

ANÁLISE E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS

COMPLIANCE & QUALITY ASSURANCE



Econo Med⁺

Medicina Acessível

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
Problemática	3
Business Model Canvas	5

Problemática

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.

Objetivo

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.

Business Model Canvas

