



Para

Dra. Ana Leticia Feller

Presidente Fundação Copel de Previdência e Assistência Social

REF.: CONTRIBUIÇÕES E SUGESTÕES DA APC PARA A SUSTENTABILIDADE DO PLANO DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO COPEL

Propostas para retenção da rede credenciada, governança do acesso e eficiência assistencial, sem reajuste de mensalidades — documento de contribuição para apreciação da Diretoria e do Conselho

SUMÁRIO

1. Sumário Executivo
2. Diagnóstico Estratégico Detalhado 2.1 Descredenciamento e Atrito Operacional de Faturamento
3. 2.2 Fenômeno da Credencial de Vitrine e Racionamento de Agenda
4. 2.3 Percepção do Beneficiário e Ruptura do Vínculo Médico
5. 2.4 Cegueira Operacional na Gestão de Agendamentos
6. Matriz de Propostas por Eixo Estratégico Eixo 1 — Desburocratização e Liquidação Financeira
7. Eixo 2 — Remuneração Seletiva, Qualificada e Baseada em Valor
8. Eixo 3 — Monitoramento e Garantia da Disponibilidade Real
9. Eixo 4 — Centralização Tecnológica do Agendamento
10. Eixo 5 — Fortalecimento Estrutural da FC Clínicas
11. Eixo 6 — Gestão de Demanda e Otimização do Sinistro
12. Eixo 7 — Governança Participativa e Gestão da Mudança
13. Eixo 8 — Gestão da Incorporação de Novas Tecnologias
14. Conformidade Regulatória e Mitigação de Riscos Jurídicos
15. Cronograma Sugerido de Execução (2026–2028)
16. Painel Sugerido de Indicadores de Desempenho e Governança
17. Considerações Finais e Sugestões de Encaminhamentos



1. SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente documento apresenta, na forma de contribuição e sugestões, um conjunto de propostas para apreciação da Diretoria Executiva e do Conselho Deliberativo da **Fundação Copel de Previdência e Assistência Social**, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos desafios de descredenciamento e escassez de consultas em sua rede assistencial. A operação de planos de saúde na modalidade de autogestão enfrenta um desafio agudo: a debandada de médicos e clínicas decorrente de atritos no faturamento e defasagem de honorários, combinada com a restrição severa de reajuste nas mensalidades, dado o comprometimento orçamentário dos participantes ativos, assistidos e pensionistas. Propõe-se considerar alternativas de aprimoramento que conciliem sustentabilidade econômico-atuarial e satisfação assistencial.

A partir das informações disponíveis, o diagnóstico institucional sugere a presença de **quatro fatores críticos**:

- (1) **atrito burocrático relevante**, caracterizado por taxas expressivas de glosa e prazos dilatados de liquidação que tendem a afastar prestadores consolidados;
- (2) indícios da disseminação da "**credencial de vitrine**", situação na qual o profissional preserva o vínculo cadastral formal para captação institucional, mas racionaliza a abertura de vagas eletivas para induzir a migração para a modalidade particular;
- (3) **deterioração potencial na percepção de qualidade** pelo usuário, potencializada pelo envelhecimento da massa assistencial e pela sensação de perda do profissional histórico diante da centralização na FC Clínicas; e
- (4) **cegueira operacional** sobre as tentativas e negativas de marcação de consultas, originada pela descentralização direta das agendas nos consultórios conveniados.

Tese Central da Proposta: O dilema entre reajustar linearmente as tabelas médicas ou elevar as contribuições dos planos é um falso dilema. A sustentabilidade atuarial e assistencial reside no equilíbrio tripartite entre desburocratização de processos operacionais, renegociação seletiva e qualificada da rede externa e contenção de desperdícios no custo assistencial total via APS (Atenção Primária à Saúde) proporcionada pela FC Clínicas.

A contenção dos custos globais de sinistro — mediante redução de exames duplicados, consultas dispersas e internações evitáveis proporcionada pelo modelo de médico de família — gera a margem orçamentária requerida para recompor os honorários dos gargalos assistenciais críticos. Concomitantemente, a erradicação do atrito operacional converte o fluxo de caixa pontual e transparente em valor econômico tangível para o médico, recompondo a atratividade do credenciamento sem impactar as contraprestações dos participantes.

Todas as propostas aqui reunidas têm caráter sugestivo e foram elaboradas a partir de pesquisa em fontes públicas do setor (ANS, UNIDAS, CFM, referências de mercado) e das informações disponibilizadas. Cabe à Diretoria e ao Conselho da Fundação avaliar a pertinência, a viabilidade orçamentária e o momento de cada iniciativa, adaptando-as à realidade institucional.



2. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO DETALHADO

2.1 Descredenciamento e Atrito Operacional de Faturamento

A relação contratual entre operadoras e prestadores de serviços de saúde encontra habitualmente seu principal ponto de fricção nas sistemáticas de faturamento e auditoria de contas médicas. Tudo indica que um volume elevado de **glosas técnicas e administrativas**, somado a fluxos documentais que ainda exigem conferência física ou sistemas sem interoperabilidade fluida, onera de modo excessivo as estruturas administrativas de consultórios e clínicas credenciadas. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reconhece a gravidade dessa assimetria ao adotar a "Proporção de Glosas de Pagamento a Prestadores de Serviços de Saúde" como indicador de governança e sustentabilidade do Programa de Qualificação de Operadoras (PQO).

A partir do comportamento observado no mercado de saúde suplementar, sugere-se verificar se o médico consolidado, ao acumular carteira fiel de pacientes ao longo de anos de atividade clínica, passa a priorizar o atendimento particular ou a solicitar descredenciamento quando o custo transacional de faturamento supera a margem líquida dos honorários praticados. Cabe à Fundação confirmar em que medida prazos de recebimento dilatados (entre 60 e 90 dias úteis) ou eventuais descontos retroativos têm concorrido para desfechos de descredenciamento na malha de atendimento nos principais polos populacionais do Paraná.

2.2 Fenômeno da Credencial de Vitrine e Racionamento de Agenda

Tudo indica que pode estar ocorrendo na rede conveniada o padrão comportamental denominado "**credencial de vitrine**": hipótese em que o profissional médico não solicita a rescisão formal de seu termo de credenciamento para manter a chancela de credibilidade e o fluxo passivo de captação assegurados pelo catálogo da Fundação Copel, contudo limita expressivamente a oferta de cotas para beneficiários a patamares residuais (ex.: 2 a 4 vagas mensais). Essa manobra pode converter o credenciamento em mecanismo de atração institucional, direcionando o beneficiário com queixa aguda para o desembolso do valor integral de consultas particulares diante da urgência de cuidado.

Investigações empíricas e auditorias de mercado evidenciam a discrepância — recomenda-se que a Fundação confirme a ocorrência desse padrão em sua rede própria, por meio das verificações propostas no Eixo 3: secretárias de clínicas conveniadas por vezes informam indisponibilidade de agenda para o plano de saúde por períodos superiores a 90 dias, ao mesmo tempo em que disponibilizam horários imediatos para a modalidade privada. Perante a legislação setorial — especificamente a **Resolução Normativa ANS nº 566/2022** —, a responsabilidade pela garantia dos prazos máximos de acesso é integral e indelegável da operadora, configurando infração regulatória severa passível de multas pecuniárias e abertura de Processos Administrativos Sancionadores (PAS).

2.3 Percepção do Beneficiário e Ruptura do Vínculo Médico

A relação médico-paciente reveste-se de forte componente subjetivo, pautado em relações de confiança construídas ao longo de décadas. A base de beneficiários da Fundação Copel, composta expressivamente por aposentados e assistidos vinculados à patrocinadora e planos legados, apresenta elevada sensibilidade a alterações na dinâmica assistencial. Para esse grupo populacional, a indisponibilidade do especialista habitual tende a ser interpretada como precarização do plano de benefícios.

Nesse cenário, sugere-se avaliar se a implantação e expansão da **FC Clínicas**, caso desacompanhada de narrativa estratégica de transição de cuidado, pode estar gerando ruídos

interpretativos: o usuário pode perceber a iniciativa como imposição restritiva voltada a confiná-lo a um modelo ambulatorial padronizado. Recomenda-se mitigar essa percepção para evitar o descontentamento nos canais de ouvidoria, a litigância judicial individual e o acionamento de órgãos de defesa do consumidor, assegurando legitimidade e engajamento às iniciativas de modernização.

2.4 Cegueira Operacional na Gestão de Agendamentos

A partir das informações disponíveis, sugere-se verificar que a Fundação Copel opera predominantemente sob modelo de agendamento descentralizado, no qual o beneficiário estabelece contato direto e autônomo com o prestador credenciado. Tudo indica que essa conformação gera um **vácuo informacional crítico**: a operadora tende a desconhecer o volume exato de tentativas de marcação frustradas, a taxa de rejeição velada por escassez artificial de agenda e o tempo real decorrido entre a solicitação inicial e a efetiva prestação do serviço. O conhecimento da falha assistencial muitas vezes só alcança a gestão após o registro de queixas na Ouvidoria ou notificações de Intermediação Preliminar (NIP) na ANS.

Cabe à Fundação confirmar a extensão dessa carência de métricas primárias, a qual dificulta a aplicação de medidas contratuais saneadoras, reduz a capacidade negocial em mesas de repactuação e impede a diferenciação técnica entre escassez demográfica real de especialistas e distorções na gestão de agendas privadas. Restabelecer a visibilidade transacional da jornada de marcação constitui, portanto, recomendação estratégica basilar para a reorganização da rede credenciada.

3. PROPOSTAS DE AÇÃO POR EIXO ESTRATÉGICO

Eixo	Sugestões de Ação Principal	Horizonte Sugerido	Impacto Estimado	Custo Estimado
Eixo 1: Desburocratização	TISS 100% XML, liquidação em até 30 dias, política de glosa zero negociada.	0–6 meses	Alto	Baixo
Eixo 2: Remuneração Seletiva	Revisão cirúrgica de gargalos, tiering assistencial e modelos mistos de remuneração.	0–12 meses	Alto	Médio
Eixo 3: Disponibilidade Real	Métricas de 3ª próxima vaga, SLAs contratuais mandatórios e mystery shopper.	0–12 meses	Alto	Baixo / Médio
Eixo 4: Central de Agendamento	Integração do portal "Você no Controle" como hub transacional de marcações.	0–12 meses	Alto	Médio
Eixo 5: FC Clínicas	Fortalecimento da APS como porta de entrada, contratação de especialistas críticos.	Em curso (3 fases)	Altíssimo	Estruturado
Eixo 6: Gestão de Demanda	Coparticipação inteligente com teto, gestão intensiva dos 5% de alto custo e subsídio de até 50% em medicamentos de uso contínuo (convênio Panvel, desconto em folha).	6–12 meses	Alto	Baixo
Eixo 7: Governança e Percepção	Comitê consultivo misto, transição assistida e governança contínua de NPS.	0–6 meses	Médio / Alto	Baixo



Eixo 8: Novas Tecnologias	Comitê de avaliação de tecnologias (HTA), concentração em centros de referência, pagamento por episódio e provisão atuarial.	0–24 meses	Alto	Médio
----------------------------------	--	------------	------	-------

Eixo 1 — Desburocratização do Pagamento e Liquidação Financeira

- **Faturamento Eletrônico TISS 100% Digital:** Sugere-se a eliminação da tramitação de guias e relatórios em suporte papel. Recomenda-se que as transações operem sob o padrão XML da ANS em portal unificado de relacionamento, buscando validação algorítmica de elegibilidade e cobertura no ato da autorização.
- **Encurtamento do Ciclo Financeiro (15 a 30 dias corridos):** Propõe-se a adoção de cronograma quinzenal ou mensal fixo de desembolso em contraposição ao padrão de 60 a 90 dias do mercado aberto, de modo que a previsibilidade de tesouraria possa compensar eventuais defasagens pontuais da tabela de procedimentos.
- **Protocolo de "Glosa Zero" Negociada:** Recomenda-se a fixação de regras objetivas e exaustivas de faturamento em aditivo contratual. Em caso de divergências cadastrais secundárias, sugere-se que a Fundação efetue a liquidação imediata da parcela incontroversa dos serviços prestados, segregando itens sob contestação formal para saneamento em câmara técnica no prazo sugerido de 10 dias úteis.
- **Desmaterialização Contratual com Assinatura Qualificada:** Sugere-se a implementação de processos de credenciamento e aditamento contratual digitais, baseados em certificados digitais ICP-Brasil ou assinaturas eletrônicas avançadas, eliminando exigências de autenticações cartoriais e deslocamentos físicos.

Eixo 2 — Remuneração Seletiva e Inteligente

- **Repactuação Cirúrgica de Especialidades com Déficit de Oferta:** Sugere-se a concentração de eventuais aportes orçamentários exclusivamente nas áreas com carência comprovada na rede: Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Geriatria e Psiquiatria/Psicologia. Propõe-se que a revisão não seja horizontal, incidindo sobre os nós críticos de acesso mediante comprovação de volume.
- **Adequação ao Benchmark Regional da CBHPM:** Recomenda-se avaliar a revisão dos valores das consultas críticas para a faixa entre 70% e 80% do valor de referência da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) vigente na praça do Paraná, superando a média praticada pelo mercado aberto (30% a 50%).
- **Estratificação da Rede por Níveis de Parceria (Tiering):** Sugere-se criar uma categoria preferencial de médicos conveniados, os quais poderiam receber honorários diferenciados condicionados à reserva formal de agenda mensal para os planos da Fundação e ao cumprimento de metas de qualidade assistencial.
- **Desenho de Modelos de Pagamento Alternativos:** Propõe-se avaliar a transição gradual do *fee-for-service* desregulado para modelos mistos (*fee-for-performance*), vinculando incentivos de desfecho à resolutividade clínica, assiduidade e satisfação do participante. Em procedimentos eletivos de frequência programada, sugere-se a implantação de pacotes por episódio de cuidado (*bundled payments*). Recomenda-se manter cautela técnica estrita quanto a mecanismos de capitação pura, observando as diretrizes bioéticas do Conselho Federal de Medicina (*Parecer CFM nº 20/2025*).

Eixo 3 — Disponibilidade Real da Rede e Quebra de Racionamento



- **Métrica da 3ª Próxima Consulta Disponível:** Sugere-se a adoção do padrão internacional do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) para mensurar o acesso eletivo real, monitorando a data da terceira vaga livre na agenda do prestador para mitigar distorções de cancelamentos esporádicos.
- **Auditoria Oculta Periódica (Mystery Shopper):** Propõe-se a realização sistemática de checagens cegas amostrais por equipe independente, confrontando a oferta de horários para beneficiários dos planos PROSAÚDE e FC Saúde em relação a pacientes particulares no mesmo estabelecimento.
- **SLA Contratual com Cláusula de Vagas Mínimas:** Propõe-se incluir cláusula de compromisso formal de disponibilização de volume mínimo de horários mensais para novos atendimentos. Sugere-se prever que a reincidência de descumprimento sem justificativa epidemiológica possa ensejar notificação formal, revisão de incentivos e redirecionamento de demanda.
- **Distinção entre Escassez Geográfica e Racionamento Proposital:** Sugere-se que, quando as verificações apontarem ausência real de profissionais na região, a Fundação atue na captação ativa ou ampliação da cobertura via telemedicina 24 horas; caso identificado racionamento deliberado com oferta ampla ao particular, recomenda-se acionar mecanismos de substituição e redirecionamento de fluxo.

Eixo 4 — Centralização Tecnológica do Agendamento

- **Evolução Funcional do Portal e Aplicativo "Você no Controle":** Sugere-se avaliar a expansão da infraestrutura tecnológica já utilizada na FC Clínicas para que possa absorver gradualmente a intermediação das agendas eletivas da rede credenciada complementar.
- **Funil de Conversão de Atendimento em Tempo Real:** Propõe-se o registro centralizado de solicitações de agendamento, cancelamentos, prazos de espera verificados e taxas de desistência, proporcionando à gestão da operadora visibilidade consolidada sobre dados assistenciais e de acesso.
- **Moeda de Troca Assistencial:** A consolidação do agendamento digital visa conferir maior governança sobre o fluxo de demanda à Fundação Copel, viabilizando o direcionamento preferencial de pacientes para os prestadores conveniados com melhor avaliação e que mantenham compromisso efetivo com a disponibilidade de agenda.

Eixo 5 — Fortalecimento da FC Clínicas como Âncora Assistencial

- **Fase 1 (Estruturação e Adesão — Em Curso):** Sugere-se a contínua consolidação da unidade sede (Rua Emiliano Pernet, 756, Centro, Curitiba), operando de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 17h00, nos eixos de Medicina de Família e Comunidade e Odontologia Preventiva, com isenção integral de coparticipação para os planos PROSAÚDE II, III, IV e FC Saúde, com foco na formação de carteira populacional e geração de dados epidemiológicos.
- **Fase 2 (Integração e Contrarreferência — 6 a 12 meses):** Propõe-se a articulação formal entre a FC Clínicas e a rede externa especializada. O médico de família atua como articulador do cuidado: os encaminhamentos para especialistas externos passariam a conter dossiê clínico completo, exames propedêuticos previamente realizados e autorizações pré-aprovadas, oferecendo ao prestador externo um caso qualificado e com menor risco de glosa.
- **Fase 3 (Verticalização Seletiva de Gargalos — 12 a 24 meses):** Sugere-se avaliar a alocação de consultórios modulares na própria estrutura da FC Clínicas para atendimento sob



vínculo direto (remuneração horária ou cooperação) nas especialidades com defasagem crônica de rede externa (Geriatria, Pediatria e Psiquiatria), atenuando a dependência de tabelas do mercado privado.

- **Neutralização de Concorrência Predatória com a Rede Externa:** Sugere-se que a Fundação comunique perante a classe médica paranaense que a FC Clínicas funciona como órgão regulador e ordenador do cuidado, atuando na triagem e resolutividade da atenção básica (80% a 85% dos casos), canalizando aos serviços credenciados as patologias de média e alta complexidade com indicação clínica qualificada.
- **Teleconsulta como Extensão da FC Clínicas:** A telessaúde consolida-se sob marco regulatório estável e maduro no ordenamento pátrio, alicerçada na **Lei nº 14.510/2022** (telemedicina em caráter definitivo), na **Resolução CFM nº 2.314/2022** (validade jurídica e eficácia clínica equivalentes à presencial, resguardadas a autonomia do médico para recusar o formato remoto e o direito do paciente de preferir o atendimento presencial), na **Resolução CFM nº 2.381/2024** (obrigatoriedade de assinatura digital qualificada padrão ICP-Brasil para emissão de receitas e atestados) e no entendimento regulatório da ANS de cobertura obrigatória quando pactuada. O risco da modalidade reside na execução técnica e na experiência do usuário, não na esfera jurídica. Como decisão estrutural, propõe-se avaliar a contratação de plataforma especializada sob modelo SaaS em substituição ao desenvolvimento interno proprietário, transferindo ao parceiro tecnológico a responsabilidade técnica e legal por criptografia de ponta a ponta, prontuário seguro, emissão de receituários digitais com certificação ICP-Brasil e plena conformidade com a LGPD. Sugere-se que a Fundação Copel **preserve sob sua gestão direta a camada de inteligência e governança**: o agendamento permaneceria unificado no aplicativo "*Você no Controle*", o prontuário eletrônico integrado à base da FC Clínicas e a remuneração aos médicos credenciados efetuada pela mesma esteira de faturamento TISS eletrônico definida no Eixo 1 (ciclo de liquidação de 15 a 30 dias corridos e política de glosa zero negociada). Os casos de uso prioritários sugeridos contemplam: (1) **teletriagem na FC Clínicas** (consulta inicial por vídeo com médico de família prévia ao agendamento físico quando clinicamente cabível, suprimindo deslocamentos de idosos e ordenando a agenda presencial); (2) **acompanhamento de crônicos** (retornos programados de hipertensos e diabéticos estáveis por vídeo, com redução do absenteísmo, controle de descompensações e contenção de internações evitáveis que inflam o sinistro); (3) **renovação de receitas e atestados** (solicitação via aplicativo, conferência clínica ágil e expedição com assinatura digital, desafogando a demanda física); (4) **teleconsulta 24h para urgências** (serviço médico contratado em prontidão ininterrupta por vídeo, mitigando a carência de médicos fora do expediente comercial e evitando o recurso a pronto-socorro de alto custo); e (5) **teleinterconsulta entre médico de família e especialista credenciado** (sessão remota estruturada para alinhamento clínico de condutas sem o paciente presente, solucionando demandas de média complexidade e qualificando os encaminhamentos presenciais indispensáveis). Sugere-se precificação com tabela de honorários transparente desde o lançamento, observando a prática de mercado (70% a 100% da consulta física), aplicando-se **paridade aproximada** nos casos prioritários (teletriagem e crônicos) para viabilizar adesão e engajamento do corpo clínico credenciado. Frente ao público idoso — segmento que concentra o principal risco de fricção —, sugere-se adotar salvaguardas: agendamento multicanal via telefone convencional e assistente Carol (WhatsApp), envio prévio de tutorial visual simplificado, teste automatizado de periféricos





antes da conexão, protocolo de *fallback* para chamada de áudio telefônica em caso de oscilação do link de dados e comunicação garantindo que a teleconsulta é uma conveniência estritamente facultativa, mantendo-se o atendimento presencial inalterado e refutando narrativas de precarização do plano. A implantação poderia seguir sequência modular com **projeto-piloto de 6 meses** focado nos eixos de alta prioridade da FC Clínicas (teletriagem, crônicos e renovação de receitas), expandindo-se posteriormente para a prontidão 24h e integração de prestadores externos com foco na teleinterconsulta. O piloto poderia ser acompanhado pelos seguintes KPIs: taxa de adesão estratificada por faixa etária (com destaque para a faixa 60+), taxa de resolatividade clínica remota sem retorno presencial em 14 dias, NPS específico pós-atendimento por faixa geracional e taxa de conversão em consulta presencial.

Eixo 6 — Gestão de Demanda e Otimização do Sinistro

- **Coparticipação Financeira Inteligente:** Sugere-se avaliar a reestruturação das regras de custeio individual com fixação de valor limite de desembolso mensal (*stop-loss*) para proteger beneficiários acometidos por patologias graves, combinada com isenção de coparticipação em consultas preventivas na FC Clínicas e adesão a programas de gerenciamento de doenças crônicas.
- **Convênio de Medicamentos com a Rede Panvel (vigente e consolidado):** A Fundação Copel mantém convênio conhecido e utilizado pela base de beneficiários com a rede de farmácias Panvel, estruturado em duas camadas de benefício: (i) desconto comercial da própria rede sobre o preço dos produtos; e (ii) subsídio da Fundação de até 50% do valor dos medicamentos de uso contínuo, com a operacionalização processada diretamente em folha de pagamento — mecanismo sem atrito para o participante, com alta adesão já consolidada e baixo custo operacional de gestão. Do ponto de vista assistencial, o subsídio funciona como instrumento de adesão terapêutica: ao reduzir substancialmente o custo dos medicamentos de uso contínuo, o convênio favorece a adesão de hipertensos e diabéticos ao tratamento, reduzindo descompensações, internações evitáveis e sinistro — sinergia direta com os programas de crônicos e a teleconsulta do Eixo 5. Recomenda-se: (a) monitorar continuamente os dados de utilização para calibrar a evolução orçamentária do subsídio; (b) avaliar a ampliação do percentual de subsídio ou do rol de medicamentos cobertos, com apoio em dados de adesão e perfil de consumo; (c) utilizar o convênio como evidência de benefício concreto e de baixo atrito na comunicação institucional do plano (Eixo 7), reforçando a narrativa de valor sem reajuste de mensalidade; e (d) avaliar convênios complementares em categorias não cobertas (ópticas e serviços de bem-estar), replicando o modelo de desconto em folha de pagamento.
- **Monitoramento Intensivo do Segmento de Alto Custo:** Sugere-se a identificação atuarial dos [A PREENCHER PELA FUNDAÇÃO — aprox. 5%] dos beneficiários que concentram percentual substancial do montante financeiro de internações e procedimentos de alta complexidade. Propõe-se avaliar a implantação de linhas de cuidado domiciliar, gestão de polifarmácia e rotinas de desospitalização segura.

Eixo 7 — Governança Participativa e Gestão da Mudança

- **Comitê Consultivo de Beneficiários e Participantes:** Propõe-se a instituição de órgão colegiado sem caráter deliberativo financeiro, composto paritariamente por representantes de participantes da ativa, aposentados e dependentes, sob coordenação da Gerência de Saúde



da Fundação e assessoria técnica atuarial/médica externa. Sugere-se mandato inaugural de 12 meses focado em validação de comunicações, avaliação de satisfação e proposição de melhorias de acesso.

- **Conselho Consultivo de Relacionamento com Prestadores:** Sugere-se a criação de canal estruturado exclusivo para debate técnico com sociedades médicas regionais, cooperativas e dirigentes de clínicas conveniadas, tratando de eficiência de faturamento, protocolos de auditoria e padronização TISS, preservando o foco operacional das discussões.
- **Programa Institucional de Transição Assistida:** Sugere-se a elaboração de protocolo de acolhimento nos casos de descredenciamento formal de médicos com histórico assistencial relevante: notificação individualizada no prazo legal de 30 dias, transição assistida do prontuário para o médico de família da FC Clínicas e prioridade de remanejamento na rede.
- **Salvaguarda do Princípio de Escolha Médica na APS:** Recomenda-se assegurar ao usuário da FC Clínicas o direito de escolher o profissional de Medicina de Família de sua preferência dentre o corpo clínico disponível, evitando-se escalas rotativas aleatórias que possam fraturar a longitudinalidade do vínculo terapêutico.
- **Estratégia de Comunicação Segmentada:** Sugere-se a produção de comunicados em múltiplos formatos físicos e digitais (mala direta e boletins impressos prioritários para assistidos e aposentados; e-mail, portal e WhatsApp corporativo para ativos), explicitando a economia mútua gerada pelas medidas para contenção de custos dos planos.

Eixo 8 — Gestão da Incorporação de Novas Tecnologias de Tratamento Médico

- **Contexto e Dimensionamento do Problema:** A inflação médica brasileira encerrou 2025 em torno de 9% e a projeção para 2026 é de aproximadamente 11% — o dobro do IPCA —, sustentada estruturalmente pelo envelhecimento populacional, pela judicialização e pelo custo crescente de medicamentos e tecnologias. A ANS atualiza o Rol de Procedimentos anualmente e cada incorporação representa custo permanente na base assistencial, com impacto desproporcional em carteiras envelhecidas como a da Fundação, público com maior incidência das patologias contempladas pelas novas tecnologias.
- **Estudo de Caso — Cirurgia Robótica de Próstata:** A ANS incluiu a prostatectomia radical assistida por robô no rol de cobertura obrigatória, em vigor desde 1º de abril de 2026 — a primeira cirurgia robótica do rol. Em junho de 2026, o STJ decidiu que o plano deve cobrir a técnica robótica mesmo fora do rol, e o STF consagrou a "taxatividade mitigada" (setembro/2025), permitindo a obrigação de cobertura excepcional fora do rol. O procedimento custa entre R\$ 35.000 e R\$ 120.000 em hospitais privados de referência. A negativa configura litígio quase certo com danos morais; o ponto de reflexão estratégica desloca-se de "cobrir ou não" para "como viabilizar a cobertura com o menor custo unitário possível".
- **Comitê de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTA):** Sugere-se a constituição de instância formal permanente, com assessoria clínica e atuarial, responsável por analisar cada tecnologia nova (do rol ou fora dele) sob a ótica de evidência clínica, custo-efetividade e impacto orçamentário. Para solicitações fora do rol, propõe-se a aplicação documentada dos critérios cumulativos definidos pelo STF na taxatividade mitigada. A fundamentação técnica prévia visa reduzir litígios, dar previsibilidade atuarial e proteger a Fundação contra questionamentos judiciais.
- **Concentração em Centros de Referência:** Propõe-se avaliar o credenciamento seletivo de hospitais detentores da tecnologia e de alto volume cirúrgico, em vez de remunerar a





amortização de equipamentos dispersa em múltiplos prestadores. O volume do cirurgião tende a correlacionar-se com melhores desfechos clínicos, proporcionando melhor relação entre custo e resultado.

- **Pagamento por Episódio para Tecnologias de Alto Custo:** Recomenda-se examinar a adoção de preço fixo por episódio de cuidado (cirurgia + internação + seguimento) em substituição ao *fee-for-service* desmembrado, integrando essa prática ao modelo de pacotes do Eixo 2. O menor tempo de internação das técnicas robóticas em relação à cirurgia aberta constitui contrapartida clínica relevante para subsidiar essa negociação.
- **Negociação Técnica Diferenciada:** Sugere-se avaliar modelo de remuneração que reflita o fechamento da defasagem em pontos específicos, fundamentado na redução de diárias e complicações, sem demandar reajustes generalizados de tabela.
- **Provisão Atuarial para Incorporações:** Propõe-se considerar a previsão orçamentária anual do impacto das incorporações do rol da ANS e da judicialização esperada, auxiliando na transformação de choques tecnológicos em custos planejados.
- **Monitoramento da Judicialização:** Recomenda-se o registro e a classificação sistemática das ações judiciais envolvendo tecnologias (procedimento, fundamento, decisão, valor), alimentando as análises do comitê de HTA e subsidiando negociações institucionais.
- **Crítérios de Indicação Correta:** Sugere-se a utilização de diretrizes clínicas consolidadas (como as restrições da Conitec para a prostatectomia robótica — câncer localizado ou localmente avançado) como parâmetro de avaliação técnica, visando assegurar a cobertura quando pertinente e prevenir indicações clínicas inadequadas.

4. CONFORMIDADE REGULATÓRIA E MITIGAÇÃO DE RISCOS JURÍDICOS

As propostas deste documento devem ser implementadas, caso aprovadas, em conformidade com as normativas expedidas pelos órgãos de fiscalização federal e pela legislação substantiva:

Dispositivo Normativo	Objeto Central	Implicações Operacionais para a Fundação Copel
RN ANS nº 566/2022	Fixação de prazos máximos para atendimento ao beneficiário.	Obrigações legais de garantir consulta eletiva nas especialidades básicas em até 7 dias úteis e especialidades médicas gerais em até 14 dias úteis. A ausência de agendas na rede externa obriga a oferta de alternativa com custeio integral de transporte intermunicipal se necessário.
RN ANS nº 583/2022 e 585/2023	Modificação, redução e substituição de rede hospitalar e ambulatorial.	Veda a redução arbitrária de prestadores sem prévia autorização da ANS e demonstração de capacidade remanescente equivalente. O esvaziamento silencioso da rede ambulatorial pode ser caracterizado judicialmente como rescisão indireta com imposição de multas civis e danos morais coletivos.
Art. 17 da Lei nº 9.656/1998	Comunicação tempestiva de descredenciamento de serviços.	Obrigatoriedade de notificação individual aos usuários cadastrados e divulgação pública no portal eletrônico da operadora com antecedência mínima de 30 dias corridos em relação ao encerramento dos atendimentos pelo prestador descredenciado.
RN ANS nº 649/2025	Atualização das regras de solvência e funcionamento de autogestões (vigente desde 01/07/2026).	Validação do enquadramento econômico-financeiro dos planos PROSAÚDE e FC Saúde, garantindo que o aporte na FC Clínicas seja devidamente computado como ativo garantidor das provisões técnicas conforme parâmetros de solvência vigentes.



Parecer CFM nº 20/2025	Diretrizes éticas sobre modelos remuneratórios na saúde suplementar.	Veda esquemas de incentivo financeiro que induzam a subnotificação diagnóstica, recusa de intervenções indispensáveis ou sub-remuneração de atos periciais. Condiciona a implantação de modelos de valor ao respeito à plena autonomia técnica do médico.
Lei nº 14.454/2022 e decisão do STF (2025)	Taxatividade mitigada do rol da ANS.	Obrigatoriedade de cobertura excepcional fora do rol quando presentes os critérios cumulativos definidos pelo STF; exige análise documentada caso a caso, sob risco de litígio com danos morais.
Incorporação da prostatectomia a robótica ao rol (vigência 01/04/2026)	Primeira cirurgia robótica com cobertura obrigatória; STJ (jun/2026) estende a técnica robótica mesmo fora do rol.	Exige credenciamento em centros robóticos de referência, desenho de pagamento por episódio e provisão atuarial específica (Eixo 8).

Recomendação de Governança Setorial: Sugere-se avaliar a formalização da filiação ou estreitamento da interlocução institucional da Fundação Copel junto à **UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde)**, permitindo absorver o arcabouço técnico desenvolvido no projeto-piloto de *Value-Based Health Care* (VBHC) já aplicado em 8 autogestões conveniadas, bem como o modelo referencial da ANS para contratos baseados em desfechos clínicos.

5. CRONOGRAMA SUGERIDO DE EXECUÇÃO (2026–2028)

Nota: O cronograma abaixo é uma proposta de sequenciamento, a ser ajustada pela gestão da Fundação conforme prioridades e capacidade de execução.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO ESTRATÉGICA M01-M03 [Out-Dez/2026]: FASE 1 — **CONTENÇÃO E INFRAESTRUTURA** — Faturamento 100% digital XML TISS e redução do ciclo de pagamento (15-30 dias) — Implantação da política de Glosa Zero e auditoria concorrente — Início das rodadas de Mystery Shopper e triagem qualificada na Ouvidoria — Constituição dos Comitês Consultivos (Beneficiários e Prestadores) — Constituição do Comitê de Avaliação de Tecnologias (HTA) e provisão atuarial para incorporações M03-M06 [Jan-Mar/2027]: FASE 2 — **CONTRATUALIZAÇÃO E ACESSO** — Inclusão formal de SLAs de disponibilidade nas renovações de credenciamento — Início do direcionamento ativo de demanda a prestadores cooperativos — Repactuação cirúrgica das 4 especialidades críticas (tabela CBHPM ponderada) — Disparo do plano de comunicação segmentado e programa de transição assistida M06-M12 [Abr-Set/2027]: FASE 3 — **CENTRALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO CLÍNICA** — Integração do "Você no Controle" como centralizadora de agendamento da rede externa — Consolidação da Fase 2 da FC Clínicas (fluxo formal de contrarreferência qualificada) — Implantação da modelagem de Tiering (rede preferencial com bonificação) — Revisão das regras de coparticipação com introdução de travas de segurança (stop-loss) M12-M24 [Out/2027-Set/2028]: FASE 4 — **SUSTENTABILIDADE E MODELOS DE VALOR** — Verticalização pontual de consultórios na FC Clínicas para especialidades críticas — Migração de pacotes cirúrgicos eletivos e tecnologias de alta complexidade (ex.: cirurgia robótica) para modelos por episódio (bundled payments) — Expansão de linhas de cuidado para crônicos e suporte intensivo de telemedicina — Auditoria externa de solvência, redução de sinistro e consolidação atuarial

6. PAINEL SUGERIDO DE INDICADORES DE DESEMPENHO E GOVERNANÇA

Nota: As metas apresentadas são valores de referência de mercado, a serem calibrados com o histórico real da Fundação.

Indicador de Gestão	Fórmula de Cálculo / Métrica	Meta Institucional Suger	Periodicidade
Taxa de Descredenciamento Líquido	(Prestadores Descredenciados - Novos Credenciados) / Rede Total	< 1,5% ao ano	Trimestral
3ª Próxima Consulta Disponível (Gargalos)	Dias corridos até a 3ª vaga livre por médico/especialidade	≤ 10 dias úteis	Mensal
Taxa de Recusa no Funil de Agendamento	Tentativas frustradas sem oferta de data / Total de solicitações	< 5,0%	Mensal
Índice Consolidado de Glosa	Valor total glosado / Valor total apresentado para faturamento	< 3,0%	Mensal
Prazo Médio de Liquidação de Faturas	Data média de liquidação financeira - Data do fechamento do lote	≤ 25 dias corridos	Mensal
NPS dos Beneficiários por Faixa Etária	Escore Net Promoter Score segregado (Ativos vs. Aposentados)	≥ 70 pontos	Semestral
Índice de Satisfação dos Prestadores	Pesquisa padronizada anual de atrito e ambiente de faturamento	≥ 75% favorável	Anual
Taxa de Resolutividade na FC Clínicas	Atendimentos concluídos sem necessidade de encaminhamento externo	75% a 85%	Mensal
Taxa de Encaminhamento Qualificado	Guias referenciadas da FC Clínicas acompanhadas de laudo prévio	≥ 95%	Mensal
Custo Médio Assistencial por Vida (PMPM)	Sinistro assistencial total / Número médio de vidas no período	Estabilidade inflacionária	Mensal
Taxa de Internações por Condições Sensíveis à APS	Internações hospitalares evitáveis (CID-10 APS) / Total de internações	Redução de 15% em 18m	Trimestral
Custo Médio por Episódio de Alta Tecnologia	Valor total pago por episódio (cirurgia + internação + seguimento) nas tecnologias priorizadas	Redução real ano a ano	Semestral
Concentração de Alta Tecnologia em Centros de Referência	Procedimentos de alta tecnologia realizados em prestadores credenciados de referência / Total	≥ 90%	Semestral
Ações Judiciais por Tecnologias (nº e valor)	Novas ações envolvendo negativa de tecnologias no período	Redução contínua	Trimestral



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES DE ENCAMINHAMENTOS

A sustentabilidade dos planos de benefícios administrados pela Fundação Copel não depende necessariamente de aportes extraordinários de seus patrocinadores ou de reajustes punitivos sobre as mensalidades dos participantes. O presente conjunto de propostas procura demonstrar a viabilidade técnica de reequilibrar a rede de assistência à saúde conjugando modernização operacional com inteligência regulatória e clínica.

A **FC Clínicas** configura-se como um ativo estratégico relevante para esse reposicionamento: ao acolher as demandas primárias com elevado padrão de qualidade, prevenção e resolutividade terapêutica, a unidade pode contribuir para atenuar a sobrecarga de consultas diagnósticas dispersas, exames em duplicidade e mitigar o risco de descompensação de beneficiários idosos. Os recursos preservados a partir do enxugamento de desperdícios estruturais podem viabilizar a margem necessária para financiar a reestruturação da remuneração médica nas áreas que de fato demandam investimento, enquanto a tecnologia do portal "Você no Controle" dissolve a cegueira de agendamento e apoia o restabelecimento do comando do acesso pela operadora.

Sugere-se, para apreciação da Diretoria e do Conselho, o encaminhamento das seguintes ações nos próximos 30 dias:

18. **Sugere-se a aprovação de** rotinas voltadas ao **faturamento 100% digital e prazo de pagamento de 15 a 30 dias**, avaliando-se a instituição de sistemática de câmara técnica de glosa zero.
19. **Sugere-se a homologação de minuta padrão de aditivo contratual** prevendo cláusulas de SLA de oferta de agenda e reporte de vagas para a rede externa credenciada.
20. **Sugere-se autorizar a contratação de** rodada de auditoria cega de agendamento (**Mystery Shopper**) nas especialidades de Pediatria, Ginecologia, Geriatria e Psiquiatria em Curitiba e Região Metropolitana.
21. **Sugere-se a nomeação de** comissão interna responsável pelo planejamento da instalação do **Comitê Consultivo do Plano de Saúde da Fundação Copel**, conforme diretrizes propostas.
22. **Sugere-se iniciar as tratativas de** aproximação institucional para formalização de adesão técnica junto à **UNIDAS**.

Este documento não substitui as decisões institucionais da Fundação Copel. Trata-se de um conjunto de contribuições técnicas elaborado para subsidiar o debate, cuja aprovação, priorização e execução competem aos órgãos de governança da entidade.



Exemplos de casos de cancelamentos e Insatisfação dos conveniados

██████████: os dentistas não atendem mais pela FC. Segundo eles, ficaram muito tempo sem atender pela FC e foram descredenciados. Pedi à dentista Andréia para tentar refazer o convênio. Mas sócios da clínica desistiram por causa do excesso de burocracia.

██████████: parou de atender pela FC devido à complexidade dos trâmites, excesso de perícias por procedimentos simples e baixo valor pago. Segundo ele, os valores estão abaixo de muitos outros planos, e não era assim antes.

██████████: não pôde atender minha filha e esposa na consulta agendada esse mês porque está com problemas no sistema da FC e não está conseguindo resolver.

Desabafo de um credenciado – pediu para não ser identificado

Estamos com dificuldade de aprovação de tratamentos, demora nas auditorias, glosas de tratamentos realizados, burocracias para o conveniado que tem direito a tratamentos e não são aprovados e não podemos falar sobre isso ao paciente. Demora no pagamento e glosas de pagamentos inteiros.

Estou com o faturamento de abril sem pagamento até agora por burocracia interna e não por falta de comprovantes.

Informações de associados da APC, Recebido em 01/09/2026

Manifestação de participante

Acompanhei diretamente um caso com um credenciado que foi difícil de acreditar. Houve mudanças na forma de geração de documentos para recebimento e seria necessário um novo cadastramento e a Fundação dificultou tanto que o credenciado praticamente desistiu, mesmo tendo valores a receber por vários serviços realizados. Não vou entrar em detalhes para não expor o credenciado. Assim sendo, reforço a necessidade de a APC acompanhar os acontecimentos. Quem sabe até criando um canal paralelo para centralizar informações especificasse atuar de maneira mais direta junto a Diretoria da Fundação. Nós como participante, temos acesso limitado e a nossa voz não é tão efetiva.

Credenciamento de profissionais como pessoa física: médicos, dentistas e outros de saúde, a exemplo de que tivemos no passado.

Melhoria na informação das clínicas credenciadas disponíveis no site,

Melhoria nos serviços de perícia. Aproximar o relacionamento entre o perito e usuário em casos que há divergências de diagnóstico

verificar se em Maringá vai ter convênio com a Unimed?

Verificar sobre um caso em que o Home Care deixou de prestar os serviços e até agora a fundação não fechou a conta, para saber quanto estou devendo.

Documento elaborado em 075 de outubro de 2026.

Gilson Rogerio Eleutério Zardo
Diretor de Seguridade
APC -Associação de Profissionais da Copel

João Silva dos Santos
Presidente
APC -Associação de Profissionais da Copel