizando com o tema central deste trabalho, no qual visa a redução de custos através de uma boa gestão de risco, tem-se Martins (2013) comentando que é de extrema importância o gerenciamento de risco bem como a redução de custos, quando existe um mercado que determina o preço ou há um controle rígido sobre o mesmo, como ocorre com as operadoras de planos de saúde, através da ANS.

Já Sampaio (2008) propõe a análise e classificação das operadoras de saúde suplementar e discute a eficiência das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no Brasil. O artigo destaca as principais falhas do mercado de saúde suplementar, que incluem a assimetria de informação entre os agentes, como consumidores, OPS e provedores de serviços de saúde e define algumas premissas-chave, como a importância da saúde como necessidade básica da população, a complexidade da administração de sistemas de assistência à saúde, a concentração do mercado de planos de saúde e o risco de insolvência das empresas.

Com base nessas premissas, o artigo apresenta três questões principais que norteiam o trabalho: quão eficientes economicamente são as OPS, como monitorar o risco de insolvência e a satisfação dos clientes/qualidade dos serviços e qual método de classificação se deve adotar para essas empresas.

Para então propor uma classificação das OPS (Operadoras de Planos de Saúde) em quatro categorias, de acordo com o desempenho econômico-financeiro e a eficiência na prestação de serviços de saúde. São elas:

- OPS de excelência: empresas com alto desempenho financeiro e elevada eficiência na prestação de serviços de saúde, capazes de gerar resultados

positivos e oferecer serviços de qualidade aos seus beneficiários.

- OPS eficientes: empresas com bom desempenho financeiro e eficiência satisfatória na prestação de serviços de saúde, mas que ainda apresentam oportunidades de melhoria em alguns aspectos.
- OPS em alerta: empresas com desempenho financeiro insuficiente ou que não atingem um nível mínimo de eficiência na prestação de serviços de saúde, apresentando risco de insolvência ou de não oferecer serviços de qualidade aos seus beneficiários.
- OPS em situação crítica: empresas com desempenho financeiro muito ruim e baixa eficiência na prestação de serviços de saúde, apresentando risco elevado de insolvência e de não oferecer serviços de qualidade aos seus beneficiários.

### **2.3 Custo e Custeio**

O custo e custeio estão relacionados ao gasto relativo ao bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços e estão ligados diretamente a atividade fim da organização, que no caso de uma cooperativa médica, objeto de trabalho desse estudo, é a assistência à saúde.

Londoño, Morera e Laverde (2000) relatam que o custo total por unidade de serviço é calculado com base no número de atividades realizadas no hospital abrangendo o universo da medicina preventiva (vacinações e outras atividades preventivas). Consultas médicas, hospitalares e cirúrgicas, serviços intermédios (laboratório, exames radiológicos, outros exames), serviços administrativos (serviços gerais, limpeza, provisionamento, contabilidade) e serviços não departamentais (serviços de segurança) juntamente com os custos finais.

Já Takatori (2002) assegura que todos os custos relacionados a atendimento ao paciente, insumos cirúrgicos, laboratórios, medicamentos, materiais administrativos, mão de obra, serviços subcontratados, depreciação de equipamentos e maquinários, consumo de água, telefone, energia, devem ser incluídos no custo total dos serviços. Para pesquisa, os custos devem ser divididos por unidades internas, o que permite o cálculo de custos em diferentes níveis.

### 3 METODOLOGIA

Nesta seção será apresentado o delinemanento da pesquisa.

#### **3.1 Caracterização da Cooperativa e história**

Fundada em 08 de abril de 1983 por 57 médicos. Atualmente a Unimed Maranhão do Sul dispõe de: 07 Pontos de coletas do Laboratório Unimed, 03 Clínicas de Saúde para a Promoção da Saúde, 01 Hospital Próprio, 01 Espaço Viver Bem e 01 Sede Administrativa. Inicialmente, a Unimed Imperatriz ocupou uma pequena sala nas dependências da Associação Médica de Imperatriz-AMI, permanecendo até o ano de 1995, quando, então, adquiriu com recursos próprios o prédio onde funciona, hoje, sua sede administrativa, à Rua Ceará, 701–Centro, no coração da cidade de Imperatriz.

No ano de 2001, a Unimed, visando melhorar ainda mais a qualidade dos serviços prestados aos seus usuários e, ainda, dar melhores condições aos cooperados que dela fazem parte, adquiriu e inaugurou o seu pronto-atendimento 24 horas, que viria a ser posteriormente o Hospital da Unimed Imperatriz, hoje o mais procurado pelos usuários da cidade, pois conta com uma equipe de profissionais (médicos, enfermeiras e atendentes) preparados para prestar um bom atendimento.

Com uma proposta de readequação e reestruturação da cooperativa, a nova diretoria no período de 2011-2019, reformou e ampliou o Hospital Unimed, criou o Laboratório Unimed e iniciou a política de Atenção Primária da Saúde, tendo como marco a inauguração, em 2017, do Centro de Promoção da Saúde–CPS. Dando continuidade aos avanços e expansões necessárias, para a sustentabilidade e solidez da cooperativa, nos anos de 2019 a 2021.

A nova diretoria seguiu ampliando o Hospital Unimed, otimizando e expandindo o Laboratório Uniprev, que se transformou em Laboratório Unimed, e, com foco principal na política de Promoção da Saúde e expansão da rede própria nas áreas de abrangência, cria o Espaço Viver Bem, amplia as equipes de Atenção Primária e abre duas unidades de CPS, uma na cidade de Balsas e outra em Açailândia; se consolidando como a maior operadora de planos de saúde da região. A área de atuação da cooperativa está apresentada na Figura 2.

**Figura 2** – Área de Atuação da Unimed Maranhão do Sul



**Fonte:** Divisão Regional do Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2017.

Destaca-se ainda, como muito importante, a implantação do Espaço Crescer, unidade destinada ao tratamento de crianças com déficit cognitivo e motora; além da reforma e ampliação da sede administrativa para melhor acolher seus cooperados, colaboradores e clientes. Hoje conta com aproximadamente 40 mil vidas e 107 milhões de faturamento, segundo o DRE 2022 da empresa.

### **3.2 Métodos de Pesquisa**

Na pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, nesta o pesquisador utiliza uma variedade de técnicas para coletar dados, como entrevistas, grupos focais, observação participante, análise de documentos e outras fontes de dados. O objetivo é obter uma compreensão mais profunda e holística do fenômeno estudado.

Os dados coletados na pesquisa qualitativa foram analisados por meio de técnicas da análise interpretativa, buscando identificar padrões e temas emergentes nos dados. A interpretação dos resultados é frequentemente realizada de forma indutiva, ou seja, a

partir dos dados coletados, o pesquisador desenvolve teorias ou explicações para o fenômeno estudado.

Em seu livro "Como se faz uma tese", Umberto Eco discute sobre a pesquisa qualitativa, afirmando que "[...] a pesquisa qualitativa é aquela que tem por objetivo explorar a complexidade de fenômenos sociais. Ela envolve uma coleta de dados mais flexível e menos estruturada do que a pesquisa quantitativa, e requer uma análise mais interpretativa dos dados coletados" (ECO, 2011, p. 173).

A pesquisa documental tem como objetivo a análise de documentos, escritos ou não, que são relevantes para a investigação de um determinado tema. Esses documentos podem ser produzidos por diferentes fontes, como instituições governamentais, empresas, organizações, indivíduos, entre outros. A metodologia do presente trabalho seguirá com pesquisa documental que é uma técnica bastante útil em pesquisas que envolvem a análise de políticas públicas economia, entre outras áreas de conhecimento.

### **3.3 Meios de Pesquisa**

Como meio de pesquisa utilizaremos as base de dados da Cooperativa e os balanços contábeis e demonstrativos de resultados para elaborar um estudo descritivo das despesas assistenciais e através da elaboração de rankings, identificar a origem do crescimento da despesa/custo assistencial, como o aumento da frequência e aumento do custo, no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022 e seu impacto econômico na Cooperativa.

As principais aplicações desta metodologia foi a identificação da origem do crescimento da despesa/custo assistencial, nas atividades assistenciais segregadas em tipo de atendimento como consultas, exames de pequeno e alto custo, terapias, internações e outros, no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2022 e seu impacto econômico na Cooperativa, procurando definir critérios de alocação de custos aos produtos e projeção de custos com base nessas atividades. Com esse mesmo raciocínio, pode-se avaliar diversos tipos de impacto. Deve-se considerar que este método considera a manutenção da proporção do peso dos itens

Para utilizá-los de forma correta deve-se certificar da não oscilação dos demais itens de ou computar tais oscilações antes de aplicarmos o raciocínio das proporções, realizando assim um estudo composto comparativo.

#### 4 RESULTADOS

A área de saúde possui vários cadastros para coletas de dados como número de usuários, utilização, planos, prestadores, produtos, coberturas, ou seja uma infinidade de informações que muitas vezes não são utilizadas. Nesse artigo buscou-se utilizar das informações disponíveis na base de dados da Cooperativa Unimed Maranhão do Sul para fazer uma análise da de custo e custeio do ano de 2022.

É importante salientar que é necessário conhecer a sua operação, e os dados têm que permitir que isso aconteça, pois basta uma informação simples de realização de ranking, através dos cadastros existentes para coleta de informação, para que seja possível identificar a origem do crescimento da despesa assistencial como o aumento de frequência, aumento de custo ou alteração na composição do usuário.

Uma visão muito simples da utilização da base de dados para enxergar e fazer algum gerenciamento é totalizar informações para se ter a ideia de visão e segmentação. A Tabela 1 mostra como é essa segmentação na cooperativa em questão.

**Tabela 1** - Segmentação cooperativa

Procedimento	Quantidade	Valores	Porcentagem
Consultas	116.838	R\$ 10.100.736,00	11,89%
Procedimento médico	25.746	R\$ 8.095.992,00	9,53%
Atendimento multiprofissional	54.918	R\$ 1.987.194,00	2,34%
Clínicas	256.506	R\$ 3.780.522,00	4,45%
Imagem	63.852	R\$ 6.655.260,00	7,84%
Outros	114.276	R\$ 3.725.010,00	4,39%
Material e Medicamento	667.866	R\$ 34.740.060,00	40,91%

Intercâmbio	467.814	R\$ 15.833.172,00	18,65%
<b>Total</b>	<b>1.767.816</b>	<b>R\$ 84.917.946,00</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2022)

Pode-se perceber que consultas consomem cerca de 12% da despesa assistencial, procedimentos médicos um pouco menos de 10%, sendo o maior grupo de despesa material e medicamentoso com 40,91% de um total de R\$ 84.917.946,00.

Para que fosse possível chegar nessa visão acima, foi necessário através da base descritiva de dados, agregar todos os gastos referentes ao ano de 2022 por grupo de custo. Ou seja, num único quadro é possível enxergar, totalizando informações por grupo de procedimento, como é gasto a despesa assistencial da cooperativa.

Devido à diversidade de procedimentos existentes na área de saúde, a estrutura da base de dados deve permitir a estimativa de aumento ou redução do custo final do plano por ocasião das oscilações de custos desses procedimentos.

Para tal, vamos observar qual será o impacto, no custo do plano, de um aumento de 20% do valor da consulta na base descritiva de dados das despesas assistenciais da cooperativa, considerando-se a manutenção da frequência de utilização do plano pelos usuários

Após dividir os valores gastos por grupo de procedimento pela quantidade de procedimentos realizados durante o ano de 2022 tem-se a distribuição do custo unitário médio do plano (Tabela 2), para aquele ano, na Unimed Maranhão do Sul, antes do aumento de hipotético de 20% sobre o valor referente às consultas. Percebe-se que as consultas representaram 12,82% do custo da despesa assistencial por plano de saúde.

**Tabela 2** - Custo unitário médio do plano

Procedimento	Custo	% do total
Consultas	R\$ 86,45	12,82%
Procedimento médico	R\$ 314,46	46,62%
Atendimento multiprofissional	R\$ 36,18	5,36%
Clínicas	R\$ 14,74	2,19%
Imagem	R\$ 104,23	15,45%
Outros	R\$ 32,60	4,83%
Material e Medicamento	R\$ 52,02	7,71%
Intercâmbio	R\$ 33,85	5,02%
<b>Total</b>	<b>R\$ 674,52</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Com aumento de hipotético de 20% sobre o valor referente às consultas, foi possível se construir a Tabela 3.

**Tabela 3** - Alteração de custo em consultas

Procedimento	Custo	% do total	Novo custo	Nova Distri. %
Consultas	R\$ 86,45	12,82%	<b>R\$ 103,74</b>	<b>15,00%</b>
Procedimento médico	R\$ 314,46	46,62%	R\$ 314,46	45,45%
Atendimento multiprofissional	R\$ 36,18	5,36%	R\$ 36,18	5,23%
Clínicas	R\$ 14,74	2,19%	R\$ 14,74	2,13%
Imagem	R\$ 104,23	15,45%	R\$ 104,23	15,07%
Outros	R\$ 32,60	4,83%	R\$ 32,60	4,71%
Material e Medicamento	R\$ 52,02	7,71%	R\$ 52,02	7,52%
Intercâmbio	R\$ 33,85	5,02%	R\$ 33,85	4,89%
<b>Total</b>	<b>R\$ 674,52</b>	<b>100,00%</b>	<b>R\$ 691,81</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Percebe-se, que o aumento de 20% no valor das consultas geraria um novo custo unitário por consulta de R\$ 103,74 com as consultas representando agora 15% na distribuição do preço final, ou seja um aumento de aproximadamente 2,5% no meu preço final.

Ou seja, a decisão de reajustar em 20% o valor das consultas significa aumentar em 2,5% a sinistralidade da cooperativa. Se formos considerar que o resultado operacional médio obtido pelas operadoras é entre 1% a 2%, esse aumento na sinistralidade é muito significativo.

E agora, qual será o impacto, no custo do plano, de uma diminuição de 10% do valor resultante de Material e Medicamento? A Tabela 4, mostra este comportamento.

**Tabela 4** - Alteração de custo em Material e Medicamento

Procedimento	Custo	% do total	Novo custo	Nova Distri. %
Consultas	R\$ 86,45	12,82%	R\$ 86,45	12,92%
Procedimento médico	R\$ 314,46	46,62%	R\$ 314,46	46,98%
Atendimento multiprofissional	R\$ 36,18	5,36%	R\$ 36,18	5,41%
Clínicas	R\$ 14,74	2,19%	R\$ 14,74	2,20%
Imagem	R\$ 104,23	15,45%	R\$ 104,23	15,57%
Outros	R\$ 32,60	4,83%	R\$ 32,60	4,87%
Material e Medicamento	R\$ 52,02	7,71%	<b>R\$ 46,81</b>	<b>6,99%</b>
Intercâmbio	R\$ 33,85	5,02%	R\$ 33,85	5,06%
<b>Total</b>	<b>R\$ 674,52</b>	<b>100,00%</b>	<b>R\$ 669,32</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Percebe-se, que a diminuição de 10% na despesa com material e medicamento geraria um novo custo unitário por consulta de R\$ 46,81 com a distribuição de quase 7%, bem próximo da distribuição de custo do preço final anterior.

Porém ao aplicar esses novos custos tanto de consultas quando de medicamentos na Tabela 1, pode se perceber que a magnitude da diminuição do custo da despesa com material e medicamento pode ser maior do que aumento das consultas em valores absolutos, reduzindo a despesa assistencial para R\$ 83.464.087,20, conforme exposto na Tabela 5.

**Tabela 5** - Redução da despesa assistencial

Procedimento	Quantidade	Valores	Porcentagem
Consultas	116.838	R\$ 12.120.883,20	14,52%
Procedimento médico	25.746	R\$ 8.095.992,00	9,70%
Atendimento multiprofissional	54.918	R\$ 1.987.194,00	2,38%
Clínicas	256.506	R\$ 3.780.522,00	4,53%
Imagem	63.852	R\$ 6.655.260,00	7,97%
Outros	114.276	R\$ 3.725.010,00	4,46%
Material e Medicamento	667.866	R\$ 31.266.054,00	37,46%
Intercâmbio	467.814	R\$ 15.833.172,00	18,97%
<b>Total</b>	<b>1.767.816</b>	<b>R\$ 83.464.087,20</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Esses foram dois cálculos importantes para o processo de reajuste e para para o processo de formação de preço, sendo que esses valores de aumentos ou diminuição de preço foram avaliado em cima dos dados passados, mas devem ser aplicado em cima dos dados futuros, porque esses valores serão gastos no futuro e cooperativa deverá colocar essa previsão em um futuro reajuste no seu contrato.

Esse tipo de raciocínio pode ser aplicado a qualquer procedimento hoje se tem no sistema Unimed de Cooperativas, sempre uma informação reativa, normalmente a Unimed decide aumentar o honorário médico, muda a tabela de honorário, muda a classificação da do CBHPM ou decide aumentar o valor de consulta e depois espera-se um impacto.

Essa metodologia de utilização dos dados permite estimar qual vai ser esse impacto de antemão. A Cooperativa vai para uma assembleia com a informação do tamanho do impacto da decisão que ele vai tomar, ou, por exemplo, com uma relação, para cada 1% de reajuste à consulta qual o vai ser o percentual de impacto na sinistralidade, ou ainda, qual é o percentual de reajuste mínimo no plano de saúde que vai ter que ser adotado pagar essa nova despesa que está sendo criada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa visou apresentar os resultados sobre a impacto de aumento de custos e custeio da Unimed Maranhão do Sul e qual seria esses valores na prática. O cálculo do impacto de custos pode auxiliar a operadora a identificar o percentual real de sinistralidade para o próximo período, melhorando assim sua gestão.

A metodologia utilizada nesse projeto de pesquisa que teve como objetivo analisar os custos e despesas de uma cooperativa de saúde em um período específico. A pesquisa

utilizou métodos qualitativos e documentais e coletou dados por meio de análise de documentos. A análise foi realizada utilizando técnicas de análise de conteúdo e análise temática para identificar padrões e temas emergentes nos dados.

A pesquisa concentrou-se nas despesas e custos de assistência à saúde da cooperativa, utilizando o banco de dados e demonstrações financeiras da cooperativa para identificar a origem do crescimento das despesas de assistência e seu impacto econômico na cooperativa. A análise dos dados permitiu a identificação do tipo de cuidado que gerou as despesas mais significativas, como consultas, exames de pequeno e grande custo, terapias, hospitalizações e outros.

A análise de custo e custeio na área de saúde é importante para identificar as origens do crescimento da despesa assistencial, como aumento de frequência, aumento de custo ou alteração na composição do usuário. Para isso, é preciso conhecer a operação e utilizar dados que permitam a segmentação e visão total das informações.

Na Cooperativa Unimed Maranhão do Sul, foi possível utilizar a base de dados para totalizar informações por grupo de procedimento e entender como é gasta a despesa assistencial da cooperativa. É importante que a estrutura da base de dados permita a estimativa de aumento ou redução do custo final do plano de saúde por ocasião das oscilações de custos dos procedimentos.

Foi feita uma simulação para entender qual seria o impacto no custo do plano de um aumento de 20% no valor das consultas, mantendo a frequência de utilização do plano pelos usuários. Foi calculado o custo unitário médio do plano por grupo de procedimento antes do aumento hipotético, e depois foi construída uma tabela com os novos valores, mostrando que as consultas representariam 15% do custo da despesa assistencial por plano de saúde após o aumento.

Para estimar as mudanças de custo resultantes de flutuações no custo dos procedimentos, o artigo calcula o impacto de um aumento hipotético de 20% nos custos de consulta sobre o custo total do plano, mantendo a frequência de utilização do plano pelos usuários da mesma. A análise indica que as consultas representaram 12,82% do custo do plano de saúde em 2022 e, com o aumento hipotético nos custos de consulta, as consultas representariam 15% do custo total do plano

Portanto, ficou clara a importância de compreender o funcionamento da cooperativa e utilizar os dados disponíveis para segmentar e visualizar as informações a fim de identificar as fontes do crescimento das despesas. Ao agregar as despesas por grupo de custo, conseguiu-se identificar que a maior despesa da cooperativa era material e medicação, representando 40,91% das despesas totais.

Pode-se concluir a importância para a cooperativa pesquisada de ter um banco de dados que permita estimar o custo final de cada procedimento, considerando a

diversidade de procedimentos de saúde, cada vez mais segmentado e rico em informações. Para que seja possível ter visões cada vez mais completas e seja possível identificar fazer novas avaliações de risco em futuras pesquisas.

A melhor e mais eficaz maneira de ter uma gestão efetiva de risco é conhecer seu negócio. Somente uma visão holística de sua operação é que lhe permitirá enxergar os desafios e aproveitar oportunidades

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, Marta Dulcélia Gurgel. **Gestão de Riscos no Setor Público**. Revista Controle: Doutrinas e Artigos, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 179-198, out. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6167565>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. **Manual de tópicos da saúde suplementar para o programa parceiros da cidadania**. / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS. 2021

\_\_\_\_\_. Constituição Federal (1988). Artigo nº 146, de 1988. Brasília

DESCHAMPS, F. **Gestão de Riscos Corporativos: Fundamentos, técnicas e melhores práticas**. São Paulo: Atlas. 2016

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 23. ed. Rio de Janeiro: Perspectiva, 2010.

FERMA. **Norma de Gestão de Riscos**. Federation of European Risk Management Associations, Bruxelas. 2003.

INSITTUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Divisão Regional do Brasil. Disponível em; <http://www.ibge.org.br> Acesso em 14 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Guia de orientação para gerenciamento de riscos corporativos**. 2007.

HAMPTON, John J. **Fundamentals of Enterprise Risk Management: how top companies assess risk, manage exposure, and seize opportunity**. 2. ed. New York: Amacon, 2014

JOIA, Luiz Antonio et al. **Gerenciamento de Riscos em Projetos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

LONDOÑO, M.; MORERA, G.; LAVERDE, P. **Administração Hospitalar**. Montevideú: Editora Médica Panamerica, 2000.

MARTINS, A. V. F. et al. **Estratégias para redução de custos em operadoras de plano de saúde 61**. RIC - Revista de Informação Contábil - ISSN 1982-3967 - Vol. 7, no 1, p. 55-72, Jan-Mar/2013.

NAPOLEÃO, Bianca Minetto. Ferramentas da qualidade: matriz de riscos. Disponível em: <http:// <https://ferramentasdaqualidade.org/matriz-de-riscos-matriz-de-probabilidade-e-impacto/>> Acesso em 17 set 2022.

SAMPAIO, Léa Maria Dantas. **Análise e classificação das operadoras de saúde suplementar**. Tese. UFRJ/COPPE: 2008.

SILVEIRA, L. S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2004

TAKATORI, R. S. **Desenvolvimento de um modelo conceitual de custos-padrão e ABC, para o plano de referência básica de uma operadora de Plano de Assistência à saúde: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: UNIFECAP, 2002

VARGAS, Ricardo. **Gerenciamento de Projetos: estabelecendo diferenciais competitivos**. Rio de Janeiro: Brasport, 2006.

XAVIER, Carlos Magno da Silva. **Gerenciamento de aquisições em projetos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fgv, 2014.