

ANÁLISE E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS

ADVANCED BUSINESS DEVELOPMENT WITH .NET



RM: 98266 / Mel Maia Rodrigues

RM: 98078 / Augusto Barcelos Barros

RM: 98570 / Gabriel Souza de Queiroz

RM: 551629 / Gabriela Zanotto Rodrigues

RM: 97707 / Lucas Pinheiro de Melo

Sumário

ANÁLISE E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS	1
DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	3
PÚBLICO-ALVO	4
PROPOSTA DE SOLUÇÃO	6
CONCORRÊNCIA.....	7
PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE BLUE SAÚDE E ECONOMED.....	8
AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DE MERCADO	9
Business Model Canvas	11
Referencias	12

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A elevada carga de despesas enfrentada pelas operadoras de planos de saúde e seus beneficiários é uma preocupação relevante. Atualmente, o valor do plano de seguro de vida depende predominantemente da faixa etária do beneficiário, resultando em disparidades, com os indivíduos mais jovens pagando menos e os mais idosos pagando mais. A prática em questão reflete a percepção das empresas de saúde de que os indivíduos mais velhos apresentam mais dificuldades de saúde, embora não sejam exclusivamente eles os principais usuários dos serviços de saúde.

Além do valor inicial estabelecido em contrato, há os reajustes anuais, aplicados no aniversário da contratação do plano. Esses reajustes variam de acordo com cada plano e incluem o aumento por sinistralidade, que é quando o número de procedimentos e atendimentos cobertos supera as expectativas da operadora em um determinado período.

A verdadeira razão por trás dos altos custos dos planos de saúde está associada a diversos fatores. A mão de obra na área da medicina é cara, devido aos altos custos de formação e especialização dos profissionais. Além disso, há os gastos com manutenção de equipamentos e reposição de materiais, que também representam um ônus significativo para os hospitais e clínicas.

Esses fatores, somados à complexidade dos procedimentos médicos e aos avanços tecnológicos constantes na área da saúde, contribuem para o encarecimento dos planos de saúde, pois às operadoras custeiam cada consulta realizada pelo seu beneficiário, podendo ser uma consulta mais cara ou mais barata, dependendo do hospital que o beneficiário recorre.

PÚBLICO-ALVO

A solução é especificamente voltada para operadoras de planos de saúde, que são empresas dedicadas a oferecer assistência médica e cobertura de saúde para indivíduos e grupos mediante pagamento. Além de comercializar planos, elas fornecem uma ampla gama de serviços e atendimento ao cliente.

Em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) categorizou as operadoras em sete modalidades:

Administradora: Responsável pela gestão administrativa e financeira dos planos de saúde, atuando como intermediária entre clientes e prestadores de serviços de saúde.

Cooperativa Médica: Formadas por médicos que se associam para oferecer serviços de saúde aos membros da cooperativa, com uma abordagem centrada no paciente.

Cooperativa Odontológica: Similar à cooperativa médica, porém focada em serviços odontológicos, onde os dentistas se unem para fornecer atendimento odontológico compartilhado.

Autogestão: Os próprios beneficiários administram e financiam o plano de saúde, tomando decisões sobre cobertura e serviços oferecidos.

Filantropia: Operadoras que visam o benefício da comunidade, oferecendo serviços a preços acessíveis ou gratuitos para grupos vulneráveis, muitas vezes com apoio governamental ou por meio de doações.

Medicina de Grupo: Oferecem planos de saúde para grupos específicos, como empresas ou associações, onde os custos são compartilhados pelos beneficiários conforme os termos do plano.

Odontologia de Grupo: Semelhante à medicina de grupo, mas focada em serviços odontológicos, com cobertura para consultas, exames e tratamentos dentários.

Em 2001, a Lei nº10.185 exigiu que as seguradoras que atuavam no segmento de seguro saúde se transformassem em seguradoras especializadas, sujeitas a uma nova regulação e fiscalização vinculada ao Ministério da Saúde

. No Brasil, destacam-se grandes operadoras como NotreDame Intermédica, Hapvida Assistência Médica, Bradesco Saúde, Amil Assistência Médica, SulAmerica Saúde, Seguros Unimed Saúde, Prevent Sênior, Assim Saúde e Porto Seguro Saúde. Juntas, essas nove maiores operadoras atendem cerca de 20,87 milhões de pessoas, aproximadamente 41,58% dos 50,2 milhões de indivíduos com planos médicos privados no país, conforme dados da ANS em 2023.

A solução uma vez desenvolvida e testada, será disponibilizada às operadoras de saúde de todas as modalidades, exceto as de Filantropia. Tendo um foco maior nas nove maiores operadoras do Brasil, já citadas anteriormente.

PROPOSTA DE SOLUÇÃO

A meta primordial dessa solução é entregar aos clientes um atendimento de saúde que seja não apenas eficaz em termos de custo, mas também personalizado e de alta qualidade, visando a minimização dos gastos para a operadora de saúde. A abordagem proposta se apoia de forma integral em análises avançadas de dados (analytics), as quais permitem que o software realize uma minuciosa caracterização do perfil de cada beneficiário, valendo-se tanto das informações já disponíveis sobre o cliente quanto de dados externos cuidadosamente selecionados. Esse perfilamento detalhado possibilita direcionar o beneficiário para o tipo de atendimento mais vantajoso em termos de custo, encaminhando-o para clínicas ou hospitais especializados na área correspondente à sua queixa de saúde, porém que pratiquem preços mais acessíveis para a operadora de saúde.

No processo de análise do perfil do beneficiário, são levadas em conta uma série de informações relevantes, tais como dados demográficos, histórico completo de utilização dos serviços de saúde, mapeamento dos melhores prestadores na região onde o beneficiário se encontra, consulta ao dicionário de Classificação Internacional de Doenças (CID) para compreensão precisa das condições de saúde do paciente, e ainda uma base de dados abrangente dos prestadores de saúde que possuem expertise no tratamento de comorbidades específicas. A partir desses dados, a operadora é capaz de identificar não apenas o tipo de paciente, mas também suas tendências e necessidades de saúde mais frequentes, permitindo assim a seleção de hospitais ou clínicas próximos que ofereçam um custo por paciente mais baixo, sem comprometer a qualidade do atendimento necessário ao paciente. Esse enfoque estratégico não apenas proporciona economia financeira à operadora, mas também assegura que os beneficiários recebam o cuidado mais adequado às suas condições, resultando em uma experiência de saúde mais satisfatória e eficaz.

CONCORRÊNCIA

À medida que o mercado de saúde brasileiro evolui, é crucial analisar as abordagens e inovações das operadoras para fornecer os melhores cuidados de saúde aos clientes.

A concorrente Blue Saúde destaca-se com sua solução focada em tecnologia externa e telemedicina. Por outro lado, a EconoMed usa análise de dados para oferecer cuidados acessíveis e de qualidade.

A diferença fundamental entre essas soluções está na estratégia. A Blue Saúde foca na telemedicina, enquanto a EconoMed prioriza a análise de dados.

A Blue Saúde investe em dispositivos como o "Blue Look" e o "Blue Stick" para monitorar sinais vitais e estabelecer parcerias estratégicas. A EconoMed usa análise de dados para direcionar os cuidados médicos.

Embora ambas busquem melhorar cuidados e reduzir custos, suas abordagens diferem: uma investe em tecnologia, enquanto a outra foca em análise de dados.

A escolha depende das necessidades do operador e dos clientes, assim como das prioridades de inovação e eficiência. Essas soluções podem ser implementadas em conjunto para oferecer uma escolha mais ampla aos clientes.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE BLUE SAÚDE E ECONOMED

	Blue Saúde	EconoMed
Abordagem Principal	Tecnologia Externa e Telemedicina	Análise Avançada de Dados
Objetivo	Melhorar cuidados de saúde, facilitar o acesso a saúde e reduzir custos	Perfilar o beneficiário, precificar o valor do convenio. Direcionar o beneficiário á clínicas que geram menos custos pra operadora de saúde.
Monitoramento	Utiliza dispositivos como "Blue Look" e "Blue Stick" para monitorar sinais vitais	Utiliza análise de dados para caracterizar o perfil de cada beneficiário
Prioridades	Tecnologia e acesso fácil aos profissionais de saúde	Análise de dados para direcionar cuidados de saúde de forma eficiente
Enfoque	Tecnologia e inovação	Eficiência e redução de custos

AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DE MERCADO

Análise do Mercado Atual das Operadoras de Saúde e sua Receita

Em 2023, de acordo com relatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Brasil contava com aproximadamente 848 operadoras de planos de saúde que enviaram o Demonstrativo de Informações Previdenciárias e Repasse de Contribuições (DIOPS). Essas operadoras são responsáveis por fornecer assistência médica e cobertura de saúde para cerca de 36 milhões de beneficiários em todo o país. Esse número representou um aumento significativo em relação aos dados anteriores, com um acréscimo de aproximadamente 1,2 milhões de beneficiários em comparação com o ano anterior.

Este aumento no número de beneficiários reflete um movimento de aquecimento na economia do país. Dados preliminares indicam um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro na ordem de 3% em 2023. Esse contexto econômico favorável tem impacto direto no setor de planos de saúde, com mais pessoas buscando e sendo capazes de adquirir cobertura de saúde privada.

No que diz respeito às receitas e despesas das operadoras de saúde, é essencial analisar esses aspectos para entender a saúde financeira do setor. Gráficos detalhados mostram o panorama financeiro dessas operadoras, revelando a magnitude das receitas e despesas geradas anualmente, os gráficos serão apresentados abaixo.

Além disso, é importante considerar os diferentes modelos de negócios das operadoras de planos de saúde, incluindo suas modalidades (Administradora, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Autogestão, Filantropia, Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo), pois cada uma pode apresentar características distintas em termos de receitas, despesas e estratégias de mercado.

Resultados

(trimestrais e acumulados no ano)

Resultado

Resultado Líquido

Alcance Temporal do Indicador

Acumulado no ano

Operadora

Todos

Modalidade

Todos

Modalidade Grupo

Todos

Porte

Todos

Resultado Líquido (acumulado no ano)

Trimestre	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1º trimestre	3,2 Bi	4,1 Bi	2,3 Bi	2,8 Bi	1,4 Bi	1,0 Bi
2º trimestre	4,4 Bi	7,2 Bi	11,3 Bi	3,4 Bi	0,0 Bi	2,0 Bi
3º trimestre	6,4 Bi	9,2 Bi	15,9 Bi	3,0 Bi	-2,5 Bi	3,1 Bi
4º trimestre	9,5 Bi	12,6 Bi	18,7 Bi	3,8 Bi	0,6 Bi	-

Percentual de Operadoras com Resultados Positivos/Negativos

Trimestre: Seleções múltiplas Resultado: Resultado Líquido Alcance Temporal do Indicador: Acumulado no ano Modalidade: Todos Modalidade Grupo: Todos Porte: Todos

Resultado Líquido (acumulado no ano)

● OPS com resultado positivo ● OPS com resultado negativo

Trimestre	OPS com resultado positivo (%)	OPS com resultado negativo (%)
2019/1	78,7	21,3
2019/2	76,8	23,2
2019/3	74,3	25,7
2019/4	73,2	26,8
2020/1	76,8	23,2
2020/2	85,6	14,4
2020/3	86,3	13,7
2020/4	82,7	17,3
2021/1	73,2	26,8
2021/2	68,0	32,0
2021/3	66,0	34,0
2021/4	65,9	34,1
2022/1	64,0	36,0
2022/2	62,2	37,8
2022/3	59,3	40,7
2022/4	56,2	43,8
2023/1	64,3	35,7
2023/2	65,9	34,1
2023/3	64,0	36,0
2023/4	58,9	41,1

Percentual de operadoras com Resultado Líquido (acumulado no ano) positivo

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022 ● 2023

Trimestre	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)
1º trimestre	78,7	76,8	73,2	68,0	64,0
2º trimestre	85,6	74,3	73,2	66,0	59,3
3º trimestre	86,3	73,4	73,2	65,9	56,2
4º trimestre	82,7	73,2	73,2	64,3	58,9

10

Business Model Canvas



Referencias

<https://www.beneficiosrh.com.br/maiores-operadoras-planos-de-saude/>

<https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como->

<funciona/#:~:text=Alguns%20exemplos%20de%20operadoras%20de,SulAm%C3%A9rica%2C%20Unimed%2C%20entre%20outras.>

<https://fenasaude.org.br/conteudos/o-que-e-saude-suplementar>

<https://www.piwi.com.br/blog/entenda-o-que-e-uma-operadora-de-plano-de-saude/#:~:text=cada%20uma%20delas.->

<,Como%20funciona%20uma%20operadora%20de%20plano%20de%20sa%C3%BAde%3F,pagamento%20%C3%A0%20Administradora%20do%20plano.>

<https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/conheca-os-tipos-de-reajuste-possiveis/#:~:text=H%C3%A1%20tr%C3%AAs%20modalidades%20diferentes%20de,situa%C3%A7%C3%B5es%20eles%20podem%20ser%20aplicados.>

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-01/numero-de-usuarios-de-planos-de-saude-passa-de-51-milhoes-em-2023/#:~:text=O%20setor%20engloba%20680%20operadoras,rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20dezembro%20de%202022.>

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-relativos-ao-2o-trimestre-de-2023>