

## SINISTRALIDADE EM COOPERATIVAS MÉDICAS

Hugo Campos BORGES, Nathércia Jorge ABRÃO, Carlos Rafael Velloso de ALMEIDA

Unimed Juiz de Fora

### RESUMO

No presente artigo, os autores se debruçarão sobre a questão da sinistralidade, que aqui conceituam como a proporção entre o quanto as empresas gastam com os atendimentos aos seus usuários e o quanto arrecadam com as mensalidades dos planos. Entendem que o índice de sinistralidade é um fator preocupante para o setor de seguros e planos de saúde e apontam dados de especialistas que recomendam que esse índice fique, no máximo, ao redor dos 75%, para que as operadoras possam dispor dos recursos necessários para arcar com as despesas de comercialização, financeiras e administrativas. Para dar desenvolvimento à discussão que postulam, os autores partirão de uma descrição da situação atual do mercado brasileiro de planos de saúde, passando depois a analisar a questão dos recursos de uma cooperativa médica. A seguir, estudarão com mais detalhes e baseados em exemplos concretos o problema mais específico da sinistralidade, mostrando, inclusive, a situação prática de tal problemática no Sistema UNIMED e na UNIMED Juiz de Fora, uma das Singulares que fazem parte desse complexo empresarial. Concluirão analisando a participação do médico, enquanto sócio, na geração de despesas e sua responsabilidade na racionalização da sinistralidade.

### PALAVRAS-CHAVE

saúde suplementar; cooperativas médicas; sinistralidade.

### A SITUAÇÃO ATUAL

No momento presente, a crise do setor de saúde suplementar no Brasil e sua repercussão para as operadoras, médicos, prestadores de serviço e clientes tem sido muito debatida, porém nada de concreto tem sido realizado para a sua superação. Assiste-se à explosão dos custos assistenciais em decorrência de diversos fatores, dentre os quais se destacam a incorporação acelerada de novas tecnologias, o envelhecimento da população usuária e a seleção adversa de risco, decorrência natural da crise econômica, que faz com que apenas os indivíduos mais necessitados de assistência médica permaneçam nos planos. A visão simplista do Poder Judiciário, que não se importa com as conseqüências nefastas para a saúde financeira das operadoras e determina, em diversas vezes, a assunção de custos não previstos na lei nem nos contratos, tem contribuído para agravar tal quadro.

A elevação contínua dos custos da Medicina é um fenômeno mundial e essa é também uma preocupação geral. Segundo estudos desenvolvidos pela Consultoria McKinsey, até o ano

de 2008, as empresas americanas estarão comprometendo todo o seu lucro com assistência médica para os seus funcionários. Para que as empresas do ramo de seguros e planos de saúde operem com a segurança necessária e preservem sua capacidade de investimento, é necessário que os índices de sinistralidade situem-se em torno de 75%.

Conforme dados da FENASEG, a partir de 1997, esse patamar foi superado e vem se mantendo em elevação; no ano de 2003, o índice médio bateu em 86,22%. É certo que, no ano de 2004, ultrapassará 90%, levando muitas empresas à liquidação, com a conseqüente indisponibilidade de bens dos seus diretores, sem falar no problema de clientes que imaginam estar cobertos por um plano de saúde e, subitamente, vêem-se desassistidos. O caso da INTERCLÍNICAS é o mais recente exemplo de que a bancarrota do setor é iminente.

A situação no país agrava-se em função da retração do mercado dos planos de saúde que, diante da obrigação legal de oferecer produtos com amplas coberturas e, por isso, caros, não consegue "oxigenar" suas carteiras, assistindo à rápida elevação dos índices de sinistralidade. Estudos demonstram que os indivíduos idosos compõem 10% das carteiras dos planos e consomem 40% dos recursos. Outros fatores, como degradação ambiental, violência e acidentes de trânsito contribuem para o aumento dos custos assistenciais. Em tal cenário, todos os atores ficam insatisfeitos: usuários, com a percepção de que as operadoras procuram dificultar o seu acesso aos serviços; médicos, cujos honorários permanecem em valores inferiores ao justo e desejável; hospitais, que pleiteiam reajuste na remuneração dos seus serviços para fazer face às despesas crescentes; operadoras, que progressivamente vão trabalhando "no vermelho" e se deparam com um horizonte de inviabilidade se aproximando rapidamente.

O órgão criado para regular as atividades das operadoras, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), começa a induzir as operadoras a investirem em prevenção de doenças e promoção de saúde, através de programas de gerenciamento de seus pacientes crônicos, medida acertada, mas de resultados em longo prazo. De posse dos números reais das operadoras, a ANS sabe que a saúde suplementar agoniza. O governo, portanto, não desconhece as necessidades reais de reajuste das mensalidades dos planos individuais; porém, em se mantendo a recusa em autorizar um percentual compatível (talvez por antever que, assim procedendo, o contingente de clientes que abandona os planos vai aumentar e engrossar ainda mais as filas do SUS), o resultado será catastrófico. Promover o equilíbrio do mercado deveria ser a prioridade da Agência Nacional de Saúde, até porque a sua existência como órgão regulador não se justificará se esse mercado deixar de existir.

## OS RECURSOS DE UMA COOPERATIVA MÉDICA

Não se pode confundir uma cooperativa com uma empresa mercantilista. Na primeira, os sócios são provenientes de uma mesma categoria profissional, possuindo cada um deles os mesmos direitos e deveres. O capital social de cada cooperado não diferencia o valor do voto nas Assembleias Gerais; cada cooperado representa um voto. Uma cooperativa engloba "produtores de trabalho," que oferecem seu produto à clientela através da empresa, cabendo a esta comercializar tal produto da forma mais vantajosa para cada sócio.

Quando se completa a arrecadação da receita dos contratos comercializados, a cooperativa procede ao cumprimento de suas obrigações trabalhistas, fiscais, com os fornecedores internos e externos e para com o mercado. Cumpridas essas obrigações, são apurados os resultados a serem destinados aos associados, que são proporcionais aos serviços entregues à cooperativa. As sobras geradas por essa operação constituem os valores a serem pagos a cada sócio.

Assim, numa cooperativa médica, o trabalho do profissional é entregue à empresa e esta destina o que sobra para a remuneração desse trabalho, após a quitação dos compromissos externos da empresa. Ora, sabe-se que boa parte desses compromissos estão diretamente relacionados com a atitude profissional do associado. Nas Singulares que compõem o Sistema UNIMED, podem-se citar, como exemplo, a solicitação excessiva de exames ou a realização de internações hospitalares e procedimentos desnecessários. Deduz-se, então, que o resultado da empresa está diretamente associado à atuação profissional do cooperado.

Os resultados financeiros líquidos das operações da cooperativa são distribuídos na forma de produção. Ações que racionalizam custos e que dependem da atuação direta do cooperado concorrem para um aumento da sobra que vai ser a ele destinada. Uma cooperativa médica não prega a extinção pura e simples de exames e procedimentos, mas busca a racionalização na solicitação dos mesmos, pela sua implicação nos resultados financeiros da empresa e na quantidade de sobras a ser destinada ao associado.

Em relação às receitas da cooperativa, a maior parte é obtida com a venda de planos de saúde, que são contratos firmados com pessoas físicas ou jurídicas. Uma parcela menor dessa receita origina-se dos resultados dos serviços próprios (pronto-atendimentos, clínicas, hospitais, laboratórios, serviços de imagem, etc.), do intercâmbio com outras Singulares para o atendimento de usuários, da receita de aplicações financeiras ou de outras entradas. As cooperativas do Sistema UNIMED, ao venderem planos de saúde, obtêm dois tipos de receita: por valor pré-determinado (pré-pagamento) e por serviço prestado (custo operacional). Na modalidade de pré-pagamento, quem assume o risco da sinistralidade é a cooperativa; já no modelo de custo operacional, esse risco pertence à empresa contratante.

A receita proveniente do intercâmbio é uma arrecadação financeira em que o reembolso é feito por custo operacional cobrado da UNIMED de origem do usuário, tomando como base uma tabela negociada entre as partes e à qual é somada uma taxa de administração.

As aplicações financeiras são uma importante fonte de arrecadação para a empresa. Entretanto, o total arrecadado por essa modalidade costuma ser de pequeno vulto, apesar das cooperativas operarem com valores importantes em caixa. As cooperativas capitalizadas e com recursos disponíveis para aplicação podem obter ganhos adicionais para reforçar seus resultados. Essas receitas geram reaplicações e reinvestimentos que são destinados, por determinação legal, ao Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES), o qual é previsto na Lei

das Cooperativas.

A participação pecuniária dos usuários, decorrente da complementação de consultas médicas ou de atos cooperativos auxiliares, pode se constituir em fator moderador de custos ou em modalidade de economia indireta para a cooperativa, pelo desdobro do usuário diretamente para o cooperado ou prestador de serviços; mas, também pode ser encarada como uma economia direta, quando o custo do serviço prestado se reduz na proporção da participação do usuário. Isso tudo proporciona à cooperativa um cálculo de preços mais competitivo no mercado onde está inserida.

Falando a seguir dos gastos da cooperativa, pode-se dizer que as despesas administrativas costumam consumir cerca de 8 a 12% de todos os valores arrecadados. Tais despesas incluem gastos com pessoal, remuneração de diretores, serviços administrativos terceirizados, impostos, manutenção e conservação, material de expediente, taxas de depreciação, despesas financeiras, de publicidade, etc.

O próprio intercâmbio pode se transformar em uma significativa fonte de custos para a cooperativa, se ocorrer uma grande evasão de usuários; os recursos tecnológicos e a capacidade de resolução dos centros de referência maiores se transformam em atrativo para os usuários.

A crescente sofisticação dos hospitais é geralmente acompanhada por um incremento dos valores de faturamento. Nos últimos anos, observa-se um crescimento cada vez maior das contas hospitalares, em comparação com o percentual repassado na forma de honorários médicos.

As despesas geradas com SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento) vêm crescendo permanentemente, na medida em que aumenta a sofisticação diagnóstica e na proporção que o médico solicita mais e mais exames complementares, o que decorre da prática da medicina defensiva e da tentativa de proteção contra os processos por erro médico. A patologia clínica e o diagnóstico por imagem podem ser importantes fontes de desperdício, quando utilizadas inadequadamente.

A produção médica é um item sujeito às mais variadas interferências operacionais. Essa produção, calculada em Unidade de Trabalho Médico (UTM), é o resultado de toda a receita, após a dedução de todas as despesas administrativas e dos custos não médicos. Compõem a produção médica os atendimentos em consultórios, as visitas hospitalares e os atos médicos, como procedimentos, cirurgias e exames autogerados.

A melhora do desempenho de uma cooperativa dependerá de um aumento da receita, e de uma redução de despesas. Pode-se fazer crescer as receitas aumentando-se o número de usuários pela expansão da venda de planos de saúde na área de atuação da Singular ("mercado potencial"), incrementando-se os atendimentos por intercâmbio ou elevando-se a contribuição mensal do plano de saúde. Já a redução de despesas pode ser conseguida pelo enxugamento das despesas administrativas, pela racionalização na solicitação de exames complementares, pelo controle mais rigoroso das evasões por intercâmbio ou por uma série de outras medidas administrativas (criação de serviços próprios, negociação com os hospitais contratados, instituição de auditorias hospitalares, etc.).

## GESTÃO DE CUSTO DE UMA COOPERATIVA

Concluída a análise dos recursos de uma cooperativa, os autores passam a estudar o principal desafio das cooperativas Singulares que compõem o Sistema UNIMED, que é a manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, impedindo que a operadora entre em estágio de insolvência, do qual poderá não sair e terminar tendo a liquidação extrajudicial decretada pela ANS,

com forte repercussão na vida pessoal dos dirigentes e bloqueio de bens particulares até o encerramento do processo.

Com a implantação da Lei nº 9656/98 e várias medidas provisórias, além de Resoluções e Instruções Normativas, Súmulas, dentre outras espécies normativas, os clientes, operadoras e prestadores de serviços do Sistema de Saúde Suplementar estão inseguros e insatisfeitos com o cenário atual dos planos de saúde. Sentiram que a regulamentação trouxe uma enorme instabilidade e desorganização econômica e jurídica no setor.

Em meio a tantas adversidades, é fundamental o empenho pela continuidade da Assistência Suplementar, cabendo às UNIMEDs a quebra de paradigmas e a busca da redução das despesas assistenciais. Ferramentas deverão ser implementadas, aliadas a novas técnicas que permitam o gerenciamento do presente e do futuro das operadoras.

Todo esse processo deve estar ligado a um planejamento estratégico plurianual contendo metas, prazos e pessoas responsáveis pelos resultados.

O custo assistencial, que representa mais de 80% de toda a despesa das operadoras, deverá ser tratado com todo cuidado. Um modelo de gestão de custos deverá se estruturar a partir de informações oriundas das utilizações observadas na operadora. As estatísticas deverão demonstrar as frequências e os valores dispendidos.

Uma estrutura de custos deverá contemplar:

- Assistência à Saúde – Sinistralidade (\*)
- Carregamentos
  - Despesa Administrativa
  - Despesa comercial
  - Encargos e tributos
  - Margem do negócio

---

**(\*) Sinistralidade: Despesa Assistencial ÷ Receita de Planos de Saúde**  
 Total de Sinistralidade (R\$) do período  
 (todos os procedimentos médicos do período) X 100  

$$IS(\%) = \frac{\text{Total de Sinistralidade (R\$) do período}}{\text{Total de faturamento operacional (R\$) do período}} \times 100$$
 (exceto ganhos com aplicações financeiras)

---

A sinistralidade referencial é de 75%, sendo os restantes 25% destinados aos carregamentos (contratos em pré-pagamento).

Os percentuais de cada um dos itens dependerão da composição da operadora, por exemplo:

- Carteira

Há casos em que a carteira é constituída somente de contratos empresariais. Há outros em que o contrato em custo operacional tem grande representatividade.

- Despesa Assistencial / Administrativa

Existem aquelas que possuem recursos próprios, bem como as que não os possuem.

- Região de Atuação

Outro item é a região em que a operadora atua, pois a prática de mercado para despesas assistenciais, comerciais e outras é significativamente diferente, por exemplo, nos grandes centros, onde a concorrência é maior.

A maioria das Singulares do Sistema UNIMED está com sinistralidade acima de 80% e, portanto, acima do limite referencial de 75% acima destacado.

Muitas vezes, em função da alta sinistralidade, não há margem no negócio. Existem casos em que o simples fato de não se ter prejuízo já é considerado um ótimo negócio.

Alguns números abaixo apresentados comprovam a difícil situação do momento atual.

## Quadro 1

Usuários dos Planos e Seguros de Saúde (2003)	37 milhões (clientes)
Receita anual de contribuições pagas pelos clientes	R\$ 24 bilhões
Despesa anual com assistência à saúde (sinistralidade 80%)	R\$ 19,2 bilhões
Contribuição média anual <i>per capita</i>	R\$ 648,65 bilhões
Sinistro médio anual <i>per capita</i>	R\$ 518,91 bilhões

São questões importantes, que podem influenciar no bom desempenho de uma operadora:

- Os clientes pleiteiam contribuições menores e exigem ampliação de cobertura e serviços de melhor qualidade.
- Os hospitais, clínicas e laboratórios querem reajustes dos preços de seus serviços prestados e uma margem de lucro.
- As operadoras necessitam de reajustes dos valores das contribuições e recuperação da margem operacional.
- Outras questões de natureza técnica e operacional estão relacionadas à exigência da classe médica e dos hospitais para implantar novas tabelas com procedimentos para diagnóstico e tratamento de pacientes, com novos protocolos clínicos e medicamentos de última geração criando, com isso, dificuldade de relacionamento entre clientes, prestadores de serviços e operadoras.

Para melhor entender as dificuldades por que passam as operadoras, os autores reproduzem um modelo matemático utilizado por Gerson Thomé Marino, em seu artigo, *Gestão de custo de uma operadora*, publicado em *Newsletter- Boletim informativo on-line da UNIMED Juiz de Fora*, em novembro de 2004. Nessa simulação, são inseridas as demandas dos clientes, prestadores e operadoras, extraindo, assim, uma equação que mostra a dimensão do problema, como se vê abaixo.

De seu ponto de vista, os clientes querem:

- Pagar menos pelos serviços de assistência à saúde.
- Mais qualidade nos serviços prestados pelos médicos, hospitais, radioimagem, laboratórios e outros.
- Liberação total, por parte das operadoras, de atendimentos médicos e outras naturezas.

Abaixo são listados os seguintes números, extraídos do Quadro 1 (cliente padrão):

1) Contribuição anual: R\$ 648,65

2) Gasto anual: R\$ 518,91

Adotam-se, então, as seguintes premissas:

a) Pagar menos: redução de 30% .....	R\$ 648,65 x 30% = R\$ 194,59
b) Melhoria da estrutura de atendimento: 10% nos custos .....	R\$ 518,91 x 10% = R\$ 51,89
Impacto/satisfação do cliente .....	= R\$ 246,48

Portanto, para atender às aspirações dos clientes, considerando o cenário acima, os preços deveriam estar 38% superiores ao exemplo, sem considerar os encargos.

Os médicos, hospitais, radioimagem, laboratórios e outros querem receber mais.

Para a simulação, é adotado o exemplo abaixo:

a) Composição de Custos

**Tabela I**

Regime	Item	% Total
Ambulatorial	Consultas	24,00%
	SADT	22,00%
	Honorários	5,00%
	Materiais / Medicamentos	8,00%
	Taxas	4,00%
	Outros	2,00%
	Total	65,00%
Hospitalar	Honorários	11,00%
	Diárias	5,00%
	SADT	2,00%
	Materiais / Medicamentos	12,00%
	Taxas	5,00%
Total	Outros	1,00%
	Total	35,00%
	Total	100,00%

b) Impactos

a. CBHPM- Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos<sup>1</sup> aumento de 30% nos custos ..... R\$ 518,91 x 24% = R\$ 124,54

b. Diárias e Taxas aumento<sup>2</sup> de 30% nos custos R\$ 518,91 x 5,6% = R\$ 29,06

Impacto médicos e prestadores ..... = R\$ 153,60

Sendo:

(1) Impacto médio de 60% em 40% das despesas assistenciais (consultas 24% + HM Ambulatorial 5% + Honorários Hospitalares 11%) = 24% de aumento nos custos

(2) Diárias e Taxas: 40%(diárias 5% + Taxas 9%) = 40% 14% = 5,6% de aumento nos custos

Portanto, para atender às aspirações dos médicos e prestadores, sem considerar os encargos, os custos seriam 29,6% acima do exemplo.

**Necessidades da Operadora**

Voltando às necessidades de uma operadora, considerando margem mínima de 3% sobre as receitas, observa-se:

Margem Operacional: R\$ 648,65 x 3% = R\$ 19,46 sem considerar encargos.

**Demandas por Grupos estudados**

- Clientes ..... R\$ 246,48  
 - Médicos e prestadores ..... R\$ 153,60  
 - Operadoras ..... R\$ 19,46  
 - Total ..... R\$ 419,54

Acrescentando-se esse resultado ao praticado atualmente, chega-se ao seguinte resultado:

- Contribuição Anual ..... R\$ 648,65  
 - Demanda Total ..... R\$ 419,54  
 - Novo Valor ..... R\$ 1.068,19

Segundo o exposto acima, para atender a todas as demandas básicas, os preços deveriam estar 64,68% superiores.

Considerando o desemprego que assola o País, salários con-

gelados, aumento de tributos para a população, preços de estatais e serviços controlados pelos governos sempre aumentando, conclui-se que jamais se conseguiria efetuar este reajuste nos planos de saúde.

Em consequência, observam-se muitas demandas por parte dos clientes, médicos, hospitais e das próprias operadoras, na maioria das vezes procedentes, por serem basilares para sua sobrevivência. Com o modelo atual, tão cedo não poderão ser realizadas.

**O SISTEMA UNIMED E A SINISTRALIDADE**

Neste subtítulo, os autores demonstram que o Sistema UNIMED, como parte do setor de saúde suplementar, busca conter o aumento de custo dos planos de saúde comercializados por ele. As diferentes instâncias desse conglomerado de cooperativas médicas (Confederações, Federações) realizam estudos e apontam soluções para que suas empresas consigam reduzir o índice crescente de sinistralidade, o qual, se não for controlado, poderá comprometer a atuação das UNIMEDs, bem como o trabalho dos 93 mil cooperados em todo o país; afinal, o aumento da sinistralidade se traduz em redução da rentabilidade, o que significa menor sobra a ser distribuída entre os associados.

O cenário atual em relação ao problema da sinistralidade levou o Sistema UNIMED a propor um conjunto de alternativas para a redução do índice, tais como: a padronização de protocolos por especialidades, compras em escala, criação de comitês de especialidades e a criação de câmaras técnicas para a avaliação de novas tecnologias. As câmaras técnicas são organismos que sistematizam a atuação das diversas especialidades através de normas e diretrizes, uma vez que o avanço da ciência produz um rápido aumento de custos, ultrapassando em várias vezes os índices inflacionários.

Outra ação fundamental para a redução da sinistralidade é o investimento no relacionamento com o cooperado, através dos comitês educativos, levando o sócio a uma maior participação na vida de sua cooperativa. Acredita-se que os esforços da UNIMED no sentido de conter o avanço da sinistralidade só surtirão efeito se a empresa puder contar com a participação e comprometimento dos cooperados. Somente com a ajuda de seus sócios, as UNIMEDs poderão reduzir seus custos. E, no final, os grandes beneficiados serão os próprios médicos, que terão seus honorários aumentados. Os autores entendem, assim, que os comitês de especialidades e os comitês educativos ampliarão o relacionamento com os cooperados, trazendo os especialistas para a discussão dos assuntos de interesse de suas áreas.

Outra ação importante seria a manutenção de um contínuo diálogo com as entidades representativas da categoria médica (Associações Médicas, Conselhos de Medicina, etc.).

**A QUESTÃO DA SINISTRALIDADE NA UNIMED JUIZ DE FORA**

Como outro exemplo concreto da situação acima relatada, os autores passam, no presente subtítulo, a uma análise do momento considerado paradigmático atualmente vivido por uma Singular do Sistema UNIMED, a UNIMED Juiz de Fora.

Essa cooperativa de trabalho médico enfrenta, atualmente, problemas com a média de consultas por cliente. Além disto, de janeiro a agosto de 2004, a média de internação subiu. A empresa busca também negociar com os hospitais credenciados. A UNIMED Juiz de Fora já efetuou acordos com mais de 60% das clínicas e laboratórios e efetivou contratos com 55% da rede hospitalar o que atende à Resolução 42 da ANS. Nessa negociação, a Singular prioriza a atividade-fim dos hospitais, valorizando as diárias e taxas e buscando corrigir distorções

## Quadro 2

### Principais propostas do sistema Unimed para a redução de custos

Câmaras técnicas	Organizam a atuação das diversas especialidades através de normas e diretrizes previamente estabelecidas que avaliam a incorporação de novas terapêuticas e tecnologias.
Medicina baseada em evidências	Determina a melhor prática para se abordar o problema, através de protocolos e diretrizes, auxiliando ainda na análise para incorporação de novas tecnologias.
Grupo de comercialização	Estimula a negociação conjunta e em melhores condições para a UNIMED de materiais e medicamentos de alto custo. Facilita parcerias estratégicas com os fornecedores.
Tabela nacional de materiais e medicamentos	Visa padronizar os códigos de identificação de todos os materiais e medicamentos adquiridos pelo Sistema UNIMED, funcionando como uma ferramenta importante para os grupos de negociação na redução dos custos. Por meio dela, cada Singular poderá saber quais são os preços praticados em diversos pontos do país.
Medicina preventiva	Tem papel fundamental no combate à sinistralidade, pois o custo da prevenção é menor do que o custo gerado pelas assistências médicas.

históricas. A proposta reduz a intermediação de insumos através de uma Lista Referencial Periódica de Materiais e Medicamentos, a qual redefine os valores pagos, onde a diferença chega a 6000% entre os hospitais. A Lista busca preservar a qualidade no atendimento e a sobrevivência financeira das instituições, constituindo-se também num instrumento decisivo para a contenção da sinistralidade.

A redução dos prejuízos da empresa passa também pela racionalização dos procedimentos de alto custo. Nas vendas de planos de saúde, o foco está na pessoa jurídica, com quem a negociação de reajustes é mais flexível. Existe um criterioso trabalho de fidelização dos clientes e outro de crescimento qualitativo da carteira. A prioridade tem sido a comercialização de produtos de maior rentabilidade, que podem contribuir para o aumento do coeficiente de honorários profissionais (CH).

Em relação ao reajuste fixado pela ANS, a UNIMED Juiz de Fora aguarda decisão sobre a solicitação de percentual acima do fixado e sobre o pedido de revisão técnica dos preços nos planos não regulamentados. É preciso também considerar a necessidade de migração.

Outro problema enfrentado pela cooperativa são as liminares judiciais, que obrigam a empresa à prestação de serviços não previstos em contrato. Para minimizar tal dificuldade, a UNIMED Juiz de Fora tem uma política de aproximação com os órgãos de defesa do consumidor, a qual tem trazido bons resultados. Entretanto, a parcialidade do Poder Judiciário em favor dos clientes é um efetivo obstáculo para as operadoras em geral. A Justiça costuma desprezar os argumentos do setor, ignorando o contrato como instrumento legítimo de negociação.

Uma outra frente de atuação da UNIMED Juiz de Fora é a questão dos tributos, como o ISSQN (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza), que é atualmente objeto de questionamento judicial pela Assessoria Jurídica da empresa. Enormes esforços têm sido empenhados na tentativa de solução negociada do problema.

Pelo exposto acima, vê-se que vários são os motivos que impedem os bons resultados, como a incorporação acrílica de tecnologia, a comercialização acética de próteses e outros materiais e a resistência dos hospitais em reverem os contratos. Além disso, as medidas saneadoras adotadas exigem tempo para provar sua eficácia. É preciso que a relação entre receita e despesas assistenciais se mantenha favorável. Fatores como, por um lado, a interferência arbitrária do

governo, e, por outro lado, a sinistralidade, geram como consequência a difícil busca por um faturamento que garanta sobras. Como resultado de gastos hospitalares, exames e consultas, receita engessada, despesas com hospitais, gastos com SADT, a retração do intercâmbio devido ao alto custo hospitalar, acaba acontecendo uma diminuição das sobras a serem repartidas entre os médicos cooperados, os quais podem se transformar em agentes efetivos para a redução da sinistralidade, através de sua maior participação nas Assembléias Gerais e outras instâncias democráticas decisivas para os destinos do negócio.

A seguir, os autores listam de forma esquemática as propostas da UNIMED Juiz de Fora para o enfrentamento da questão da sinistralidade.

## Quadro 3

### Propostas da Unimed Juiz de Fora

Uso de medicamento genérico BRASÍNDICE- preço máximo ao consumidor com desconto.

Para materiais, tabela da UNIMED Juiz de Fora como referência de valores.

Para materiais não constantes da Tabela (com liberação em caráter excepcional), preço constante na nota fiscal somado à taxa de comercialização.

Definição entre as partes das taxas já incluídas no valor das diárias e incorporadas à taxa de saída.

Reajuste no valor global das diárias em diferentes modalidades.

Uso prioritário de materiais nacionais, seguidos dos nacionalizados e, na ausência destes, materiais importados com prévia autorização da Auditoria.

Precificação prévia pelo setor de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) da UNIMED, após autorização da auditoria, de endopróteses, materiais especiais, implantes e vídeo-endoscópios, com possível aquisição de alguns destes materiais pela própria cooperativa com pagamento de taxa de guarda sobre o valor da nota fiscal.

Universalização do faturamento eletrônico das contas dos prestadores credenciados.

## CONCLUSÃO

Como o presente artigo está inserido em um curso continuado de educação cooperativista, tendo como público preferencial os médicos associados a cooperativas de trabalho médico, nada é mais adequado do que encerrar falando de um instrumento mágico na tomada de decisões favoráveis ou contrárias aos interesses da cooperativa enquanto negócio: a "caneta do médico". Quando o profissional solicitar exames, internações ou procedimentos desnecessários ou sem critério, ele estará necessariamente aumentando o montante de medicamentos, equipamentos hospitalares, serviços prestados por terceiros, com aumento do ato cooperativo auxiliar, elevação de tributos e descaracterização da cooperativa perante a fiscalização. Além disto, estará também aumentando o faturamento dos hospitais, com taxas variadas e muitas vezes absurdas. O resultado final dessa irresponsabilidade será a diminuição das sobras, ou seja,

do rendimento do próprio médico cooperado.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1246/88) parece dar a entender, em uma leitura desatenta de seu Art. 8º, que o médico é dotado de liberdade absoluta em seu ato profissional, não cabendo às cooperativas médicas restringi-lo por razões de ordem econômica.

Art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

Mas, o Art. 21 do mesmo diploma legal especifica que é direito do médico

Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.

Ora, ao falar de práticas reconhecidas e de respeito às leis, o espírito do Código estabelece uma ligação com a recentíssima prática da Medicina Baseada em Evidência, a qual preconiza condutas médicas fundamentadas nos resultados da melhor pesquisa científica, oferecendo assim um precioso instrumento para a redução dos atos médicos desnecessários e lesivos aos interesses das cooperativas médicas. Além disso, as legislações emanadas das instâncias reguladoras da saúde suplementar do Brasil fazem coro com os estatutos e regimentos das cooperativas médicas e com os próprios princípios do cooperativismo, constituindo um arcabouço legal dentro do qual só encontram guarida as empresas cujos sócios trabalham com conhecimento técnico e conduta ética pelo engrandecimento de todos e do negócio.

Pode-se concluir dizendo que a essência da estabilidade de uma cooperativa médica encontra-se no estabelecimento de um equilíbrio entre suas receitas e despesas. Uma administração eficiente e profissional leva a empresa a obter resultados positivos; mas, é do coletivo dos sócios educados que deve nascer a consciência de que em suas mãos se encontra o poder maior de reduzir as despesas e diminuir a sinistralidade, que deve se constituir numa das maiores preocupações de dirigentes, colaboradores, sócios e clientes das operadoras de planos de saúde. Proposições existem que almejam à solução do problema, mas todas dependem de um consenso mínimo entre os grupos envolvidos. Se cada um quiser manter suas vantagens ou direitos, não haverá progresso e não se conseguirá mudar o modelo atual de gestão.



## SUMMARY

### SINISTRALITY IN MEDICAL COOPERATIVES

*In the present article, the authors will leave of a description of the current situation of the Brazilian market of plans of health, starting later to analyze the subject of the resources of a medical cooperative. To proceed, they will study with lives details and based on concrete examples the most specific subject of the sinistrality, showing the practical situation of such problem in UNIMED System and in UNIMED Juiz de Fora, one of the Singulars that compose this managerial compound. They will conclude analyzing the doctor's participation, while partner, in the generation of expenses and your responsibility in the rationalization of the sinistrality.*

## KEY WORDS

supplemental health; medical cooperatives; sinistrality.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 1246/88. In: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br).
- 2 - FELD, Elias. A agonia da saúde suplementar. In: Newsletter- Boletim informativo on-line da UNIMED Juiz de Fora. Dezembro de 2004.
- 3 - MARINO, Gerson Thomé. Gestão de custo de uma operadora. In: Newsletter- Boletim informativo on-line da UNIMED Juiz de Fora. Novembro de 2004.
- 4 - ORSINI, Silvana. Sinistralidade preocupa operadoras. In: [www.planosdesaude.net/estrut/cons/midia](http://www.planosdesaude.net/estrut/cons/midia)
- 5 - PREJUÍZO COM SINISTRALIDADE, AÇÕES E ANS JÁ PASSA DE R\$ 7 MILHÕES. In: UNIMED Notícias: Informativo mensal para cooperados. Juiz de Fora. Ano III. Nº 63. Novembro de 2004.
- 6 - SEIBEL, Ivan et al. Origem e destino dos recursos da UNIMED. In: SEIBEL, Ivan. Formação cooperativista. Porto Alegre: WS Editor, 2003. P. 60-68. 3 vols.
- 7 - SISTEMA UNIMED SE MOBILIZA PARA CONTER A ALTA DA SINISTRALIDADE. In: Unimed em ação. Jornal da Federação Interfederativa das Unimeds de Minas Gerais. Ano XIV. Nº 116. Dezembro de 2004. P. 06-07.