

**REDE PRÓPRIA *VERSUS* REDE CREDENCIADA:  
SOBRE A PERFORMANCE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA UNIMED  
DA REGIÃO SUL DO BRASIL**

**Gilson Gilberto Bonelli**

Universidade Regional de Blumenau  
Rua Antonio da Veiga, 140 – Bairro Victor Konder – 89012-900, Blumenau – Santa Catarina  
– Brasil  
gilson@unimedblumenau.com.br

**Nelson Hein**

Universidade Regional de Blumenau  
Rua Antonio da Veiga, 140 – Bairro Victor Konder – 89012-900, Blumenau – Santa Catarina  
– Brasil  
hein@furb.br

**Adriana Kroenke**

Universidade Regional de Blumenau  
Rua Antonio da Veiga, 140 – Bairro Victor Konder – 89012-900, Blumenau – Santa Catarina  
– Brasil  
didlen@terra.com.br

**RESUMO**

O estudo objetiva verificar a performance de operadoras de planos de saúde que têm rede própria em comparação àquelas que contratam esses mesmos serviços. Devido ao crescente índice de sinistralidade nas carteiras de clientes das Operadoras de Planos de Saúde e o forte controle imposto pela agência reguladora, impedindo o repasse destes custos nas mensalidades, uma tendência do momento é o investimento em rede própria de serviços. A pesquisa foi realizada por meio dos indicadores operacionais. As operadoras, alvo desse estudo, localizadas na região sul do Brasil, são as cooperativas médicas de plano de saúde Unimed. Este estudo apresenta as vantagens e desvantagens desta tendência, comparando a rede própria com o desempenho de prestadores contratados, onde os resultados foram bastante diversificados, apresentando um empate técnico entre as mesmas quando da elaboração do ranqueamento das unidades singulares nos Estados e na região.

**Palavras-chave:** Indicadores. Análise das componentes principais. Planos de saúde.

**ABSTRACT**

The study aims to verify the performance of operators of health plans that have networks of their own compared to those who hire those same services. Due to the increasing accident rate in client portfolios Operators of Health Plans and the strong control imposed by the regulatory agency, preventing the transfer of such costs in fees, a current trend is to invest in its own network of services. The research was carried out using indices taken from the performance of operators. Operators, aim of this study, located in southern Brazil, medical cooperatives of health insurance (Unimed). This study presents the advantages and disadvantages of this trend, comparing the network itself with the performance of private providers, where the results were very varied, with a technical draw between them in drawing up the ranking of units in the natural and the region.

**Keywords:** Indicators. Carriers. ANS. Health plans. Analysis of major components.

## 1 INTRODUÇÃO

Face à rapidez com que as novas tecnologias são criadas e implantadas no mercado, as empresas de todos os ramos têm buscado alternativas e novas estratégias para poderem incorporar estas novas tecnologias sem aumentar seus custos, buscando a otimização de todas as suas atividades.

As operadoras de planos de saúde (OPS) não são diferentes. Atualmente as operadoras de planos de saúde (OPS) têm procurado investir em rede própria a fim de equilibrar seus custos. Constroem hospitais, ambulatórios, hospitais-dia, pronto atendimento e procuram também atuar na área de diagnóstico com serviços de laboratório e imagem. Além destes, outros serviços como *Home Care* e medicina preventiva também são alvos das operadoras, despontando como novas estratégias para gestão do plano de saúde.

Até recentemente as operadoras de planos de saúde tinham quase que exclusivamente prestadores de serviços, hospitais, clínicas, laboratórios, entre outros, para atender a sua necessidade de atendimento aos seus usuários. Este modelo de assistência acaba por onerar sua carteira de clientes, além disso, muitas vezes as operadoras têm que aceitar os contratos e propostas de aumento por falta de um recurso próprio que fizesse frente a isso tudo.

Com o crescente índice de sinistralidade de suas carteiras, as OPS não poderão suportar os elevados gastos com assistência médica por muito tempo sem tomar medidas que possam mitigar os impactos desta ascensão. O Brasil está deixando de ser um país jovem, o que faz com que as carteiras dos planos envelheçam e conseqüentemente pressionem os custos das Operadoras. O avanço da tecnologia com novos medicamentos e equipamentos cada vez mais sofisticados obriga as OPS a repensar suas operações, na busca da sobrevivência nesse novo cenário.

A alternativa na estratégia das OPS tem sido a busca da verticalização do sistema, ou seja, oferecer os serviços antes contratados de prestadores formando uma rede própria. Dentro desse contexto, as OPS têm ainda que concorrer com muitos prestadores de serviços hospitalares que mantêm certificado de filantropia o que os torna imunes ou isentos do recolhimento de impostos.

Na Região Sul do Brasil a OPS Unimed mantém atualmente um conjunto composto por 71 unidades singulares. Uma unidade singular, doravante tratada como US, é uma unidade independente administrativamente, com privilégios que dão a cada uma o poder de contratar e destatar prestadores de serviços, tratando independentemente também as questões financeiras.

Acredita-se que com a implantação de Rede Própria ocorra uma redução de custos e mantenham-se os mesmos níveis de qualidade. Este estudo busca responder a seguinte questão: qual o desempenho das USs da Unimed, no sul do Brasil, que mantêm rede própria de serviços em contraposição às que contratam prestadoras diante dos indicadores operacionais?

Por meio dessa análise será possível saber quais USs têm melhor desempenho – as que têm recursos próprios ou as que contratam estes mesmos serviços. O retorno desta informação é o que justifica a importância da pesquisa, com a qual será possível para a OPS Unimed posicionar cada US avaliada diante de cada cenário individual na cesta de indicadores e também no âmbito global.

Este estudo contribuirá na reflexão da análise dos resultados obtidos, possibilitando à Unimed uma avaliação de cada US na cesta de indicadores, além do panorama global da situação atual.

## 2 HISTÓRICO DO SISTEMA UNIMED

Conforme o Caderno de Saúde Pública (2001), a primeira Unimed surgiu com a mobilização de dirigentes do sindicato de classe no ano de 1967, na cidade de Santos, São Paulo, sob a liderança do médico Edmundo Castilho.

No ano de 1977, o Brasil contava com 60 Unimeds, e no início da década de 80, surgiram as primeiras federações em São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. A primeira confederação surgiu no ano de 1972.

Informações do *site* Unimed nos mostram que atualmente a Unimed é composta de 377 cooperativas médicas que prestam assistência para mais de 15 milhões de clientes, 73 mil empresas, 106 mil médicos, 3.244 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, ambulâncias, laboratórios e hospitais próprios em todo o País.

No Estado do Rio Grande do Sul a Federação Unimed foi fundada em 25 de junho de 1972, inicialmente com o nome de Fecoméd. Atualmente denomina-se Unimed RS, Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul Ltda. A Unimed RS é constituída de uma Federação, 28 Unidades Singulares, cobrindo os 496 municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Conta com 1.791.275 beneficiários, 13.322 médicos cooperados, 2.966 colaboradores, 6 Hospitais-Dia próprios, 5 Hospitais próprios, 21 Serviços de Atendimento e diagnóstico próprios e 2.706 Hospitais e serviços credenciados, conforme informa o *site* da Unimed ([www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br)).

No Estado de Santa Catarina o cooperativismo médico teve início no ano de 1971, com um grupo de médicos da cidade de Joinville que começou a prestar serviços à fundição Tupy. Surgem também as Unimeds de Florianópolis e Blumenau. Com o crescimento da Unimed no Estado, houve a necessidade de criar uma representação mais abrangente, fundou-se então a Federação das Unimeds de Santa Catarina no ano de 1982. Sua função era congregar as três Unimeds catarinenses, Joinville, Blumenau e Florianópolis.

Atualmente as Unimeds de Santa Catarina contam com 870 mil clientes, 4.400 médicos cooperados, 1.700 funcionários, 7.990 empresas contratantes, 28 ambulâncias, 1.220 prestadores de serviços, 238 hospitais credenciados, 3 hospitais próprios e 23 cooperativas médicas, conforme informa o *site* da Unimed ([www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br)).

No Estado do Paraná, a trajetória da Unimed começou na cidade de Ponta Grossa em 18 de agosto de 1979, pelas Unimeds de Londrina, Curitiba, Guarapuava e Ponta Grossa. Atualmente o sistema Paranaense é composto por 20 unidades singulares, 8.158 cooperados, 1.005.741 beneficiários, 385 hospitais, 1.027 clínicas e serviços auxiliares e 519 laboratórios, conforme informações do *site* da Unimed ([www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br)).

## 3 INDICADORES DE DESEMPENHO

Os primeiros indicadores de desempenho eram voltados aos controles contábeis. Segundo Bonelli *et al.* (1994), a razão para o uso dessas medidas era a predominância de paradigmas tayloristas e fordistas de padronização em massa e eficiência que dominaram as práticas durante o período da revolução industrial.

Os indicadores de desempenho são relações matemáticas que resultam em medidas quantitativas. Significa medir, mensurar resultados de ações programadas.

Conforme De Rolt (1988)

Um indicador de desempenho deve ser uma forma objetiva de medir a situação real contra um padrão previamente estabelecido e consensuado. Ele só deve fazer sentido e ser utilizado pelo profissional completamente responsável por ele.

Os recursos investidos nos negócios das instituições exigem controles e esses são apoiados em medições. Juran (1992) comenta que o gerenciamento é exercido com controles e sem os controles não haverá gerenciamento e sem medição não há controle.

Na visão de Takashina e Flores (1996) os indicadores são fundamentais ao planejamento e controle dos processos das organizações, possibilitando o estabelecimento de metas e o seu desdobramento porque os resultados são fundamentais para a análise crítica dos desempenhos, para a tomada de decisões e para o novo ciclo de planejamento.

Conforme os autores, os indicadores devem estar sempre associados às áreas de negócio cujos desempenhos causem maior impacto no sucesso da organização e permitam avaliação no período, em relação às metas e a outros referenciais. Com este procedimento estarão subsidiando a tomada de decisões, apontando níveis, tendências e comparações.

As empresas estão sempre em constantes modificações. Alteram processos, implantam novas linhas de produto, cancelam outras e fazem novos investimentos. Medir o desempenho é fator fundamental na decisão gerencial das organizações.

Decidir o que medir, coletar, acompanhar e analisar os dados e realizar a avaliação de desempenho faz parte do processo da medição do desempenho. Definido o processo e estabelecidos os padrões, requisitos e valores e buscar o objetivo final que satisfaça as expectativas e necessidades dos clientes e processos (SINK; TUTTLER, 1993).

Quando da implantação é importante o monitoramento de um ou mais indicadores de desempenho associado a esta e que seus dados e evolução sejam divulgados na organização (SINK; TUTTLE, 1993).

As organizações têm apoiado as suas decisões nos indicadores de desempenho. Lembra Lantelme (1999), que a medição de desempenho tem assumido funções, não de controle e monitoramento, mas também assume papéis facilitando a comunicação e a aprendizagem organizacional.

Estes indicadores definem o panorama econômico das operadoras de planos de saúde. Além disso, a análise destes indicadores é de grande importância, auxiliando na tomada de decisões estratégicas e também como forma de *benchmarking* com outras unidades singulares.

A ANS disponibiliza em seu “Anuário ANS – Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde”, para análise de desempenho das OPS, indicadores que estão dispostos nos seguintes grupos: indicadores operacionais, de liquidez, do ciclo financeiro e da estrutura do capital.

#### 4 INDICADORES OPERACIONAIS

Os indicadores operacionais são relações dos custos e despesas com as receitas de eventos indenizáveis líquidos. Para avaliação do desempenho operacional a ANS apresenta cinco indicadores:

Índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas, ou ainda, sinistralidade (DM): este índice mede a relação entre os custos assistenciais em relação às receitas de contraprestações efetivas das operadoras de plano de saúde. É o principal índice de custo da operadora. Esse índice é expresso pela seguinte equação:

$$DM = \frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Em termos financeiros, quanto menor esse indicador, melhor será a situação financeira da operadora. Conforme a ANS, o indicador DM está intimamente ligado à gestão de saúde adotada pela operadora. Apesar de ser um indicador financeiro, ele deverá estar correlacionado aos indicadores de qualidade da operadora, a fim de que a operadora, não deteriore seu serviço de assistência a saúde em detrimento de situação econômico-financeira mais favorável.

Índice de despesas de comercialização (DC): mostra a relação entre as despesas com comercialização dos planos de saúde e o total das receitas de contraprestações efetivas das operadoras. É calculado pela seguinte fórmula:

$$DC = \frac{\text{Despesas de Comercialização}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Índice de despesas administrativas (DA): mede a relação entre as despesas com a administração das operadoras e o total das receitas de contraprestações efetivas. É representado pela seguinte fórmula:

$$DA = \frac{\text{Despesas Administrativas}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

Índice combinado (COMB): mostra a relação entre as despesas operacionais (custos assistenciais, despesas de comercialização e despesas administrativas) e as receitas de contraprestações efetivas. Representado na equação:

$$\text{COMB} = \text{DM} + \text{DC} + \text{DA}$$

Índice combinado ampliado (COMBA): mostra a relação entre as despesas operacionais (custos assistenciais, despesas de comercialização e despesas administrativas) e as receitas de contraprestações efetivas mais o resultado financeiro, ou seja, ele é formado pelos:

$$\text{DMA} = \frac{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}}{\text{Contraprestações Efetivas} + \text{Resultado Financeiro Líquido}}$$

$$\text{DCA} = \frac{\text{Despesas de Comercialização}}{\text{Contraprestações Efetivas} + \text{Resultado Financeiro Líquido}}$$

$$\text{DAA} = \frac{\text{Despesas Administrativas}}{\text{Contraprestações Efetivas} + \text{Resultado Financeiro Líquido}}$$

E é expresso pela seguinte equação:

$$\text{COMBA} = \text{DMA} + \text{DCA} + \text{DAA}$$

Essas expressões foram adaptadas do Anuário ANS – Aspectos econômico-financeiros das operadoras de plano de saúde (ANS, 2007, p. 657).

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS DE PESQUISA

Os dados para o estudo foram retirados do Anuário da ANS do ano de 2004 ao ano de 2008, publicado no ano de 2007 da US Unimed de Blumenau Cooperativa de Trabalho Médico. A amostra é intencional e os dados foram extraídos do sítio da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), publicado no Anuário ANS Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Plano de Saúde. As informações das OPS são enviadas para ANS através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Saúde (DIOPS). Essas informações permitem o monitoramento da situação econômico-financeira e cadastral das operadoras. Após o recebimento das informações das OPS a ANS tabula os dados e insere os cálculos de indicadores de desempenho e os publica no seu anuário.

Os dados serão analisados na pesquisa transversal, tendo no tempo o corte do período de cinco anos, acompanhando o desempenho das USs Unimed da Região Sul do Brasil do ano de 2004 a 2008. Nem sempre é possível, no universo da população obter as informações de todos os elementos ou indivíduos da população em foco (BARROS; LEHFELD, 1986). As US não pesquisadas não constam na publicação do anuário da ANS dos anos de 2004 a 2008 ou não apresentam publicação em todos os anos. Deste modo não podem ser consideradas na população da pesquisa, pois podem prejudicar a análise.

Os demonstrativos publicados pela ANS constam com o balanço patrimonial das OPS, o demonstrativo de resultado do exercício (DRE) e as análises dos indicadores: operacional,

de liquidez, do ciclo financeiro e da estrutura do capital. Os indicadores operacionais compostos de cinco índices: despesas assistenciais, ou despesas médicas, ou sinistralidade (DM), despesas de comercialização (DC), despesas administrativas combinado (COMB) e combinado ampliado (COMBA).

## 6 ANÁLISE DAS COMPONENTES PRINCIPAIS

A estatística, por meio de seus métodos matemáticos, pode ser utilizada com o propósito de dirimir eventuais interpretações subjetivas da análise das demonstrações contábeis. Nessa ótica, Freund e Simon (2000, p. 181) salientam que “Um dos principais objetivos da maioria dos estudos, análises ou pesquisas estatísticas é fazer generalizações seguras, com base em amostras, sobre as populações das quais se extraíram as amostras”.

A estrutura da matriz de dados, que é definida a partir do delineamento do problema biológico, está intimamente relacionada com o tipo de análise multivariada a ser utilizada (HEIN; OLINQUEVITCH; MOROZINI, 2006).

Primeiramente, suponha que temos uma matriz de dados não-estruturados, ou seja, uma única população multivariada. Neste caso, o procedimento da estatística multivariada indicado para descrever a estrutura de covariância entre as variáveis seria a análise dos componentes principais.

É importante ressaltar que a análise de componentes principais tem sido aplicada como uma técnica matemática que não requer a especificação de um modelo estatístico para explicar a estrutura do "erro". Em particular, não é feita qualquer premissa sobre a distribuição de probabilidades da variável original.

Na literatura são encontrados diversos autores que utilizam a técnica ACP. Destacam-se os trabalhos de Johnson e Wichien (2002) na avaliação de reação de pacientes à radioterapia. Mingoti *et al.* (1998) e Barbosa *et al.* (1997) na avaliação da qualidade da água da bacia do Rio Piracicaba e parte do médio Rio Doce. Kourtí e MacGregor (1996) no controle da qualidade de processos. Fisher e Mara (1986) em estudos de calibração. Tech e Otto (1995) na caracterização e interpretação das propriedades do carvão.

Em todos estes trabalhos os autores partem basicamente de um vetor aleatório  $X=(X_1, X_2, X_3, \dots, X_p)^t$  com um respectivo vetor de médias  $\mu=(\mu_1, \mu_2, \mu_3, \dots, \mu_p)^t$  e uma matriz de covariâncias  $\Sigma_{p \times p}$ . Sejam  $\lambda_1 \geq \lambda_2 \geq \lambda_3 \geq \dots \geq \lambda_p$  os autovalores da matriz  $\Sigma_{p \times p}$ , com os respectivos autovetores normalizados  $e_1, e_2, e_3, \dots, e_p$ , isto é, autovetores  $e_i$  que satisfazem as seguintes condições:

- (i)  $e_i^t e_j = 0$ , para todo  $i \neq j$ ;
- (ii)  $e_i^t e_i = 1$ , para todo  $i = 1, 2, 3, \dots, p$ ;
- (iii)  $\Sigma_{p \times p} e_i = \lambda_i e_i$ , para  $i = 1, 2, 3, \dots, p$

Ao considerar o autovetor  $e_i$  denotado por  $e_i=(e_{i1}, e_{i2}, e_{i3}, \dots, e_{ip})^t$ . Considerando o vetor  $Y=O^t X$ , onde  $O_{p \times p}$  é a matriz ortogonal de dimensão  $p \times p$ , constituída dos vetores normalizados da matriz  $\Sigma_{p \times p}$ , isto é:

$$O_{p \times p} = \begin{bmatrix} e_{11} & e_{12} & \dots & e_{1p} \\ e_{21} & e_{22} & \dots & e_{2p} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ e_{p1} & e_{p2} & \dots & e_{pp} \end{bmatrix} = [e_1 \quad e_2 \quad \dots \quad e_p]$$

O vetor  $Y$  é composto de  $p$  combinações lineares das variáveis aleatórias do vetor  $X$ , tem vetor de médias igual a  $O^t \mu$  e matriz de covariâncias  $\Lambda_{p \times p}$ , que é uma matriz diagonal, cujos elementos são iguais a  $a_{ii}=\lambda_i$ ,  $i=1, 2, 3, \dots, p$ , isto é:

$$\Lambda_{p \times p} = \begin{bmatrix} \lambda_1 & 0 & \Lambda & 0 \\ 0 & \lambda_2 & \Lambda & 0 \\ M & M & O & M \\ 0 & 0 & \Lambda & \lambda_p \end{bmatrix}$$

As variáveis aleatórias que constituem o vetor  $Y$  não são correlacionadas entre si. Deste modo, surge a idéia de usar combinações lineares em  $Y$ , como uma forma alternativa de se representar a estrutura de covariância do vetor  $X$ , tentando obter uma redução do espaço de variáveis, passando da dimensão  $k$  menor que  $p$ . Portanto, ao invés de se utilizar o vetor aleatório original na análise dos dados, utilizam-se  $k$  combinações lineares principais. Os vetores  $X$  e  $Y$  possuem a mesma variância total e a mesma variância generalizada, sendo que o vetor  $Y$  tem a vantagem de ser composto por variáveis aleatórias não correlacionadas, facilitando, portanto na interpretação conjunta dessas.

Cada componente principal  $Y_j$ , com  $j=1,2,\dots,p$  é definida (e obtida) como:

$$Y_j = e_j^t X = e_{j1} X_1 + e_{j2} X_2 + \dots + e_{jp} X_p$$

Para a pesquisa em questão foi usada apenas a componente  $Y_1$ , que surge por meio do primeiro autovalor associado à matriz de covariâncias original. Os valores  $e_{11}, e_{12}, e_{13}, \dots, e_{1p}$  serão os pesos que o trabalho usará para formar os *rankings* brutos (sem normalização) estaduais.

Inicialmente as operadoras foram analisadas por Estado, dentro dos grupos de indicadores. Para identificar os grupos de indicadores por Estado, as siglas foram acrescidas das letras que identificam o Estado, por exemplo: aos indicadores operacionais identificados pela sigla IOper foi acrescido pelas letras RS para identificar o Estado do Rio Grande do Sul, SC para Santa Catarina e PR para identificar o Estado de Paraná. Além disso foram acrescidas as letras S (sem rede própria) e C (com rede própria).

Os grupos de indicadores das Operadoras de cada Estado, depois de submetidos a ACP, foram classificados de acordo com sua importância em todos os anos da amostra da pesquisa. Isso possibilitou a verificação da evolução das USs Unimed com rede própria no período pesquisado, independente de sua classificação final.

Na classificação final, por Estado e no conjunto dos Estados, será apresentado o *ranking* conforme a importância, da melhor para a pior, de acordo com a posição da US em cada ano da pesquisa. As USs foram pontuadas considerando a sua classificação ordinal de cada ano.

## 7 CRIAÇÃO DO RANKING

### 7.1 Análise dos Indicadores do Estado de Santa Catarina

A seguir serão analisados os indicadores do Estado de Santa Catarina, conforme proposto, dentro dos grupos de índices, anos pesquisados e classificados conforme o *ranking* calculado conforme ACPs.

A Tabela 1 apresenta os indicadores Operacionais, pontuados ano a ano conforme sua classificação e ordenados pela importância de participação.

**Tabela 1 - Indicadores Operacionais Unimed Santa Catarina ano 2004 a 2008**

<i>Unimed</i>	2004	2005	2006	2007	2008	<i>Participação</i>
Alto Vale S SC	1	2	3	3	6	83,3
Caçador S SC	12	4	2	2	2	71,7
Extremo Oeste S SC	3	6	1	1	13	68,3
Planalto Norte S SC	7	3	4	12	1	63,3
<b>Litoral C SC</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>58,3</b>
<b>Chapecó C SC</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>55,0</b>

Joaçaba S SC	2	1	6	13	12	51,7
Brusque S SC	9	9	10	5	5	45,0
Criciúma S SC	5	8	9	9	7	45,0
Tubarão S SC	6	11	8	4	10	43,3
Blumenau S SC	11	10	7	10	11	26,7
Florianópolis S SC	10	12	11	7	9	26,7
<b>Joinville C SC</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>11,7</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se que as unidades COM rede própria obtiveram participação de: 58,3 (Litoral), 55,0 (Chapecó) e 11,7 (Joinville). As Singulares Litoral e Chapecó ficaram acima da média do *ranking* das 13 (treze) unidades, enquanto a de Joinville classificou-se na última posição. Observa-se também que as singulares com rede própria apresentaram evolução positiva, partindo para uma posição melhor em 2008 do que tinham no ano de 2004.

## 7.2 Análise dos Indicadores do Estado do Paraná.

Seguindo o modelo anterior, a seguir serão analisados os indicadores do Estado do Paraná, dentro dos grupos de índices, anos pesquisados e classificados conforme o *ranking* calculado conforme ACP.

A Tabela 2 apresenta os indicadores Operacionais, pontuados ano a ano conforme sua classificação e ordenado pela importância de participação.

**Tabela 1 - Indicadores Operacionais Unimed do Paraná ano 2004 a 2008**

<i>Unimed</i>	2004	2005	2006	2007	2008	<i>Participação</i>
Vale Piquiri S PR	1	3	1	1	1	97,1
<b>Ponta Grossa C PR</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>88,6</b>
Campo Mourão S PR	2	1	4	4	5	84,3
Apucarana S PR	5	6	8	2	3	72,9
Guapuava S PR	8	4	5	11	4	61,4
Cianorte S PR	12	5	2	8	7	58,6
<b>Londrina C PR</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>44,3</b>
Norte do Paraná S PR	7	12	9	5	13	41,4
<b>Oeste do Paraná C PR</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>35,7</b>
Pato Branco S PR	4	10	11	14	12	34,3
Costa Oeste S PR	11	9	15	7	11	31,4
Paranaguá S PR	10	11	14	12	6	31,4
Paranavaí S PR	14	14	10	6	10	30,0
Norte Pioneiro S PR	6	8	12	15	15	27,1
Cascavel S PR	15	15	13	10	14	11,4

Fonte: Dados da pesquisa.

No *ranking* dos indicadores operacionais da tabela acima, podemos observar que as unidades COM rede própria obtiveram participação de: 88,6 (Ponta Grossa), 44,3 (Londrina) e 35,7 (Oeste do Paraná). As Singulares Ponta Grossa e Londrina ficaram acima da média do *ranking* das 15 (quinze) unidades, enquanto a Oeste do Paraná classificou-se na 9ª posição. Observa-se também que as singulares com rede própria apresentaram evolução positiva, partindo para uma posição melhor em 2008 do que tinham no ano de 2004.



### 7.3 Análise dos Indicadores do Estado do Rio Grande do Sul

Seguindo o modelo de análise aplicado aos Estados de Santa Catarina e Paraná, a seguir serão analisados os indicadores do Estado do Rio Grande do Sul, dentro dos grupos de índices, anos pesquisados e *ranking*, calculados conforme ACP.

A Tabela 3 apresenta os indicadores Operacionais, pontuados ano a ano conforme sua classificação e ordenados pela importância de participação.

**Tabela 3 - Indicadores Operacionais Unimed Rio Grande do Sul ano 2004 a 2008**

<i>Unimed</i>	2004	2005	2006	2007	2008	Participação
<b>Alto da Serra C RS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>98,6</b>
Bagé S RS	5	2	2	4	1	87,1
Encosta da Serra S RS	3	4	5	2	5	80,0
<b>Vale do Cai C RS</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>67,1</b>
<b>Nordeste C RS</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>67,1</b>
Taquari S RS	4	7	3	10	8	61,4
Alto Uruguai S RS	11	10	9	3	4	54,3
<b>Erechim C RS</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>45,7</b>
<b>Missões C RS</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>45,7</b>
<b>Pelotas C RS</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>44,3</b>
Centro Sul S RS	6	12	12	6	13	37,1
Santa Maria S RS	9	8	14	14	10	28,6
<b>Vale dos Sinos C RS</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>22,9</b>
Vale das Antas S RS	14	14	13	13	14	10,0
<b>Alto Jacuí C RS</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>0,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 3 podemos observar que as unidades COM rede própria obtiveram participação de: 98,6 (Alto da Serra), 67,1 (Vale do Cai), 67,1 (Nordeste), 45,7 (Erechim), 45,7 (Missões), 44,3 (Pelotas), 22,9 (Vale dos Sinos) e 0,0 (Alto Jacuí). As Singulares Alto da Serra, Vale do Cai e Nordeste ficaram acima da média do *ranking* das 15 (quinze) unidades, classificadas na 1ª, 4ª e 5ª posição. As Unidades a seguir ficaram abaixo da média e apresentaram participação de 45,7 (Erechim), 45,7 (Missões), 44,3 (Pelotas), 22,9 (Vale dos Sinos) e 0,0 (Alto Jacuí), classificando-se nas 8ª, 9ª, 10ª, 13ª e última posição, respectivamente. Observa-se também que as singulares com rede própria Alto da Serra, Vale dos Sinos e Alto Jacuí não tiveram evolução significativa no período analisado, permanecendo, praticamente com a mesma posição inicial. As unidades que melhoraram suas posições foram: Vale do Cai partindo da posição 8ª em 2004 para 3ª em 2008, Erechim da 10ª para 7ª e Missões da 13ª para 6ª posição. A unidade Nordeste piorou sua classificação partindo da 2ª para 11ª posição, e também a unidade Pelotas não teve evolução, caindo da 7ª para 9ª posição.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Operadoras de Planos de Saúde têm procurado investir em rede própria com objetivo de melhorar seu desempenho. O mercado em que estão inseridas é competitivo e enfrenta forte regulação por parte da ANS.

Esse estudo teve como objetivo a mensuração e análise do desempenho das OPS (Unimed) da Região Sul do Brasil, comparando as unidades que mantêm rede própria de serviços com as que se utilizam de prestadores de serviços. A comparação foi elaborada utilizando os indicadores de desempenho publicados no anuário da ANS dos anos de 2004 a 2008.

Foram identificadas unidades com rede própria, as que mantinham em todos os anos da pesquisa, pelos menos uma das seguintes estruturas: Hospital, Hospital dia, Pronto-Atendimento, Laboratório e Serviço de Imagem. As Unidades Singulares Unimed, foram mensuradas, analisadas e ordenadas frente aos seus indicadores Operacionais.

As análises elaboradas no grupo de indicadores operacionais por Estado da Federação demonstraram que o desempenho das Unidades Singulares Unimed que mantêm rede própria de serviço foram semelhantes aos das unidades que se utilizam de prestadores de serviços. Este resultado foi apresentado tanto nos indicadores do anuário da ANS quanto na Análise das Componentes Principais.

Outros fatores não mensuráveis também podem afetar o desempenho das Operadoras, semelhante a qualquer outra instituição, a exemplo do modelo escolhido de administração, competência dos administradores, prazo de maturação do investimento e a localização da unidade.

Diante deste “empate técnico” entre o desempenho das unidades com rede própria *versus* rede credenciada, as OPS que pretendem investir em recursos próprios precisam lançar mão de informações adicionais que poderão levá-las à correta tomada de decisão.

Se o desempenho das OPS com rede própria é semelhante das que utilizam rede credenciada, quais seriam as outras vantagens e desvantagens que as OPS teriam frente a esse novo desafio?

Vantagens da Rede Própria:

- a) Diferencial no atendimento, principalmente se comparado com prestadores de serviços que atendem a rede SUS, a qual não é permitida aplicar diferencial de atendimento entre pacientes SUS, convênios ou particulares.
- b) A rede própria pode tornar-se atrativa para vendas de novos planos, ou ainda para implantação de plano direcionado exclusivamente para a rede.
- c) A implantação de rede própria está relacionada com o controle sobre os custos. A Operadora passa a ter controle sobre a compra de materiais, medicamentos, salários e demais insumos necessários ao atendimento de seus beneficiários.
- d) O controle sobre a qualidade passa a ser direta entre a rede e o paciente (beneficiário). Não depender de controle sobre os prestadores, que na maioria dos casos, cada qual mantém seu próprio modelo de qualidade.
- e) Fica mais fácil a previsão de riscos. Os valores que seriam conhecidos apenas quando da apresentação de contas pelos prestadores, agora a operadora passa a ter o conhecimento antecipado.
- f) A rede própria acaba tornando-se uma barreira para novos entrantes e também contra as possíveis greves de prestadores.
- g) Outro fator de difícil controle por parte das operadoras é o cumprimento dos protocolos médicos e a implantação de novas tecnologias. Essa última em muito tem elevado os custos das OPS que com a implementação de rede própria passa a ter um melhor controle.
- h) O tratamento de pacientes de alto custo quando praticado na rede própria colabora com a redução de custos, pois a compra dos materiais e medicamentos está sendo realizada diretamente com o fornecedor, evitando assim os custos praticados pelas tabelas dos prestadores.
- i) Os indicadores médicos próprios garantem melhor credibilidade, contribuindo para melhorar o gerenciamento com possíveis ações de redução de custos.
- j) Ocorre também na rede própria o controle mais efetivo sobre o tratamento ambulatorial do paciente e indicação cirúrgica, o qual poderá ser direcionado para a própria rede.

Desvantagens da rede própria:

- a) A necessidade de capital para investimento pode levar a imobilização do capital disponível e ao aumento do grau de endividamento. Prazo de maturação do investimento.
- b) Administração de negócio diferente das operações de plano de saúde e concorrência com entidades filantrópicas.
- c) As dificuldades de expansão em curto prazo e limitações quanto a sua posição geográfica.
- d) Dificuldade de manter a rede exclusivamente para atendimento de seus beneficiários, sem a necessidade de vender serviços a outros convênios e particulares, prejudicando a priorização nos atendimentos.
- e) Aumento da estrutura organizacional e das despesas administrativas gerando maior complexidade nas tomadas de decisão e impacto nos custos.
- f) Necessidade de administrar os conflitos gerados entre a Operadora e as unidades de serviços próprios.
- g) A implantação da rede própria corrobora com o desvio da atividade principal da operadora, que é a administração de planos de saúde.

Diante do exposto, é possível considerar que é possível mensurar o desempenho das Operadoras de Plano de Saúde com os indicadores publicados pela ANS, aplicando o método de Análise dos Componentes Principais. Nos próximos anos, mais Operadoras de Plano de Saúde estarão investindo em recursos próprios. O maior desafio para seus gestores é a busca de indicadores confiáveis para a tomada de decisão. Para tanto, sugere-se a aplicação de novos estudos em Operadoras de Planos de Saúde que norteiam suas aplicações neste tipo de investimento que terão grande repercussão no futuro da instituição.

## REFERÊNCIAS

ANS. Anuário ANS - Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 20 jun.2009.

BARBOSA, F. R. et. al. Impactos Antrópicos e biodiversidade aquática. In **Biodiversidade, população e economia**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR-ECMVC/PADCT-CIAMB, P. 345-454, 1997.

BONELLI, R. *et al.* Indicadores microeconômicos do desempenho competitivo. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 29, p.3-19, 1994.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (*Print version*). Rio de Janeiro July/Aug. 2001. vol. 17 n.4. ISSN 0102-311X.

DE ROLT, Mirian Inês Pauli. **O uso de indicadores para a melhoria da qualidade em pequenas empresas (Florianópolis – SC)**. 1998. 193 f. Dissertação (Mestrado). Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 1998.

HISTÓRIA do Sistema Unimed. Unimed do Brasil, 2009. Disponível em: [http://www.segurosunimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=33714&cd\\_secao=46159&cd\\_mat\\_eria=46923](http://www.segurosunimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=33714&cd_secao=46159&cd_mat_eria=46923). Acesso em 10 jul.2009.

JOHNSON, Richard A; WICHERN, Dean W. **Applied multivariate statistical analysis**. 4. Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002.

JURAN J.M.. **Planejando a Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1992, p. 168-180.

LANTELME, E. M. V. **A utilização de indicadores na avaliação e melhoria do desempenho de processos da construção de edificações:** uma abordagem com base em princípios da aprendizagem organizacional. 1999. Seminário de doutorado (Engenharia Civil) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, UFRGS, Porto Alegre, 1999.

MAROCO, João. **Análise Estatística: com utilização do SPSS.** Lisboa: Silabo, 2007.

MINGOTI, Sueli Aparecida. **Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada:** uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

SINK, D.S. e TUTTLE, T.C.. **Planejamento e Medição para a Performance.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

TAKASHINA, Newton Tadashi; FLORES, Mario Cesar X.. **Indicadores da qualidade e do desempenho:** como estabelecer metas e medir resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

UNIMED Santa Catarina. **Portal Federação das Unimed de Santa Catarina.** Joinville, 2009. Disponível em:  
[http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=52642&cd\\_secao=52629](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=52642&cd_secao=52629)>. Acesso em: 10 jul.2009.

UNIMED do Brasil. **Portal Nacional de Saúde Unimed.** São Paulo, 2009. Disponível em:  
<[http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=49146&cd\\_secao=49094](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094)>. Acesso em: 10 jul.2009.