

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
NÍVEL MESTRADO**

DALVA SALVALAIO

**CUSTOS NA REDE PRÓPRIA DE OPERADORA DE PLANOS DE
SAÚDE: UM ESTUDO NO ÂMBITO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA**

**São Leopoldo
2008**

DALVA SALVALAIO

**CUSTOS NA REDE PRÓPRIA DE OPERADORA DE PLANOS DE
SAÚDE: UM ESTUDO NO ÂMBITO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio de Souza

São Leopoldo

2008

S282c Salvalaio, Dalva

Custos na rede própria de operadora de planos de saúde: um estudo no âmbito da gestão descentralizada / por Dalva Salvalaio. -- 2008.

147 f . : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, 2008.

“Orientação: Prof. Dr. Marcos Antônio de Souza, Centro de Ciências Econômicas.”

1. Custos. 2. Planos de saúde - Rede própria - Operadora.
4. Gestão descentralizada. I. Título.

CDU 657.47

DALVA SALVALAIO

**CUSTOS NA REDE PRÓPRIA DE OPERADORA DE PLANOS DE
SAÚDE: UM ESTUDO NO ÂMBITO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Aprovado em 10/07/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Francisco Ribeiro Filho – UFPE

Prof. Dr. Ernani Ott – UNISINOS

Prof. Dr. Carlos Alberto Diehl – UNISINOS

Prof. Dr. Marcos Antônio de Souza (Orientador)

Visto e permitida a impressão

São Leopoldo,

Prof. Dr. Ernani Ott

Coordenador Executivo PPG em Ciências Contábeis

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Luis, principal motivador do meu ingresso neste programa de mestrado, obrigada pelo incentivo, pela colaboração, pela compreensão, por ter me apoiado nas horas mais difíceis.

Aos meus pais e irmãos, por terem entendido a minha ausência neste período.

Ao diretor administrativo da operadora estudada, Sr. Marcelo, obrigada por confiar os dados da sua empresa para o desenvolvimento deste estudo e pela atenção despendida em atender todas as minhas solicitações.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Antônio de Souza, pela dedicação e auxílio durante todo o período de orientação.

Ao Prof. Dr. Carlos Diehl e Prof. Dr. Ernani Ott, pelas importantes contribuições no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de mestrado da turma de 2006, pelos momentos compartilhados durante estes dois anos de intenso estudo. Aos parceiros para todas as horas, Adriano e Giovani, e aos amigos Cassiane, Clébia, André, Rolf, Angelita e Taciana.

Aos colegas da operadora estudada, pelo empenho na liberação do material necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

Pelo suporte da secretaria do mestrado da Unisinos, em especial à Ana Zilles e à Nicole Largura.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram na realização deste estudo.

Ouve, ó Deus, o meu clamor; atende à minha oração. Desde o fim da terra clamarei a Ti, quando o meu coração estiver abatido; leva-me para a rocha que é mais alta do que eu. Pois tens sido um refúgio para mim, e uma torre forte contra o inimigo. Habitarei na tua casa para sempre; abrigar-me-ei no esconderijo das tuas asas. Pois tu, ó Deus, ouviste a minha oração; deste-me a herança dos que temem o teu nome. Assim cantarei louvores ao teu nome perpetuamente, para pagar a minha promessa de dia em dia.

(Salmo 61)

RESUMO

Este estudo tem como objetivo estruturar um sistema de custeio para a rede própria de uma operadora de planos de saúde da modalidade de medicina de grupo, identificando o custo por tipo de atendimento e comparar o resultado deste custeio com o preço cobrado pela rede credenciada local. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza explicativa, desenvolvida através do método de estudo de caso, com a proposição de planos. Para a mensuração de custos, utilizou-se o método de custeio pleno, e optou-se pela descentralização, aplicando o sistema em uma unidade de atendimento da operadora, na cidade de São Leopoldo. Devido a diferentes estruturas de atendimento da rede própria da operadora, a gestão descentralizada de custos possibilita a análise do desempenho, respeitando a estrutura local. Conclui-se que o sistema de custeio aplicado na rede própria da operadora proporciona informações gerenciais que auxiliam no processo de tomada de decisão. Conhecendo seus custos, os diretores têm condições de avaliar e melhorar o seu desempenho neste mercado. Com a comparação do custo apurado na rede própria com o preço do serviço na rede credenciada é possível identificar se a opção da operadora pela verticalização do serviço apresenta mais vantagens para a empresa do que a terceirização do serviço.

Palavras-chave: Planos de saúde. Custos. Operadoras. Rede própria.

ABSTRACT

This study aims to structure a cost system for a health plan operator's own network in the "medicine group" modality, identifying the cost by type of service, and compare the result with the price charged by the local accredited network. It is a qualitative research, of an explicative nature, developed through a case study method, with a plan proposition. In order to size the costs, it was used the full cost system and it was chosen the decentralization system, which was applied in one of the operator's service branch, in the city of São Leopoldo. Due to the different service structures of the operator's own network, the decentralized management of costs enables the performance analysis, respecting the local structure. The conclusion is that the cost system applied to the operator's own network gives managerial information, which helps in the decision-making process. Knowing their costs, the directors can evaluate and improve their performance in the market. Comparing the cost, calculated in the own network, with the price of the service in the accredited network, it becomes possible to identify whether the operator's choice for vertical integration service presents more advantages for the company than outsourcing.

Key Words: Health plans. Costs. Operators. Own network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de Processos em Operações de Serviços.....	23
Figura 2 – Cobertura dos Planos de Saúde	36
Figura 3 – Estrutura de Atendimento da Operadora	41
Figura 4 – Sistema Integrado de Gestão de Custos	52
Figura 5 – Custeio Pleno na Prestação de Serviços.....	55
Figura 6 – Custeio por Absorção na Prestação de Serviços	57
Figura 7 – Custeio Variável na Prestação de Serviços.....	59
Figura 8 – Custeio Direto na Prestação de Serviços	61
Figura 9 – Custeio ABC.....	63
Figura 10 – Estratégias Genéricas.....	67
Figura 11 – Unidades de Atendimento da Operadora	104
Figura 12 – Organograma da Unidade de São Leopoldo	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação no Mercado por Tipo de Operadora – 2006	38
Gráfico 2 – Comportamento do Custo Fixo	48
Gráfico 3 – Comportamento do Custo Variável	48
Gráfico 4 – Planos Comercializados pela Operadora	87
Gráfico 5 – Representação da Participação das Operadoras no Mercado.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo de autores que tratam as características dos serviços.....	22
Quadro 2 – Características do Setor Antes e Depois da Regulamentação	30
Quadro 3 – Funções do Sistema de Informações	53
Quadro 4 – Comparação entre os Métodos de Custeio	64
Quadro 5 – Vantagens e Desvantagens dos Custeios Absorção e Variável.....	65
Quadro 6 – Atores no Mercado de Saúde Suplementar	72
Quadro 7 – Métodos de Custeio utilizados por Operadoras.....	73
Quadro 8 – Serviços oferecidos na Rede Própria de São Leopoldo.....	109
Quadro 9 – Serviços Custeados no Sistema de Custos	111
Quadro 10 – Composição e Classificação dos Custos.....	112
Quadro 11 – Critérios de Alocação dos Custos Indiretos	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados dos Planos Privados de Assistência Médica à Saúde	31
Tabela 2 – Relatório do SIP	43
Tabela 3 – Fluxo de Caixa DIOPS	45
Tabela 4 – Nota Técnica de Registro de Produto.....	46
Tabela 5 – Operadoras da Região por Segmento	90
Tabela 6 – Demonstração de Resultados.....	105
Tabela 7 – Apuração do Custo das Consultas Médicas e do Ambulatório	117
Tabela 8 – Apuração do Custo da Odontologia.....	120
Tabela 9 – Apuração do Custo dos Exames	122
Tabela 10 – Comparativo dos Custos Mensais da Rede Própria.....	124
Tabela 11 – Número de Atendimentos Realizados.....	125
Tabela 12 – Comparativo de Valores das Consultas Médicas.....	128
Tabela 13 – Comparativo de Valores da Odontologia	129
Tabela 14 – Comparativo de Valores dos Exames	130

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	16
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo Geral.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	18
1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	19
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 O SETOR DE SERVIÇOS	21
2.1.1 Aspectos Gerais em Serviços	21
2.1.2 Serviços de Saúde	26
2.2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	28
2.2.1 O Mercado de Planos de Saúde.....	28
2.2.2 Agência Reguladora	32
2.2.3 Plano de Saúde	34
2.2.4 Operadoras de Planos de Saúde (OPS).....	37
2.2.5 Rede Própria da Operadora	40
2.2.6 Informações Oficiais das Operadoras.....	43
2.3 GESTÃO DE CUSTOS.....	47
2.3.1 Termos Gerais Aplicados a Custos.....	47
2.3.2 Sistema de Informações e Gestão de Custos	50
2.3.3 Métodos de Custeio.....	54
2.3.3.1 Custeio Pleno ou RKW (Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit)	55
2.3.3.2 Custeio por Absorção	56

2.3.3.3 Custeio Variável	58
2.3.3.4 Custeio Direto	60
2.3.3.5 Custeio Baseado em Atividades – ABC (Activity Based Costing)	61
2.3.3.6 Considerações Finais sobre os Métodos de Custeio	64
2.3.4 Gestão Estratégica de Custos	65
2.3.5 Custos em Serviços de Saúde	69
2.4 DESCENTRALIZAÇÃO.....	74
2.4.1 Gestão Descentralizada de Custos.....	74
2.4.2 Vantagens da Descentralização	76
2.4.3 Desvantagens da Descentralização	78
3 METODOLOGIA	80
3.1 MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	80
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	81
3.3 COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	82
3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	85
4 O CASO DA OPERADORA	86
4.1 A OPERADORA	86
4.2 ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA	89
4.3 A ESTRATÉGIA DA OPERADORA	92
4.4 ENTREVISTAS REALIZADAS NA PESQUISA.....	93
4.4.1 Sobre a Concorrência no Mercado de Planos de Saúde	94
4.4.2 Sobre a Estratégia de Mercado: Custos ou Diferenciação	95
4.4.3 A Opção pela Rede Própria	97
4.4.4 Sobre o Sistema de Informações.....	97
4.4.5 Sobre a Informação por Filial	98
4.4.6 Sobre a Autonomia da Gerência da Filial	99
4.4.7 Sobre a Avaliação de Desempenho	99
4.4.8 Sobre a Utilidade da Informação de Custos	101
4.4.9 Sobre a Ampliação da Rede Própria	101
4.4.10 Sobre a Divulgação de Informações da Empresa.....	102
4.4.11 Sobre o Papel do Contador na Empresa.....	103
4.5 A REDE PRÓPRIA DA OPERADORA ESTUDADA	103
4.5.1 Unidade de Atendimento de São Leopoldo	107

4.6 ELABORAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS	110
4.7 ANÁLISE COMPARATIVA COM A REDE CREDENCIADA.....	126
4.7.1 Consultas Médicas	128
4.7.2 Odontologia	129
4.7.3 Exames	130
4.7.4 Considerações Finais sobre a Análise Comparativa.....	132
4.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS NA OPERADORA	132
4.9 ENTREVISTA DE ENCERRAMENTO DO ESTUDO.....	133
5 CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS.....	136
5.1 CONCLUSÃO	136
5.2 SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS	137
REFERÊNCIAS.....	139

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O mercado de saúde suplementar no Brasil, formado por empresas privadas que operam planos de saúde, surgiu na década de 1970, e ganhou espaço devido à crescente crise da saúde pública no país.

Como o setor produtivo estava em franca expansão naquela década, os funcionários das empresas representavam uma clientela potencial crescente e diversificada para a área da saúde. Visando ao atendimento dessa necessidade, grupos de médicos estruturaram-se sob uma perspectiva empresarial mais sólida, surgindo então as medicinas de grupo e as cooperativas médicas (CORDEIRO, 1984).

Com a criação dos planos de saúde, as empresas prestadoras de serviços de saúde passaram a firmar contratos com pessoas físicas ou jurídicas para a prestação continuada de serviços de assistência à saúde, em troca do recebimento de uma mensalidade.

Os planos comercializados não eram padronizados. Os contratos eram elaborados para atender à necessidade de cada cliente, sendo estabelecido apenas o atendimento básico a todos indistintamente.

Como a diversidade dos contratos e das coberturas oferecidas variava muito, muitos usuários ficavam sem saber quais eram os direitos que tinham com o seu plano de saúde. Identificando essa dificuldade no mercado, o Governo Federal resolveu intervir e, por meio da Lei n.º 9.656/98, determinou regras para os planos de saúde e para as empresas que os comercializam.

Em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que tem como objetivo monitorar e fiscalizar o mercado de saúde suplementar, tendo poderes para regulamentar as relações entre clientes, prestadores de serviço e operadoras.

A ANS estabeleceu regras para as operadoras na definição do produto a ser comercializado e a necessidade do registro do plano antes da comercialização. Também criou normas para o reajuste dos contratos, não permitindo o repasse do

aumento dos custos e estabeleceu garantias financeiras mínimas, que são obrigatórias para o funcionamento das operadoras.

Para competir nesse mercado, muitas operadoras mudaram sua estratégia de trabalho. Ao invés de contratar serviços terceirizados para o atendimento dos beneficiários, passaram a verticalizar suas estruturas, oferecendo rede própria de atendimento (consultórios, pronto-atendimentos, laboratórios, raios-X, hospitais). Com a rede própria, a operadora passa a ter autonomia e maior controle sobre seus custos assistenciais, o que não ocorre quando os serviços são realizados pela rede credenciada.

A estrutura própria de atendimento é interessante tanto para o beneficiário, que dispõe de rede exclusiva para seu atendimento, quanto para a operadora, que visualiza os custos em sua fonte de origem, podendo controlá-los diretamente.

Quando as operadoras possuem rede própria em diversos locais, a gestão descentralizada de custos é um importante instrumento, principalmente para que os custos sejam controlados por unidade de atendimento, possibilitando a análise individualizada da rede própria, em cada ponto de atendimento.

A gestão descentralizada, segundo Ludícibus (2006), apresenta os custos e as receitas de cada unidade, evidenciando a contribuição de cada uma delas na formação do resultado geral da empresa. Essa estrutura de gestão auxilia significativamente os gestores no planejamento e na tomada de decisões, que visam a analisar e a controlar a relação custo x benefício da estrutura própria em comparação ao custo com o atendimento na rede credenciada local.

O conhecimento dos custos de atendimento para a operadora oportuniza melhores negócios, possibilitando comparar os custos de sua estrutura própria com os custos de uma estrutura terceirizada. O instrumento de custeio desenvolvido neste estudo visa a possibilidade de analisar se a verticalização do serviço realmente é vantajosa para a empresa.

Esse instrumento, além de alimentar os sistemas gerenciais com informações de custos, passa a ser estratégico para a empresa, que pode analisar sua situação atual e quais os serviços que pode oferecer dentro da sua rede própria, com vantagem em custos.

O controle dos custos na operadora é relevante para a sua continuidade neste mercado cada vez mais restritivo e de concorrência acirrada, sendo a gestão de custos um importante instrumento de apoio ao processo decisório. A partir dessa ferramenta, criam-se condições para uma gestão mais eficaz, para manter o

desenvolvimento sustentável dos negócios. Tem-se então que a gestão estratégica de custos, aliada à gestão descentralizada, possibilita aos diretores ferramentas mais adequadas para a tomada de decisões.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A operação de planos de saúde tem particularidades normalmente não identificadas em outros tipos de serviços, como por exemplo:

- a) o cliente paga uma mensalidade fixa pelo plano de saúde, independentemente da utilização ou não do serviço contratado;
- b) o preço do produto não varia em função da utilização do serviço, ou seja, o custo dos serviços de saúde não são limitados ao valor da mensalidade paga, pois a cobertura contratual do plano de saúde não tem limite financeiro.

Como não há formas de modificar o preço do produto já comercializado, principalmente do plano individual/familiar devido ao controle governamental exercido sobre o reajuste dos contratos, a operadora tem, no controle de custos, uma das principais alternativas para obter melhores resultados.

A operadora que tem estrutura própria de atendimento aos usuários (verticalização) necessita conhecer o custo dos serviços oferecidos, a fim de controlar de forma efetiva cada unidade de atendimento.

A gestão descentralizada facilita a atuação do gestor, pois, a partir dela, ele pode tomar decisões em função das necessidades específicas da unidade de atendimento local, tornando mais efetivo o processo decisório. As diferentes estruturas existentes entre as unidades afetam o custo de maneira distinta e, por essa razão, o tratamento do custo pela sua totalidade pode distorcer a informação.

Conhecendo o custo da rede própria, é possível fazer a análise da opção da operadora pela verticalização do serviço. A comparação entre os custos ocorridos na rede própria e os preços oferecidos pelos serviços na rede credenciada demonstra se a operadora está em situação de vantagem ou desvantagem em oferecer o serviço de forma verticalizada ao beneficiário do plano de saúde.

Diante desse contexto, define-se então o seguinte problema de pesquisa:

Como mensurar e analisar os custos de uma unidade de atendimento da rede própria de uma operadora de planos de saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Mensurar e analisar os custos de uma unidade de atendimento da rede própria de uma operadora de planos de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a atividade das operadoras de planos de saúde e os aspectos de regulação do setor;
- Identificar a estrutura operacional da unidade de atendimento;
- Identificar a estrutura dos custos de atendimento na rede própria;
- Delinear um sistema de custeio descentralizado para controle de custos da operadora na rede própria;
- Utilizar o sistema proposto como base para a elaboração de uma análise comparativa entre o custo do serviço apurado na rede própria e o preço do serviço na rede credenciada.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em um mercado restritivo e de forte competição, as operadoras de planos de saúde estão buscando formas de melhorar a lucratividade.

Devido à regulamentação governamental dos planos de saúde, o reajuste de preços passou a ser controlado e a cobertura dos planos ampliada, aumentando significativamente os custos de operação.

A contabilidade de custos apresenta informações relevantes para a operadora, através da qual é determinado o custo de cada atendimento realizado, e também é base para o monitoramento dos gastos. A comparação dos custos ocorridos na rede própria com a rede credenciada possibilita ao gestor analisar a vantagem ou desvantagem da opção pela verticalização do serviço.

A gestão descentralizada de custos, quando a operadora possui rede própria de atendimento em diversos locais, é importante para a mensuração do custo de cada unidade, possibilitando a análise do gasto local, em comparação ao da rede credenciada local.

Assim, ao adotar o conceito e os procedimentos do custeio descentralizado por unidade operacional, o estudo trata de instrumentos de melhor controle gerencial sobre os recursos consumidos pelas operações.

O estudo contribui com a apresentação de um sistema para mensuração e acompanhamento dos custos da rede própria da operadora, viabilizando informações mais apropriadas à gestão. Trata-se de uma ferramenta de análise de custos que interfere diretamente na melhor condução dos negócios.

A utilização do cálculo do custo da rede própria em comparação com a rede credenciada é uma ferramenta que contribui ao processo decisório, subsidiando os diretores com informações sobre a vantagem ou desvantagem na decisão de verticalização dos serviços de uma operadora.

A relevância do estudo está no reconhecimento de que a gestão de custos das operadoras tem ocupado papel cada vez mais importante no seu planejamento. Miranda (2003) afirma que o gerenciamento dos custos passa a ser um diferencial entre as operadoras.

O sistema também pode ser utilizado pela operadora para a projeção de custos, ou para a análise de implantação de uma nova unidade da rede própria.

1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O escopo do estudo trata essencialmente da mensuração e controle dos custos, sob o enfoque da gestão descentralizada.

Assim, não se pretende discutir os méritos da regulamentação governamental sobre os planos de saúde, nem o controle sobre os preços dos planos e sobre a atuação das operadoras de planos de saúde.

Da mesma forma, o estudo não visa discutir a formação do preço do plano de saúde utilizado pela operadora.

O estudo considera a qualidade do serviço oferecido pela operadora como uma premissa, sendo um fator intrínseco aos serviços utilizados como base para a mensuração e a análise dos custos.

A abordagem do estudo está na estruturação do custeio dos atendimentos da rede própria da operadora, portanto não inclui os atendimentos oferecidos aos beneficiários na rede credenciada.

Quanto aos elementos de custos, o estudo não incorpora os referentes à depreciação dos móveis e utensílios, dada a sua imaterialidade. A depreciação dos equipamentos é inexistente visto o uso da operação de leasing.

Não foi considerado o custo de oportunidade, dada a falta de informações específicas para a sua mensuração.

1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo é composto por quatro capítulos mais a conclusão, assim caracterizados:

No primeiro capítulo é desenvolvida a parte introdutória, com a apresentação do problema, objetivos, justificativa e delimitação do estudo.

No segundo capítulo é abordado o referencial teórico para sustentação da pesquisa, com destaque aos seguintes temas: o setor de serviços, o setor de saúde suplementar, gestão de custos e descentralização.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia aplicada ao trabalho, envolvendo o método, a classificação da pesquisa, a coleta, tratamento e análise de dados e as limitações do estudo.

No quarto capítulo é desenvolvido o estudo de caso da operadora, apresentando as características da empresa, as entrevistas realizadas com o diretor da empresa e com a gerente da filial. Também foram identificados os tipos de atendimentos realizados na rede própria e a apuração dos custos de cada atendimento, através da elaboração de um sistema para a gestão descentralizada de custos. Finaliza com um estudo comparativo do custo apurado na rede própria com o preço dos mesmos atendimentos na rede credenciada.

No último capítulo é apresentada a conclusão e as sugestões para futuros estudos sobre o tema, e ao final do trabalho, são apresentadas as referências utilizadas ao longo do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SETOR DE SERVIÇOS

2.1.1 Aspectos Gerais em Serviços

O setor de serviços encontra-se em expansão, sendo mais representativo no PIB que as próprias indústrias, em diversos países. No Brasil, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2006/2007), em 2005 o setor de serviços foi a principal área da economia brasileira, apresentando crescimento de sua participação no PIB de 54,1% em 2004 para 64% em 2005. Já em 2007, o setor de serviços cresceu 4,7% comparado ao ano de 2006, mas foi o setor que apresentou o menor crescimento. Mesmo assim a sua participação sobre o PIB nacional é de 65%.

Gonçalves (1994) afirma que o setor de serviços inclui todas as atividades econômicas cujo resultado não é um produto físico, sendo consumido na época da sua produção e apresenta valor adicionado para o consumidor. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) argumentam que a economia, nos últimos 90 anos, deixou de ser predominantemente baseada na manufatura, para ser predominantemente baseada em serviços.

Segundo Levitt (1976), a eficiência em serviços pode necessitar investimentos em equipamentos e área física (planta) assim como na indústria, sendo necessário também planejamento e controle dos processos e treinamento das pessoas envolvidas.

Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) destacam quatro características para a gestão de serviços: intangibilidade, heterogeneidade, inseparabilidade e perecibilidade. Já Hansen e Mowen (2001) apresentam essas características com algumas adaptações, conforme apresentado no Quadro 1:

Características	Zeithaml, Parasuraman, Berry	Hansen e Mowen
Intangibilidade	Elementos que não podem ser vistos, tocados, sentidos, mas influenciam a escolha do consumidor e não podem ser mensurados.	Não podem ser estocados, não podem ser protegidos por meio de patentes.
Heterogeneidade	Variação na prestação do serviço, que é desenvolvido por pessoas diferentes.	Padronização e controle de qualidade são difíceis.
Inseparabilidade	Envolvem simultaneamente a produção e o consumo. O consumidor está presente no processo.	O consumidor está envolvido na produção.
Percibilidade	Não podem ser estocados.	Os benefícios dos serviços vencem rapidamente, podendo ser repetidos frequentemente a um mesmo cliente.

Quadro 1 – Comparativo de autores que tratam as características dos serviços
 Fonte: Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985, p. 33) e Hansen e Mowen (2001, p. 124).

Como exemplo, cita-se o serviço de um escritório de advocacia. Através das características intangíveis, como o número de ações ingressadas com resultado favorável, especialidade, ou indicação de terceiros, o escritório é escolhido pelo consumidor para prestar um serviço. A percibilidade está presente, pois esse tipo de serviço não pode ser estocado. Quanto à inseparabilidade, o consumidor está envolvido na produção desse serviço, pois é ele quem repassa as informações sobre o processo. E a heterogeneidade é singular nesse tipo de trabalho, porque cada advogado utiliza-se de instrumentos de defesa diferentes a cada ação específica.

Observa-se que a característica de intangibilidade apresentada por Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) trata os serviços como algo impossível de ser tocado, mas que é percebido pelos consumidores, e é essa percepção que motiva a sua compra. Já Hansen e Mowen (2001) conceituam a intangibilidade como algo não estocável, que é abordado por Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) na característica de percibilidade.

Nesse estudo, utilizou-se o conceito de intangibilidade de Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) por adequar-se melhor às características dos planos de saúde.

Em planos de saúde, a escolha do cliente por determinada operadora é muito subjetiva, pois ele compra uma promessa de prestação de serviços, que se efetiva no momento da utilização do plano de saúde, demonstrando a sua característica intangível. Tal custo intangível, dada a dificuldade e subjetividade de mensuração, não foi considerado neste estudo.

A heterogeneidade no plano de saúde está no atendimento efetuado, que nem sempre é realizado da mesma forma, nem pela mesma pessoa, como é o caso do atendimento médico.

A inseparabilidade é evidenciada no plano de saúde, quando o cliente utiliza o serviço de saúde, por meio da realização de uma consulta ou de um exame, por exemplo.

A característica de perecibilidade nos planos de saúde é identificada pela impossibilidade de estocar consultas ou exames. Os efeitos desses serviços vencem rapidamente, sendo necessária nova consulta ou exame para voltar a usufruir de sua utilidade.

Os serviços podem ainda ser classificados de acordo com seu processo produtivo, com combinações de alto ou baixo volume e variedade. Conforme demonstrado na Figura 1, os tipos de processo na produção de serviços, de acordo com Slack, Chambers e Johnston (2002), atendem a diferentes características de volume e variedade:

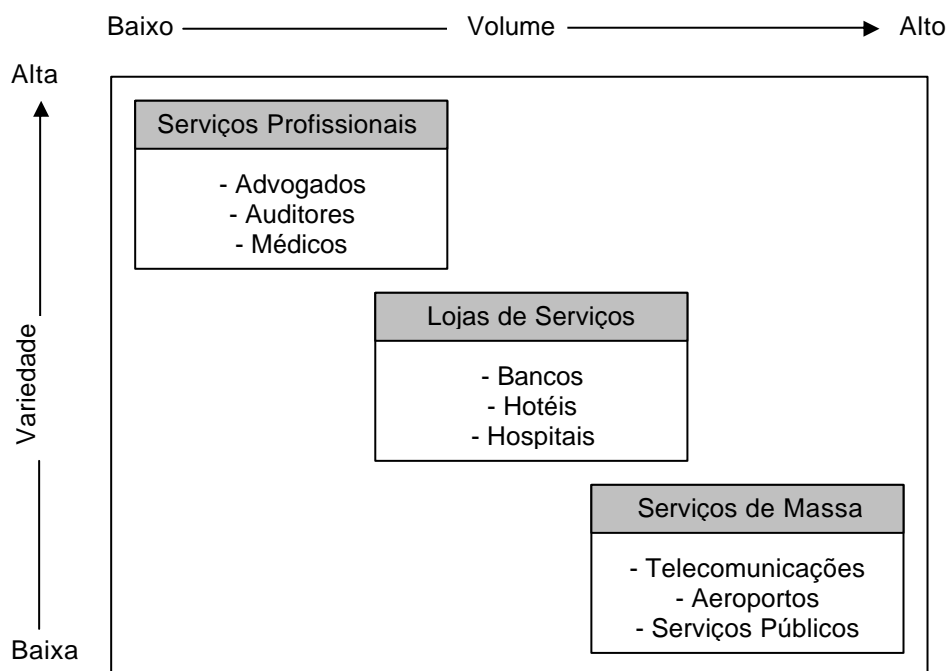


Figura 1 – Tipos de Processos em Operações de Serviços
Fonte: Adaptado de Slack, Chambers e Johnston (2002, p. 131).

Os Serviços Profissionais, segundo Slack, Chambers e Johnston (2002), são customizados em altos níveis, sendo o processo do serviço adaptado para atender às necessidades individuais dos clientes. O foco desse tipo de serviço está no baixo volume para atender ao cliente de forma personalizada. Os Serviços Profissionais tendem a ser baseados em pessoas, havendo um envolvimento maior entre o profissional e o cliente. Conforme se observa na Figura 1, os Serviços Profissionais apresentam alta variedade de serviços e baixo volume, devido à customização.

As Lojas de Serviços estão posicionadas entre os extremos do Serviço Profissional e de Massa, caracterizando-se pelo nível médio de contato com o cliente, customização e volume de clientes. De acordo com Slack, Chambers e Johnston (2002) o cliente, nesse tipo de processo, está comprando um serviço relativamente padronizado, que está dentro do portfólio de serviços oferecidos pela empresa, mas pode atender a necessidades individuais.

Os Serviços de Massa envolvem tempo limitado de contato com o cliente e pouca customização. Para Slack, Chambers e Johnston (2002), esses serviços são normalmente baseados em equipamentos, e o pessoal segue procedimentos pré-estabelecidos no seu desenvolvimento. Na Figura 1, os Serviços de Massa apresentam baixa variedade e são vendidos em grandes volumes, sem adequação às necessidades individuais dos clientes.

De acordo com essa classificação, os planos de saúde são enquadrados na categoria “Loja de Serviços”, por vender produtos que são customizados para atender a um grupo de clientes, dentro do portfólio de planos de saúde que a empresa tem para oferecer.

Apesar de os serviços médicos ou de laboratórios serem personalizados, enquadrados em Serviços Profissionais, quando o beneficiário contrata um plano de saúde, ele está comprando um pacote padronizado de serviços que poderá dispor em troca do pagamento de uma mensalidade.

A gestão dos serviços é diferenciada da indústria, devido às características apresentadas, mas os mesmos conceitos de gestão são aplicados às duas atividades. Riccio, Robles Junior e Gouveia (1997) apresentam alguns aspectos que devem ser observados na gestão das organizações de serviços:

- Os serviços não são produzidos para estoque, como nas indústrias, mas as empresas podem ter estoque de produtos que são agregados ao serviço que oferecem. Exemplo: um hospital tem estoque de materiais de consumo médico para utilização na prestação de serviços de saúde, ou

seja, dispõe de estoque de material de consumo, mas o serviço hospitalar não pode ser estocado.

- O serviço normalmente possui componentes intangíveis, diferentemente da indústria que produz bens tangíveis, mas seus benefícios são percebidos pelos clientes como se fossem tangíveis. Exemplo: um telefone sem serviço, ou a linha congestionada representam um problema para uma empresa de *telemarketing*. Apesar de o serviço ser intangível, a percepção da empresa que o utiliza como ferramenta de trabalho é a mesma que da falta de um bem físico, tangível.
- O serviço tem produção de demanda “puxada”, ou seja, o serviço é realizado para atender às necessidades do cliente. Exemplo: o serviço de auditoria é realizado mediante contrato de prestação de serviços.

Complementando, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que o elemento humano em serviços é fundamental para a eficiência da empresa, devendo haver o envolvimento das pessoas na sua execução, de forma comprometida, para garantir a sua resolatividade.

Na indústria o elemento humano também é importante no desenvolvimento de um produto, mas normalmente existem máquinas que reproduzem o trabalho, de forma que haja uma padronização do produto, exceto no caso de produtos personalizados. Já nos serviços há padronização de procedimentos, executados diretamente por pessoas que realizam as atividades a sua maneira.

Outro item que cabe destacar com relação aos serviços é a necessidade de controles de gestão diferenciados, que permitam uma análise mais detalhada do foco da atividade e que provoquem maior interesse dos gestores nas informações geradas.

Diehl (2004, p. 195) afirma que os controles de gestão em serviços concentram-se mais nos aspectos subjetivos, voltados à percepção do cliente e aos resultados qualitativos.

Os aspectos subjetivos dos controles têm relação com a qualidade do serviço que não pode ter garantia de padrão, devido ao desenvolvimento ter forte influência pessoal de quem o executa. As empresas prestadoras de serviços normalmente aplicam questionários para obter a percepção do cliente sobre o serviço realizado.

Anthony e Govindarajan (1998) afirmam que, nas organizações de profissionais (médicos, advogados, etc.) o principal bem é a força de trabalho, ou

seja, a sua habilidade. Devido à característica pessoal do serviço, fica mais difícil estabelecer padrões e também controlar a qualidade, pois os profissionais fazem o trabalho de acordo com suas próprias características. Podem seguir padrões definidos, mas o desenvolvimento do trabalho ocorre de forma diferente.

Nesta seção foram tratados aspectos gerais de serviços e, na seqüência, são analisados aspectos específicos da prestação de serviços na área de saúde.

2.1.2 Serviços de Saúde

O Cadastro Nacional de Atividades (CNAE) classifica como serviços de saúde: a) atendimento hospitalar e em pronto-socorros; b) clínicas de atendimento médico e odontológico; c) laboratórios; d) serviços de diagnóstico; e) enfermagem; f) nutrição; g) psicologia; h) fonoaudiologia e i) fisioterapia. As operadoras de planos de saúde são classificadas em uma categoria específica, também relacionada à área da saúde.

Para Corá (2004), apesar de o setor de serviços incluir diversos subsetores distintos, muitos elementos e características são comuns a todas às atividades de serviço, inclusive os serviços de saúde.

Anthony e Govindarajan (1998) apresentam características especiais para entidades de saúde, as quais são relacionadas a seguir:

- a) o custo dos tratamentos está aumentando devido a novas tecnologias em equipamentos e novos medicamentos;
- b) os tratamentos de saúde estão mais complexos, devido ao avanço da medicina que prolonga a vida das pessoas mais idosas, que normalmente requerem mais tratamento;
- c) a modificação na maneira como os serviços são prestados, havendo redução de internações por tratamentos domiciliares e tratamentos clínicos que antes eram realizados em hospitais;
- d) a impressão de que os médicos solicitam mais exames que o necessário em parte por causa do risco de ações na justiça por erro médico.

As características apresentadas pelos autores, apesar de serem de 1998, representam ainda a realidade da área da saúde. Os tratamentos de saúde estão

cada vez mais avançados, aumentando a longevidade das pessoas, mas seu custo é alto, aumentando o custo das operadoras de planos de saúde. Como exemplo, pode-se citar os tratamentos para doenças do coração e os tratamentos para câncer.

Anthony e Govindarajan (1998) acrescentam ainda que os serviços de saúde tratam de vidas humanas e, por isso, sua qualidade é essencial, pois se ela for falha, pode causar danos à vida.

Embora o setor de saúde seja de atendimento à população em geral, ele apresenta características de serviços personalizados. Os processos de diagnóstico, tratamento e cura dependem muito do contato humano individualizado com soluções personalizadas (CORÁ, 2004).

Os serviços de saúde no Brasil podem ser públicos ou privados. O atendimento público é realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS), com parte da gestão descentralizada para os municípios. Já os serviços privados vão desde um atendimento particular em um consultório médico até o serviço prestado através de planos de saúde.

Levitt (1976) já observava que o mercado de planos de saúde nos Estados Unidos apresentava tendência de expansão. Destacava que, nesse mercado de serviços, o cliente paga antecipadamente para obter fácil acesso em tempo integral a serviços de especialistas e clínicas de saúde, mesmo modelo que é utilizado no Brasil.

Conforme Andrade e Lisboa (2000), os Estados Unidos (EUA) caracteriza-se como a única economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no financiamento e gestão do setor de saúde para a população economicamente ativa. Apesar do mercado de saúde privado ser regulado pelo Estado, como no Brasil, o acesso aos serviços públicos pela população nos EUA é restrito aos idosos (*Medicare*) e aos pobres (*Medicaid*), diferentemente do Brasil, onde o acesso à saúde é universal.

Em 1973, com o objetivo de reduzir as despesas médicas e hospitalares, o governo dos EUA criou uma nova forma de gerenciamento dos planos de saúde, o *Managed Care*, tendo como objetivo a racionalização do uso dos serviços de saúde. Os beneficiários, nesse sistema, consultam com um médico generalista, que passa a determinar todos os encaminhamentos necessários, sendo vedado ao beneficiário dirigir-se diretamente aos médicos especialistas (ANDRADE; LISBOA, 2000).

O Brasil apresenta uma posição peculiar no que se refere à oferta combinada de serviços públicos e privados em saúde. A partir de 1990, com a

criação do SUS foi tornada oficial a proposta de cobertura de saúde pública universal. Apesar disto, o setor de saúde suplementar continua crescendo (FARIAS; MELAMED, 2003).

Para Farias e Melamed (2003) o mercado privado de assistência à saúde traz para o setor a questão da eficiência, enquanto o governo seria responsável por uma distribuição eqüitativa de bens de saúde essenciais.

2.2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2007), o sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, constituído por dois subsetores: o da Saúde Suplementar, que é composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos.

O que caracteriza o mercado de saúde suplementar é a sua natureza mercantil, ou seja, o pagamento pela utilização dos serviços de saúde.

Neste estudo, é dado o enfoque especificamente aos planos de saúde privados.

2.2.1 O Mercado de Planos de Saúde

De acordo com o CONASS (2006), no Brasil o mercado de planos de saúde privados iniciou na década de 1960, motivado pelas deficiências de atendimento da rede pública.

O esgotamento do modelo de saúde pública deu lugar a um novo modelo criado em 1988 pela Constituição Federal, o SUS, com o objetivo da universalização dos atendimentos de saúde no País.

O SUS, apesar de significar um avanço na saúde pública, atendendo a um grande contingente populacional, apresenta deficiências, havendo percepções negativas quanto ao atendimento, principalmente com relação ao tempo de espera:

fila para os atendimentos de urgência; espera por longo período de tempo por consultas agendadas; tempo perdido na recepção (CONASS, 2006).

Essas dificuldades de atendimento levam a população que possui uma melhor renda a adquirir um plano de saúde, para poder dispor do serviço quando necessário com maior facilidade e melhor qualidade de atendimento.

Ribeiro (2004) destaca que houve um crescimento expressivo nos planos e seguros de saúde a partir de 1987, mesmo antes da criação do SUS, devido ao período recessivo da atenção médica previdenciária iniciado ao final de 1970. O autor ainda complementa que o Brasil foi um dos poucos países onde a criação de um sistema público de saúde de acesso universal e atenção integral, coincidiu com a expansão do setor privado de planos e seguro saúde.

A ocorrência desse fenômeno – universalização da saúde e crescimento da saúde suplementar – demonstra que o sistema público de saúde não está conseguindo suprir a demanda da população por esses serviços.

Segundo Ribeiro (2004), cinco fatores contribuíram para a expansão dos planos de saúde no Brasil:

- a) a falta de investimento público na área da saúde;
- b) as empresas passaram a considerar a assistência à saúde como um dos mais importantes benefícios aos seus empregados, que contribui para aprimorar a sua imagem;
- c) a saturação do mercado de trabalho médico, diante do baixo percentual da população capaz de custear diretamente os serviços de que necessita;
- d) os custos crescentes dos serviços de saúde, o que reduz o número de pessoas que podem utilizá-los habitualmente mediante pagamento direto;
- e) a insatisfação da classe média com a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS, em especial nos aspectos mais valorizados pelos usuários, tais como: conforto, presteza e atendimento personalizado.

A convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde para a garantia de superação de restrições assistenciais existentes em contratos, como a negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV e idosos, fez com que o Governo decidisse pela regulamentação do setor (CONASS, 2007).

Assim, em 1998, foi sancionada a Lei nº 9.656/98 que regulamenta os planos de saúde no Brasil, com o objetivo de padronização do setor e em defesa do consumidor. Seguem as principais determinações desta lei:

- a) estabelece normas para a constituição de operadoras de planos de saúde;
- b) obriga o registro de produtos comercializados pela operadora, com definição das suas coberturas;
- c) estabelece as coberturas mínimas obrigatórias para os planos;
- d) determina regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes e aumento de preços.

Ao obrigar as operadoras a oferecer um plano com coberturas mínimas padronizadas e, ao controlar os aumentos de preços, a regulamentação acabou concedendo uma série de direitos aos beneficiários dos planos de saúde privados. Anteriormente, atender a esses direitos era de responsabilidade exclusiva do Estado, que, ao invés de respeitar o direito à universalização da saúde, conforme consta na constituição, transferiu parte de seu ônus à iniciativa privada (COSTA; SANTOS; SANTOS, 2006).

No Quadro 2 é apresentado um comparativo das mudanças que ocorreram no mercado após a regulamentação:

Exigências	Antes da Regulamentação	Depois da Regulamentação
Para as Operadoras	<p>Livre Atuação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não havia regras sobre a atuação no mercado de saúde suplementar. 	<p>Atuação Controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorização de funcionamento - Regras de operação uniformes - Sujeitas à intervenção e liquidação - Exigência de Provisões Técnicas com garantias financeiras
Quanto à assistência à Saúde e acesso aos produtos	<p>Livre Atuação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livre definição da cobertura assistencial - Seleção de Risco - Livre rompimento de contratos - Livre definição de carências - Livre definição de reajustes 	<p>Atuação Controlada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistência à saúde com cobertura integral obrigatória - Proibição da seleção de risco; - Proibição de rescisão unilateral dos contratos - Definição e limitação das carências - Reajustes controlados

Quadro 2 – Características do Setor Antes e Depois da Regulamentação
Fonte: Adaptado de Montone (2003, p. 13).

Observa-se no Quadro 2, que a livre definição da cobertura assistencial permitia à operadora excluir determinados eventos da cobertura do plano de saúde,

como não cobrir exames de alto custo (tomografia e ressonância magnética) ou o estabelecimento de prazo máximo de diárias hospitalares por ano.

A seleção de risco possibilitava à operadora selecionar os clientes aos quais venderia planos de saúde. Com essa seleção, a operadora não comercializava planos para idosos ou para portadores de doenças graves como câncer ou AIDS.

Outro item destacado é a liberdade da operadora no rompimento de contratos, pois era permitida a rescisão unilateral dos contratos. Assim, se o plano fosse deficitário, a operadora tinha o direito de cancelar o contrato.

A Lei nº 9.656/98 define como carência o período em que o beneficiário paga o plano de saúde, mas não usufrui de seus benefícios. Anteriormente era livre a definição de carências pela operadora, não havendo padronização no mercado. Com a regulamentação, a ANS determinou os prazos máximos de carência para cada tipo de atendimento.

Apesar do mercado de saúde suplementar estar em expansão, com o crescimento do número de beneficiários, as exigências estabelecidas para as operadoras após a regulamentação dos planos de saúde provocaram um forte impacto econômico e financeiro nessas empresas. Na Tabela 1 são apresentados dados do setor dos últimos seis anos:

Tabela 1 – Dados dos Planos Privados de Assistência Médica à Saúde

Período	Número de Operadoras	Número de Beneficiários	Vínculo a Planos de Assistência Médica		Despesas Assistenciais em milhões de R\$	Variação %
			Faturamento em milhões de R\$	Variação %		
2001	2.709	31.185.660	21.456.365	-	17.065.638	-
2002	2.407	31.295.913	25.103.095	17,0%	19.872.307	16,4%
2003	2.273	31.836.266	27.754.972	10,6%	22.591.022	13,7%
2004	2.178	33.557.969	31.383.104	13,1%	25.570.799	13,2%
2005	2.091	35.306.219	35.127.481	11,9%	28.644.403	12,0%
2006	2.069	37.375.733	40.436.003	15,1%	31.893.298	11,3%

Fonte: ANS (2007c – Caderno de Informações jun. 2007, p. 53, 112 e 118).

Seguem as principais variações apresentadas na Tabela 1:

- a) houve uma diminuição de 640 operadoras ativas registradas na ANS no período de 2001 a 2006, o que representa uma redução de 23,6%;

- b) o número de beneficiários no ano de 2006 atingiu 37 milhões de pessoas, o que representava cerca de 20% da população estimada, conforme dados do IBGE (2006);
- c) o crescimento do número de beneficiários nesse período foi de seis milhões de pessoas, representando um aumento de 19,8%;
- d) o faturamento praticamente dobrou neste período de seis anos, representando um aumento de 88,5%;
- e) as despesas assistenciais apresentaram um crescimento de 86,9% no período;
- f) o faturamento *per capita* no ano de 2006 foi de R\$ 1.081,88, enquanto a despesa assistencial *per capita* foi de R\$ 853,32. Nesse caso, a margem foi de 21% da receita para a cobertura das demais despesas da operadora e geração de lucro.

A ANS efetuou a liquidação extrajudicial de aproximadamente 120 operadoras no período de 2001 a 2006, conforme informações constantes nas resoluções operacionais da ANS. A baixa dos demais registros das operadoras na ANS deve-se a diversos fatores, como inatividade, fusões, vendas de carteiras de usuários. Os altos custos de operação dos planos, com a exigência de constituição de provisões técnicas, pagamento de taxas por usuário cadastrado e a ampliação da cobertura dos planos tornaram a atividade restritiva, havendo uma readequação desse mercado.

Em setembro de 2007, estavam registradas na ANS 1.998 operadoras, reduzindo ainda mais o número de operadoras ativas no mercado de planos de saúde.

2.2.2 Agência Reguladora

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pelo Governo Federal por meio da Lei n.º 9.961/00, com o objetivo de regular o mercado de saúde suplementar no Brasil.

Segundo Araújo (2004), a criação da ANS foi uma medida inovadora, pois propôs o ingresso da ação governamental num campo que vinha funcionando há

mais de quarenta anos sem qualquer forma de controle estatal: o mercado dos planos e seguros de saúde. As demais agências reguladoras criadas pelo governo referiam-se apenas a serviços públicos que foram privatizados (ANEEL, ANATEL).

À ANS foi dado poder de legislar a respeito das operadoras, sobre a relação das operadoras com seus clientes e com a rede credenciada, bem como poderes para fiscalizar e punir aquelas que não estiverem dentro dos parâmetros legais. A ANS capta das operadoras a taxa de saúde suplementar, que é uma contribuição obrigatória calculada de acordo com o número de beneficiários.

São algumas das obrigadoriedades estabelecidas pela ANS para as operadoras:

- a) o registro da operadora;
- b) o registro dos planos de saúde, antes de sua comercialização;
- c) o envio de informações do cadastro de beneficiários;
- d) a implantação do plano de contas padrão, com abertura de contas até a cobertura do plano;
- e) o envio de informações contábeis trimestrais (balanço, demonstração de resultado, fluxo de caixa);
- f) o envio de informações trimestrais sobre a utilização do plano de saúde pelos beneficiários;
- g) a constituição de Provisões Técnicas, calculadas de acordo com o porte e área de atuação da operadora;
- h) o estabelecimento do percentual máximo de reajuste anual dos planos individuais/familiares;
- i) o envio anual de informações sobre a tabela do preço de vendas das operadoras, com a apresentação do cálculo atuarial;
- j) o envio anual de cópia das Demonstrações Contábeis e parecer de Auditoria Independente sobre elas.

Dessas obrigadoriedades, uma das que causou maior impacto para as operadoras foi a criação das provisões técnicas¹, com o objetivo de garantir a solidez financeira da empresa. A totalidade do valor constituído das provisões técnicas na contabilidade deve, obrigatoriamente, ser lastreada por ativos garantidores (imóveis, valores monetários). Juntamente com as provisões técnicas, é exigido um patrimônio líquido mínimo conforme RDC nº 77/01 (ANS, 2001) e RN nº 160/07 (ANS, 2007b).

¹ Estas provisões constam do grupo Passivo Circulante no Balanço Patrimonial.

A exigência de provisões técnicas com garantias financeiras restringiu fortemente a entrada e a permanência das operadoras no mercado, obrigando muitas delas a um aporte de capital para continuar na atividade.

Para acompanhar o desempenho financeiro das operadoras, a ANS, mediante a RDC nº 22/00 (ANS, 2000a), estabeleceu parâmetros que devem ser mantidos pela operadora para demonstrar sua estabilidade. Quando a operadora apresentar indícios de problemas econômico-financeiros, a ANS pode solicitar um plano de recuperação, estabelecendo metas de desempenho a serem atendidas pela operadora. Quando esse trabalho não apresentar resultado, a ANS pode intervir na gestão da empresa, com o objetivo de recuperá-la financeiramente.

A ANS também criou por meio da RN n.º 139/06 (ANS, 2006) o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que estabelece avaliações periódicas de indicadores de desempenho das operadoras. Os indicadores analisados pela ANS avaliam as seguintes dimensões: dimensão da atenção à saúde; dimensão econômico-financeira; dimensão de estrutura e operação; e dimensão de satisfação dos beneficiários.

São exemplos de indicadores da dimensão econômico-financeira: indicadores de liquidez, de estrutura de capital, de custos e de rentabilidade.

2.2.3 Plano de Saúde

Plano de saúde é o contrato estabelecido pela operadora com pessoas físicas ou jurídicas para a prestação continuada de serviços de saúde que, por meio do pagamento de uma mensalidade, garante acesso ilimitado a serviços de saúde da rede própria ou credenciada da operadora.

A começar pela regulamentação governamental que entrou em vigor a partir de 1999, os serviços de saúde oferecidos pelos planos são padronizados, ou seja, todas as operadoras oferecem as mesmas coberturas de atendimento a seus beneficiários, diferindo apenas em relação à estrutura oferecida para a realização desses serviços. Os planos, antes de serem comercializados, devem ser registrados na ANS, com coberturas, preços e rede de atendimento oferecida.

Ocké-Reis (2005) afirma que a padronização dos planos de saúde criada com a regulamentação tornou o produto das operadoras diferente daquele que era oferecido antes dela, impossibilitando a seleção de riscos e a limitação de coberturas.

Os planos que existiam antes da regulamentação oficial não tinham padrão de cobertura e sua comercialização foi proibida, sendo mantido apenas o direito à permanência do cliente que já possuía este plano.

Assim, os planos de saúde estão divididos em duas categorias:

- a) Planos anteriores à Lei n.º 9.656/98 (Não Regulamentados): São os planos comercializados pelas operadoras antes da regulamentação federal, ou seja, os planos assinados até 31 de dezembro de 1998. Esses planos têm sua cobertura definida em contrato, não havendo padronização do tipo de serviço oferecido, e são intransferíveis, sendo permitido apenas o ingresso de dependentes no plano já vigente.
- b) Planos a partir da Lei n.º 9.656/98 (Regulamentados): Esses planos oferecem as coberturas constantes na legislação federal e necessitam de registro na ANS para sua comercialização. De acordo com a legislação, podem ter as seguintes coberturas:
 - b.1) ambulatorial: oferecem, no mínimo, cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico;
 - b.2) hospitalar: oferecem cobertura de internações hospitalares e em centro de terapia intensiva (CTI) e cobertura de todos os gastos durante a internação hospitalar (honorários médicos, medicamentos, exames), sendo vedada a limitação de prazo;
 - b.3) com obstetrícia: dispõem da cobertura assistencial do parto e atendimento ao recém-nascido, durante os primeiros trinta dias após o parto;
 - b.4) odontológico: oferecem cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística, endodontia e pequenas cirurgias.

As coberturas dos planos podem ser combinadas como: plano ambulatorial + odontológico, ambulatorial + hospitalar etc., conforme apresentado a seguir:

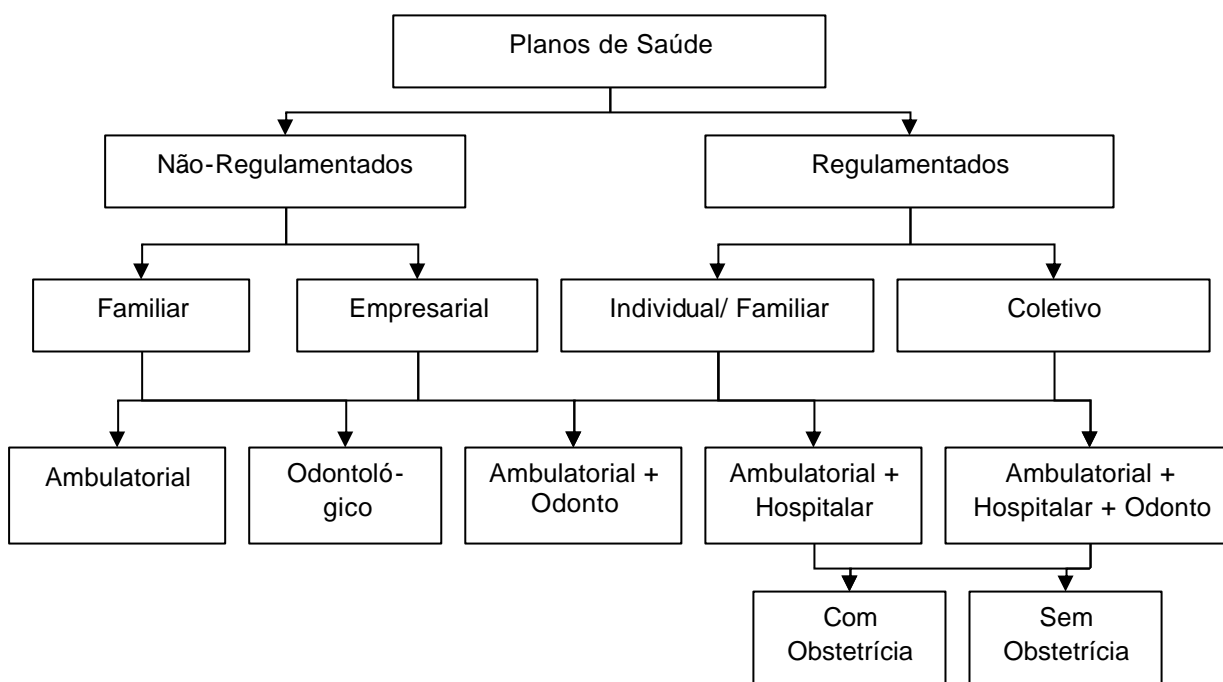


Figura 2 – Cobertura dos Planos de Saúde
Fonte: Lei n.º 9.656/98.

A legislação define ainda a possibilidade de cobrança de co-participação, que funciona como um moderador da utilização dos beneficiários. A co-participação é a parte efetivamente paga pelo cliente à operadora, além da mensalidade, quando realiza procedimentos cobertos pelo plano. Os planos com co-participação normalmente têm uma mensalidade mais acessível.

O preço dos planos de saúde é apurado através de cálculos atuariais, considerando os custos históricos de atendimento dos beneficiários, ou estimativas de utilização dos planos. Tanto para o lançamento de novos produtos, como para os produtos já comercializados, é necessário elaborar anualmente a Nota Técnica de Registro de Produto, atestada por atuário com registro no Instituto Brasileiro de Atuária (IBA), que determina o valor mínimo de comercialização de cada plano.

Quanto ao reajuste dos planos já comercializados, a ANS aprova o percentual máximo de reajuste para os contratos com pessoas físicas, que é estabelecido através de uma resolução normativa. Para aplicação do reajuste, a operadora precisa solicitar autorização prévia à ANS.

Já para os contratos com pessoas jurídicas, o reajuste de preços é estabelecido com base no índice determinado em contrato ou em negociação direta. Depois de acertado com o contratante, o percentual de reajuste deve ser comunicado à ANS.

Devido ao controle governamental sobre os planos de pessoa física, não é possível repassar os aumentos de custo para os beneficiários, apenas o percentual autorizado pela ANS. Desde a regulamentação, o setor passou a preocupar-se mais com a adequação de seus custos, objetivando uma lucratividade mínima que assegure a manutenção financeira do negócio.

2.2.4 Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

As Operadoras de Planos de Saúde (OPS) são as empresas que exercem as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência médica, hospitalar e odontológica a seus contratantes (Lei nº. 9.656/98).

A ANS, por meio da RDC nº 39/00 (ANS, 2000c), classificou as operadoras nas seguintes modalidades:

- a) Administradoras: São empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora, pois não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (Exemplos: Sistema Saúde Integral – SSI, Sistema de Administração de Saúde – SAS).
- b) Cooperativas Médicas e Odontológicas: Classificam-se nessa modalidade as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam planos de saúde, constituídas conforme estabelecido pela legislação cooperativista, na qual os médicos ou odontologistas são simultaneamente sócios e prestadores de serviços (Exemplos: Unimed, Uniodonto).
- c) Auto-Gestão: são as entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares

definidos, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais (Exemplos: Lojas Renner, Coopersinos).

- d) Filantropia: São classificadas nessa modalidade as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais (Exemplo: Santa Casa de Pelotas).
- e) Seguradoras: São sociedades que comercializam “seguros de saúde” e que oferecem atendimentos por meio de uma rede credenciada ou o reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas (Exemplos: Bradesco Saúde, Sul América).
- f) Medicinas de Grupo e Odontologias de Grupo: São empresas privadas, constituídas normalmente como sociedades limitadas, que não estão enquadradas nos tipos jurídicos apresentados anteriormente (Exemplos: Ulbra Saúde, Odontoplan).

No Gráfico 1 é apresentada a participação no mercado de cada tipo de operadora de acordo com o número de beneficiários:

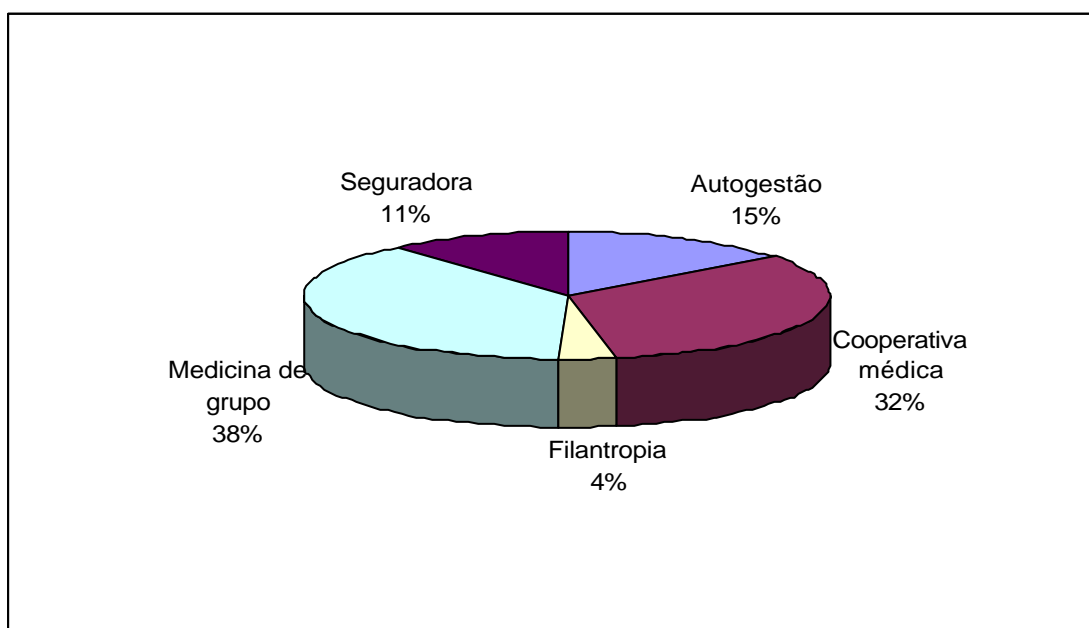


Gráfico 1 – Participação no Mercado por Tipo de Operadora – 2006
Fonte: ANS (2007c - Caderno de Informações jun. 2007).

Conforme consta no Gráfico 1, o tipo de operadora que tem o maior número de beneficiários no Brasil são as medicinas de grupo, seguidas logo após pelas cooperativas médicas. Um fator que contribui para a centralização de beneficiários nessas duas modalidades de operadoras é a abrangência da área de ação, que cobre grande parte do país; outro fator é a facilidade de acesso aos serviços, sem necessidade de desembolso no ato.

A operadora tem a liberdade de definir como vai disponibilizar o serviço de saúde aos seus clientes. Algumas operadoras têm rede própria de atendimento, ou seja, em sua estrutura oferecem médicos, centros de diagnósticos e até mesmo hospitais. Outras operadoras trabalham apenas com rede credenciada, tendo todos os serviços do plano de saúde terceirizados. Há também a possibilidade de oferecer o serviço tanto na rede própria como na rede credenciada.

A maneira de disponibilização dos serviços pela operadora, ou seja, o modo de acesso dos beneficiários aos serviços pode ser (SAITO; SCHIOZER; SAITO, 2007):

- a) de livre escolha: quando o beneficiário escolhe qualquer prestador de serviços e paga pelo serviço, sendo ressarcido posteriormente pela operadora mediante reembolso;
- b) de escolha dirigida: quando o beneficiário é atendido na rede própria ou na rede credenciada da operadora, não precisando desembolsar nenhum valor quando da utilização do serviço, que é pago diretamente pela operadora;
- c) de direcionamento: quando o beneficiário é encaminhado diretamente a um prestador de serviços específico.

A estruturação da operadora entre serviços próprios ou credenciados que são oferecidos para atendimento a seus beneficiários depende da administração da empresa, que define os critérios a serem adotados para o produto comercializado.

Quando da criação do produto na ANS, a opção sobre a forma de prestação de serviço deve ser informada, apenas para não haver dúvidas sobre os serviços oferecidos.

2.2.5 Rede Própria da Operadora

A rede própria da operadora de planos de saúde nada mais é do que a verticalização da prestação de serviços de saúde.

O termo verticalização, de acordo com Alves (2006), caracteriza o processo de integração das atividades de gerenciamento de planos de saúde e prestação direta de serviços médicos em uma única unidade empresarial. O autor acrescenta que algumas operadoras de medicina de grupo optaram pela prestação direta dos serviços juntamente com as atividades de operação de planos de saúde.

No processo de verticalização, pode ocorrer *trade-off* para a operadora, que surge quando o custo de produção das atividades integradas é superior ao custo das atividades separadas (ALVES, 2006).

Quando ocorre esse fato, a operadora depara-se com um custo da rede própria maior que o custo da rede credenciada, onerando o plano de saúde. Nesse caso, é mais interessante administrar apenas a carteira de plano de saúde, deixando a prestação de serviços para a rede credenciada.

Segundo Alves (2006), não existe predição teórica nem a favor nem contra a verticalização no setor de saúde suplementar, mas é uma tendência constatada nesse mercado.

Besanko *et al.* (2006) destacam que nos EUA há uma tendência de sistemas integrados de assistência à saúde. Há empresas que consolidaram sua cadeia vertical na área da saúde incluindo hospitais, consultórios médicos, farmácias e diagnóstico por imagem.

Apesar disso, Besanko *et al.* (2006) reconhecem que, nem sempre, a integração total é ótima, sendo necessário fazer a análise das atividades que devem ser produzidas e das atividades que devem ser compradas, comparando benefícios e custos para a empresa.

A operadora que possui rede própria atende grande parte de seus beneficiários nesse local, mas como os planos de saúde têm cobertura ampla, nem sempre todos os serviços de saúde necessários ao atendimento dos beneficiários estão disponíveis na rede própria. Por esse motivo, as operadoras utilizam-se também da rede credenciada para dar cobertura aos demais atendimentos que não são oferecidos na sua rede própria.

A seguir é apresentada a estrutura de atendimento utilizada por operadoras que possuem rede própria e utilizam em conjunto a rede credenciada:

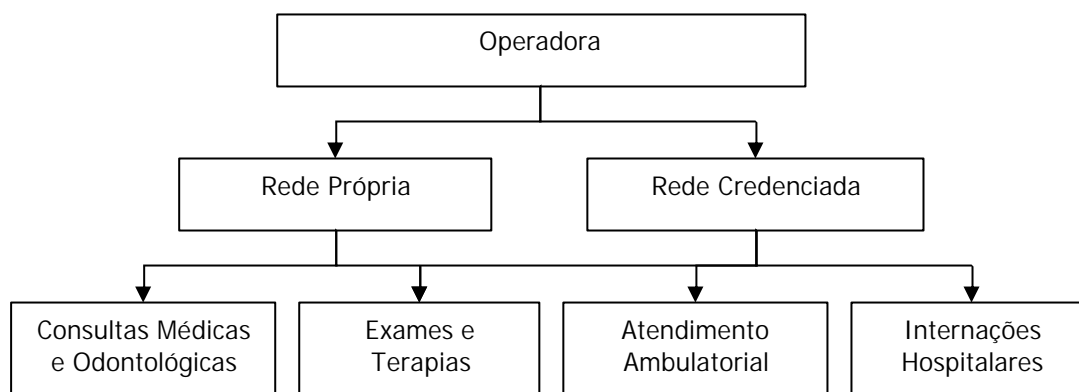


Figura 3 – Estrutura de Atendimento da Operadora

Fonte: a autora.

O custo da rede credenciada para a operadora é conhecido, pois seu valor é determinado em contrato. Já na rede própria, o custo tem uma mensuração mais complexa, pois é oferecido dentro de um estabelecimento com sua estrutura mantida pela operadora.

Segundo Araújo (2006), o controle de custos tornou-se fundamental para o mercado de planos de saúde que, desde a regulamentação, sofreu com aumento dos gastos devido à ampliação obrigatória da cobertura, e ainda com o controle dos reajustes dos planos de pessoa física que é fixado pelo governo federal.

Araújo (2006) acrescenta que há uma tendência das operadoras em investir na rede própria, citando como exemplo a Amil que tem dois hospitais próprios, as cooperativas médicas no Rio Grande do Sul que tem quatro hospitais e a Ulbra Saúde que tem quatro hospitais próprios.

Para Alves (2006), há interesses antagônicos na relação entre a operadora e a sua rede credenciada. Para a operadora, quanto menor for a utilização dos beneficiários, maior a sua rentabilidade e, para o prestador de serviços da rede credenciada, quanto maior for a utilização do usuário do plano de saúde, maior o seu retorno. Esse fato é um dos principais motivos para a opção da verticalização dos serviços por parte das operadoras, considerando-se uma utilização intensiva.

O ganho da operadora com a verticalização, segundo Alves (2006), está no melhor monitoramento dos atendimentos cobertos pelo plano e no controle dos

custos, pois a rede própria detém a logística da utilização dos serviços pelos beneficiários.

Alves (2006) apresenta o resultado de uma pesquisa com 128 operadoras brasileiras para avaliar o impacto da verticalização sobre o resultado líquido da operadora. O retorno obtido não confirmou a proposição de que a verticalização melhora o desempenho econômico das operadoras, pois não houve significativa variação de custos entre as operadoras verticalizadas e as não-verticalizadas.

Observa-se, porém, que a variação de custos entre uma estrutura própria de atendimento e a utilização da rede credenciada depende muito da relação da operadora com os prestadores de serviço, podendo variar o preço do serviço de acordo com esta relação.

Verifica-se, portanto, que a mensuração, análise e controle dos custos incorridos na rede própria são relevantes para a operadora, auxiliando em diversos aspectos como: análises estratégicas, avaliação de desempenho, estabelecimento de metas e estudos para ampliação de mercado. De fato, conhecendo o custo do serviço na rede própria é possível comprovar a vantagem ou a desvantagem na verticalização do serviço em contrapartida à utilização da rede credenciada.

É importante destacar que a rede própria não confere à operadora apenas o controle da utilização dos beneficiários, mas também uma referência na qualidade das instalações que oferece para o atendimento. Além disso, a rede própria concede poder de negociação com a rede credenciada, pois a operadora a tem como alternativa para o atendimento a seus beneficiários. Quando a operadora não possui rede própria, os atendimentos ocorrem apenas nas instalações da rede credenciada, sobre a qual a operadora não detém controle. Os preços dos serviços na rede credenciada também podem ser maiores, se a operadora não tiver como oferecer o serviço em outro local.

A relação entre a operadora e o serviço credenciado, segundo Alves (2006), é marcada por assimetrias informacionais. O conflito surge porque o que representa custo para as operadoras, representa receita para os serviços credenciados.

O objetivo do serviço credenciado é realizar o maior número de serviços possíveis para aumentar a sua remuneração, pois recebe por atendimento realizado. Já a operadora tem vantagem quando o beneficiário não utiliza o plano de saúde, pois sua receita é fixa. Nesse caso, quando o beneficiário paga a mensalidade do plano, mas não utiliza nenhum serviço de saúde, a operadora apenas acumula a receita como resultado desse plano.

2.2.6 Informações Oficiais das Operadoras

A operadora, para ter sua inscrição regular junto à ANS, deve enviar periodicamente informações sobre a utilização dos beneficiários, dados contábeis e cálculo atuarial da tabela de vendas, conforme já mencionado na seção 2.2.2.

Todas as operadoras são obrigadas a enviar essas informações, que são compiladas no banco de dados da ANS e posteriormente disponibilizadas através de comparativos (receitas, despesas, número de usuários, segmento da operadora) que possibilitam a análise do mercado de planos de saúde no Brasil.

As informações oficiais sobre a utilização dos planos de saúde pelos beneficiários (consultas, exames, internações realizadas) são apresentadas trimestralmente através do Sistema de Informação de Produtos (SIP), conforme regulamentado pela RN n.º 152/07 (ANS, 2007a). Nesse sistema, são gerados relatórios, conforme apresentado na Tabela 2, que são preenchidos pela operadora:

Tabela 2 – Relatório do SIP

1. Item de despesa	2. N.º de Expostos	3. N.º de Eventos	4. Total de Despesa	5. Co-participação	6. Ressarc. Seguros
1.1 Consultas médicas					
1.2 Exames					
1.2.1 Exames Grupo 1					
1.2.1.1 Angiografia					
1.2.1.2 Hemodinâmica					
1.2.1.3 Ressonância magnética					
1.2.1.4 Tomografia computadorizada					
1.2.2 Exames Grupo 2					
1.3 Terapias					
1.3.1 Terapias Grupo 1					
1.3.1.1 Hemoterapia					
1.3.1.2 Litotripsia extracorpórea					
1.3.1.3 Quimioterapia					
1.3.1.4 Radiologia intervencionista					
1.3.1.5 Radioterapia					
1.3.1.6 Terapia renal substitutiva					
1.3.2 Terapias Grupo 2					
1.4 Internações e outros atendimentos Hospitalares					
1.4.1 Atendimento hospitalar menor do que 24 horas					
1.4.2 Atendimento hospitalar igual a 24 horas					

Continua...

Conclusão

1. Item de despesa	2. N.º de Expostos	3. N.º de Eventos	4. Total de Despesa	5. Co-participação	6. Ressarc. Seguros
1.5 Outros atendimentos ambulatoriais					
1.6 Demais despesas médico-hospitalares					
1.7 Consultas odontológicas iniciais					
1.8 Exames odontológicos complem.					
1.9 Outros proced.odontológicos					
1.9.1 Procedimentos preventivos					
1.9.2 Periodontia					
1.9.3 Dentística					
1.9.4 Cirurgia odontológica					
1.9.5 Exodontia					
1.9.6 Endodontia					
1.9.7 Outros procedimentos					
1.10 Demais despesas odontológicas					

Fonte: ANS (2007a) – SIP aplicativo.

As informações preenchidas nessa planilha são por tipo de plano, ou seja, para os planos coletivos e para os planos familiares. O SIP apresenta informações detalhadas sobre os serviços utilizados pelos beneficiários dos planos de saúde da operadora. Com isso é possível fazer a análise geral dos gastos ocorridos, identificando a carteira de usuários que gera o maior custo, ou a que gera o menor custo.

Atualmente o valor gasto na rede própria é informado no SIP em demais despesas médico-hospitalares – item 1.6. A implantação de um sistema de custeio para a rede própria possibilita a melhor distribuição dos custos dentro do SIP, pois passam a ser registrados no serviço que efetivamente foi realizado pelo beneficiário.

Com essa modificação também fica mais claro para o gestor a análise das informações constantes no SIP, que passa a refletir de forma mais adequada a utilização dos beneficiários.

Além das informações sobre a utilização dos planos, a operadora envia trimestralmente informações contábeis através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS).

No DIOPS é apresentado o balancete contábil com o saldo das contas de ativo, passivo e de resultado (Balanço Patrimonial e Demonstração do Resultado), os saldos de contas a pagar e contas a receber, distribuídos por vencimento e o fluxo de caixa.

A seguir é apresentado o fluxo de caixa do programa DIOPS para o envio de informações trimestrais à ANS:

Tabela 3 – Fluxo de Caixa DIOPS

Atividades Operacionais	Valor
Recebimentos de Plano Saúde (+)	
Outros Recebimentos Operacionais (+)	
Pagamentos a Fornecedores/Prestadores de Serviço de Saúde (-)	
Pagamentos de Comissões (-)	
Pagamentos de Pessoal (-)	
Pagamentos de Pró-Labore (-)	
Pagamentos de Serviços Terceiros (-)	
Pagamentos de Tributos (-)	
Pagamentos de Contingências (-) (Cíveis/Trabalhistas/Tributárias)	
Pagamentos de Aluguel (-)	
Pagamentos de Promoção/Publicidade (-)	
Outros Pagamentos Operacionais (-)	
Atividades de Investimento	Valor
Recebimentos de Venda de Ativo Imobilizado - Hospitalar (+)	
Recebimentos de Venda de Ativo Imobilizado - Outros (+)	
Recebimentos de Venda de Investimentos (+)	
Recebimentos de Dividendos (+)	
Outros Recebimentos das Atividades de Investimento (+)	
Pagamentos de Aquisição de Ativo Imobilizado - Hospitalar (-)	
Pagamentos de Aquisição de Ativo Imobilizado - Outros (-)	
Pagamentos Relativos ao Ativo Diferido (-)	
Pagamentos de Aquisição de Participação em Outras Empresas (-)	
Outros Pagamentos das Atividades de Investimento (-)	
Atividades de Financiamento	Valor
Integralização Capital em Dinheiro (+)	
Recebimento Empréstimos/Financiamentos (+)	
Títulos (Recebíveis) Descontados (+)	
Recebimentos de Juros de Aplicações Financeiras (+)	
Resgate de Aplicações Financeiras (+)	
Outros Recebimentos das Atividades de Financiamento (+)	
Pagamentos de Juros e Encargos sobre Empréstimos/Financ./Leasing (-)	
Pagamentos de Amortização de Empréstimos/Financiamentos/Leasing (-)	
Pagamento de Participação nos Resultados (-)	
Aplicações Financeiras (-)	
Outros Pagamentos das Atividades de Financiamento (-)	

Fonte: ANS (2007a) – DIOPS aplicativo.

Esse fluxo de caixa é de preenchimento obrigatório pelas operadoras de planos de saúde. Com essa obrigatoriedade a operadora passa a dispor de um instrumento financeiro gerencial que segmenta recebimentos e pagamentos em atividades operacionais, que são os ingressos e desembolsos da atividade de planos de saúde, em investimentos, que trata das movimentações do imobilizado e em financiamento, que apresenta a captação e aplicação de recursos financeiros.

Esse fluxo é enviado à ANS com as informações do trimestre, mas se a operadora passa a controlar essas informações diariamente, tem um importante

instrumento de análise financeira para a programação de recebimentos e pagamentos, que auxilia o gestor financeiro na administração dos recursos de caixa disponíveis.

Outro relatório que é enviado para a ANS, e também tem utilidade gerencial para a operadora, é a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP).

A NTRP é o documento que justifica a formação dos preços dos planos de saúde através de cálculos atuariais, e deve ser enviada para a ANS anualmente para reajustar a tabela de vendas, ou quando houver o lançamento de um novo produto. A NTRP define o preço máximo da tabela de vendas do plano de saúde da operadora (ANS, 2000b).

Na Tabela 4 é apresentada a planilha a ser informada à ANS para definição do preço de venda do produto:

Tabela 4 – Nota Técnica de Registro de Produto

DADOS DO PLANO					ITEM DE DESPESA ASSISTENCIAL				
N.º de Linha	Nome do Plano	N. Registro do plano	Faixas Etárias		N.º de Expostos	N.º de Eventos	Frequência de Utilização	Total de Despesa Assist.	Valor Médio do Item de Desp. Assistencial
	A	B	C	D	E	F	G = F/E	H	I = H/F
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Fonte: ANS (2000b, Anexo II-A p.1).

Na NTRP é informado o gasto por cobertura de plano de toda a carteira da operadora, mas não há segmentação por unidade de atendimento da rede própria, nem o detalhamento dos elementos de custo. Os gastos ocorridos na rede própria são registrados apenas nos “carregamentos”² juntamente com as despesas administrativas e de vendas.

As informações constantes na nota técnica são importantes para analisar a carteira de usuários da operadora e o resultado que o plano pode gerar, considerando a média de utilização do plano no exercício anterior. Porém, também é importante para a operadora conhecer o custo com a estrutura da sua rede própria e a sua capacidade de gerar resultado que não é avaliada na nota técnica.

² É um percentual adicionado ao cálculo atuarial para considerar os gastos administrativos, de vendas e o lucro da operadora.

Com um sistema para apurar o custo do atendimento da rede própria, de forma descentralizada, torna-se possível a identificação do valor de cada atendimento realizado na unidade da rede própria, considerando todos os gastos necessários para o funcionamento desta unidade.

O sistema de custos por atendimento possibilita aos gestores melhores decisões, sendo uma ferramenta gerencial para administrar melhor a operadora, que poderá avaliar a vantagem de ter o serviço na rede própria.

Na próxima seção são apresentadas as características especificamente relacionadas às práticas de gestão de custos.

2.3 GESTÃO DE CUSTOS

2.3.1 Termos Gerais Aplicados a Custos

A contabilidade de custos, segundo Martins (2003), surgiu com a Revolução Industrial, tendo como objetivo apurar os custos dos produtos fabricados. A preocupação inicial foi a de desenvolver uma forma de mensuração dos estoques e do resultado, mas, com o crescimento das empresas, a contabilidade de custos também passou a ser utilizada como uma ferramenta gerencial relevante, exercendo a partir de então duas funções: auxiliar no controle e na tomada de decisões.

O custo é um gasto relativo a um bem ou serviço utilizado na produção de outros bens; e despesa é o gasto que ocorre na obtenção de receitas. Como nos serviços não há avaliação de estoques, essa diferenciação é mais difícil, pois nem sempre é feita a separação do que se refere a administração geral e o que pertence à produção (MARTINS, 2003).

Saber como os custos se comportam, segundo Warren, Reeve e Fess (2001), permite aos gerentes prever resultados quando os volumes de produção e vendas mudam. Os custos, de acordo com seu comportamento, podem ser classificados em fixos e variáveis, em uma visão simplificada.

Para Warren, Reeve e Fess (2001), os custos fixos são aqueles que permanecem os mesmos, independentemente do nível de atividade da empresa.

Embora o custo fixo total permaneça constante, o custo fixo por unidade muda. Quanto maior o volume produzido pela empresa, menor será o custo fixo unitário. É possível observar esse comportamento no Gráfico 2:

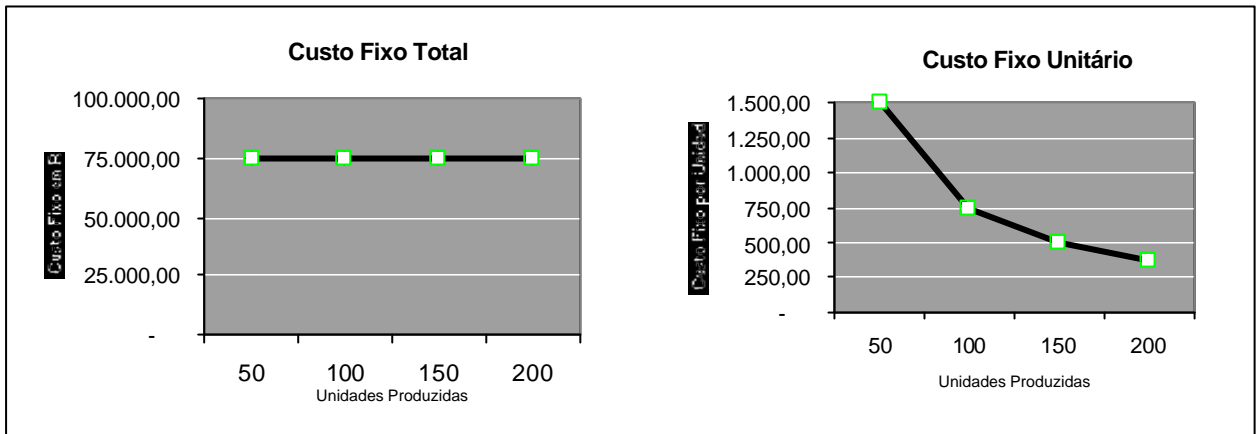


Gráfico 2 – Comportamento do Custo Fixo
Fonte: Warren, Reeve e Fess (2001 p. 92).

Os custos variáveis são aqueles que variam proporcionalmente às mudanças do nível de atividade da empresa. Os custos variáveis unitários não mudam, enquanto os custos variáveis totais mudam proporcionalmente às variações na atividade básica (WARREN; REEVE; FESS, 2001). Esse comportamento está demonstrado no Gráfico 3:

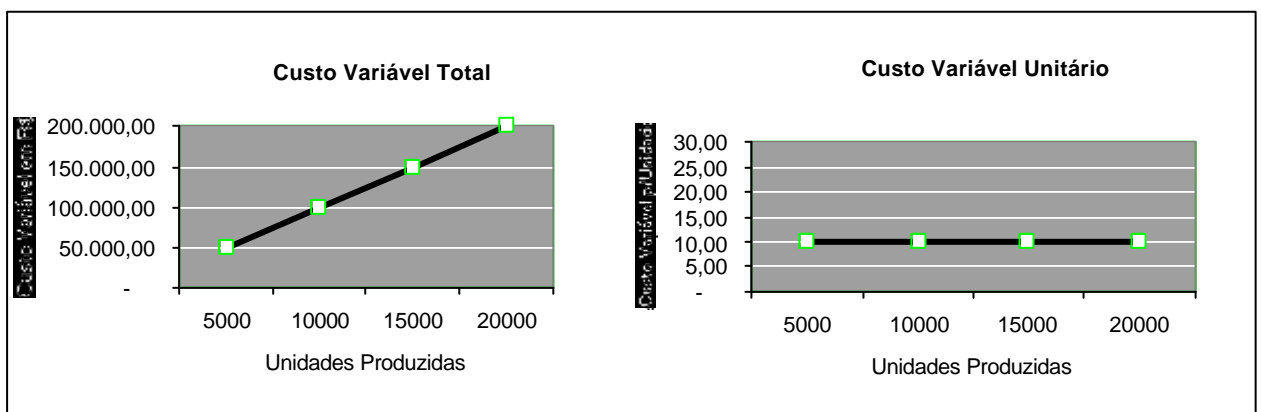


Gráfico 3 – Comportamento do Custo Variável
Fonte: Warren, Reeve e Fess (2001, p. 91).

A classificação dos custos em fixos e variáveis é um detalhamento importante na análise administrativa da empresa, na medida em que possibilita verificar oportunidades de negócio mediante o aproveitamento da sua capacidade produtiva, melhorando a rentabilidade.

Para Martins (2003), a divisão de custos em fixos e variáveis leva em consideração a unidade de tempo, o valor total de custos como um item dessa unidade de tempo e o volume da atividade.

Os custos podem ainda ser classificados em diretos e indiretos, em se tratando do relacionamento com a unidade produzida ou com outro objeto de custeio. Segundo Martins (2003), os custos diretos podem ser apropriados diretamente ao produto, bastando haver apenas uma medida de consumo. Já os custos indiretos não oferecem condição de uma medida objetiva ao produto, assim qualquer forma de alocação precisa ser feita de maneira estimada. Essa classificação tem como principal objetivo possibilitar a mensuração do custo total dos produtos, inclusive em termos unitários.

Para Matos (2002), o custo direto pode ser identificado em seu centro de custos sem a utilização de instrumentos para apropriação, o que não ocorre nos custos indiretos, em que é necessário estabelecer as proporções adequadas para distribuição dos gastos.

O custo indireto, apesar de não ser facilmente identificado ao produto ou serviço, deve compor seu cálculo do custo, pois representa o gasto que a empresa tem ao produzi-lo.

Segundo Garrison e Noreen (2001), a apropriação do custo indireto ao produto pode ser uma tarefa difícil, por três razões:

- a) O custo indireto não tem uma relação de causa e efeito nítida com o objeto de custo, ou seja, é difícil apropriá-la a um produto ou ordem particular.
- b) Os custos indiretos são compostos por diversos itens, desde materiais até o salário do gerente.
- c) Os custos indiretos tendem a permanecer relativamente estáveis, devido à presença de custo fixo.

Por essas razões, Garrison e Noreen (2001) afirmam que o único meio de apropriar custos indiretos aos produtos é utilizando um processo de alocação (rateio).

Snyder e Davenport (1997) observam que o problema fundamental na apuração dos custos está na decisão de como o custo indireto deve ser distribuído. O processo de alocação consiste em selecionar o objeto de custeio ao qual devem ser alocados os custos indiretos, pois esses custos são um componente importante para a manutenção da organização. O objeto de custeio deve ser o que melhor represente a conexão entre os custos indiretos e os produtos e serviços oferecidos pela empresa.

A classificação dos custos em fixos e variáveis, diretos e indiretos é feita mediante a análise dos processos produtivos e de execução dos serviços das empresas, possibilitando a melhor identificação dos custos e a apropriação dos mesmos conforme a sua ocorrência.

Hansen e Mowen (2001) destacam que, para estabelecer um bom sistema de informação de contabilidade de custos, este deve satisfazer as necessidades de acumulação, mensuração e atribuição de custos, as quais são apresentadas a seguir:

- a) a acumulação de custos refere-se ao reconhecimento e registro dos custos. São os registros das operações da empresa que compõem os gastos na elaboração do produto ou na execução do serviço;
- b) a mensuração de custos refere-se a classificação dos custos e a determinação dos valores dos materiais, mão-de-obra e custos indiretos aplicados na fabricação do produto ou execução do serviço;
- c) a atribuição dos custos é a transferência para as unidades de produtos manufaturados ou para as unidades de serviços.

Para atender aos aspectos básicos da contabilidade de custos, torna-se útil um sistema para o gerenciamento das informações de custo, conforme apresentado no item a seguir.

2.3.2 Sistema de Informações e Gestão de Custos

Bornia (2002) afirma que o sistema de custos faz parte do sistema de gestão da empresa, devendo estar alinhado a ele para que as informações geradas viabilizem resultados úteis à gestão. Para Maher (2001), o sistema de custos deve atender às necessidades dos gestores.

A mudança do papel da contabilidade de custos nas organizações trouxe avanços na gestão, melhorando a qualidade das decisões dos gestores, que passaram a ser fundamentadas em informações apropriadas para tanto. Por essa razão, para análise gerencial são necessárias algumas adaptações nas informações, para que elas atendam aos administradores no processo de gestão.

Diehl (2004) observa que o sistema de gestão de custos utilizado para fins gerenciais não está sujeito aos princípios contábeis, razão principal para que seja um sistema paralelo ao contábil, embora a base de dados primária seja a mesma.

O sistema de custos analisa os processos produtivos da empresa, e cada etapa que compõe a elaboração do produto.

Com o aumento da concorrência, o administrador precisa aperfeiçoar o controle de custos da empresa, podendo estabelecer metas e formas de controle a partir de instrumentos e informações disponibilizados pela contabilidade de custos (LEONE, 1995). Nesse sentido, a preocupação das empresas está na manutenção ou crescimento de sua participação no mercado, apresentando-se com maior competitividade frente à concorrência. Para isso a informação de custos precisa ser relevante, confiável e disponível em momento oportuno.

O controle efetivo das atividades produtivas, segundo Bornia (2002), é condição importante para que a empresa possa competir no mínimo em iguais condições de mercado que seus concorrentes. De fato, sem a avaliação do desempenho das atividades da empresa, não é possível fazer uma rápida intervenção na produção para corrigir e melhorar o processo.

Pompermayer (1999) observa que, para a empresa ser bem-sucedida na gestão de custos, precisa implantar em seu ambiente operacional uma tecnologia de gestão compatível com as suas necessidades gerenciais de controle, para avaliação dos resultados e dos seus produtos, servindo também como ferramenta de apoio na elaboração do planejamento estratégico da organização.

Hansen e Mowen (2001) destacam que um sistema de informações de gestão de custos tem três objetivos amplos:

- a) fornecer informações para computar o custo dos produtos e dos serviços;
- b) fornecer informações para o planejamento e controle;
- c) fornecer informações para a tomada de decisões.

Um sistema de gestão de custos deve ser flexível para atender às necessidades da empresa e do gestor a que se destina. A esse respeito,

Pompermayer (1999) acrescenta que o sistema de gestão de custos deve ter seus objetivos voltados ao planejamento, visando ao atingimento da estratégia da empresa.

Para Gomes e Salas (1999), um sistema de informações baseado na estratégia de liderança em custos deve ter ênfase em sistemas de custos, e apresentar medidas rotineiras de custos e resultados.

Finkler e Ward (1999) apresentam a importância de um sistema de custos em um hospital, gerando informações relevantes para a gestão. Um sistema integrado em um hospital proporciona o controle e entendimento da parte de custos dos atendimentos e da parte de controle financeiro da empresa.

A função principal de um sistema de informações de custos é possibilitar ao gestor decisões fundamentadas que possam levar a organização ao sucesso. Para isso, a apuração de custos da empresa deve estar voltada ao atendimento das necessidades da organização.

Outro ponto identificado é a integração do sistema de informações para a gestão de custos. Hansen e Mowen (2001) afirmam que o sistema de gestão de custos deve ser integrado com os sistemas operacionais da organização, aumentando a confiabilidade das informações e melhorando a sua eficiência, pois elas são geradas dentro de um banco de dados único. Na Figura 4 é possível observar esta integração:

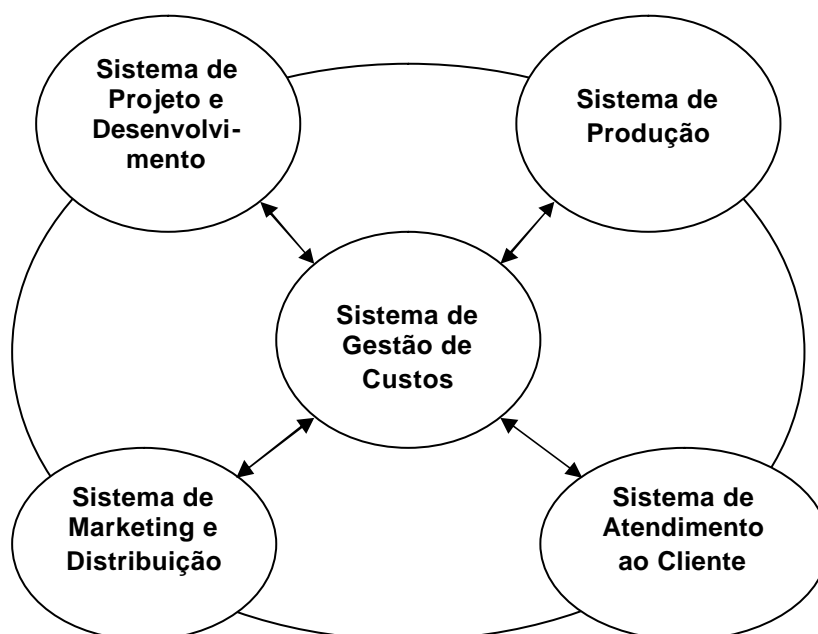


Figura 4 – Sistema Integrado de Gestão de Custos
Fonte: Hansen e Mowen (2001, p. 58).

A Figura 4 apresenta o inter-relacionamento dos diversos sistemas existentes dentro da empresa. Cada sistema desempenha um papel específico, e, quando trabalham integrados, a informação flui entre eles com maior facilidade e com maior fidelidade por ser proveniente de uma única fonte.

Cada sistema apresentado na Figura 4 tem uma função, conforme apresentado no Quadro 3:

Sistema	Função
Sistema de projeto e desenvolvimento	Informações sobre o desenvolvimento e o lançamento de novos produtos
Sistema de produção	Informações sobre o processo produtivo
Sistema de atendimento ao cliente	Dados sobre a satisfação ou insatisfação com o produto e necessidades de troca de produto ou utilização da garantia
Sistema de <i>marketing</i> e distribuição	Dados sobre o mercado e sobre o perfil dos clientes e da concorrência
Sistema de gestão de custos	Informações de custos sobre os produtos e serviços da empresa

Quadro 3 – Funções do Sistema de Informações

Fonte: Elaborado pela autora com base em Hansen e Mowen (2001, p. 58).

Os sistemas citados apresentam informações sobre custos da empresa, mas também mostram fontes para novas receitas. O importante é sua disponibilização aos gestores, que passam a tomar suas decisões fundamentadas nas informações geradas pelo sistema.

A integração entre os diversos sistemas que a empresa utiliza é essencial para a confiabilidade do banco de dados. Os sistemas integrados alimentam o sistema de custos com os dados dos gastos de cada operação, sendo um controle importante para o acompanhamento da origem dos dados.

A Figura 4 também pode ser empregada no setor de serviços, com algumas adaptações. O sistema de Gestão de Custos relaciona-se com o sistema de acompanhamento do serviço e com o sistema de gestão de pessoas (funcionários e terceiros). Em serviços é comum a personalização do trabalho, por isso é necessário um acompanhamento durante a execução do serviço para que todos os custos com o pessoal envolvido sejam computados.

2.3.3 Métodos de Custeio

Custeio, de acordo com Martins (2003), significa apropriação de custos, ou seja, a forma como os custos da empresa são apropriados aos seus produtos e serviços.

Vartanian (2000, p. 3) destaca que os diferentes tipos de custeio servem para diferentes finalidades e é possível que a empresa não precise mudar de método, se o que está sendo utilizado é satisfatório para atender também suas necessidades gerenciais.

A análise das características específicas de cada método de custeio, segundo Beuren, Sousa e Raupp (2003), deve considerar aquele que mais pode contribuir na análise dos custos e dar suporte na busca de vantagens competitivas para a empresa.

Maher (2001, p. 374) acrescenta que a empresa não deve se preocupar tanto “em escolher uma medida verdadeira de avaliação dos estoques e de mensuração do lucro”, pois a perspectiva deve ser voltada à escolha da medida de custos que seja mais adequada para a tomada de decisão, depois de considerar os métodos de custeio alternativos. O autor acrescenta ainda que a medida de custo mais adequada depende da situação, da natureza da decisão e de outros fatores que são relevantes para a gestão do negócio.

O método de custeio a ser utilizado deve ser implementado não apenas pela contabilidade, mas por todas as áreas que integram valores ao sistema de custos.

Uma vez que o sistema está adaptado às necessidades dos gestores da empresa, o mesmo deve ser reavaliado periodicamente, para identificar mudanças nos processos ou para adaptação a novos produtos ou inovações dentro da empresa. As modificações nos processos internos da empresa, normalmente influenciam o sistema de custos, devendo ocorrer um ajuste quando houver este tipo de modificação.

A seguir são apresentadas as características dos principais métodos de custeio: pleno, absorção, variável, direto e por atividades (ABC).

2.3.3.1 Custeio Pleno ou RKW (Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit)

O método de custeio pleno agrega ao objeto de custeio todos os custos e despesas de uma entidade (VARTANIAN, 2000).

Esse método surgiu na Alemanha e, segundo Martins (2003), foi disseminado por um órgão governamental que visava ao controle dos preços. É semelhante ao custeio por absorção, mas tem sua base ampliada, considerando a totalidade dos gastos para o cálculo dos custos.

O custeio pleno, apesar de ter relação com o custeio por absorção, não atende à legislação tributária, pois considera no cálculo do custo do produto as despesas operacionais, inclusive o custo de oportunidade. Por essa razão, ele é utilizado somente para fins gerenciais.

O custo de oportunidade representa o quanto a empresa sacrificou em termos de remuneração por ter aplicado seus recursos numa alternativa, ao invés de em outra (MARTINS, 2003).

Para ilustrar este método, é apresentada a forma de cálculo dos custos na Figura 5:

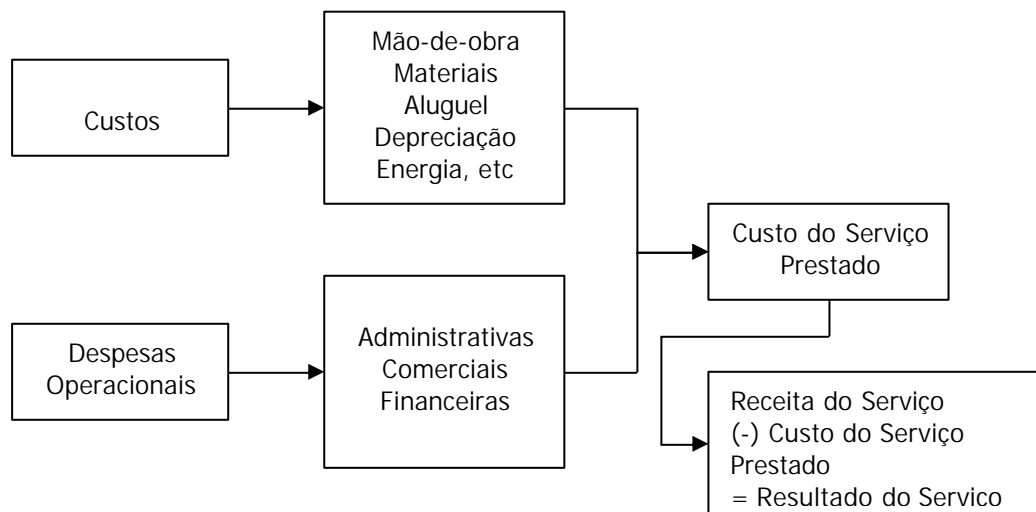


Figura 5 – Custeio Pleno na Prestação de Serviços
Fonte: Adaptado de Machado (2005, p. 34).

A vantagem desse método é que ele considera a integralidade dos gastos da empresa na apuração do custo do produto. O custeio pleno apura o maior valor

calculado de custos, quando comparado aos números provindos de outros métodos de custeio (VARTANIAN, 2000).

De acordo com Matos (2002), o método de custeio pleno é largamente utilizado para o processo de apuração dos custos hospitalares, porque estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente da classificação entre custos e despesas. Como complemento dessa abordagem, os hospitais também utilizam a apropriação dos gastos por centros de custos, possibilitando a análise gerencial das áreas de atendimento.

Vartanian (2000) afirma que os custos fixos não podem ser eliminados na apuração de custos (como ocorre no custeio variável), porque podem ser criticamente importantes na tomada de decisões, representando, muitas vezes, valores relevantes na composição dos gastos da empresa.

Os custos mais relevantes em um hospital, por exemplo, são os custos fixos. Se eles não fossem considerados no cálculo do custo do serviço, haveria uma distorção considerável nos valores apurados.

2.3.3.2 Custeio por Absorção

Martins (2003) destaca que o custeio por absorção é derivado da aplicação dos princípios de contabilidade, e consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados.

O custeio por absorção tem como primeiro passo a separação do que é custo e do que é despesa. O passo seguinte consiste em dividir os custos em diretos e indiretos. Os custos diretos (matéria prima, mão-de-obra direta etc.) são atribuídos de forma direta aos produtos, e os custos indiretos de fabricação são rateados pelos produtos, por algum critério que pode ser área, hora/máquina, etc. (MAUAD; PAMPLONA, 2002). Na Figura 6, é possível identificar a sistemática do custeio por absorção:

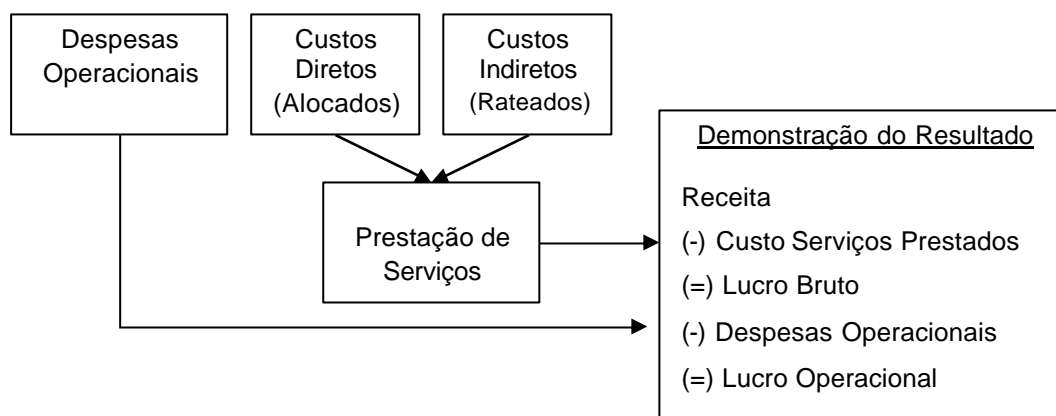


Figura 6 – Custeio por Absorção na Prestação de Serviços
 Fonte: Adaptado de Martins (2003, p. 38).

Na Figura 6, observa-se que o custeio por absorção considera como pertencente ao serviço somente os custos e desconsidera as despesas da empresa, que são registradas diretamente no resultado.

A desvantagem desse método de custeio é que o critério de rateio utilizado pode distorcer o resultado, penalizando alguns produtos em benefício de outros. Conforme afirma Colmanetti (2001), não é possível identificar a relação exata entre os custos indiretos e os custos diretos para a definição de critérios de rateio mais adequados.

Segundo Vartanian (2000), se o custeio por absorção for trabalhado com cuidado, buscando rastrear os custos indiretos aos objetos de custeio, ele se torna uma informação relevante de custos para ser utilizada no processo de gestão da empresa. Esta rastreabilidade pressupõe a utilização de vários critérios de rateio para os custos indiretos, de modo que sejam utilizados critérios mais adequados à sua variação.

Em pesquisa realizada por Beuren, Souza e Raupp (2003) foi identificado que o método de custeio por absorção é o mais utilizado nas empresas brasileiras, ressaltando que a sua utilização não é apenas para fins fiscais, mas também como instrumento gerencial no processo decisório.

Neste sentido, Souza, Lisboa e Rocha (2003) também constataram em pesquisa realizada em subsidiárias brasileiras de empresas multinacionais que 73,5% das empresas pesquisadas utilizam o método de custeio por absorção, evidenciando a expressiva preferência pela adoção deste método. O custeio variável é o segundo método mais utilizado, com apenas 14,3% de adesão.

Tanto a pesquisa desenvolvida por Beuren, Souza e Raupp (2003), como a desenvolvida por Souza, Lisboa e Rocha (2003), demonstram a preferência pela utilização do método de custeio por absorção, e que ele não é utilizado apenas para fins contábeis, mas também como ferramenta de apoio gerencial.

Apesar disto e conforme Maher (2001), esse método apresenta, entre outras, duas deficiências básicas:

- *Produção*: O custeio por absorção pode criar incentivos para que a empresa produza mais do que o necessário, “escondendo” custos fixos no estoque final;
- *Marketing*: O preço de venda obtido através desse custeio pode estar superavaliado ou subavaliado, dada a utilização de critérios de rateio arbitrários e subjetivos.

Como os custos fixos são apropriados ao produto através de rateio nesse método de custeio, eles compõem o custo do produto que está estocado, causando um aumento do valor do estoque, principalmente quando o nível de produção for maior que o volume de vendas.

2.3.3.3 Custeio Variável

Segundo Martins (2003), no método de custeio variável são alocados aos produtos somente os custos variáveis, sendo os custos fixos separados e considerados como despesa do período, indo diretamente para a apuração do resultado.

O custeio variável trata os custos indiretos de fabricação como custos do período e não como custos do produto, ou seja, não são estocáveis (MAUAD; PAMPLONA, 2002).

Por sua própria natureza, os custos fixos existem independentemente do nível de produção; são necessários muito mais para a indústria operar do que para produzir uma unidade a mais de um produto. Em decorrência, uma das características do custeio variável está em não apropriar ao produto esses custos, não se utilizando de qualquer espécie de rateio para chegar ao custo do produto (MARTINS, 2003). Assim, através do custeio variável é possível chegar à margem

de contribuição, que é obtida pela diferença entre a receita e os custos marginais, possibilitando o gerenciamento da margem real de rentabilidade de cada produto (COLMANETTI, 2001).

Matos (2002) observa que o método de custeio variável oferece possibilidade de análise do comportamento dos custos em diferentes níveis de atividade, decisão de preços em situações de ociosidade e oportunidades para a melhoria da rentabilidade. Outro item que Matos (2002) apresenta como vantagem é o cálculo do ponto de equilíbrio, que analisa a capacidade instalada e sua ocupação.

Quando a maioria dos custos da empresa é fixo, não há vantagem na utilização desse método, pois ele não considera no custo do produto uma parte considerável dos seus gastos.

Os custos fixos indiretos de fabricação são tratados de forma periódica neste método de custeio, não sendo rateados para o estoque, conforme ocorre no custeio por absorção, o que determina, em curto prazo, variações no lucro quando há oscilações nas vendas (FAMÁ; HABIB, 1999). No caso de empresas prestadoras de serviço, não ocorre essa variação por não haver estoque de serviços.

A Figura 7 apresenta o funcionamento da apuração do resultado, quando é utilizado o custeio variável:

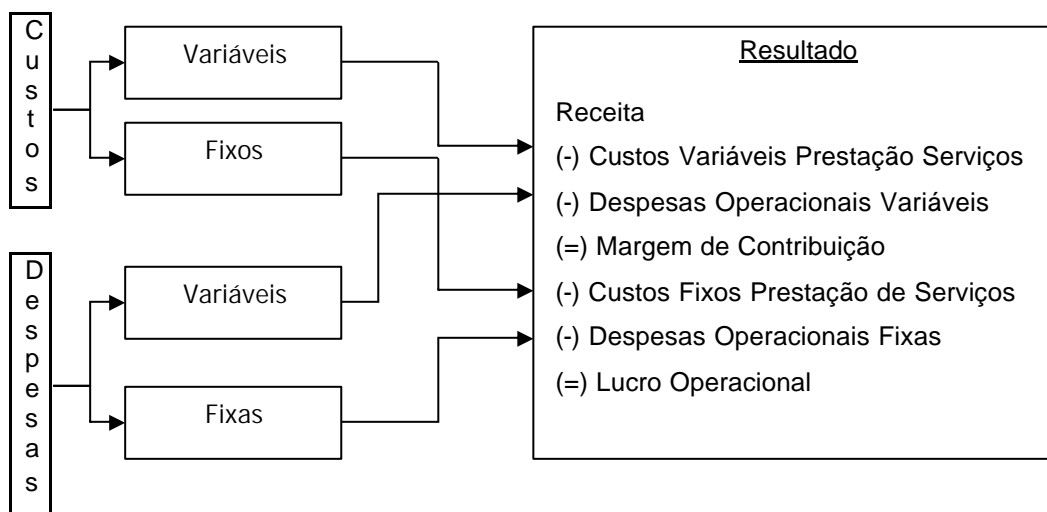


Figura 7 – Custeio Variável na Prestação de Serviços
Fonte: Adaptado de Perez Junior (1991, p. 225).

2.3.3.4 Custeio Direto

No método de custeio direto, todos os custos e despesas variáveis ou fixos que permitem identificação direta são adicionados ao custo da unidade de produto. (VARTANIAN, 2000).

Para Ludícibus (2006) o método de custeio direto está situado entre o custeio por absorção e o custeio variável, sendo evidenciada a sua vantagem de aplicação para a tomada de decisões, principalmente na análise de resultados divisionais.

Ludícibus (2006) acrescenta que o custeio direto apresenta uma informação bastante razoável para a empresa porque evita o rateio de custos que podem levar a absurdos, mas considera como custo do produto aquela parte do custo fixo que pode ser identificada diretamente (custo/despesa fixa específica).

Segundo Ribeiro Filho (2005) a preocupação fundamental do custeamento direto é estabelecer um processo de identificação dos gastos, que permita procedimentos de gestão e tomada de decisões aderentes aos fenômenos físico-operacionais. Este método, segundo o autor, evita aproximações, rateios ou direcionadores, contribuindo para a melhoria da gestão.

Vartanian (2000) acrescenta que este método é muito semelhante ao custeio variável, havendo muitas vezes confusão entre os conceitos destes dois métodos. É considerado um método híbrido porque incorpora conceitos do custeio por absorção e do custeio variável.

A principal diferença entre o custeio direto e o custeio variável é que o primeiro utiliza no seu cálculo os custos indiretos de fabricação fixos específicos e as despesas operacionais fixas específicas, o que não ocorre no custeio variável, onde somente são considerados os custos e despesas variáveis (VARTANIAN, 2000). Os gastos específicos a que o autor se refere são aqueles que podem ser identificados por unidades de produto ou serviços.

Na Figura 8 é apresentado o esquema de funcionamento deste método:

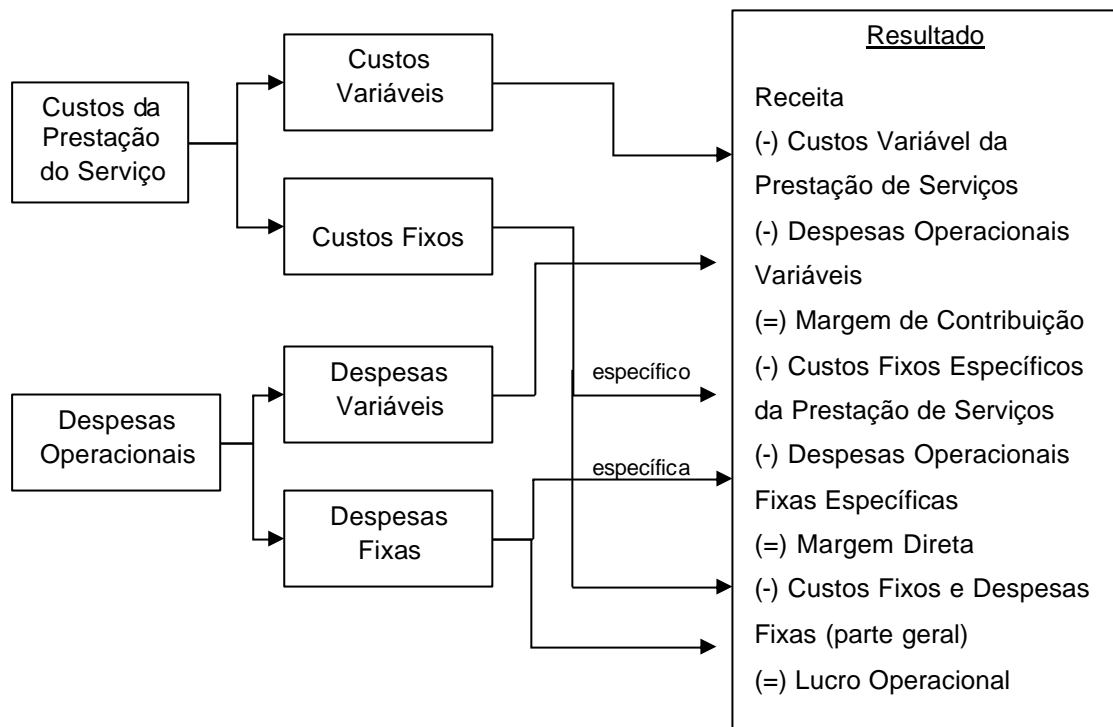


Figura 8 – Custeio Direto na Prestação de Serviços
 Fonte: Adaptado de Iudicibus (2006, p.200)

2.3.3.5 Custeio Baseado em Atividades – ABC (Activity Based Costing)

A abordagem de gerenciamento de custos pelo custeio ABC divide a empresa em atividades. O custo do produto é obtido pelo rastreamento do consumo de todas as atividades necessárias para a sua fabricação. A principal função de uma atividade é converter recursos (material, mão-de-obra e tecnologia) em produtos ou serviços (BRIMSON, 1996).

O ABC, para Riccio, Robles Junior e Gouveia (1997), é um método de custeio que está voltado para a obtenção de maior visibilidade e compreensão dos custos e dos fatores que contribuem para a sua formação. Esse método atribui os custos indiretos da organização às atividades executadas, permitindo relacionar todos os custos que tenham sido incorridos para satisfazer o cliente na demanda dos produtos e serviços.

Para Souza (2001), o ABC na realidade, não propõe novo método de custeio, apenas apresenta inovações ao método de custeio por absorção, que é a

forma de identificação dos custos indiretos ao produto e a ampliação do que é considerado indireto, incluindo também as despesas operacionais.

Uma das vantagens na implantação do custeio por atividades, de acordo com Brimson (1996), é a identificação da origem do custo pelo tratamento de cada atividade, o que permite também a eliminação de desperdícios operacionais.

Souza (2001) identifica argumentos contrários à implantação do ABC em pesquisa realizada com subsidiárias brasileiras de empresas multinacionais. O autor aponta alguns motivos: complexidade de implantação e manutenção do sistema, custo elevado de implantação, baixa relação custo-benefício e dificuldade de justificar os objetivos.

Para Guerreiro (2001), apesar de ter uma grande difusão e aceitação no meio acadêmico e empresarial, o ABC apresenta uma baixa eficácia informativa no que diz respeito à gestão da rentabilidade de produtos e negócios.

Catelli e Guerreiro (1993) afirmam que a grande parcela dos custos indiretos é de natureza fixa, em qualquer atividade e, com o crescimento da automação industrial, houve um aumento dos custos fixos em relação aos custos variáveis. Assim, no custeio ABC, o relacionamento dos custos fixos das atividades com os produtos é tão subjetivo e incorreto como ratear esses custos proporcionalmente ao custo de mão-de-obra direta, conduzindo a resultados proporcionalmente mais errados.

O ABC, bem como o absorção, apropria os custos indiretos ao produto. A principal diferença entre eles é a forma utilizada para apropriação desses custos. No ABC, é mais detalhada que no absorção, pois o ABC trabalha com o rastreamento dos custos indiretos para identificar a melhor forma de apropriá-los ao produto, mediante a identificação e mensuração das atividades.

Na Figura 9, é ilustrada a forma como ocorre o custeio ABC nas empresas:

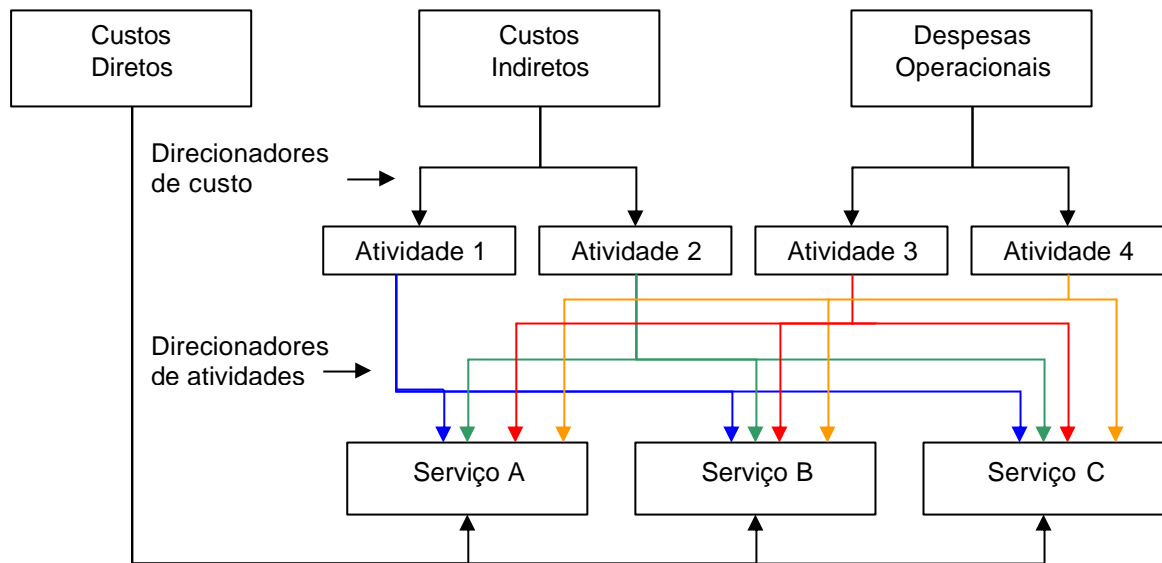


Figura 9 – Custeio ABC

Fonte: Adaptado de Perez Junior (1991, p. 226).

O ABC está fundamentado no princípio de que as atividades consomem recursos, enquanto os produtos consomem atividades (BRIMSON, 1996). Esse fundamento é identificado na Figura 9, em que se verifica que os custos são alocados às atividades, e elas são apropriadas ao produto.

Apesar das vantagens em sua aplicação, esse método não é muito utilizado pelas empresas. De acordo com Kaplan e Anderson (2007), ocorrem problemas na implantação do custeio ABC, conforme apresentado a seguir:

- a) o levantamento dos processos consome tempo e gera custos para a empresa;
- b) os dados do ABC são subjetivos e difíceis de validar;
- c) na maioria dos casos, não possibilita a análise de novas oportunidades para a empresa;
- d) o ABC não é facilmente adaptável a mudanças da empresa;
- e) não analisa a capacidade ociosa da empresa.

Devido a essas dificuldades na implantação do custeio ABC, Kaplan e Anderson (2007) apresentam uma nova abordagem – o *time-driven activity-based costing* (TDABC) – que, segundo os autores, é a solução para os problemas com a implantação do ABC convencional.

O TDABC é mais simplificado para aplicação, pois utiliza apenas dois parâmetros para estimativa: a taxa do custo de capacidade e o tempo usado em cada transação processada (KAPLAN; ANDERSON, 2007).

2.3.3.6 Considerações Finais sobre os Métodos de Custeio

A apresentação dos métodos de custeio tem como objetivo possibilitar a análise comparativa das formas de cálculo.

Para facilitar a compreensão, apresenta-se no Quadro 4 um comparativo entre os métodos, apresentando as suas principais diferenças:

CARACTERÍSTICAS	MÉTODOS DE CUSTEIO				
	PLENO	ABSORÇÃO	VARIÁVEL	DIRETO	ABC
Composição	Custo de produção, despesas operacionais e financeiras	Custos de produção	Custos variáveis	Não inclui os custos indiretos fixos comuns.	Custos de fabricação e despesas operacionais
Classificação dos Custos	Diretos e Indiretos	Diretos e Indiretos	Fixos e Variáveis	Diretos e Indiretos, Comuns e Específicos	Rastreáveis e Não-rastreáveis
Ênfase	Lucro Líquido	Lucro Bruto	Margem de Contribuição	Segunda Margem de Contribuição	Lucro Líquido
Comportamento do Resultado	O lucro líquido é maior quando a produção excede as vendas	O lucro líquido é maior quando a produção excede as vendas	O lucro líquido é maior quando as vendas excedem a produção	O lucro líquido é maior quando as vendas excedem a produção	O lucro líquido é maior quando a produção excede as vendas

Quadro 4 – Comparação entre os Métodos de Custeio

Fonte: Adaptado de Souza (2001, p. 51) e Vartanian (2000, p. 121).

Kraemer (1995) afirma que nenhum dos métodos de custeio, em sua concepção pura, pode atender a todas as necessidades de informação da empresa, impostas pelo ambiente competitivo. Para a autora, a combinação dos métodos existentes pode gerar uma melhor qualidade da informação de custos para a empresa.

Martins (2003, p. 296) menciona que “é absolutamente incorreto dizer-se sempre que um método é, por definição, melhor do que outro. Na realidade, um é melhor do que outro em determinadas circunstâncias, para determinadas utilizações”.

Os custeios pleno e ABC derivam do método de custeio por absorção, pois sua essência é a mesma. Já o custeio variável apresenta uma modificação significativa na forma de custeio.

Por essa razão, é apresentado um comparativo entre o custeio variável e o custeio absorção, elaborado por Maher (2001) destacando as vantagens e as desvantagens desses métodos:

Custeio por Absorção	Custeio Variável
Não é possível identificar a margem de contribuição	É possível identificar a margem de contribuição
As variações no estoque afetam o lucro da empresa	As variações no estoque não afetam o lucro da empresa
Os custos fixos de produção afetam o estoque	Os custos fixos são registrados diretamente no resultado, penalizando as empresas que aumentam os estoques prevendo uma demanda maior
Os custos fixos são tratados como se fossem unitários, ou seja, como se fossem custos variáveis, o que pode ser enganoso para a administração	Não trata os custos fixos
Reconhece a importância dos custos fixos de produção, que podem ser significativos dependendo da empresa	Não considera os custos fixos
É aceito pelas normas brasileiras e pelas normas internacionais de contabilidade	Não é aceito pelas normas contábeis

Quadro 5 – Vantagens e Desvantagens dos Custeios Absorção e Variável
Fonte: Adaptado de Maher (2001, p. 377).

2.3.4 Gestão Estratégica de Custos

A gestão estratégica de custos surgiu devido as críticas à contabilidade de custos tradicional. Segundo Johnson e Kaplan (1987) a contabilidade de custos tradicional não atendia mais ao ambiente competitivo em que as empresas estão inseridas.

A gestão estratégica de custos, conforme Bacic (1994), adota conceitos de estratégia e de competitividade para o estudo e a gestão de custos e tem como

objetivo relacionar a estratégia à gestão de custos para, em conjunto, obter melhores resultados para a empresa.

Bacic (1994) observa que a gestão de custos visa à melhoria da gestão, mas não é suficiente para manter a empresa competitiva. Nesse sentido, o envolvimento com a estratégia passa a ser relevante, possibilitando uma análise mais profunda para a determinação do posicionamento estratégico da empresa.

Bacic (1994) acrescenta ainda que as palavras estratégia e competitividade não eram facilmente encontradas em obras de custos. A introdução desses termos no estudo de custos representa um avanço conceitual na área.

Por meio da gestão estratégica de custos, os gestores podem tomar decisões mais acertadas, estabelecendo metas em função do seu planejamento estratégico.

A gestão estratégica de custos encontra amparo no estudo de Andrews (2006), que define estratégia como o modelo de decisões de uma empresa que determina e revela seus objetivos, propósitos ou metas, produzindo políticas e planos para atingir suas metas.

De acordo com Shank e Govindarajan (1997), a gestão estratégica de custos resulta da mistura de três temas: análise da cadeia de valor; análise do posicionamento estratégico e análise dos direcionadores de custos.

A cadeia de valor, segundo Porter (1989), é o conjunto de atividades que criam valor, desde a fonte das matérias-primas até a entrega do produto ao consumidor final. Nesse sentido, Shank e Govindarajan (1997) apresentam a empresa em um enfoque externo, como um componente da cadeia global de atividades criadoras de valor da qual a empresa é apenas uma parte, sendo este enfoque amplo e externo, que possibilita o gerenciamento de custos de forma eficaz.

O posicionamento estratégico é o caminho que a empresa resolve seguir com relação a suas estratégias básicas. Para determinar o posicionamento estratégico da empresa, Porter (1989) identifica três fontes de vantagem competitiva: custos, diferenciação e enfoque.

A vantagem competitiva ocorre quando a empresa atinge uma posição favorável perante a concorrência e ao mercado, alcançada com base na diferenciação, no custo ou no enfoque, conforme demonstrado na Figura 10:

		Vantagem Competitiva	
		Custo mais baixo	Diferenciação
Escopo Competitivo	Alvo Amplo	1 - Liderança em Custo	2 - Diferenciação
	Alvo Estreito	3a - Enfoque no Custo	3b - Enfoque na Diferenciação

Figura 10 – Estratégias Genéricas
Fonte: Porter (1989, p. 10).

A estratégia de liderança em custos trata das empresas que perseguem custos mais baixos para seus produtos. Para Porter (1989) esta estratégia exige que a empresa seja a líder em custo, comparada às suas concorrentes e não uma entre muitas disputando esta posição. A empresa tem escopo amplo, pois atende a muitos segmentos de mercado.

A estratégia de diferenciação trata das empresas que oferecem um produto ou serviço diferenciado, criando algo que seja considerado único pelo cliente. Para Porter (1989), a empresa procura ser única em seu segmento, observando as dimensões valorizadas pelos compradores, e é recompensada pela sua singularidade com um preço *premium*. A diferenciação oferecida pela empresa pode ser baseada no próprio produto ou na marca, tecnologia, entrega. Para a empresa sustentar-se nessa estratégia, o adicional de preço deve compensar os custos extras por oferecer um produto único.

A estratégia de enfoque, segundo Porter (1989), baseia-se na escolha de um ambiente competitivo estreito dentro de um segmento. Visa a atender um alvo determinado, ou seja, a empresa seleciona um segmento e adapta sua estratégia para atendê-lo, excluindo todos os outros segmentos. Porter (1989) acrescenta ainda que o enfoque procura obter uma vantagem competitiva nos segmentos-alvo escolhidos pela empresa, embora não possua uma vantagem competitiva geral.

De acordo com Shank e Govindarajan (1997), após a análise do posicionamento estratégico, a empresa deve analisar os direcionadores de custos, ou seja, compreender a interação dos custos.

Riley (1987 *apud* SHANK; GOVINDARAJAN, 1997) divide os direcionadores de custos em duas categorias: estruturais e de execução. Os direcionadores estruturais são: a escala, a integração horizontal, a experiência, a tecnologia e a complexidade. Os direcionadores de execução referem-se à execução bem sucedida da empresa e são: o comprometimento da força de trabalho e a utilização da capacidade da empresa.

Rocha (1999) substitui a palavra “direcionadores” por “determinantes” de custos. Comenta que os determinantes estruturais refletem as opções estratégicas primárias da empresa, tendo em vista sua estrutura econômica subjacente. Já os determinantes de execução, também chamados de operacionais dependem da capacidade de execução da empresa e têm relação com seu desempenho.

Além de analisar o comportamento dos custos, Porter (1989) afirma que o valor estratégico da vantagem de custos está baseado na sua sustentabilidade, ou seja, na capacidade da empresa em manter sua vantagem competitiva. Nessa estratégia fica clara a necessidade da empresa de identificar seu posicionamento para que os recursos internos estejam voltados à produção ou a prestação de serviços de baixo custo.

Definida a estratégia, todas as atividades da empresa devem estar alinhadas para atendê-la. Para isso, as informações de custos exercem papel relevante, pois, com a sua análise, é possível identificar se a empresa está focada na sua estratégia ou se existem desvios de foco a serem corrigidos.

A gestão de custos utiliza dados da contabilidade de custos para a tomada de decisão, identificando estratégias que contribuirão para o crescimento dos negócios e para a sobrevivência da empresa no longo prazo, através da criação de vantagens competitivas sustentáveis (COSTA; SANTOS; SANTOS, 2006). Nesse enfoque, a empresa mantém sua vantagem competitiva, analisando e implementando ações com base nas informações da contabilidade de custos.

Para Shank e Govindarajan (1997), a contabilidade, em um contexto estratégico, serve como ferramenta ao processo de tomada de decisões, destacando-se três importantes generalizações:

- a) a contabilidade não é um fim em si mesma, mas apenas um meio de ajudar a empresa a obter êxito. Assim, as técnicas de contabilidade devem ser julgadas à luz de seu impacto no sucesso da empresa;
- b) técnicas ou sistemas de contabilidade devem ser considerados em termos do papel que devem desempenhar na empresa como um

todo. Um conhecimento operacional de contabilidade gerencial envolve o conhecimento da multiplicidade de papéis que a informação contábil pode desempenhar;

- c) ao avaliar o sistema contábil global de uma empresa, a consistência entre os diversos sistemas é fundamental. A questão-chave é se a adequação global com a estratégia está apropriada.

A contabilidade gerencial de custos atende principalmente à necessidade de informações internas da empresa, porque apresenta o detalhamento necessário para que o gestor a utilize como instrumento para a tomada de decisões.

Além da gestão estratégica de custos, alguns autores como Bromwich (1988) e Ott (2001) tratam também da importância da contabilidade gerencial estratégica no processo decisório das empresas.

Bromwich (1988) apresenta a contabilidade gerencial estratégica como ferramenta para avaliar as vantagens comparativas da empresa frente aos seus concorrentes, para avaliar os lucros proporcionados pelos produtos ao longo da sua vida útil e o benefício das decisões em um horizonte de longo prazo.

Para Ott (2001), os modelos e procedimentos utilizados na contabilidade gerencial tradicional já não dão as respostas ao ambiente de mudanças em que as empresas estão inseridas, devendo ela adotar uma dimensão estratégica para fornecer informações à alta direção. Nesse sentido, a gestão estratégica de custos e a contabilidade gerencial estratégica são os instrumentos mais adequados para a análise gerencial.

Nesse estudo a análise de custos possibilita o melhor posicionamento estratégico da empresa. Com as informações de custos, a alta direção tem instrumentos para tomar decisões voltadas às necessidades imediatas, que impactam na forma de administração da operadora.

2.3.5 Custos em Serviços de Saúde

Para Matos (2002), um sistema de gestão de custos aplicado às instituições de saúde assume papel importante na necessidade de viabilizar as organizações de saúde, tanto públicas quanto privadas.

Com o crescimento do setor de serviços, as empresas passaram a adaptar o sistema de custeio aplicado nas indústrias para a prestação de serviços. De acordo com Hansen e Mowen (2001), é necessário conscientizar as empresas de prestação de serviços para a importância e utilidade da informação de custos, pois devido à concorrência, a contabilidade de custos passa a ser uma ferramenta útil para o melhor planejamento das ações e para a tomada de decisão.

Assim como as demais empresas, as organizações do setor de saúde não podem ignorar um sistema que permite acompanhar a evolução e o controle dos custos incorridos em suas atividades, sob o risco de uma iminente descontinuidade de suas atividades (GOMES, 2000).

Porter e Teisberg (2004) alertam que minimizar custos em serviços de saúde pode levar a resultados contraproducentes. A economia de custos deve advir de reais eficiências na prestação de serviços e não na restrição de tratamentos ou na redução da qualidade dos mesmos.

Kaplan, Montico e Velarde (2005) acrescentam também que os produtos das empresas de serviços em saúde são intangíveis e não são homogêneos, o que dificulta o cálculo do custo dos serviços.

A adequada gestão do resultado nas empresas de saúde, segundo Beulke e Bertó (2005, p. 31), pode ocorrer de diversas formas:

- a) através de uma boa gestão de custos, mediante a análise dos resultados por área de responsabilidade, e a criação de um orçamento;
- b) através da identificação e do acompanhamento da formação dos custos: a análise das atividades na própria instituição ou a sua terceirização;
- c) através do uso racional de tempos e espaço, que é uma outra forma de gestão de custos, pois controla o fluxo de atendimentos e horários de estrangulamento.

Esses itens mencionados pelos autores aplicam-se também às operadoras de planos de saúde. Observa-se que, nesse caso, a análise do comportamento de custos da empresa deve ser segmentada entre a rede própria e a rede credenciada, possibilitando uma análise mais detalhada da ocorrência dos custos.

Miranda (2003) destaca que um complicador do gerenciamento de custos das operadoras está, sobretudo, num regime onde as receitas são fixas e pré-determinadas e os gastos com assistência à saúde são variáveis.

Assim, a operadora recebe mensalmente uma receita, conhecida desde que comercializou o plano, mas desconhece o custo que o plano pode gerar, não sendo possível avaliar a margem a ser obtida com o plano, que varia em função da utilização do beneficiário.

A padronização dos produtos pela ANS aumentou a concorrência nesse mercado e, para manter a competitividade entre os concorrentes de forma a ampliar a atratividade e obter maior número de clientes, a gestão de custos passa a ser o seu foco principal (MIRANDA, 2003).

Corá (2004) acrescenta que a maior dificuldade em mensurar custos nas empresas de serviços de saúde suplementar é ocasionada pela grande incidência de custos indiretos. Devido a essa característica, é necessária uma análise mais detalhada do processo para identificar a melhor maneira de distribuir o custo indireto.

O gerenciamento de custos nas operadoras de planos de saúde, de acordo com Miranda (2003), deve considerar os atores que atuam no sistema, suas crenças e seus principais interesses (Quadro 6):

Atores	Crenças e Interesses
Operadoras de Planos de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Para as operadoras, os prestadores de serviços são responsáveis pelo aumento de custos. Assim as operadoras criam estratégias para evitar a realização ou o pagamento daquilo que consideram desnecessário; • Acreditam que os contratantes de planos de saúde são movidos pela conveniência do uso e por isso, criam formas para evitar a adesão ao plano apenas em momentos de necessidade; • Atuam em um mercado em que são obrigadas a trabalhar com despesas de serviços cada vez maiores (inclusive por estarem sujeitos às imposições governamentais).
Contratantes dos serviços de saúde (beneficiários pessoa jurídica)	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com sua política de benefícios, a empresa possibilita o acesso dos seus funcionários (e dos dependentes quando for o caso) ao sistema suplementar de assistência a saúde; • O interesse das empresas contratantes é pagar o mínimo possível para conceder este benefício e não ter nenhum tipo de problema que prejudique a operação do seu próprio negócio. Assim, tentam comprar o máximo de qualidade com os poucos recursos que dispõem para manter o benefício.

Continua...

Conclusão

Atores	Crenças e Interesses
Pessoas associadas aos serviços de saúde (beneficiários pessoa física)	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditam que as operadoras de saúde fazem o possível para impedi-las de realizar o que precisam e têm direito; • As pessoas físicas pagam um valor mensal, que quase sempre consideram excessivamente caro, para utilizar os serviços de saúde, quando quiserem e bem entenderem, sem consciência do caráter coletivo da sua contribuição (querem “fazer valer” o seu dinheiro).
Prestadores e profissionais de serviços de saúde (credenciados)	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditam que o valor da remuneração dos seus serviços está muito aquém do que seria justo e que as operadoras de saúde são beneficiadas com essa situação.

Quadro 6 – Atores no Mercado de Saúde Suplementar
 Fonte: Adaptado de Miranda (2003, p. 9).

Neste quadro são identificadas as relações conflituosas que existem nessa atividade. Cada um dos atores é responsável pela ocorrência de custos nas operadoras, e os gastos vão depender do comportamento de cada ator.

Com a utilização da rede própria, a operadora neutraliza a ação dos credenciados na realização de serviços desnecessários no atendimento aos beneficiários. Na rede própria, a operadora passa a ter o controle direto sobre os serviços realizados aos beneficiários do seu plano de saúde. A rede própria atende a todos os planos comercializados pela operadora, independentemente da cobertura oferecida e do valor de mensalidade pago pelo cliente.

Segundo Capettini, Chow e Mcnamee (1998), o aumento dos custos em instituições de saúde está relacionado com os avanços da medicina e da tecnologia colocada à disposição dos médicos, que passam a gerar um custo mais elevado para o mesmo tipo de serviço. De fato, o avanço da tecnologia na medicina, que passou a utilizar recursos que antes não existiam, principalmente com relação aos exames de diagnóstico, trouxe um incremento dos custos. Para os planos de saúde, os exames sofisticados impactam significativamente na ocorrência de custos da operadora.

Marinho e Mac-Allister (2005) destacam que, na visão do beneficiário do plano de saúde, a livre escolha de médicos e prestadores de serviços credenciados é sinal da qualidade do plano adquirido. Porém, para as operadoras, o maior número de opções pode gerar um maior custo, pois facilita o acesso ao beneficiário que pode consultar com vários médicos e repetir os mesmos exames sem nenhum tipo de controle.

Para identificar os métodos de custeio que as operadoras utilizam, Costa, Santos e Santos (2006) realizaram uma pesquisa com 13 operadoras de planos de saúde de médio e grande porte da região metropolitana de São Paulo, para investigar a utilização de ferramentas de gestão de custos. Na pesquisa, os autores apuraram:

Método de Custeio/Ferramentas	%
Custeio por Absorção	21,7%
Custeio Variável	21,7%
Custeio Padrão	4,3%
Custeio ABC	4,3%
Custo Meta	8,8%
Custo de Oportunidade	13,0%
<i>Balanced Scorecard</i>	17,4%
Teoria das Restrições	8,8%
Total	100,0%

Quadro 7 – Métodos de Custeio utilizados por Operadoras
Fonte: Costa, Santos e Santos (2006, p. 9).

O resultado obtido com essa pesquisa demonstra que o custeio por absorção e o custeio variável são os mais utilizados pelas operadoras. Nesta pesquisa não é feita a separação das operadoras que possuem rede própria, daquelas que não a possuem, o que poderia modificar a forma de interpretação do resultado obtido.

Os autores acrescentam ainda que, com as unidades próprias, as operadoras passam a trabalhar com uma variável conhecida “gastos fixos”, sendo que as técnicas de gestão de custos devem estar voltadas para explorar o máximo da capacidade das unidades próprias.

A próxima seção trata da gestão descentralizada de custos, suas vantagens e desvantagens na aplicação em uma empresa.

2.4 DESCENTRALIZAÇÃO

2.4.1 Gestão Descentralizada de Custos

Descentralização, segundo Hansen e Mowen (2001), é a prática de delegar autoridade de tomada de decisões para níveis inferiores de responsabilidade. Ocorre normalmente quando as empresas possuem filiais ou unidades de produção que operam separadamente. A gestão de custos descentralizada auxilia no processo de tomada de decisões, facilitando a análise individualizada dos custos.

Alfred Sloan (2001) aplicou a gestão descentralizada na General Motors, na década de 1920, para a resolução dos problemas dessa organização, os quais passaram a ser melhor administrados com essa filosofia gerencial.

Para Horngren (1985), a descentralização tende a ser mais bem sucedida quando os segmentos ou unidades são independentes entre si. O sistema de controle deve ser projetado respeitando a autonomia especificada pela direção da empresa, pois, quando a alta direção se compromete com a descentralização, não pode mais interferir nas decisões locais, a não ser em casos extremos.

Padoveze (2003) utiliza o conceito de contabilidade divisional para a descentralização das empresas, apresentando os principais modelos de acordo com a estrutura das organizações:

- a) por Centros de Lucros ou Resultados: Cada centro de lucro é uma unidade organizacional que reúne diversos departamentos;
- b) por Divisões: Cada divisão representa uma fábrica ou uma filial da empresa;
- c) por Unidades de Negócios: Cada unidade reúne várias divisões, fábricas ou filiais que produzem, vendem ou revendem produtos similares;
- d) por Atividades: O resultado é apurado por atividade do fluxo operacional e administrativo da empresa.

Anthony e Govindarajan (1998) e Maher (2001) tratam a descentralização como "Centros de Responsabilidade" e apresentam a seguinte classificação para as unidades descentralizadas nas empresas:

- a) centros de custos: unidade responsável apenas pelos custos específicos;
- b) centros de custos discricionários: unidade cujos gerentes são responsáveis por custos não tão específicos como gastos com contabilidade, jurídico, propaganda, manutenção, pesquisa e desenvolvimento, etc. ;
- c) centros de receitas: unidade responsável pela venda do produto;
- d) centros de lucro: unidade responsável pelo lucro, portanto gerenciam receitas e custos;
- e) centros de investimento: unidade responsável pelos lucros e investimentos em ativos.

Padoveze (2003) apresenta a classificação contábil para a descentralização e Maher (2001) apresenta as possibilidades de descentralização da empresa em geral.

A apuração do custo por unidade organizacional permite atribuir as responsabilidades de forma adequada dentro da empresa. Com controles eficientes é possível exigir o cumprimento de metas das unidades e pode-se atribuir aos coordenadores de área a responsabilidade por atingi-las.

Falk (2001) destaca que os hospitais utilizam centros de responsabilidade para identificar as receitas e custos de cada unidade organizacional e a sua contribuição para o resultado geral da empresa, fazendo a apuração por centros de custo.

Para Gomes e Salas (1999), antes de a empresa decidir pela descentralização, deverá definir claramente o poder de decisão que se transfere a cada responsável de área.

Warren, Reeve e Fess (2001) acrescentam ainda que o grau adequado de descentralização depende muito das características da empresa, pois existem negócios em que os gerentes de divisão têm autoridade sobre todas as operações da unidade e em outras apenas sobre parte delas.

Quando uma empresa é descentralizada, Gomes e Salas (1999) destacam que o sistema de controle deve ser mais sofisticado e formalizado, com predomínio de sistemas de controle financeiro. O processo de planejamento pode assegurar

uma adequada alocação de recursos aos diferentes centros, facilitando o alinhamento entre os objetivos de cada responsável com os objetivos globais da organização.

Gomes e Salas (1999) também comentam que a descentralização na indústria utiliza controles baseados em resultados, estabelecendo preços de transferência para serem utilizados nas relações comerciais entre filiais.

No caso das operadoras de planos de saúde, não há transferência de serviços entre as unidades, já que o atendimento é realizado diretamente ao beneficiário na unidade local.

A descentralização é aplicada nas operadoras de planos de saúde, quando elas possuem mais de uma unidade de atendimento. Nesse caso, os custos são identificados por unidades individuais, possibilitando um melhor controle para a operadora.

Se a operadora não utiliza controles descentralizados, as informações são apenas em nível geral, o que limita muito a gestão das unidades de atendimento. Na gestão descentralizada, o gerente de cada unidade pode analisar o desempenho da sua unidade dentro da organização, sendo um fator de incentivo para a unidade aumentar sua participação no resultado geral da operadora.

2.4.2 Vantagens da Descentralização

A descentralização permite a análise dos resultados em separado, facilitando o controle de custos nas unidades, de acordo com o volume de receita que ela tem.

Leone (1995) também apresenta pontos positivos para a descentralização de custos, destacando que a empresa obtém uma apropriação mais exata dos custos indiretos, e há possibilidade de responsabilizar os gerentes de cada unidade pelos resultados apurados sob seu comando.

A visão descentralizada permite a análise comparativa de desempenho interno entre filiais e também possibilita a identificação das competências de cada filial, quando elas desenvolvem produtos diferentes.

Hansen e Mowen (2001) apresentam sete razões para as empresas preferirem a descentralização:

- a) Melhor acesso à informação local: Os gestores locais estão em contato direto com as informações operacionais da sua unidade, permitindo uma análise mais adequada da situação. Quando as unidades são em regiões diferentes, a descentralização passa a ser relevante para a gestão da empresa.
- b) Limitações Cognitivas: Trata-se do conhecimento do produto ou habilidades específicas para a gestão de uma unidade ou área. Quando as unidades empresariais trabalham com diferentes produtos, o conhecimento do profissional pode ser limitado, dependendo da atividade que a unidade desenvolve. A descentralização incentiva a especialização dos profissionais, que podem desempenhar melhor sua função, se atuarem na sua área de conhecimento.
- c) Resposta em tempo mais oportuno: A comunicação das decisões ocorridas no escritório central pode demorar a chegar às filiais. Assim, decisões centralizadas podem causar atrasos para a empresa, e podem aumentar as falhas de comunicação. A descentralização auxilia na comunicação das decisões tomadas, que são transmitidas mais rapidamente às partes interessadas.
- d) Focalização da gestão central: Quando as decisões são centralizadas, os gestores dedicam grande parte de seu tempo a decisões operacionais. Quando há descentralização, os gestores passam a ter mais tempo para se concentrar na elaboração do planejamento estratégico, definindo os rumos da organização no longo prazo.
- e) Treinamento e avaliação dos gestores de segmentos: Os gestores de níveis inferiores são treinados e avaliados periodicamente, sendo possível a promoção deles para a unidade central, ou para as unidades de maior porte.
- f) Motivação dos gestores de segmentos: A liberdade dos gestores locais na tomada de decisões estimula o crescimento destas pessoas, gerando maior satisfação no desenvolvimento do trabalho.

- g) **Competição realçada:** A avaliação do resultado geral da empresa não expõe os problemas que existem dentro de alguma divisão da empresa. A análise do resultado descentralizado permite a avaliação das contribuições de cada unidade para a composição do resultado geral da empresa.

Maier (2001) adiciona mais uma vantagem para a descentralização: a redução do tamanho dos problemas. Quando os problemas são locais, a abrangência é menor e as soluções são mais fáceis de ser implementadas. A descentralização reduz a complexidade dos problemas administrativos, por dividi-los em centros de responsabilidade menores.

2.4.3 Desvantagens da Descentralização

Segundo Ludícibus (2006), a descentralização auxilia a empresa quando não há concorrência entre as unidades, quando não competem entre si e não são dependentes entre si, e quando podem tomar decisões sem preocupar-se com os objetivos e metas das outras unidades.

Em consequência dessa análise feita por Ludícibus (2006), apresenta-se como desvantagens da descentralização da empresa e de seus controles:

- a) **Forte concorrência entre filiais:** A descentralização é prejudicial, nesse caso, por instigar a competição, ao invés de estimular a cooperação. A possibilidade de maiores ganhos para a empresa fica reduzida, pois seu funcionamento não é integrado.
- b) **Orçamento por filial:** Quando os recursos não são divididos igualmente pela empresa, no que tange à pesquisa e ao desenvolvimento ou investimentos em máquinas e equipamentos, pode haver o benefício de uma unidade em detrimento de outra.
- c) **Metas e Objetivos:** quando são traçados os objetivos da empresa como um todo, devem ser estabelecidas metas por unidade de produção ou por filial. Se as metas vincularem mais de uma filial, pode ser mais difícil o seu alcance, pois as ações de outra unidade, sobre a qual o

gestor não tem autoridade influenciam no reconhecimento do seu trabalho, podendo gerar situações de rivalidade.

Hornngren (1985, p. 219) também apresenta desvantagens que a organização tem com a descentralização:

- a) Os administradores podem tomar decisões disfuncionais concentrando-se somente na sua própria unidade, sem estar cientes de que suas decisões influenciam em toda a empresa.
- b) Os administradores tendem a duplicar serviços que seriam mais baratos quando centralizados (contabilidade, propaganda, pessoal).
- c) Os custos de acumulação e processamento de informações quase sempre aumentam, pois há um maior tempo na negociação dos preços de produtos e serviços transferidos internamente.

Maher (2001) apresenta ainda como desvantagem à descentralização, a decisão tomada pelo gerente local que pode trazer conflitos com as preferências da administração central, sujeitando a empresa a um custo para o monitoramento das atividades dos gerentes locais e a realização de despesas para correção das decisões consideradas inadequadas.

Neste capítulo foi tratado o referencial teórico da pesquisa. No capítulo a seguir é apresentada a metodologia aplicada a este estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 MÉTODODE INVESTIGAÇÃO

O procedimento técnico de pesquisa utilizado neste trabalho é o estudo de caso.

Segundo Yin (2005, p. 32) um estudo de caso é “uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Neste estudo, o fenômeno são os custos e o contexto é um mercado de concorrência acirrada entre as operadoras de planos de saúde.

Roesch (2006, p. 201) acrescenta que o estudo de caso “permite o estudo de fenômenos em profundidade, dentro de seu contexto; é especialmente adequado ao estudo de processos e explora fenômenos com base em vários ângulos”.

A escolha do método de estudo de caso, deve-se ao interesse em analisar profundamente a ocorrência de custos na rede própria de uma operadora de planos de saúde, sendo possível lidar com uma variedade ampla de evidências, compostas de observações, análise de documentos e realização de entrevistas. A análise realizada durante a pesquisa não pretende a implantação do sistema de custeio e apuração dos resultados. Trata-se na realidade, da observação e análise, com sugestão de um sistema para eventual ou futura aplicação.

Este é um estudo de caso único, por ser feito em apenas uma operadora de planos de saúde, com objetivo de estudar uma forma de implantação do custeio por tipo de atendimento na rede própria da operadora e usá-lo como ferramenta para a sustentação da decisão estratégica da empresa.

As informações de custos utilizadas são de uma unidade de atendimento específica da operadora, na cidade de São Leopoldo, ou seja, são dados descentralizados da empresa. Optou-se pela utilização de dados descentralizados porque as unidades oferecem diferentes tipos de serviços aos beneficiários, e possuem estruturas físicas diferentes para a prestação de serviço.

A opção pela utilização dos custos descentralizados da operadora tem como objetivo a análise dos custos por unidade de atendimento, possibilitando um melhor controle dos gastos e facilitando a atuação dos gestores, que podem agir diretamente nos problemas identificados.

Por fim, os dados apurados no sistema de custeio são comparados aos valores praticados pela rede credenciada local para que seja possível identificar se a opção estratégica da empresa (a verticalização) apresenta vantagens em custo para a operadora.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto aos objetivos, a pesquisa é classificada como explicativa. De acordo com Gil (2002), a pesquisa explicativa visa a identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos.

A observação da ocorrência dos custos na rede própria, com a elaboração de um sistema para apuração dos custos de cada atendimento, possibilita aos gestores informações de apoio à tomada de decisões.

A comparação dos custos calculados com o preço da rede credenciada, também decorrente da observação e coleta de dados, estabelece um parâmetro para analisar a decisão estratégica de verticalização do serviço.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa é classificada como qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com dados subjetivos, interpretando os fenômenos (GIL, 2002).

Esta pesquisa utiliza-se de dados quantitativos, mas seu foco principal está na análise qualitativa. A pesquisa visa a responder como medir o custo da rede própria da operadora e comparar seus resultados ao preço praticado pela rede credenciada, sendo uma abordagem qualitativa.

Quanto ao tipo de projeto, trata-se de uma proposição de planos. Segundo Roesch (2006), são considerados como proposição de planos os estudos que têm o propósito de apresentar planos ou sistemas para solucionar problemas organizacionais. O estudo pode ou não incluir a implementação do plano.

3.3 COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Conforme solicitado pela operadora, o nome da empresa será mantido em sigilo, devido a informações internas de caráter confidencial apresentadas neste estudo.

Quanto às técnicas de coleta de dados, Roesch (2006) destaca que as mais utilizadas na pesquisa qualitativa são entrevistas e observação. Neste estudo, as técnicas aplicadas foram a observação, a análise documental e a realização de entrevistas semi-estruturadas.

Na observação verificou-se a forma de funcionamento e as instalações da unidade de São Leopoldo (RS) da operadora objeto do estudo. Na análise da área física, foi disponibilizada pela operadora a planta baixa da unidade, em que foi possível identificar as áreas e o fluxo do atendimento dentro da unidade.

Para a análise documental foram utilizadas:

- a) as normas de regulamentação das operadoras de planos de saúde e a legislação dos planos de saúde, para entender o funcionamento legal desta atividade;
- b) os dados estatísticos do setor para conhecimento de informações sobre faturamento total, custos, número de beneficiários, concorrentes, quantidade de operadoras em funcionamento;
- c) informações internas da operadora estudada como folha de pagamento, balancetes contábeis, relatórios de serviços credenciados, estatística de atendimentos realizados na rede própria de São Leopoldo, dados sobre a agenda de serviços oferecidos pela unidade.

As entrevistas semi-estruturadas foram desenvolvidas com a aplicação de um questionário com perguntas abertas, e foram gravadas na sua integralidade. As entrevistas foram realizadas com a gerente operacional da unidade de São Leopoldo e com o diretor administrativo da operadora. O objetivo principal da entrevista foi a confirmação de informações relativas à gestão da operadora, definição de estratégia de mercado, posicionamento frente aos concorrentes. Além disto, foram inseridos questionamentos sobre o poder de decisão concedido para as unidades descentralizadas da empresa, a avaliação de desempenho, e o papel do contador na empresa.

Para a mensuração de custos foram definidos alguns critérios, a seguir dispostos:

- a) o objeto de custeio na rede própria é o tipo de atendimento. Por tipo de atendimento entendem-se os serviços oferecidos aos beneficiários dos planos de saúde dentro da estrutura própria da operadora. O custo é apurado para cada um dos tipos de atendimentos realizados na cidade de São Leopoldo, que é a unidade da rede própria selecionada para o estudo;
- b) identificação dos tipos de serviços oferecidos na unidade própria da operadora: avaliar a relação de todos os atendimentos feitos pela rede própria da operadora na cidade de São Leopoldo, durante o ano de 2006;
- c) os serviços foram segmentados em consultas médicas, ambulatório, odontologia e exames, sendo custeado cada um dos atendimentos dentro dos grupos, com exceção do ambulatório, que abrange uma diversidade de serviços que foram considerados em conjunto.
- d) classificação dos custos da rede própria: os custos são identificados e classificados em diretos e indiretos, fixos e variáveis, para a aplicação do cálculo dos custos;
- e) foi utilizado para o cálculo dos custos da rede própria o método de custeio pleno. Objetiva-se trabalhar com critérios de rateio mais refinados, em contraposição às críticas a este método. Para isso os custos indiretos foram analisados individualmente, com vistas a identificar a melhor forma de apropriá-los ao custo do serviço.

Após a identificação do custo do atendimento, iniciou-se o trabalho de comparação com a rede credenciada. Esse comparativo foi efetuado da seguinte forma:

- a) levantamento de todos os contratos com a rede credenciada da cidade de São Leopoldo para identificação dos preços cobrados para os serviços;
- b) para os serviços oferecidos na rede própria, mas que não estão disponíveis na rede credenciada de São Leopoldo, foi adotado o preço do serviço na rede credenciada da cidade mais próxima;

- c) para a odontologia foi utilizada a tabela da Odontoprev, pois a operadora não tem contrato com rede credenciada para atendimento odontológico;
- d) elaboração de um quadro comparativo de preços, considerando quanto custa o serviço na rede própria e quanto custa na rede credenciada. Com esse comparativo, é possível identificar quais os serviços mais acessíveis na rede própria, estabelecendo a vantagem da operadora em manter o serviço próprio.

A comparação dos custos apurados na rede própria com os custos da rede credenciada tem como objetivo evidenciar a vantagem ou desvantagem da operadora em ter uma rede própria. Esse comparativo possibilita decisões de caráter estratégico para a empresa.

A opção pelo custeio pleno deve-se ao fato de ele considerar a totalidade dos gastos da unidade de atendimento da operadora, sem exceções, resultando em uma informação mais completa que a de outros métodos de custeio.

Conforme Vartanian (2000), a aplicação do método de custeio pleno apresenta como vantagem o fato de serem levados em conta todos os gastos ocorridos em uma organização, sem exceções, o que resulta em uma informação de custos completa e conservadora.

O custeio pleno, no caso estudado, possibilita a análise da manutenção da rede própria local, pois a estrutura existente é a mínima necessária para o funcionamento da filial, justificando também o comparativo com a rede credenciada local.

O custeio variável não apresenta vantagens de aplicação neste estudo, porque a maioria dos custos da rede própria é fixo. Assim, com a utilização deste método, não seriam considerados custos importantes como o de pessoal, aluguel, amortizações.

Padoveze (2004) argumenta que os custos fixos gerados pela empresa são tão essenciais para a geração das unidades dos produtos quanto os custos variáveis, por essa razão também devem ser considerados na apuração do custo dos produtos ou serviços.

O custeio ABC, assim como o custeio pleno, utiliza custos e despesas para calcular o custo do produto ou serviço. Devido à complexidade na aplicação do custeio ABC, optou-se por um método mais simples e de menor custo de

implantação, para que a empresa pudesse adotar imediatamente um sistema de custos, hoje inexistente.

De acordo com Vartanian (2000), a implantação do ABC só se justifica quando os custos de instalação e operação do sistema puderem ser ultrapassados pelos benefícios a serem obtidos em médio e longo prazo com esse método de custeio.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

No desenvolvimento da pesquisa, a principal limitação identificada refere-se ao período de informações cedido pela operadora estudada. Devido a uma série de dificuldades operacionais, pela implantação do sistema informatizado integrado e a mudança do plano de contas padrão imposta pela ANS para alteração em curtíssimo prazo, a empresa disponibilizou apenas um trimestre para aplicação do modelo de custos.

Apesar disso, a consistência dos dados desse período possibilitou o cálculo, e os resultados obtidos validam a decisão estratégica da empresa. Assim, a contribuição mais significativa deste estudo, que diz respeito à elaboração de um sistema para cálculo dos custos na rede própria da operadora foi atingida, mesmo com uma base de dados para aplicação menor.

A pesquisa é específica para a operadora estudada, não podendo haver generalizações. Para a implantação do sistema em outras operadoras, devem ser observadas especificidades dos serviços disponibilizados.

4 O CASO DA OPERADORA

4.1 A OPERADORA

A operadora foi fundada em 1996, antes da regulamentação governamental do setor de planos de saúde. É uma operadora da modalidade de Medicina de Grupo, constituída como sociedade limitada, de acordo com o código civil de 2002. Trata-se de uma empresa de controle familiar cuja diretoria é composta por três cargos principais:

- a) Diretor Assistencial, que tem formação em medicina;
- b) Diretor Administrativo, que tem formação em administração hospitalar;
- c) Diretor Comercial, que tem formação em propaganda e publicidade.

Os diretores são da primeira e segunda geração de uma mesma família, o que não é muito comum nesse ramo de atividade. Apesar de ser familiar, há uma grande preocupação com a profissionalização da empresa. Por isso, a formação de cada diretor vem ao encontro da atividade por eles desenvolvida dentro da entidade.

A operadora comercializa planos coletivos e familiares com cobertura ambulatorial, odontológica, hospitalar e suas combinações. A atuação da operadora é de âmbito regional, atendendo a beneficiários em uma região do Rio Grande do Sul. A área de atuação da operadora compreende as cidades de Porto Alegre, Caxias do Sul, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Esteio, Gravataí, Estância Velha e Portão.

É filiada à Associação Brasileira das Medicinas de Grupo (ABRAMGE), que tem como objetivo organizar, regular, disciplinar, defender e representar as operadoras da modalidade de Medicina de Grupo de todo o Brasil. Por ser associada a essa entidade, a operadora integra o Sistema Urgência Nacional ABRAMGE, que possibilita atendimento de urgência aos beneficiários quando estão distantes da região de atuação da sua operadora.

A maior concentração de beneficiários da operadora está nos planos coletivos com cobertura ambulatorial mais odontológica, correspondente a 72% do total de

sua carteira. Os planos coletivos (planos firmados com pessoas jurídicas) representam 90% do total de beneficiários da operadora, conforme visualizado no Gráfico 4:

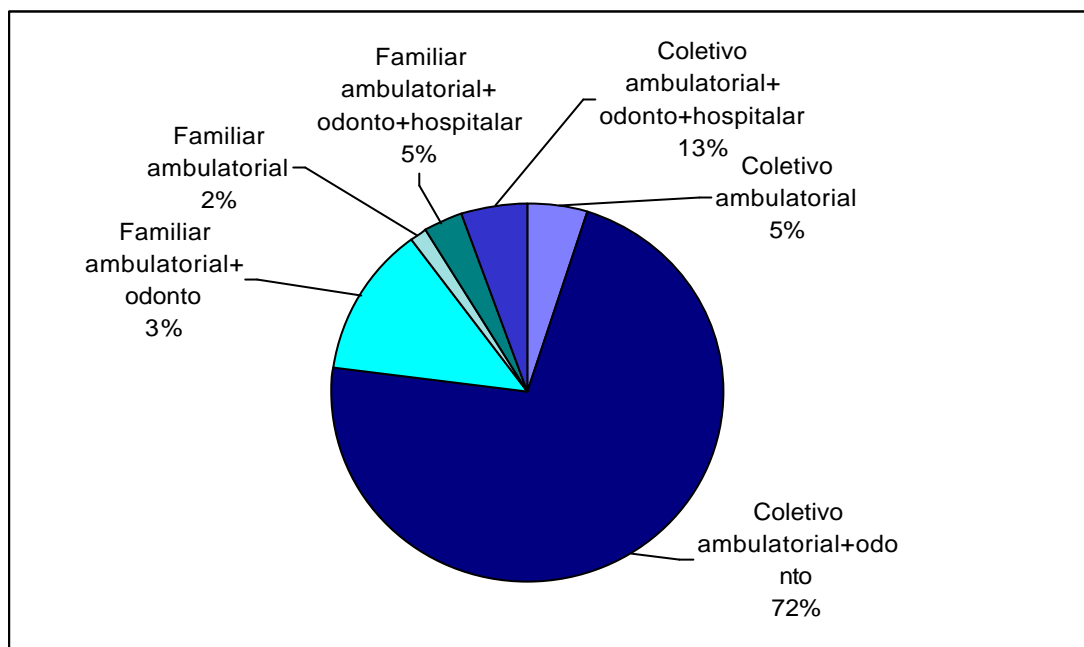


Gráfico 4 – Planos Comercializados pela Operadora

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema ERP da Operadora.

O plano coletivo é o contrato de plano de saúde estabelecido com empresas que têm como objetivo conceder um benefício a seus empregados e dependentes.

O plano coletivo com cobertura ambulatorial mais odontológica, conforme definido na seção 2.2.3 deste trabalho, é um plano comercializado somente para pessoas jurídicas e que tem cobertura de consultas, exames e atendimentos ambulatoriais, excluída apenas a cobertura para internações hospitalares.

Com a regulamentação dos planos de saúde em 1999, a operadora registrou seus planos na ANS, e passou a comercializar somente os planos aprovados por esta agência, conforme determinado pela legislação.

Também em 1999, a empresa conseguiu registro provisório de operadora junto à ANS, e em 2006 passou a ter o seu registro definitivo.

A sede administrativa fica na cidade de Novo Hamburgo, de onde os diretores supervisionam as filiais, ou seja, as unidades de atendimento dos beneficiários.

A gestão das unidades de atendimento é descentralizada, havendo um gerente para cada filial, com poder de decisão local. A autonomia dos gerentes é de caráter administrativo, tendo poderes para substituição de pessoal, decisões sobre

as necessidades de manutenção e compra de alguns materiais. O aumento de quadro de funcionários somente é permitido depois de expressa autorização da direção central. As compras de materiais de consumo são realizadas apenas pela administração central, mas os pedidos são feitos de acordo com a necessidade da unidade.

Mensalmente os gerentes de todas as unidades de atendimento participam de uma reunião com os diretores da empresa, na qual são abordados diversos assuntos, principalmente relativos à área de atendimento ao cliente. Nessa reunião são repassadas informações sobre os atendimentos e coberturas de planos e são comunicadas alterações de processos e normas da ANS. Devido à carência de informações econômico-financeiras das filiais, não são avaliados esses aspectos com os gerentes das unidades.

Em cada uma das unidades há um plantão de vendas, onde são oferecidas as opções de planos de saúde que a operadora comercializa. Além disso, há uma equipe de vendas sob coordenação da administração central, que faz visitas a empresas de todas as cidades da área de ação, com o objetivo de comercializar os planos coletivos.

De acordo com a classificação da ANS, a operadora é considerada de médio porte, por estar na faixa de 20.000 a 100.000 beneficiários, de acordo com a RN n.º 27/03 (ANS, 2003). Em 2007, a carteira era composta por 43.000 beneficiários.

Essa carteira de beneficiários gera um faturamento mensal em torno de R\$ 2 milhões. Em 2006, o faturamento anual atingiu R\$ 20 milhões, representando um crescimento de 11%, se comparado ao ano de 2005, cujo faturamento foi de R\$ 18 milhões.

A empresa conta com um quadro funcional de 340 pessoas, dividido entre as oito filiais que compõem a entidade. Dentre os funcionários estão os profissionais médicos e odontologistas que atendem na rede própria da operadora.

A seguir é apresentada uma breve análise do mercado de operadoras de planos de saúde na região de atuação da operadora estudada.

4.2 ANÁLISE DA CONCORRÊNCIA

O mercado de planos de saúde, após sua regulamentação em 1999, tornou-se bastante concorrido. Além disso, o custo de manutenção de uma operadora que atende a todas as exigências da ANS passou a ser muito alto (provisões técnicas, taxa de saúde suplementar, solicitação de reajuste etc.).

Antes da regulamentação dos planos de saúde, a operadora era livre para estabelecer produtos e administrar sua carteira de beneficiários. Com a criação da ANS foram estabelecidas taxas de operação como:

- a) taxa de registro de planos de saúde: é paga cada vez que a operadora lança um novo produto;
- b) taxa de solicitação de reajuste anual para os contratos de pessoas físicas: é paga para obter autorização de reajuste desses contratos;
- c) taxa de saúde suplementar: é paga trimestralmente de acordo com o número de beneficiários da operadora;
- d) provisões técnicas: a ANS, através da RDC n.º 77/01 (ANS, 2001) e RN n.º 160/07 (ANS, 2007b), obriga as operadoras a terem capital social mínimo, a constituírem provisões técnicas e a manterem ativos garantidores para suportar o valor destas provisões.

Devido a essas exigências, houve redução na quantidade de operadoras, com o fechamento de algumas e a fusão de outras, conforme consta na seção 2.2.1, deste trabalho.

Para analisar a concorrência, buscou-se a informação do número de operadoras registradas na área de atuação da operadora objeto deste estudo, identificando-se 35 operadoras de assistência médica atuantes nesse mercado, conforme apresentado na Tabela 5. Nesta tabela estão consideradas somente as operadoras de abrangência regional, ou seja, as operadoras que atuam na mesma região de atuação da operadora.

Tabela 5 – Operadoras da Região por Segmento

Segmento da Operadora	Nº de Operadoras	Nº de Beneficiários
Medicina de Grupo	29	648.543
Cooperativa	4	400.813
Filantrópica	1	2.705
TOTAL	34	1.052.061

Fonte: ANS (2007c).

Com o objetivo de melhor representar a concorrência de mercado, excluiu-se desse universo as operadoras dos segmentos administradoras e autogestão, por não representarem concorrência, dado que a primeira não tem planos próprios e a segunda, por atender apenas os funcionários de uma empresa específica.

Observa-se, com base nos dados da Tabela 5 e da carteira de 43.000 beneficiários, que a operadora estudada possui 4,13% do mercado, considerando o número de beneficiários das concorrentes da região de atuação da empresa.

A concorrência ocorre principalmente entre as medicinas de grupo e delas com as cooperativas médicas. Como a cobertura contratual do plano de saúde foi padronizada pela regulamentação governamental, as operadoras passaram a concorrer apenas pela diferente estrutura física (acomodações) oferecida para o atendimento do beneficiário.

A seguir é apresentada no Gráfico 5 a participação de cada operadora no mercado:

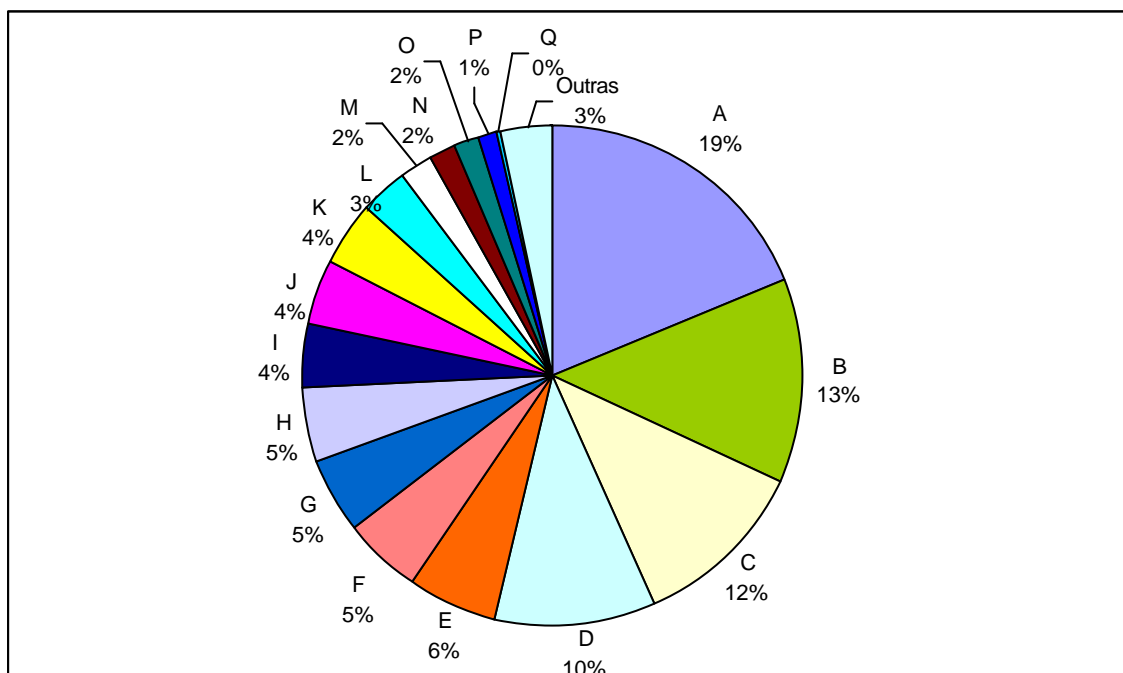


Gráfico 5 – Representação da Participação das Operadoras no Mercado
Fonte: ANS (2007c).

Nesse gráfico estão representadas todas as operadoras das modalidades de Medicina de Grupo, Cooperativa Médica e Filantrópica da região de atuação da operadora estudada. Esta operadora é representada pela letra J no gráfico, com 4,13% de participação de mercado.

No Gráfico 5, as operadoras A, B e E são do segmento cooperativas médicas, representando 38% do mercado. Também no item Outras há uma operadora desta modalidade, apresentando participação de mercado inferior a 1%. A operadora filantrópica é representada pela letra Q, e detém menos de 1% do mercado. As demais operadoras, representando 61% do mercado, são do segmento medicina de grupo.

Todos os planos comercializados pelas operadoras devem obrigatoriamente oferecer a mesma cobertura. Por exemplo, um plano ambulatorial oferece consultas sem limites em todas as especialidades médicas, em todas as operadoras do Brasil, porque isto é um padrão exigido pela Lei.

É permitido às operadoras oferecer diferenciais nesses serviços obrigatórios. Como exemplo, a operadora pode oferecer vários consultórios credenciados de uma mesma especialidade, dando maior liberdade de escolha ao beneficiário.

A igualdade de cobertura dos planos, trazida com a regulamentação do mercado, tornou mais acirrada a concorrência entre as operadoras, pois o produto oferecido por elas é idêntico em cobertura, o que facilita ao cliente a cotação e análise dos preços bem como a comparação das vantagens e desvantagens na contratação do plano de saúde de uma operadora ou de outra.

As operadoras que oferecem diferenciais aos beneficiários (ampla rede credenciada, atendimento em hospitais com tecnologia de ponta) cobram mais pelos seus produtos. Assim, também o preço é um determinante para o beneficiário fazer sua escolha.

Com o objetivo de atingir várias faixas de mercado (de alta, média e baixa renda), as operadoras têm criado produtos que oferecem livre escolha, escolha dirigida e direcionamento dos beneficiários aos serviços, conforme mencionado na seção 2.2.4 deste trabalho, o que modifica o custo que ela tem com os planos.

A operadora estudada trabalha com estes três produtos, mas com maior ênfase nos planos de direcionamento, em que o beneficiário é atendido em locais determinados pela operadora. Os planos de direcionamento são os que apresentam o menor custo para ela, definindo-se, dessa forma, a estratégia de custos como a predominante.

Na próxima seção é apresentada a estratégia da operadora, segundo o conceito de Porter.

4.3 A ESTRATÉGIA DA OPERADORA

A operadora, de acordo com as estratégias genéricas de Porter (1989), persegue a estratégia de liderança em custos.

Outro elemento que reforça a estratégia de custos refere-se ao atendimento direcionado do beneficiário, não lhe possibilitando a livre escolha dos serviços na maioria dos planos comercializados pela operadora. No atendimento direcionado, o beneficiário é primeiramente atendido na rede própria da operadora pelo clínico geral que, caso necessário, faz o encaminhamento ao médico especialista, evitando consultas desnecessárias.

O preço do plano de saúde oferecido pela operadora também é um indicativo do seu posicionamento estratégico, que tem como objetivo atender ao mercado de média e baixa renda, conforme confirmado em entrevista com o diretor da empresa, porém a empresa não é a líder em preço no mercado local de planos de saúde.

Para atingir essa estratégia, a informação de custos é indispensável, possibilitando um melhor alinhamento estratégico da empresa. Conhecer o custo da rede própria permite uma melhor análise do negócio e do seu desempenho.

Com relação à concorrência, as operadoras que seguem a estratégia de diferenciação, definida por Porter (1989), são as cooperativas médicas. Identifica-se esse posicionamento por trabalharem com um preço *premium*, por oferecer ampla rede de credenciados e atendimento médico diretamente em consultório, instalações físicas de alto padrão, etc.

A estrutura própria da operadora estudada oferece os serviços de saúde básicos, ou seja, aqueles que são mais utilizados pelos beneficiários. Visa com isto ao atendimento a um custo mais baixo. A operadora utiliza a rede credenciada para as especialidades que não são disponibilizadas na rede própria e para os exames de alta complexidade.

Apesar disso, a empresa não é a líder em custos no mercado da região. De acordo com as informações obtidas do diretor da operadora, ela está em segundo lugar na região em baixo custo.

A seguir é apresentado o resultado das entrevistas realizadas com o diretor e a gerente da unidade.

4.4 ENTREVISTAS REALIZADAS NA PESQUISA

Para confirmar informações e analisar a forma de trabalho da operadora foram realizadas duas entrevistas: uma com o diretor administrativo da empresa e outra com a gerente da unidade de São Leopoldo,

O diretor administrativo é o responsável geral pelas unidades, dando o suporte aos gerentes sempre que necessário. Ele trabalha na empresa há 13 anos e tem formação em administração hospitalar.

A unidade selecionada para o estudo foi a de São Leopoldo, e a pessoa entrevistada da unidade foi a gerente responsável pelo local. A gerente da unidade

de São Leopoldo trabalha na empresa há quatro anos, mas há apenas um ano nesta unidade. É formada em administração hospitalar.

A entrevista foi gravada, com o consentimento dos entrevistados, sendo aqui transcrita em tópicos os conteúdos mais relevantes.

Nas entrevistas foram abordados diversos aspectos relativos à empresa, ao mercado, à concorrência e às necessidades da organização.

4.4.1 Sobre a Concorrência no Mercado de Planos de Saúde

O mercado de planos de saúde é restritivo, conforme o diretor, o nível de concorrência “é mais do que alto, é *super* alto. Há uma tendência de concentração [...] e é um mercado que está cada vez mais acirrado”.

O nível de concorrência obriga as operadoras a buscarem novos mercados:

Está todo mundo buscando o mesmo cliente, querendo aumentar a participação. Tem que ter flexibilidade, tem que ter gestão, buscar novas alternativas. Isto na verdade é consequência já do processo de consolidação do mercado, centralização. Esta tendência de centralização faz com que a operadora pequena se torne na verdade um problema. O mercado não está permitindo mais espaço [...] tem operadoras a venda, tem operadoras fechando, tem operadoras mudando de ramo porque não podem mais ser operadoras, vão ser prestadoras de serviço. Então o mercado está bem confuso ainda, mas ele está passando por um momento de transição, mais dois ou três anos ele vai se consolidar em metade dos concorrentes que tem hoje, com certeza (DIRETOR).

Ainda sobre o mercado, o entrevistado comenta sobre a RN n° 160/07 (ANS, 2007b), que trata das garantias financeiras obrigatórias para as operadoras e a regulamentação sobre a guarda desses valores:

A ANS disse vocês provisionem, mas ela não disse que tinha que fazer um depósito vinculado, ou que ela estava abrindo uma linha, um fundo ou que eu tinha que fazer depósitos ou de que forma que eu tinha que criar aquelas garantias da provisão. O que aconteceu foi que todas as operadoras provisionaram no papel as coisas... Agora a ANS corrigiu isto [...] dizendo onde eu tenho que depositar, qual o percentual daquela provisão que eu tenho que constituir em dinheiro, que eu tenho que constituir em bens, [...], mas daqui a um mês a empresa precisa ter parte deste valor em dinheiro (DIRETOR).

Segundo o diretor, a dificuldade das operadoras em gerar caixa vai provocar uma modificação no mercado, porque as garantias financeiras devem ser reconhecidas não apenas na contabilidade, mas devem ter seu valor reservado em fundos autorizados pela ANS.

Empresa que não tiver lucro não vai mais provisionar e gerar prejuízo porque ela não vai ter caixa, então ou ela vai ter que ter lucro ou ela vai ter que ter aporte de capital e isto vai fazer a limpeza (do mercado) que já devia ter acontecido e que por um erro legislativo não aconteceu, porque todo mundo provisionava e gerava prejuízo [...]. Agora não, agora se não gerar lucro, vai ter que ter aporte de capital [...] para depositar as garantias (DIRETOR).

4.4.2 Sobre a Estratégia de Mercado: Custos ou Diferenciação

Para o diretor, a população tanto de alta renda quanto de baixa renda tem buscado planos de saúde. Para atingir a todos os públicos, deve haver produtos voltados à necessidade da população.

O mercado de planos de saúde hoje, com o crescimento do poder econômico do brasileiro, atinge a diferentes perfis populacionais. Tem segmentos dentro do mesmo mercado que são atingidos por diferenciação e tem outros públicos que são atingidos por custo. Hoje, na verdade, compra-se (*sic*) planos de saúde desde a classe A até a classe C. Então a classe C é uma classe que não valoriza o Hospital Moinhos de Vento ou 380 consultórios, ela valoriza o preço, porque as coberturas vão ser as mesmas, a resolutividade dos planos vai ser a mesma. Então ela valoriza aquilo que ela pode pagar (DIRETOR).

O posicionamento da empresa está mais voltado ao custo, mas existem esforços para atingir o mercado que busca produtos com diferenciação.

Hoje tem produtos para todos os públicos. A prova disto é que a Unimed foi criar um produto igual ao nosso e nós fomos criar um produto igual ao da Unimed. Hoje eu tenho um produto, que tu deves estar vendo no jornal, que está cheio de consultórios médicos, o usuário tem acesso direto ao laboratório. Então na verdade os *players* que continuarem operando são os *players* que vão atender a todos os tipos de público. Esta é a tendência de mercado. Não vai existir mais uma operadora assim: eu vendo só planos econômicos, ou só planos completos. Não, hoje em dia na verdade as operadoras que permanecerem a gente acredita que elas vão ter produtos para todos os tipos de público, desde o baixo custo até a diferenciação (DIRETOR).

Nesse ponto, identifica-se uma inconsistência em relação à resposta dada pela gerente da unidade, quanto à interpretação do que é estratégia de custos e estratégia de diferenciação.

A estratégia é de diferenciação. O que a gente oferece para nossos clientes é diferenciação em relação à concorrência. Por exemplo, a gente tem a odontologia em sábado e domingo que é um grande diferencial que eles (os clientes) acabam optando [...]. A gente tem a especialidade de bucomaxilofacial e de endodontia fora do horário de trabalho, isto é um grande diferencial que a gente vende. Os planos de pessoa jurídica são os que mais se interessam por isto. Os planos de pessoa física têm o foco no valor. Os planos de pessoa jurídica têm foco na qualidade para os funcionários e para eles também. Eles querem um plano em que o funcionário não precise sair da empresa (para consultar), eles querem um plano em que os médicos não fiquem dando atestado todas as vezes que ele vai consultar, não é nem tanto a questão do preço, mas levam também em consideração o serviço que a gente oferece (GERENTE).

A esse respeito, Porter (1989) esclarece que a diferenciação é uma estratégia genérica, em que a empresa oferece um serviço diferenciado e é recompensada por um adicional de preço. A operadora compete em preço com seus concorrentes, ou seja, oferece um serviço de baixo custo, mas com algumas vantagens frente à concorrência. Uma das vantagens, segundo a gerente, é oferecer serviços de especialistas no final de semana. Porter (1989) apresenta essas vantagens frente à concorrência como vantagem competitiva.

Analisando as duas entrevistas, constata-se que o enquadramento correto é na estratégia de custos, de acordo com os argumentos apresentados pelo diretor administrativo ao longo da entrevista, não apenas nesse ponto, mas em outras afirmações também.

A vantagem a que a gerente se refere é voltada principalmente aos planos coletivos, que são oferecidos pelas empresas aos seus funcionários. A flexibilidade nos horários de atendimento tanto de especialistas médicos como de odontologia, facilitam o atendimento dos funcionários fora do horário de expediente da empresa, sendo uma vantagem para a empresa contratante, que não tem prejudicada a produtividade do seu funcionário.

A concorrência local da operadora não oferece atendimento de especialistas em finais de semana, conforme informações da gerente unidade de São Leopoldo.

4.4.3 A Opção pela Rede Própria

Há dois pontos destacados pelos entrevistados como vantagem em ter rede própria. O diretor e a gerente apresentaram seu posicionamento, e uma informação complementa a outra.

De acordo com o diretor, o que levou a operadora a oferecer rede própria foi:

[...] o custo, porque nós nascemos num segmento onde o custo era mais importante. Hoje a nossa operadora acredita que para permanecer no mercado ela tem que criar produtos com diferenciação, mas a nossa origem é de custo. Então hoje se tu pegares a minha carteira, [...] 80% da carteira de planos de saúde ainda está alicerçada em custos, em clientes que buscaram custos quando nos contrataram. E para oferecer custo, uma das formas de fazer isto é fazer rede fechada, uma rede mais restrita, então tu fecha a rede para diminuir o custo e fora isto aquelas atividades com maior volume tu prestas dentro de casa para baratear o custo do produto.

Segundo a gerente, há vantagem em oferecer o serviço diretamente ao cliente do plano de saúde comercializado:

Eu acredito que para o cliente seja um diferencial ter serviços próprios porque há uma maior proximidade com os clientes, não ficar mandando os clientes em vários credenciados. A gente tem um serviço nosso, a gente tem um serviço em que eles podem contar com funcionários da operadora [...] então é um atendimento mais personalizado e para o cliente isto é melhor, ter vários serviços em um ambiente só, é isto que ele procura. É um diferencial que a gente acredita ter. Custos, de repente o custo de ter serviços próprios também é menor do que ficar credenciando tudo que é tipo de serviços e não ter esta unidade. Você tem que procurar o que o nosso cliente procura, a gente trabalha para o nosso cliente.

4.4.4 Sobre o Sistema de Informações

Quando questionado sobre a informação de custos que utiliza para análise do desempenho da operadora, o diretor afirma:

A principal informação que a gente utiliza hoje é o cálculo atuarial, porque o cálculo atuarial não tem um propósito de gerar uma identificação do custo por procedimento como no teu trabalho, mas [...] ele faz um mapeamento da sinistralidade (*sic*) do último período de doze meses, levanta o custo com os eventos indenizáveis, o que a gente chama de custos variáveis no nosso caso, e se existe o cliente existe aquele custo, se não existe o cliente não existe aquele custo e sobre este então a gente coloca o carregamento em todos os produtos, que é o que se identifica na contabilidade como despesas administrativas (DIRETOR).

O cálculo atuarial é o instrumento para identificação do preço do produto. Considera a análise de toda a carteira do plano, fazendo uma média de custo de cada plano, baseado apenas nos custos diretos e não segmenta por filial. Assim, esse instrumento possibilita a análise do custo total da operadora, mas não se utiliza da ferramenta de análise descentralizada.

A operadora não trabalha com orçamento em seu sistema de informações, mas há uma preocupação da empresa em desenvolver esse sistema. O diretor comentou que a operadora adquiriu um sistema de *Business Intelligence* (BI), que precisa ser desenvolvido e alimentado para atender a essas necessidades.

Se tu me perguntares o que tu achas mais importante: ter um sistema de custos ou fazer uma apuração orçamentária? Ter um sistema de custos, em minha opinião. A gente está buscando hoje, o nosso próximo desafio é o sistema de custos [...] porque é nossa prioridade criar *know-how*, construir primeiro um sistema de custos. É o próximo passo neste gerenciamento financeiro e econômico é o sistema de custos, na nossa visão é o mais importante neste momento (DIRETOR).

4.4.5 Sobre a Informação por Filial

De acordo com o diretor, a informação de custos por filial é útil para a empresa. Questionado sobre os benefícios dessa informação, ele acrescenta:

melhora a performance da própria filial, para ter além de um indicador assistencial, um indicador financeiro do desempenho do gerente é o que a gente está buscando. [...] a filial gera parte dos custos do plano e se ela estiver gerando custos menores, o plano se torna mais competitivo e o plano é o que nos mantém na verdade, a filial é meio para isto tudo (DIRETOR).

O diretor comenta ainda a respeito da limitação dos controles atuais para analisar o desempenho da filial:

Hoje eu tenho dificuldade de ter uma visão por filial, por procedimento. E quando a gente vende serviço, a gente utiliza só o custo direto. [...] Quando a gente faz venda de serviço, apesar de hoje representar menos de 10% do nosso faturamento, [...] a gente parte do custo direto e sobre ele coloca uma margem que a gente conhecia da despesa administrativa [...] mais o lucro, mais uma margem de impostos, com uma base aproximada (DIRETOR).

4.4.6 Sobre a Autonomia da Gerência da Filial

De acordo com o diretor, a gerência da filial tem autonomia operacional. Existe bastante liberdade de ação da gerência, mas há limitações que estão bem claras, sendo confirmadas pela gerente.

Ela pode solicitar substituição de funcionários, ela tem autonomia para alterar agendas, para descontratar e contratar, para fazer alterações de processos, ela tem uma autonomia quase que geral dentro do estabelecimento dela. O que ela não pode fazer é aumento de quadro, para isto ela precisa de autorização da administração. Ela pode substituir, alterar horários, trocar pessoas, mas ela não pode aumentar o quadro sem a autorização expressa da administração. Ela não homologa fornecedores, os fornecedores são homologados pela administração e submetidos a ela. Ela pode solicitar a troca de fornecedor, promover uma mudança, gerar uma idéia nova, mas ela não pode homologar fornecedor (DIRETOR).

Questionada sobre a autonomia do seu cargo, a gerente acrescenta :

Eu tenho autonomia quanto aos funcionários da recepção. Contratar novos não, eu tenho autonomia de troca. Se eu tiver que demitir uma funcionária eu passo para o RH e demito, faço a troca, a gente contrata outro. (Dos médicos e odontologistas) o coordenador e eu como gerente que decidimos a questão de carga horária, ampliação de carga horária (GERENTE).

4.4.7 Sobre a Avaliação de Desempenho

Conforme o diretor, o acompanhamento de desempenho das filiais não é feito por relatórios periódicos, mas é possível elaborar relatórios, quando necessário:

Ele é acompanhado. Por exemplo, no ano passado nós fechamos duas filiais [...] Eu nunca tive um trabalho como este que tu está te propondo a concluir, mas a gente sempre foi construindo sistemas de informação que permitiam a tomada de decisões necessárias, porque a gente vê uma clínica sempre vazia, a gente vê que o faturamento dela é pequeno, a gente vai olhando a folha dela, então não se tem um documento único de tomada de decisão, mas na verdade tu vais te cercando de informações, vai tendo a certeza de que aquele negócio não é viável. Foi assim que nós fechamos as duas filiais [...], e a empresa vem melhorando com as medidas, então de alguma forma elas estão sendo feitas (DIRETOR).

Ainda, segundo o diretor, foi implementado um controle de qualidade no atendimento das filiais, com monitoramento periódico, sobre o qual é avaliado o desempenho da filial e dos gerentes:

Na área assistencial a gente começou a fazer um trabalho em agosto de 2007 para gerenciamento da qualidade. A gente instituiu 6 itens de avaliação da qualidade: tempo de espera das agendas que não pode ser superior a 15 dias, tempo de espera na rede que não pode ser superior a 15 dias, prazo de retorno do SAC de reclamações de clientes, que não pode ser superior a 24 h, apresentação dos funcionários, limpeza da clínica e o tempo de espera para ser atendido pela recepção que não pode passar de 5 min, estes critérios que são medidos [...] Então na verdade ele tem três níveis: nota máxima, se ele não tem nenhuma ocorrência destas que estão sendo medidas, nota na média que seria oito se ele tem a, aí varia de caso para caso, por exemplo, o caso dos funcionários se ele tiver um funcionário que não estiver totalmente completo (uniforme) já paga para outro, se ele tiver dois já zero. Temos critérios de avaliação de item para item, mas todos eles têm uma regra igual de pontuação: dez, oito ou zero. A gente não criou níveis intermediários porque a gente entende que é ou não é, em serviço eu não posso mandar de volta lá para refazer, como sapato. Se for mal atendido, já foi (DIRETOR).

Questionada sobre a avaliação de qualidade da filial, a gerente não discute os critérios:

O diretor tem que ter uma forma de nos avaliar. São funcionários dele, que administram uma unidade, longe dos olhos dele. Ele tem que pelo menos começar com algum tipo de critério. A questão inicial agora é qualidade, outros métodos que ele mede por lá, outros métodos que ainda vão vir, mas este é o método que está na ativa por enquanto, em vigor (GERENTE).

4.4.8 Sobre a Utilidade da Informação de Custos

O cálculo do preço do produto é apurado de acordo com os cálculos atuariais, que se baseiam no custo direto da carteira de um período mais os carregamentos, que são as despesas administrativas, comerciais, tributárias e outras.

Conforme o diretor, a informação de custos não altera a forma de cálculo dos preços, mas pode auxiliar a operadora no reajuste de contratos coletivos:

o sistema de custos vai aperfeiçoar o cálculo do preço do plano, mas a metodologia que é utilizada para o cálculo do plano é a metodologia utilizada por todas as operadoras do país. É a metodologia determinada pela ANS, que é prêmio puro mais carregamentos [...] A parte empresarial ela é livre negociação, então [...] na hora de negociar o aniversário da empresa eu tiro um relatório de custos e receitas dela. Aí eu pego todos os custos reais, prêmio puro, custo do atendimento e eu tenho uma coluna do lado que é carregamento aí eu aplico o carregamento, chego ao custo total dela, cruzo com a receita, se ela está dando prejuízo eu aumento acima da inflação, porque eu tenho possibilidade de fazer um reajuste técnico. É parecido com o que acontece com os seguros. Não interfere nos planos individuais porque eu não posso aumentar unilateralmente, porque o reajuste é regulado pela ANS (DIRETOR).

A informação de custos, nesse caso, é utilizada apenas para gestão do preço de venda do plano de saúde. Além de base para o preço, a gestão de custos em si é relevante para a empresa, pois pode melhorar a sua competitividade e garantir a manutenção de seu posicionamento estratégico.

A importância de um sistema de custos adequado reflete principalmente nos planos coletivos, em que o índice de reajuste é apenas informado à ANS, havendo a possibilidade de, através de negociação, conseguir um reajuste superior à inflação baseado nas informações de custo da operadora.

4.4.9 Sobre a Ampliação da Rede Própria

Conforme o diretor, a decisão por novos investimentos em rede própria da operadora é feita sempre com base em um motivo:

O motivo é um cliente âncora. A gente sempre parte para novos investimentos, nos últimos anos, desde a minha gestão quando eu tinha a garantia de retorno, mercado. Eu tinha um contrato fechado em Gravataí, e eu tinha uma clínica de profissionais que atuavam conosco, que queriam alugar, a clínica estava nova. Então na verdade eu investi sem risco, por enquanto a gente tem feito assim (DIRETOR).

Investir em uma nova rede própria gera custo. Questionado se é feito estudo de mercado para esta decisão, o diretor afirma:

Não, porque eu não tenho condições financeiras hoje de financiar uma operação até que ela atinja o ponto de equilíbrio. Apesar de a gente não calcular o ponto de equilíbrio de forma oficial, a gente faz um cálculo de aproximações, o cliente novo vai gerar tantos mil, o custo da clínica, o que eu vou gastar para investir até ficar pronto, então se cria estratégias de como viabilizar as coisas. Não temos investido sem a garantia de retorno porque eu não tenho condições de financiar a operação até que o retorno apareça (DIRETOR).

4.4.10 Sobre a Divulgação de Informações da Empresa

A divulgação dos resultados às partes interessadas tende a gerar motivação e maior comprometimento das pessoas com as metas estabelecidas e, conforme o diretor, algumas informações são divulgadas a todos os gestores:

Nós temos um relatório das áreas que circula por todas as gerências, o gerente quer saber quanto gastou em médico, quanto gastou em recepcionistas, então é aquilo que eu te falei: não existe um sistema estruturado como este que tu está propondo, ele existe em relatórios que se cruzam e a gente vai formando a consciência daquele processo, daquele local (DIRETOR).

Nesse item, apesar de o diretor tratar da divulgação interna de informações, a gerente da filial de São Leopoldo demonstrou a falta de conhecimento sobre o desempenho da empresa e da sua filial: “Sabendo o que a gente está custando e onde a gente está gastando, a gente poderia ajudar mais”.

4.4.11 Sobre o Papel do Contador na Empresa

Comentou-se sobre a mudança do papel do contador nas empresas, que deixou de ser um mero guarda-livros passando a ter um papel estratégico para a administração. A questão levada ao diretor refere-se ao contador da sua operadora, ou seja, qual o papel desempenhado por ele:

O contador participa da gestão da empresa sim, com certeza. [...] hoje ele tem que analisar e não executar, o contador a gente quer que ele analise o resultado. Na verdade a gente nunca tem uma situação perfeita, que uma situação perfeita seria a soma das pessoas [...] então hoje eu te digo assim, sem sobressaltos, a contabilidade é um espelho da nossa realidade. Isto me deixa satisfeito. Eu não estou com um sistema por unidade, não estou com uma projeção orçamentária, mas estou com uma contabilidade que eu não tinha, hoje eu tenho fidedignidade, mesmo pela empresa, como um todo, não por filial, mas para mim já representa uma satisfação muito grande em poder confiar nestes dados (DIRETOR).

A seguir, é apresentada a rede própria da operadora que é objeto deste estudo.

4.5 A REDE PRÓPRIA DA OPERADORA ESTUDADA

Como já destacado, o objeto deste estudo é a estruturação de um sistema para a mensuração dos custos dos atendimentos na rede própria da operadora e, para que isso seja possível, passa-se a analisar a estrutura da rede própria da operadora e seu funcionamento.

A operadora estudada possui rede própria para atendimento dos beneficiários de seus planos em diversas cidades, conforme apresentado na Figura 11:

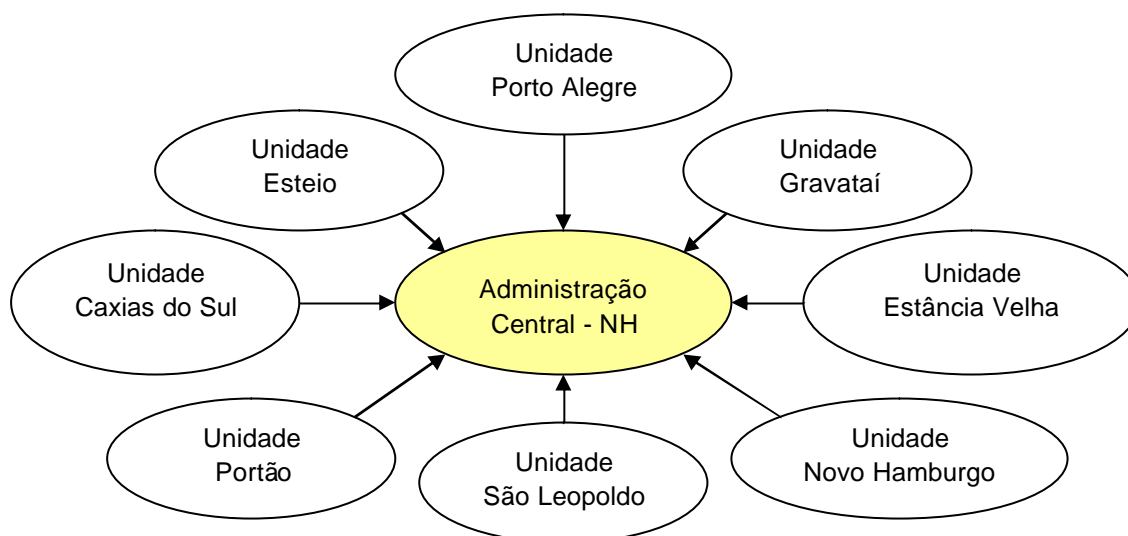


Figura 11 – Unidades de Atendimento da Operadora
Fonte: a autora.

As unidades de atendimento da operadora são responsáveis pelo atendimento aos beneficiários, nos mais diversos serviços que são oferecidos. Na seção 4.5.1, são apresentados os serviços oferecidos pela unidade objeto de estudo.

Na maioria dos planos comercializados pela operadora, o primeiro atendimento ao beneficiário ocorre na rede própria pelo clínico geral, pediatra ou ginecologista, que fazem uma triagem para posterior encaminhamento a especialistas. O encaminhamento à rede credenciada ocorre mediante autorização da operadora e somente quando não há disponibilidade para a realização do serviço na rede própria.

A administração das unidades é feita de forma descentralizada. Cada unidade possui um gerente que tem autonomia parcial para aspectos operacionais relativos aos serviços realizados na rede própria. Conforme informado pelo diretor administrativo, os gerentes podem decidir pela troca de pessoal, por ampliação ou redução de horário de agenda de médicos e odontologistas, mas não podem aumentar o quadro de funcionários sem a autorização da administração central. Quanto à necessidade de aquisição de materiais e bens imobilizados, o gerente faz a solicitação para a administração central que providencia a compra. Aspectos relativos à negociação com clientes, formatação e oferta de serviços estão sob a gestão da administração central.

Um fator importante que gerou a necessidade de descentralização foi o porte das unidades de atendimento, que variam em área física e tipos de serviço oferecidos. Assim, a unidade de Novo Hamburgo não oferece os mesmos serviços que a unidade de Porto Alegre. Isso torna mais complexa a administração das necessidades de cada unidade individualmente.

O acompanhamento do desempenho das unidades é feito por meio de indicadores não-financeiros e controles qualitativos, como índice de demora no atendimento ao cliente, tempo de espera para agendamento de consultas, satisfação do cliente pelo atendimento realizado.

Por não haver relatório de desempenho financeiro das unidades, é feito o acompanhamento por meio de um relatório da empresa como um todo. Esse relatório é elaborado pela área contábil, sendo o instrumento utilizado pelo diretor administrativo para verificar o desempenho da empresa. Na Tabela 6, é apresentado o modelo de demonstração de resultados utilizado pela operadora:

Tabela 6 – Demonstração de Resultados

	Mês	Acumulado no período	Acumulado no período anterior
CONTRAPRESTACOES EFETIVAS OPER. DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE			
(+) Contraprestações Emitidas Líquidas			
(-) Variação das Provisões Técnicas			
(-) EVENTOS INDENIZAVEIS LIQUIDOS			
(=) RESULTADO OPERACIONAL BASICO			
(-) Despesas de Comercialização			
(+) Outras Receitas Operacionais			
(-) Outras Despesas Operacionais			
(=) RESULTADO OPERACIONAL			
(=) RESULTADO FINANCEIRO			
(+) Receitas Financeiras			
(-) Despesas Financeiras			
(-) DESPESAS ADMINISTRATIVAS			
Pessoal e Encargos			
Serviços de Terceiros			
Localização e Funcionamento			
Publicidade e Propaganda			
Tributos			
Diversas Administrativas			
(+/-)RESULTADO PATRIMONIAL			
(+/-) RESULTADO NAO OPERACIONAL			
RESULTADO LÍQUIDO			

Fonte: Departamento de Contabilidade da Operadora.

A Tabela 6 é composta pelas seguintes contas:

- a) Contraprestações emitidas líquidas: Registra os valores de mensalidades emitidas para os beneficiários;
- b) Variação das provisões técnicas: Refere-se ao valor constituído mensalmente para fins de provisões técnicas da ANS, que devem ser garantidos através de recursos financeiros ou imóveis;
- c) Eventos indenizáveis líquidos: São os custos de atendimento aos beneficiários, relativos aos gastos com médicos, laboratórios, hospitais e outros serviços, inclusive com a rede própria;
- d) Despesas de comercialização: Refere-se aos gastos com comissões aos vendedores de planos de saúde;
- e) Outras Receitas e Despesas Operacionais: São as demais operações realizadas pela operadora que não se referem aos planos de saúde, como convênios para prestação de serviços;
- f) Receitas e Despesas Financeiras: Referem-se aos ganhos obtidos nas aplicações financeiras e aos desembolsos por juros e atualizações de empréstimos;
- g) Despesas administrativas: Englobam os gastos com pessoal e encargos, serviços terceirizados (advogados, auditoria, assessoria), localização e funcionamento (aluguel, telefone, energia elétrica), propaganda e publicidade, tributos (PIS, COFINS, ISSQN) e diversas administrativas;
- h) Resultado patrimonial: Refere-se ao resultado da participação da operadora em outras empresas;
- i) Resultado não-operacional: Registra as operações de venda e baixa de imobilizado.

Com os dados apresentados na Tabela 6, é possível analisar o resultado mensal e comparar o resultado acumulado do período com o do mesmo período no ano anterior, o que demonstra a evolução da operadora nos diversos itens que compõem essa demonstração.

Além da demonstração de resultado, o setor contábil elabora gráficos dos índices de acompanhamento utilizados pela ANS, conforme mencionado na seção 2.2.2 deste trabalho. Os indicadores econômico-financeiros analisados pela operadora são: índice de liquidez corrente, índice de liquidez geral, grau de imobilização do patrimônio líquido, rentabilidade e índice de despesas assistenciais

sobre a receita. Esses indicadores oficiais apresentam o desempenho geral da operadora, mas não demonstram as diferenças de desempenho local das unidades.

A seguir é apresentada de forma mais detalhada a unidade de São Leopoldo selecionada para este estudo.

4.5.1 Unidade de Atendimento de São Leopoldo

A unidade de atendimento situada na cidade de São Leopoldo apresenta a melhor estrutura física da operadora na região do Vale dos Sinos. É a única unidade que atende 24 horas por dia. Dispõe dos principais serviços que a operadora oferece em sua rede própria.

Seu faturamento representa 24% da totalidade da operadora, e possui 20% da carteira de beneficiários. A filial dispõe de 60 funcionários, que representa 18% do total de funcionários da operadora.

A estrutura da unidade é apresentada na Figura 12:

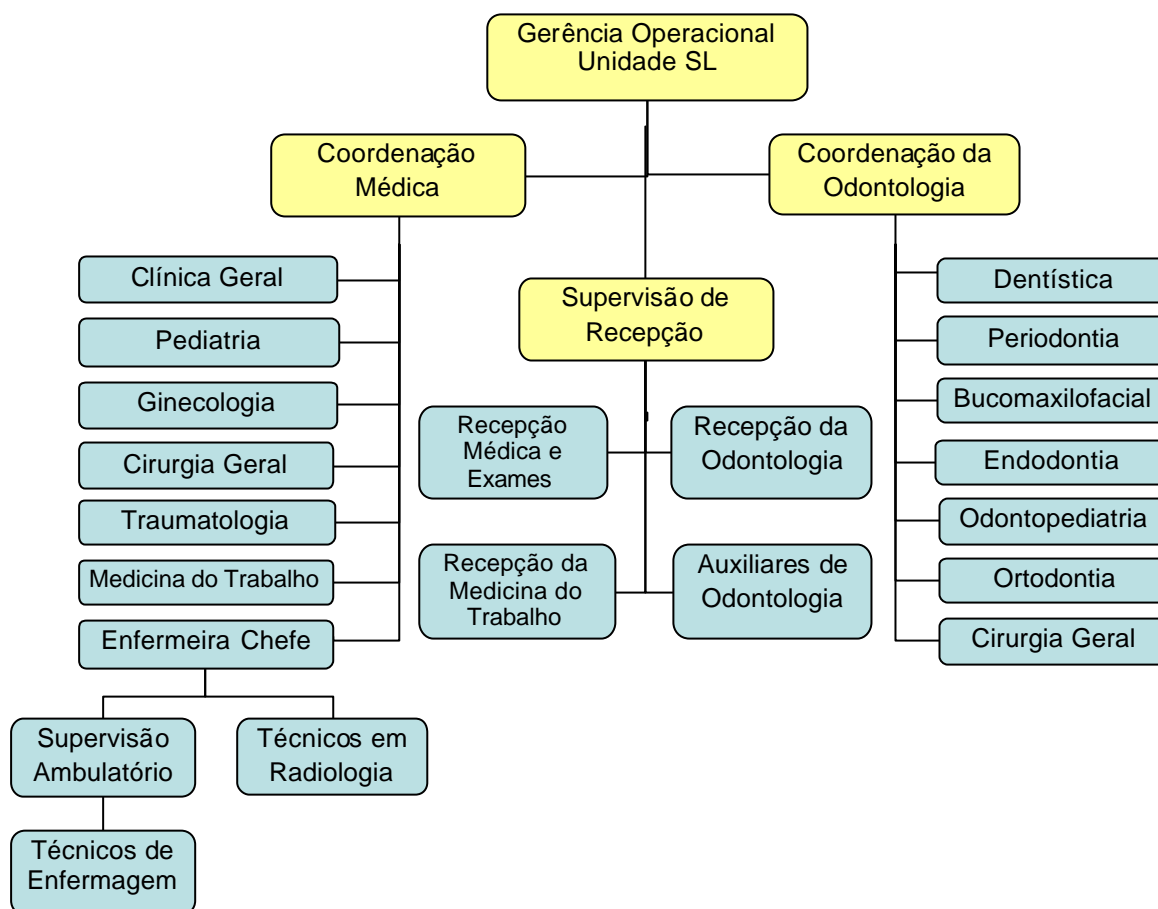


Figura 12 – Organograma da Unidade de São Leopoldo
 Fonte: a autora com base em informações internas da operadora.

A unidade apresenta como cargo mais elevado do organograma a gerência operacional, que é responsável por todas as decisões de caráter operacional da clínica, garantindo o bom funcionamento dos serviços oferecidos na unidade.

A coordenação médica e odontológica trata diretamente com os médicos e odontologistas, e são os responsáveis clínicos pelos atendimentos efetuados, ou seja, respondem por toda a equipe médica e odontológica da unidade.

Fica a cargo da enfermeira-chefe a supervisão dos técnicos de enfermagem e dos técnicos em radiologia.

A supervisão da recepção é responsável pelos recepcionistas da unidade, independentemente da área a que se referem (consultas, exames, odontologia).

Em reunião com o diretor administrativo da operadora, definiu-se que o estudo de custos seria realizado nessa unidade pela estrutura que ela dispõe e pela diversidade dos serviços oferecidos, conforme mostra o Quadro 8:

Serviços na Rede Própria	Especialidade
Consultas Médicas	Clínica Geral Pediatria Ginecologia Traumatologia Cirurgia geral Medicina do trabalho
Atendimento Odontológico	Dentística Endodontia Periodontia Odontologia em saúde coletiva Odontopediatria Bucomaxilofacial Técnico em higiene dental
Ambulatório	Cirurgias de baixa complexidade Curativos Lavagem otológica Lavagem gástrica Observação Colocação de gesso Soroterapia Infiltração Aplicação de medicamentos
Exames	Raio-X Ecografia Eletrocardiograma Colonoscopia Endoscopia Audiometria Eletroencefalograma Espirometria Mamografia

Quadro 8 – Serviços oferecidos na Rede Própria de São Leopoldo
Fonte: Dados do Sistema ERP da Operadora.

Para o custeio dos atendimentos foram selecionados os serviços de consultas médicas, atendimento odontológico e exames, porque representam o maior volume de atendimentos realizados pela unidade.

Quanto ao ambulatório, por haver uma série de atendimentos diferenciados, optou-se pelo cálculo do custo geral. Dessa forma, o custo dos atendimentos de enfermagem é feito pela média do total de atendimentos da área.

Na próxima seção é apresentado o sistema de custos proposto neste estudo como ferramenta gerencial de apoio ao processo decisório.

4.6 ELABORAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS

O sistema de custos proposto neste estudo visa a uma melhor qualidade das informações a serem utilizadas no processo decisório, tanto pelo gerente da unidade quanto pelo diretor administrativo da operadora, e tem como produto final a obtenção do custo do atendimento na rede própria, por unidade de atendimento.

Esse sistema reúne informações de caráter qualitativo e quantitativo, possibilitando a análise da estrutura de atendimento da operadora. O relatório do sistema apresenta o custo total da unidade de São Leopoldo, o fluxo de atendimentos, a capacidade e o custo de cada atendimento, o que possibilita uma análise mais detalhada da rede própria da operadora.

O sistema de custos foi elaborado em planilha eletrônica no programa MS-Excel. Os dados de custos, do número de atendimentos e da agenda de atendimentos da unidade foram cedidos pela operadora estudada e foram coletados dos relatórios do sistema operacional (*Enterprise Resource Planning* – ERP). No final do ano de 2006, a operadora iniciou a implantação de um novo sistema operacional, com o objetivo de integrar todas as áreas da empresa, melhorando a qualidade do banco de informações.

No mesmo período, a operadora fez uma reestruturação no modo de operação da sua rede própria. Essa reestruturação modificou a forma de contratação dos profissionais, que passaram de mão-de-obra terceirizada para mão-de-obra com vínculo empregatício. Devido a isso, foi descartada a possibilidade de utilizar dados do ano de 2006, pois os gastos com a rede própria da operadora foram profundamente modificados nesse período.

O período cedido pela operadora para os testes do sistema é referente ao primeiro trimestre de 2007. Os dados posteriores a esse período não estão disponíveis devido à citada implantação do novo sistema operacional, que passou a operar a partir do mês de maio de 2007, havendo uma série de ajustes que estão sendo feitos pela operadora para seu correto funcionamento.

O método de custeio utilizado no cálculo do custo é o custeio pleno, que considera a totalidade dos gastos gerados na unidade, independentemente se forem custos ou despesas. A opção por esse método deu-se principalmente pela necessidade de comparação dos custos internos com o preço do mesmo serviço ofertado pela rede credenciada. Também há o interesse de conhecer o custo total

para análise do preço cobrado pelo plano, que em parte é composto pelos gastos com a rede própria.

O custeio pleno considera todos os gastos com a estrutura montada para o atendimento na rede própria, que comparado à rede credenciada possibilita a análise da vantagem em manter um serviço próprio ou a desvantagem em mantê-lo quando o atendimento apresenta um custo menor na rede credenciada.

O objeto de custeio utilizado neste estudo é o tipo de atendimento realizado na rede própria de São Leopoldo, ou seja, são os serviços oferecidos pela operadora nesta cidade.

No sistema elaborado, os tipos de atendimento são apresentados nas colunas da planilha, com as seguintes divisões:

Atendimentos na Rede Própria	Serviços Custeados
Consultas Médicas	Clínica Geral Pediatria Ginecologia Medicina do trabalho Cirurgia geral Traumatologia
Ambulatório	Atendimentos enfermagem
Odontologia	Dentística Endodontia Periodontia Odontologia em saúde coletiva Bucomaxilofacial Técnico em higiene dental Odontopediatria
Exames	Raio-X Ecografia Mamografia Eletrocardiograma Colonoscopia Endoscopia Audiometria Eletroencefalograma Espirometria

Quadro 9 – Serviços Custeados no Sistema de Custos
Fonte: Dados do Sistema ERP da Operadora.

O Quadro 9 apresenta todos os serviços que estão custeados no sistema elaborado neste estudo. As informações diferem do Quadro 8 apenas com relação aos atendimentos do ambulatório, pois foi feita a opção pelo custeio dos atendimentos de enfermagem de forma geral. Após a segmentação apresentada no Quadro 9, foram analisados os custos do balancete contábil da filial da operadora,

com o objetivo de fazer a divisão entre custos diretos e indiretos para elaboração do sistema de custeio.

A classificação dos custos entre diretos e indiretos, fixos e variáveis, foi feita em relação ao tipo de atendimento, sendo analisado o processo interno da operadora. Depois de efetuada a classificação, as informações foram apresentadas para a gerente da unidade e para o diretor administrativo, que confirmaram a forma de comportamento dos custos.

Os custos diretos foram apropriados aos atendimentos. Já os custos indiretos foram rateados de acordo com os critérios considerados mais adequados para este estudo, expostos na seqüência.

A seguir, no Quadro 10 é apresentada a relação dos custos da filial, com a classificação entre custos diretos e indiretos, fixos e variáveis:

RELAÇÃO DOS CUSTOS	CLASSIFICAÇÃO		ORDEM
Água	Indireto	Fixo	1
Aluguel	Indireto	Fixo	2
Coleta de Lixo Hospitalar	Direto	Variável	3
Depreciação/Amortização	Indireto	Fixo	4
Energia Elétrica	Indireto	Fixo	5
Estagiários	Indireto	Fixo	6
IPTU	Indireto	Fixo	7
Manutenção e Conservação	Indireto	Fixo	8
Material de Consumo Exames Filmes	Indireto	Variável	9
Material de Consumo Médico/Medicamentos Ambulatório	Direto	Variável	10
Material de Consumo Odontologia	Indireto	Variável	11
Material de Expediente	Indireto	Variável	12
Material de Limpeza	Indireto	Fixo	13
Rouparia/Lavanderia	Direto	Variável	14
Salários e Encargos Coordenador da Recepção	Indireto	Fixo	15
Salários e Encargos Enfermagem	Direto	Fixo	16
Salários e Encargos Gerência e Coord. Médica/Odonto	Indireto	Fixo	17
Salários e Encargos Médicos/Odontologistas	Direto	Fixo	18
Salários e Encargos Recepção Medicina do Trabalho	Direto	Fixo	19
Salários e Encargos Recepção Médica/Exames	Indireto	Fixo	20
Salários e Encargos Recepção Odontologia	Indireto	Fixo	21
Salários e Encargos Serviços de Limpeza	Indireto	Fixo	22
Salários e Encargos Técnico Radiologia	Indireto	Fixo	23
Seguro	Indireto	Fixo	24
Serviços Terceirizados Exames	Direto	Variável	25
Serviços Terceirizados Médicos	Direto	Variável	26
Telefone	Indireto	Fixo	27
Vigilância	Indireto	Fixo	28

Quadro 10 – Composição e Classificação dos Custos
Fonte: Balancete da Operadora estudada.

A maioria dos custos é indireto e fixo, na proporção de 71% do total de custos. Devido a essa proporção, não se justifica a utilização do método de custeio variável para cálculo do custo da unidade, pois ele representa apenas uma pequena parte dos custos totais da estrutura de atendimento.

Observa-se que todos os gastos com o ambulatório foram considerados diretos por não haver divisão entre tipos de atendimentos ambulatoriais. Os custos considerados como diretos são os seguintes:

- a) Coleta de Lixo Hospitalar: Os resíduos hospitalares, como seringas, agulhas, só podem ser coletados por empresa especializada. Esse custo é registrado diretamente no ambulatório, pois é o local onde são gerados.
- b) Material de Consumo Médico/Medicamentos do Ambulatório: Esses materiais são consumidos somente no ambulatório, nos atendimentos de enfermagem, por isso são considerados diretos.
- c) Rouparia/Lavanderia: a rouparia é trocada a cada realização de procedimentos, que ocorre na enfermagem, sendo apropriado diretamente aos atendimentos do ambulatório.
- d) Salários e Encargos Enfermagem: O técnico de enfermagem atende apenas no ambulatório, onde é apropriado seu salário.
- e) Salários e Encargos Médicos/Odontologistas: Cada especialista realiza um tipo de atendimento. Dessa forma os salários são apropriados dentro do tipo de atendimento que eles realizam.
- f) Salários e Encargos Recepção Medicina do Trabalho: A medicina do trabalho tem uma recepcionista exclusiva, sendo possível considerar seu salário diretamente ao atendimento da especialidade.
- g) Serviços Terceirizados Exames: Cada serviço terceirizado realiza um tipo de exame, sendo apropriado diretamente ao exame contratado com o serviço.
- h) Serviços Terceirizados Médicos: Os médicos terceirizados estão apropriados diretamente à especialidade que atendem.

Os demais custos listados no Quadro 10 foram considerados indiretos, pois vários tipos de atendimento usufruem dos mesmos custos, que são apropriados a eles através de rateio.

As bases de rateio selecionadas são as seguintes:

Critério	Aplicação ao Tipo de Atendimento	Custos vinculados ao tipo de Atendimento	Ordem
Número de atendimentos	Atendimentos da Odontologia	Materiais de consumo odontológicos	11
	Atendimentos de Raios-X, ecografia e mamografia	Material de consumo exames	9
	Total de atendimentos da unidade	Material de expediente	12
	Total de atendimentos da unidade menos o ambulatório	Remuneração de Estagiários	6
	Total de atendimentos da unidade menos o ambulatório	Salário e encargos coordenação da recepção	15
	Atendimentos médicos e de exames	Salário e encargos recepção médica e exames	20
	Atendimentos de Raios-X e mamografia	Salário e encargos técnicos em radiologia	23
	Total de atendimentos da unidade	Salários e encargos da gerência da unidade	17
	Atendimentos da Odontologia	Salários e encargos da recepção da odontologia	21
Área Física	Área física total da unidade	Água	1
		Aluguel	2
		Depreciação/Amortização	4
		IPTU	7
		Manutenção e Conservação	8
		Material de limpeza	13
		Salários e encargos higienização	22
		Seguro	24
Vigilância	28		
KW Instalado	Equipamentos e lâmpadas por área	Energia elétrica	5
Número de Ramais	Ramais por área	Telefone	27

Quadro 11 – Critérios de Alocação dos Custos Indiretos
 Fonte: Elaborado pela autora.

O critério “Número de Atendimentos” foi utilizado para apropriação dos gastos com as áreas envolvidas diretamente com os atendimentos, que tem o volume de trabalho afetado pela sua quantidade, e também para os custos que variam em função dos atendimentos que a unidade realiza. A apropriação segue a proporção específica do atendimento desenvolvido, que é apresentado no Quadro 11.

O critério “Área Física” foi utilizado para os custos que estão relacionados com o espaço da unidade de atendimento. O consumo de água ocorre pela higienização do local, sendo mais bem distribuído pela área da unidade, assim como a remuneração para o pessoal da higienização e o material de limpeza utilizado. A área física também é considerada para a apropriação do aluguel, IPTU e da

manutenção e conservação de prédios. Ainda relacionados à área física, estão o seguro predial e a vigilância através de sistema eletrônico.

Quanto à depreciação/amortização, como a empresa não tem controle patrimonial dos bens imobilizados por filial, esse valor refere-se ao gasto com a reforma do prédio para adequar as instalações às necessidades de atendimento da unidade, que é apropriado conforme o prazo do contrato de aluguel. Por isso, também foi utilizado o critério “área física” para este gasto.

As deficiências do controle patrimonial da operadora impossibilitaram, a tempo, o cálculo da depreciação dos equipamentos da empresa. Em virtude disso, tal elemento de custo não foi considerado.

O critério “kW Instalado” foi utilizado para o consumo de energia, considerando o número de equipamentos e lâmpadas existentes em cada área de atendimento da unidade.

O critério “Número de Ramais” foi utilizado para definir o custo com telefone por área.

Definidos esses critérios, a planilha foi alimentada com os dados provenientes de diversas fontes, obtidas com a operadora, conforme exposto a seguir:

- a) Folha de pagamento: Os custos foram divididos por área de trabalho, para que pudessem ser apropriados aos atendimentos que prestam serviço. A folha foi dividida entre custos diretos e indiretos, de acordo com a classificação mencionada no Quadro 10.
- b) Relação de encargos incidentes sobre a folha de pagamento: Assim como a remuneração, os encargos (INSS, FGTS, Insalubridade) foram segmentados por área de trabalho, considerando a mesma divisão aplicada à folha de pagamento.
- c) Relatório de benefícios concedidos (vale transporte e vale refeição): Foram considerados juntamente com a remuneração da folha de pagamento, por área de trabalho, sendo apropriado juntamente com a folha de pagamento da área.
- d) Relatório de remuneração de serviços terceirizados (médicos e exames): Os valores pagos aos terceirizados foram segmentados de acordo com o tipo de atendimento realizado por eles na unidade de São Leopoldo.
- e) Relatórios de consumo de estoque: O consumo foi dividido por tipo de estoque para que fosse apropriado de forma correta aos atendimentos

por área específica. O relatório apresentou separadamente o consumo do ambulatório, da odontologia e dos exames.

- f) Balancete contábil: Através do balancete, são identificados os gastos relativos à unidade de São Leopoldo, que são apresentadas no Quadro 10.
- g) Estatística de atendimentos realizados: Todos os atendimentos realizados pela unidade de São Leopoldo foram quantificados para que fosse possível apurar o custo unitário do atendimento. Os atendimentos foram segmentados conforme apresentados no Quadro 9.
- h) Horários de agenda de atendimentos: Para que fosse possível analisar a ocupação da unidade, foi utilizada a informação da quantidade de horários possíveis de agendamento. Por exemplo, se o profissional médico está disponível para atendimento por três horas diárias, ele pode atender nesse período em torno de doze consultas, considerando uma estimativa de 15 minutos por consulta. Essa informação de doze consultas é apresentada juntamente com a quantidade de consultas realizadas, possibilitando o cálculo da ociosidade de agenda. Essa informação é apresentada nas consultas médicas e nos atendimentos odontológicos.

Os custos, depois de apropriados aos atendimentos, apresentam o valor total por tipo de atendimento. Utiliza-se o total deste custo para apurar o custo unitário de cada tipo de atendimento, dividindo o montante pelo total de atendimentos realizados.

Nas consultas e nos atendimentos da odontologia também é possível analisar a ociosidade das agendas de atendimento, sendo apresentado, logo abaixo da informação do número de atendimentos realizados, o número de atendimentos possíveis de acordo com a agenda.

Com o número de consultas possíveis e realizadas é analisada a ociosidade da agenda de atendimentos, que pode ser ocasionada por horários de baixo fluxo de pessoas na unidade, principalmente no horário noturno.

A seguir são apresentadas as tabelas com os resultados dos cálculos dos custos envolvidos. As tabelas estão divididas por consultas médicas, atendimentos em ambulatório, odontologia e exames.

Tabela 7 – Apuração do Custo das Consultas Médicas e do Ambulatório

RELAÇÃO DE CUSTOS	Valores em R\$	Base de Rateio	CONSULTAS MÉDICAS					TOTAL DO CUSTO DAS CONSULTAS	AMBULATÓRIO	
			Clinica Geral	Pediatria	Ginecologia	Medicina do Trabalho	Cirurgia Geral		Ortopedia/Traumato	Atendimentos Enfermagem
CUSTOS DIRETOS										
Salários e Encargos Médicos/Odonto			58.737,32	19.472,88	9.564,58	18.695,02			106.469,80	
Salários e Encargos Recepção Med.Trab.						6.420,55			6.420,55	
Serviços Terceirizados Médicos			72.432,00	26.470,00	3.960,00	2.996,00	1.372,25	8.526,00	115.756,25	1.686,10
Salários e Encargos Enfermagem										15.682,71
Coleta de Lixo Hospitalar										414,00
Rouparia/Lavanderia										900,00
Mat.Consumo Médico/Medicam. Ambul.										6.215,34
CUSTOS INDIRETOS										
Salários e Encargos Recepção Méd/Exames	37.168,78	n.atendimentos	16.288,62	3.036,58	4.545,70		265,88	2.106,90	26.243,69	
Salários e Encargos Coord.recepção	8.330,36	n.atendimentos	2.551,24	475,61	711,98	468,72	41,64	330,00	4.579,18	
Estagiários	2.436,63	n.atendimentos	746,24	139,12	208,25	137,10	12,18	96,52	1.339,41	
Salários e Enc.Gerência, Coord.med/odonto	18.656,63	n.atendimentos	4.571,90	852,31	1.275,89	839,96	74,63	591,37	8.206,06	3.728,34
Material de Expediente	7.105,77	n.atendimentos	1.741,30	324,62	485,95	319,92	28,42	225,23	3.125,45	1.420,02
		N.Atendimentos	8.883	1.656	2.479	1.632	145	1.149	15.944	7.244
		%	24,51%	4,57%	6,84%	4,50%	0,40%	3,17%	43,98%	19,98%
Salários e Encargos Serv.Limpeza	8.212,25	área	982,79	862,98	730,20	373,17	90,60	281,70	3.321,45	1.933,88
Aluguel	18.540,33	área	2.218,79	1.948,30	1.648,53	842,49	204,55	635,99	7.498,65	4.366,00
Manutenção e Conservação	12.031,40	área	1.439,84	1.264,31	1.069,78	546,72	132,74	412,71	4.866,11	2.833,24
Seguro	150,36	área	17,99	15,80	13,37	6,83	1,66	5,16	60,81	35,41
Vigilância	587,31	área	70,29	61,72	52,22	26,69	6,48	20,15	237,54	138,30
Material de Limpeza	3.149,38	área	376,90	330,95	280,03	143,11	34,75	108,03	1.273,77	741,64
IPTU	1.360,27	área	162,79	142,94	120,95	61,81	15,01	46,66	550,16	320,33
Água	350,28	área	41,92	36,81	31,15	15,92	3,86	12,02	141,67	82,49
Depreciação/Amortiz	17.359,27	área	2.077,45	1.824,19	1.543,52	788,82	191,52	595,47	7.020,97	4.087,88
		Área	51,15	44,91	38,00	19,42	4,72	14,66	172,85	100,64
		%	11,97%	10,51%	8,89%	4,54%	1,10%	3,43%	40,45%	23,55%
Energia Elétrica	16.943,22	Kw instalado	1.417,57	1.417,57	489,38	763,64	380,53	380,53	4.849,21	3.577,34
		Kw instalado	248,10	248,10	85,65	133,65	66,60	66,60	848,70	626,10
		%	8,37%	8,37%	2,89%	4,51%	2,25%	2,25%	28,62%	21,11%
Telefone	3.196,73	setores c/linha	266,39	266,39	-	266,39	266,39	266,39	1.331,97	266,39
		Setores c/ramal	1,00	1,00	-	1,00	1,00	1,00	5,00	1,00
		%	8,33%	8,33%	0,00%	8,33%	8,33%	8,33%	41,67%	8,33%
SOMA	155.578,97		166.141,34	58.943,09	26.731,48	33.712,84	3.123,10	14.640,84	303.292,69	48.429,40
Número de Consultas Possíveis			8.914	3.961	2.528	2.369	183	1.175	19.130	
Número de Consultas Realizadas			8.883	1.656	2.479	1.632	145	1.149	15.944	7.244
% Ociosidade			0,3%	58,2%	1,9%	31,1%	20,8%	2,2%	114,6%	
Custo da Consulta Possível			18,64	14,88	10,57	14,23	17,07	12,46	-	
Custo da Consulta Realizadas			18,70	35,59	10,78	20,66	21,54	12,74	-	6,69

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema ERP da Operadora.

Na análise da Tabela 7, é possível identificar que, na especialidade de clínica geral, o custo da consulta realizada é de R\$ 18,70, a ociosidade de consultas é apenas de 0,3%, o que garante o custo baixo da consulta. O clínico geral atende 24 horas do dia na unidade.

Já na pediatria, o valor de consulta é de R\$ 35,59, devido à ociosidade na agenda de consultas de 58,2%. Justifica-se essa ociosidade por haver plantão de pediatras durante 14 horas por dia, gerando maior volume de horários livres na agenda, principalmente durante à noite. Se a agenda fosse mais bem aproveitada, reduzindo-se o número de horas trabalhadas (base da remuneração) pelo pediatra, o custo da consulta poderia chegar a R\$ 14,88.

Em reunião com o diretor administrativo da empresa para apresentação desse resultado, discutiu-se o motivo dessa situação na agenda da pediatria. Foi informado que é necessário oferecer essa especialidade por horário maior para casos de urgência, o que descaracteriza a ociosidade. Esse custo deve então ser administrado pela operadora como uma garantia de atendimento aos beneficiários.

A especialidade de ginecologia apresenta o custo de consulta mais baixo comparativamente às outras especialidades, tendo sido apurado o valor de R\$ 10,78 por consulta. A ginecologia é a especialidade que apresenta o maior número de consultas depois da clínica geral, ocupando 98,1% dos horários disponíveis para atendimento.

Na medicina do trabalho, que é a especialidade médica que faz os exames para admissão e demissão, o custo da consulta é de R\$ 20,66. Esta especialidade tem uma recepção exclusiva, havendo um plano específico para dar cobertura a esses atendimentos. A ociosidade existente é de 31,1%, assim, se não aumentar o número de consultas com a maior utilização desse serviço, deve ser analisada a redução da carga horária dos médicos.

Para as consultas de cirurgia geral foi apurado o custo unitário de R\$ 21,54, havendo uma ociosidade de agenda de 20,8%. Essa especialidade é disponibilizada na rede própria por haver ambulatório equipado para a realização de pequenos procedimentos.

A especialidade de ortopedia e traumatologia atende apenas com hora marcada, não havendo plantão de urgência. O custo da consulta apurado para esta especialidade foi de R\$ 12,74, com uma ociosidade baixa, de apenas 2,2%. Depois da ginecologia, essa especialidade é a que apresenta o menor custo, devido principalmente a alta ocupação da agenda.

O total de atendimentos de enfermagem realizados no período foi de 7.244, o que representou como custo o valor unitário de R\$ 6,69. Nesse grupo são classificados todos os tipos de atendimentos efetuados pela enfermagem dentro do ambulatório, que podem ser um curativo, soroterapia, aplicação de medicamentos, colocação de tala gessada, etc.

Com as informações constantes da Tabela 7 é possível identificar:

- a) As consultas com clínico geral apresentam a maior concentração de atendimentos da unidade de São Leopoldo. O volume de consultas dessa especialidade representa 55,7% do total de consultas.
- b) A especialidade que apresenta o menor custo unitário é a ginecologia; a que apresenta o maior custo unitário é a pediatria.
- c) O custo mais representativo em reais é das consultas de clínica geral, que apresenta o montante de R\$ 166.141,34, que representa 54,8% do custo com consultas médicas.

A seguir é apresentado o sistema de custos aplicado à odontologia.

Tabela 8 – Apuração do Custo da Odontologia

RELAÇÃO DE CUSTOS	Valores em R\$	Base de Rateio	ODONTOLOGIA							TOTAL
			Dentística	Endodontia	Periodontia	Odonto Saúde Col.	Bucomaxi- Iofacial	Tecnico Higiene Dent.	Odonto- pediatria	
CUSTOS DIRETOS										
Salários e Encargos Médicos/Odonto			3.958,86	11.571,39	7.020,25	25.431,81	9.102,00	10.811,00	12.815,94	80.711,25
CUSTOS INDIRETOS										
Salários e Encargos Coord.recepção	8.330,36	n.atendimentos	138,72	264,52	156,81	955,24	149,92	209,95	164,86	2.040,01
Estagiários	2.436,63	n.atendimentos	40,58	77,37	45,87	279,41	43,85	61,41	48,22	596,70
Salários e Encargos Recepção Odonto	3.342,44	n.atendimentos	227,28	433,39	256,93	1.565,11	245,64	343,98	270,11	3.342,44
Mat.Consumo Odontologia	13.727,96	n.atendimentos	933,49	1.780,02	1.055,25	6.428,16	1.008,87	1.412,80	1.109,37	13.727,96
Salários e Enc.Gerência, Coord.med. e od	18.656,63	n.atendimentos	248,59	474,02	281,02	1.711,83	268,66	376,23	295,43	3.655,77
Material de Expediente	7.105,77	n.atendimentos	94,68	180,54	107,03	651,98	102,33	143,30	112,52	1.392,38
		N.Atendimentos	483	921	546	3.326	522	731	574	7.103,00
		%	1,33%	2,54%	1,51%	9,18%	1,44%	2,02%	1,58%	0,20
Salários e Encargos Serv.Limpeza	8.212,25	área	109,85	230,17	115,08	423,72	83,70	109,85	125,55	1.197,91
Aluguel	18.540,33	área	248,01	519,63	259,82	956,60	188,96	248,01	283,44	2.704,46
Manutenção e Conservação	12.031,40	área	160,94	337,21	168,60	620,77	122,62	160,94	183,93	1.755,01
Seguro	150,36	área	2,01	4,21	2,11	7,76	1,53	2,01	2,30	21,93
Vigilância	587,31	área	7,86	16,46	8,23	30,30	5,99	7,86	8,98	85,67
Material de Limpeza	3.149,38	área	42,13	88,27	44,13	162,49	32,10	42,13	48,15	459,40
IPTU	1.360,27	área	18,20	38,12	19,06	70,18	13,86	18,20	20,80	198,42
Água	350,28	área	4,69	9,82	4,91	18,07	3,57	4,69	5,35	51,09
Depreciação/Amortiz	17.359,27	área	232,21	486,53	243,27	895,66	176,92	232,21	265,38	2.532,18
		Área	5,72	11,98	5,99	22,05	4,36	5,72	6,53	62,34
		%	1,34%	2,80%	1,40%	5,16%	1,02%	1,34%	1,53%	0,15
Energia Elétrica	16.943,22	Kw instalado	307,71	644,73	322,37	1.186,89	234,45	307,71	351,67	3.355,54
		Kw instalado	53,86	112,84	56,42	207,73	41,03	53,86	61,55	587,28
		%	1,82%	3,81%	1,90%	7,01%	1,38%	1,82%	2,08%	0,20
Telefone	3.196,73	setores c/linha	-	-	-	266,39	-	-	-	266,39
		Setores c/ramal				1,00				1,00
		%	0,00%	0,00%	0,00%	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08
SOMA	135.480,59		6.775,80	17.156,40	10.110,74	41.662,37	11.784,96	14.492,27	16.111,98	118.094,52
Número de Consultas Possíveis			510	930	588	3.326	543	896	604	7.397,00
Número de Consultas/Exames Realizados			483	921	546	3.326	522	731	574	7.103,00
% Ociosidade			5,3%	1,0%	7,1%	0,0%	3,9%	18,4%	5,0%	0,41
Custo da Consulta Possível			13,29	18,45	17,20	12,53	21,70	16,17	26,68	-
Custo da Consulta/Exame Realizados			14,03	18,63	18,52	12,53	22,58	19,83	28,07	-

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema ERP da Operadora.

Na odontologia há uma variação maior no custo por tipo de atendimento do que a apresentada nas consultas médicas. Da mesma forma, o volume de atendimentos realizados também é menor.

A especialidade de dentística, que trata de restaurações, tem um custo de R\$ 14,03 por atendimento, apresentando uma ociosidade de agenda de 5,3%.

A endodontia, que faz os tratamentos de canais, apresenta um custo mais elevado, no valor de R\$ 18,63 por atendimento realizado, com uma ociosidade na agenda de apenas 1%.

O custo do atendimento de periodontia, que trata a gengiva, é de R\$ 18,52 por atendimento realizado. Essa especialidade apresenta uma ociosidade de 7,1%, o que gera um acréscimo de custo em 7,7%.

A odontologia em saúde coletiva é a clínica odontológica, que faz o primeiro atendimento ao cliente para direcionamento, se necessário, a outra especialidade. É a especialidade que apresenta o menor custo da odontologia, e tem o maior número de atendimentos. Não apresenta ociosidade, pois sua agenda está completa, devido principalmente a atendimentos de urgência, que são atendimentos extras feitos por essa especialidade odontológica.

A especialidade de bucomaxilofacial é a cirurgia odontológica, trata de lesões e traumatismos na cavidade oral. O custo da consulta desse profissional na rede própria é de R\$ 22,58, havendo uma ociosidade de 3,9% na agenda.

O técnico em higiene dental faz a limpeza e aplicação de flúor. O custo dos atendimentos realizados é de R\$ 19,83, havendo uma ociosidade de 18,4%, o que torna o custo mais elevado. Se a agenda fosse completa, o custo desse atendimento seria de R\$ 16,17.

A odontopediatria é a que apresenta o custo mais elevado da odontologia, sendo apurado o valor de R\$ 28,07 por atendimento. A ociosidade dessa especialidade é de 5%.

Na análise das informações constantes na Tabela 8 destaca-se:

- O menor custo total é da especialidade de dentística, apesar disso, não apresenta o menor custo unitário da odontologia.
- A especialidade de odontologia em saúde coletiva apresenta o maior número de atendimentos, e também apresenta o maior custo total. Apesar disso é a especialidade que tem o menor custo unitário.

Na Tabela 9, que segue, é apresentado o cálculo de custos dos exames da rede própria de São Leopoldo:

Tabela 9 – Apuração do Custo dos Exames

RELAÇÃO DE CUSTOS	Valores em R\$	Base de Rateio	EXAMES									TOTAL
			Raio-X	Ecografia	Mamografia	Eletrocardiograma	Colonoscopia	Endoscopia	Audiometria	Eletroencefalograma	Espirometria	
CUSTOS DIRETOS												
Salários e Encargos Médicos/Odonto											185,47	185,47
Serviços Terceirizados Exames			2.100,00	20.075,50	4.496,00	1.370,50	1.925,00	2.820,00	1.156,75	3.465,00		37.408,75
CUSTOS INDIRETOS												
Salários e Encargos Técnico Radiologia	9.632,52	n.atendimentos	7.132,23		2.500,29							9.632,52
Mat. Consumo Exames	10.989,70	n.atendimentos	5.497,66	3.564,76	1.927,28							10.989,70
Salários e Encargos Recepção Exames	37.168,78	n.atendimentos	3.583,02	2.323,28	1.256,07	885,67	23,84	122,86	2.180,25	315,39	234,71	10.925,09
Salários e Encargos Coord.recepção	8.330,36	n.atendimentos	561,20	363,89	196,73	138,72	3,73	19,24	341,49	49,40	36,76	1.711,16
Estagiários	2.436,63	n.atendimentos	164,15	106,44	57,54	40,58	1,09	5,63	99,88	14,45	10,75	500,52
Salários e Enc.Gerência, Coord.med. e od	18.656,63	n.atendimentos	1.005,68	652,10	352,56	248,59	6,69	34,48	611,95	88,52	65,88	3.066,46
Material de Expediente	7.105,77	n.atendimentos	383,04	248,37	134,28	94,68	2,55	13,13	233,08	33,72	25,09	1.167,93
		N.Atendimentos	1.954	1.267	685	483	13	67	1.189	172	128	5.958
		%	5,39%	3,50%	1,89%	1,33%	0,04%	0,18%	3,28%	0,47%	0,35%	16,44%
Salários e Encargos Serv.Limpeza	8.212,25	área	651,03	156,03	385,28	130,67	106,07	106,07	79,36	72,25	72,25	1.759,01
Aluguel	18.540,33	área	1.469,80	352,26	869,82	295,00	239,47	239,47	179,17	163,12	163,12	3.971,22
Manutenção e Conservação	12.031,40	área	953,80	228,60	564,45	191,43	155,40	155,40	116,27	105,85	105,85	2.577,05
Seguro	150,36	área	11,92	2,86	7,05	2,39	1,94	1,94	1,45	1,32	1,32	32,21
Vigilância	587,31	área	46,56	11,16	27,55	9,34	7,59	7,59	5,68	5,17	5,17	125,80
Material de Limpeza	3.149,38	área	249,67	59,84	147,75	50,11	40,68	40,68	30,43	27,71	27,71	674,58
IPTU	1.360,27	área	107,84	25,85	63,82	21,64	17,57	17,57	13,15	11,97	11,97	291,36
Água	350,28	área	27,77	6,66	16,43	5,57	4,52	4,52	3,39	3,08	3,08	75,03
Depreciação/Amortiz	17.359,27	área	1.376,17	329,82	814,41	276,21	224,22	224,22	167,76	152,73	152,73	3.718,25
		Área	33,88	8,12	20,05	6,80	5,52	5,52	4,13	3,76	3,76	91,54
		%	7,93%	1,90%	4,69%	1,59%	1,29%	1,29%	0,97%	0,88%	0,88%	21,42%
Energia Elétrica	16.943,22	Kw instalado	1.753,88	1.299,98	730,84	493,66	210,84	365,11	176,55	65,14	65,14	5.161,12
		Kw instalado	306,96	227,52	127,91	86,40	36,90	63,90	30,90	11,40	11,40	903,29
		%	10,35%	7,67%	4,31%	2,91%	1,24%	2,15%	1,04%	0,38%	0,38%	30,46%
Telefone	3.196,73	setores c/linha	133,20	266,39	133,20	266,39	-	-	266,39	133,20	133,20	1.331,97
		Setores c/ramal	0,50	1,00	0,50	1,00			1,00	0,50	0,50	5,00
		%	4,17%	8,33%	4,17%	8,33%	0,00%	0,00%	8,33%	4,17%	4,17%	41,67%
SOMA	176.201,19		27.208,59	30.073,77	14.681,36	4.521,17	2.971,20	4.177,91	5.663,00	4.708,01	1.300,20	95.305,20
Número de Exames Realizados			1.954	1.267	685	483	13	67	1.189	172	128	5.958
Custo dos Exames Realizados			13,92	23,74	21,43	9,36	228,55	62,36	4,76	27,37	10,16	401,66

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema ERP da Operadora.

Para os exames não há um controle rígido de agenda. Por causa disso, para não distorcer a informação, é apresentado apenas o número de exames realizados efetivamente, não sendo apresentada a sua agenda.

Os exames apresentam um custo unitário maior para a operadora que as consultas médicas e a odontologia. O custo dos honorários para a realização de exames normalmente é por exame realizado, não havendo alteração de valor unitário se o volume de atendimentos for maior.

Alguns exames apresentam custo mais elevado devido à utilização de materiais na sua realização ou no seu diagnóstico.

Na análise dos dados da Tabela 9 – Apuração do Custo dos Exames destaca-se:

- a) A ecografia é o exame de custo total mais elevado, no valor de R\$ 30.073,77, representando 31,5% do total de gastos com exames. O custo unitário da ecografia é R\$ 23,74.
- b) A espirometria é o exame que gera o menor custo total na unidade, no montante de R\$ 1.300,20. Esse exame é realizado por um médico do trabalho e mede a capacidade respiratória do indivíduo, sendo apurado o custo de R\$ 10,16 por exame.
- c) O exame de maior custo unitário para a operadora é a colonoscopia, devido ao valor pago ao especialista que realiza e interpreta esses exames. O custo unitário calculado para este exame é de R\$ 228,55.
- d) O exame que tem o menor custo unitário é a audiometria, que custa R\$ 4,76 por exame realizado. A audiometria é o exame que mede a capacidade auditiva e normalmente é realizado como exame para admissão de empregados.
- e) O raio-X, bem como a mamografia são exames que necessitam de um técnico para a sua realização. Além disso, também é pago honorários para o profissional médico que interpreta estes exames. O custo unitário do raio-X foi calculado em R\$ 13,92, com a realização no trimestre de 1.954 exames. Já a mamografia apresenta um custo unitário de R\$ 21,43, com a realização de 685 exames. A variação significativa no custo desses exames refere-se aos honorários cobrados para a interpretação, os quais, no caso da mamografia, são maiores.

- f) O eletrocardiograma, que é um exame cardiológico, apresentou um custo de R\$ 9,36 por exame, com a realização de 483 exames no período.
- g) O eletroencefalograma é um exame que demonstra a atividade elétrica do cérebro, apresentou um custo unitário de R\$ 27,37. O gasto mais significativo desse exame são os honorários pagos aos serviços terceirizados para a realização do exame.
- h) A endoscopia apresenta um custo de R\$ 62,36 por exame realizado, havendo no período apenas 67 exames.

Depois de efetuado o cálculo do trimestre, efetuou-se também os cálculos do custo mensal, para identificar se há uma variação significativa no comportamento de custos, quando analisado de forma mensal.

Na Tabela 10, é apresentado um resumo do custo do atendimento apurado mês a mês, comparativamente ao resultado do trimestre que já foi apresentado nas tabelas anteriores, sendo identificada a seguinte situação:

Tabela 10 – Comparativo dos Custos Mensais da Rede Própria

	TIPOS DE ATENDIMENTO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TRIMESTRE
CONSULTAS MÉDICAS	Clinica Geral	16,61	19,95	20,04	18,70
	Pediatria	34,26	45,02	29,54	35,59
	Ginecologia	11,78	11,10	9,63	10,78
	Medicina do Trabalho	24,55	25,96	15,02	20,66
	Cirurgia Geral	20,16	25,87	20,29	21,54
	Ortopedia/Traumatologia	17,98	11,89	11,45	12,74
AMBULATÓRIO	Atendimentos Enfermagem	6,42	7,61	6,27	6,69
ODONTOLOGIA	Dentística	14,88	14,50	12,84	14,03
	Endodontia	19,77	22,59	15,37	18,63
	Periodontia	19,03	21,49	16,08	18,52
	Odontologia em Saúde Coletiva	12,79	13,37	11,60	12,53
	Bucomaxilofacial	25,32	21,77	21,00	22,58
	Técnico Higiene Dental	21,98	23,50	15,77	19,83
	Odontopediatria	31,57	30,65	23,56	28,07
EXAMES	Raios -X	15,98	13,99	12,13	13,92
	Ecografia	23,18	22,97	24,81	23,74
	Mamografia	24,70	20,76	18,62	21,43
	Eletrocardiograma	10,27	8,83	8,99	9,36
	Colonoscopia	227,08	225,01	231,25	228,55
	Endoscopia	53,47	79,18	63,19	62,36
	Audiometria	5,77	4,68	4,13	4,76
	Eletroencefalograma	28,10	27,66	26,37	27,37
	Espirometria	12,66	11,66	7,91	10,16

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema ERP da Operadora.

Na análise da Tabela 10, apresenta-se os itens mais relevantes:

- a) A pediatria apresentou no mês de fevereiro/2007 um custo unitário mais elevado que nos outros dois meses, principalmente devido a um número maior de horas contratadas de médicos terceirizados para o atendimento dentro da rede própria e também pelo baixo volume de consultas realizadas.
- b) O aumento do número de atendimentos da medicina do trabalho foi significativo no mês de março/2007, reduzindo o custo unitário nesse mês.
- c) O custo com a cirurgia geral, apesar de, na sua totalidade, apresentar-se menor no mês de fevereiro/2007 devido à quantidade de atendimentos, houve um aumento no custo unitário.
- d) Os atendimentos do técnico em higiene dental apresentam uma redução significativa no mês de março/2007, porque houve um aumento de demanda por esse serviço em 56%.
- e) Nos exames, a endoscopia apresenta a maior variação em custos, havendo uma redução no custo unitário de 20% do mês de fevereiro para março/2007 pela utilização do serviço.

Outra informação interessante para enriquecer a análise é o número de atendimentos mensais por tipo, na unidade de São Leopoldo, conforme constante na Tabela 11.

Tabela 11 – Número de Atendimentos Realizados

	TIPOS DE ATENDIMENTO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TRIMESTRE
CONSULTAS MÉDICAS	Clínica Geral	3.333	2.524	3.026	8.883
	Pediatria	549	480	627	1.656
	Ginecologia	808	752	919	2.479
	Medicina do Trabalho	494	409	729	1.632
	Cirurgia Geral	61	35	49	145
	Ortopedia/Traumatologia	183	412	554	1.149
AMBULATÓRIO	Atendimentos Enfermagem	2.747	1.942	2.555	7.244
ODONTOLOGIA	Dentística	166	142	175	483
	Endodontia	302	233	386	921
	Periodontia	183	147	216	546
	Odontologia Saúde Coletiva	1.142	973	1.211	3.326
	Bucomaxilofacial	153	178	191	522
	Técnico Higiene Dental	239	192	300	731
	Odontopediatria	172	169	233	574

Continua...

Conclusão.

	TIPOS DE ATENDIMENTO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TRIMESTRE
EXAMES	Raios-X	585	618	751	1.954
	Ecografia	455	321	491	1.267
	Mamografia	255	205	225	685
	Eletrocardiograma	158	151	174	483
	Colonoscopia	4	3	6	13
	Endoscopia	30	15	22	67
	Audiometria	284	417	488	1.189
	Eletroencefalograma	58	57	57	172
	Espirometria	34	32	62	128

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema ERP da Operadora.

A aplicação de um sistema de custos na rede própria da operadora possibilita diversas análises pelos diretores, como o desempenho financeiro da unidade, a capacidade de atendimento, a utilização dessa capacidade, a necessidade de ampliação de um serviço ou a necessidade de redução de um serviço que apresenta um custo menor na rede credenciada.

Também pode ser analisada a criação de novos serviços dentro da unidade própria, com base na demanda pelo serviço na rede credenciada e o preço desse atendimento terceirizado.

Ainda, o sistema pode ser aplicado na projeção de dados, servindo como instrumento para definição do planejamento estratégico e operacional da empresa, definindo necessidades de investimento.

Na próxima seção, é apresentado o comparativo dos custos da rede própria calculados pela aplicação do sistema e os custos com a rede credenciada, que são os serviços terceirizados contratados pela operadora para o atendimento de seus beneficiários.

4.7 ANÁLISE COMPARATIVA COM A REDE CREDENCIADA

A rede credenciada é formada por serviços terceirizados contratados pela operadora para atender aos beneficiários do plano de saúde. Os contratos definem a forma de prestação do serviço e o montante a ser pago pelo serviço realizado.

Os beneficiários precisam de autorização da operadora para serem atendidos na rede credenciada. A liberação dos atendimentos mediante autorização é uma prática comum entre as operadoras, e tem como principal objetivo a prévia conferência da cobertura do plano de saúde.

Nesta seção, é apresentado o comparativo dos custos calculados na rede própria com os preços dos mesmos serviços na rede credenciada.

Solicitou-se à administração da operadora a tabela de preços operados pela rede credenciada vigente no exercício de 2007. Para a seleção dos credenciados foram utilizados os seguintes critérios:

- a) foram selecionados os credenciados que oferecem os serviços disponíveis na rede própria;
- b) optou-se pelos credenciados localizados na cidade de São Leopoldo, que é o local da rede própria. Quando o serviço não era disponível na cidade de São Leopoldo, foram selecionados os credenciados da cidade mais próxima;
- c) havendo mais de um credenciado que presta o mesmo serviço na cidade, optou-se pelo credenciado que oferece a tabela de menor custo para a operadora;
- d) a operadora não contrata rede credenciada para a realização de atendimentos odontológicos. Assim, não há valores de serviços terceirizados definidos em contrato para esses atendimentos. Para fazer o comparativo da odontologia, utilizou-se a tabela de preços que a Odontoprev repassa aos odontologistas em seu convênio. Essa tabela define o preço por tipo de atendimento, sendo selecionado o preço do procedimento mais comum da especialidade.

O comparativo do custo do ambulatório com a rede credenciada não foi efetuado devido ao cálculo do custo geral, não compatível com os preços praticados pela rede credenciada. Por isso, não foi possível fazer esse levantamento, pois tais dados distorceriam os resultados apresentados, visto haver grande diferença de valores entre os tipos de atendimento.

4.7.1 Consultas Médicas

Na Tabela 12, é apresentado o comparativo do valor das consultas médicas na rede credenciada com o custo apurado na rede própria:

Tabela 12 – Comparativo de Valores das Consultas Médicas

Especialidade	Custo em R\$	Preço em R\$	Variação	Variação
	Rede Própria	Rede Credenciada	R\$	%
Clínica Geral	18,70	22,00	(3,30)	-15,0%
Pediatria	35,59	25,00	10,59	42,4%
Ginecologia	10,78	22,00	(11,22)	-51,0%
Medicina do Trabalho	20,66	20,00	0,66	3,3%
Cirurgia Geral	21,54	22,40	(0,86)	-3,8%
Ortopedia/Traumatologia	12,74	22,00	(9,26)	-42,1%

Fonte: Dados dos contratos de credenciados da operadora e dados da Tabela 7.

Conforme os dados apresentados na Tabela 12:

- O custo na rede própria da operadora apresenta vantagem em comparação com a rede credenciada nas especialidades de clínica geral, ginecologia, cirurgia geral e ortopedia/traumatologia. Apenas na especialidade de pediatria e medicina do trabalho, não são identificadas vantagem em custo.
- No caso da clínica geral, a diferença entre o valor na rede própria e o valor na rede credenciada é de 15%, o que representa um custo de R\$ 3,30 a mais na rede credenciada por consulta realizada.
- Na especialidade de pediatria, o custo na rede própria ficou relativamente alto por haver grande ociosidade de agenda no período analisado. Se todos os horários disponíveis da pediatria na rede própria fossem ocupados, o custo seria de R\$ 14,82, menor que o praticado pela rede credenciada, que é de R\$ 25,00.
- A ginecologia apresenta o menor custo na rede própria, refletindo também no comparativo com a rede credenciada, pois apresenta a melhor margem frente ao preço dos credenciados, que chega a 51%.
- Outra especialidade que apresenta um custo muito semelhante ao da rede credenciada é a medicina do trabalho, com uma diferença de R\$ 0,66 por consulta realizada. Como essa é uma especialidade que não

tem plantão, a redução da carga horária de atendimento poderia melhorar seu desempenho.

- A especialidade de cirurgia geral apresenta um custo R\$ 0,86 menor por consulta realizada na rede própria em comparação à rede credenciada. Isso representa uma diferença de 3,8%.
- Na ortopedia/traumatologia, o custo unitário na rede própria é de R\$ 12,74, havendo uma diferença significativa com o preço da rede credenciada, que é de R\$ 22,00. A variação é de 42,1%.

4.7.2 Odontologia

Segue tabela comparativa:

Tabela 13 – Comparativo de Valores da Odontologia

Odontologia	Custo em R\$ Rede Própria	Preço em R\$ Rede Credenciada	Variação R\$	Variação %
Dentística	14,03	57,30	(43,27)	-75,5%
Endodontia	18,63	86,50	(67,87)	-78,5%
Periodontia	18,52	55,10	(36,58)	-66,4%
Odontologia Saúde Coletiva	12,53	29,16	(16,63)	-57,0%
Bucomaxilofacial	22,58	46,66	(24,08)	-51,6%
Técnico Higiene Dental	19,83	32,40	(12,57)	-38,8%
Odontopediatria	28,07	39,08	(11,01)	-28,2%

Fonte: Dados dos contratos de credenciados da operadora e dados da Tabela 8.

Com base na Tabela 13, é possível verificar que:

- A odontologia apresenta vantagem em custo em todos os tipos de atendimento realizados na rede própria.
- A dentística apresenta um custo inferior na rede própria em R\$ 43,27 por atendimento.
- Na endodontia foi identificada a diferença mais significativa para a operadora, sendo apurado, na rede própria, um custo de R\$ 18,63, e, na rede credenciada, um custo de R\$ 86,50.
- A periodontia na rede própria custa para a operadora R\$ 18,52, e na rede credenciada custa R\$ 55,10, uma diferença de 66,4%.

- A odontologia em saúde coletiva, que faz as consultas odontológicas, apresenta um custo na rede própria de R\$ 12,53, enquanto, na rede credenciada, o valor é de R\$ 29,16.
- O atendimento de bucomaxilofacial apresenta um custo 51,6% maior na rede credenciada, sendo R\$ 22,58 na rede própria e R\$ 46,66 na rede credenciada.
- O atendimento do técnico em higiene dental na rede própria custa para a operadora R\$ 19,83, enquanto, na rede credenciada, custa R\$ 32,40.
- A odontopediatria é a especialidade odontológica que apresenta menor vantagem em custo, sendo apurado, na rede própria, o custo de R\$ 28,07, e, na rede credenciada, o valor é de R\$ 39,08.

4.7.3 Exames

Também foi elaborado comparativo do custo dos exames na rede credenciada, conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 14 – Comparativo de Valores dos Exames

Exames	Custo em R\$ Rede Própria	Preço em R\$ Rede Credenciada	Varição R\$	Varição %
Raios -X	13,92	11,96	1,96	16,4%
Ecografia	23,74	42,08	(18,34)	-43,6%
Mamografia	21,43	35,00	(13,57)	-38,8%
Eletrocardiograma	9,36	16,20	(6,84)	-42,2%
Colonoscopia	228,55	262,79	(34,24)	-13,0%
Endoscopia	62,36	284,17	(221,81)	-78,1%
Audiometria	4,76	6,00	(1,24)	-20,7%
Eletroencefalograma	27,37	37,80	(10,43)	-27,6%
Espirometria	10,16	12,00	(1,84)	-15,3%

Fonte: Dados dos contratos de credenciados da operadora e dados da Tabela 9.

O preço da ecografia e do raio-X nos serviços credenciados variam por tipo de local examinado, ou seja, o raio-X da perna tem um preço, o da coluna tem outro, o do braço tem outro. Na rede própria, não há diferença de preço, porque a incidência de gastos é a mesma. Assim, utilizou-se uma média de preços dos exames cobrados pelo credenciado selecionado.

Com a análise da Tabela 14, pode-se observar:

- Os exames que apresentam vantagem em custo são: ecografia, mamografia, eletrocardiograma, colonoscopia, endoscopia, audiometria, eletroencefalograma e espirometria.
- Apenas o exame de raio-X apresentou custo maior para a operadora na rede própria em comparação com a rede credenciada.
- O custo do raio-X na rede própria é 16,4% mais caro que a média do preço da rede credenciada, gerando um custo de R\$ 1,96 a mais por exame realizado.
- Já na ecografia, esses valores invertem-se, havendo uma vantagem em custo de 43,6%. Assim, a cada ecografia realizada na rede própria, há uma economia para a operadora de R\$ 18,34.
- A mamografia apresentou um custo unitário na rede própria de R\$ 21,43, enquanto o preço, na rede credenciada, para a realização desse exame é de R\$ 35,00, o que representa um custo maior em 38,8%.
- O eletrocardiograma na rede própria apresenta um custo de R\$ 9,36, e, na rede credenciada, tem um preço de R\$ 16,20, representando um valor superior em 42,2%.
- A colonoscopia é o exame que apresenta o custo unitário mais alto na rede própria, de R\$ 228,55. Se realizado na rede credenciada tem um valor ainda maior em 13% de R\$ 262,79.
- A diferença mais relevante nos exames ocorre na endoscopia, que apresenta na rede própria um custo unitário de R\$ 62,36, enquanto, na rede credenciada, o custo desse exame é de R\$ 284,17.
- A audiometria tem um custo 20,7% menor na rede credenciada, sendo de R\$ 4,76 na rede própria, e de R\$ 6,00 na rede credenciada.
- O eletroencefalograma com o custo de R\$ 27,37 na rede própria, também apresenta vantagem para a operadora, se comparado à rede credenciada que tem um preço de R\$ 37,80, representando uma diferença de 27,6%.
- A espirometria, que na rede própria apresentou um custo de R\$ 10,16, na rede credenciada tem um preço de R\$ 12,00, representando uma variação de 15,3% favorável à rede própria.

4.7.4 Considerações Finais sobre a Análise Comparativa

Analisando os dados do comparativo com a rede credenciada observa-se que a rede própria, em um contexto geral, apresenta vantagens em custo para a operadora.

Além das vantagens em custo, ter uma rede própria é estrategicamente importante para a operadora. Em primeiro lugar, porque os beneficiários têm a garantia de atendimento de sua própria operadora; em segundo lugar, a operadora passa a ter poder de barganha de preços com a rede credenciada, pois não é dependente da sua rede credenciada.

A opção da operadora pelo não credenciamento de serviços terceirizados para atendimento odontológico, de acordo com os dados obtidos, é uma decisão acertada, pois qualquer tipo de atendimento odontológico apresenta custo maior na rede credenciada.

A decisão estratégica da empresa em optar pela prestação de serviços através da rede própria, de acordo com este comparativo, é vantajosa.

A seguir são apresentadas algumas considerações a serem observadas pela empresa na implantação do sistema.

4.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS NA OPERADORA

A implantação do sistema de custos na rede própria da operadora traz ganhos principalmente relativos a informações gerenciais para a administração.

Para obter bons resultados para a organização como um todo, é necessário implantar o sistema de custos em todas as unidades de atendimento da rede própria da operadora, possibilitando a análise dos serviços que apresentam maior vantagem em custo para a operadora em cada uma de suas unidades.

A formação de uma equipe multifuncional envolvendo as áreas de contabilidade, de credenciamento, de pessoal, de informática e um representante de cada unidade de atendimento pode auxiliar no processo de implantação, porque envolve os usuários do sistema (TAIT, 2000).

Com o objetivo de facilitar a implantação e padronização das informações, é importante que o sistema de custos seja elaborado através de sistema informatizado. Como a empresa está em processo de implantação de um *Business Intelligence* (BI), os relatórios de custos podem ser elaborados nesse sistema, possibilitando a geração de informações mensais, trimestrais e anuais.

Sobre relatórios desse sistema, os gerentes operacionais precisam ter acesso a informações de natureza econômico-financeiras da sua unidade, inclusive na elaboração e análise do orçamento, para que haja o comprometimento com o desempenho da empresa, por meio da análise da contribuição que a sua unidade representa para o resultado geral da operadora.

Já o diretor da empresa deve dispor de relatório comparativo entre as unidades, podendo avaliar o desempenho de cada gerente na gestão da sua unidade.

4.9 ENTREVISTA DE ENCERRAMENTO DO ESTUDO

Ao final do desenvolvimento do estudo foi realizada uma nova entrevista com o diretor administrativo da operadora, com o objetivo de obter a avaliação dele sobre a utilidade do sistema de custos para o processo de gestão da empresa, inclusive do comparativo realizado com os custos da rede credenciada.

O resultado do sistema e o comparativo foram apresentados ao diretor com uma semana de antecedência para que ele pudesse analisar as informações antes da realização da entrevista.

Sobre sua visão geral do sistema de custos criado neste estudo, o diretor afirma:

[...] na verdade eu gostei do sistema, acho que justamente é uma lacuna que a gente tem hoje na empresa que não se consegue mensurar os diferentes custos que a gente tem. Porque tu fizeste de São Leopoldo, mas o dia que a gente conseguir implantar em todas as filiais, a gente vai ver, na verdade, as melhores práticas. Tu deves ter visto no trabalho [...] que hoje nós temos um indicador assistencial, mas que nós não temos um indicador financeiro. Então ele vai servir como um, quando a gente conseguir implantar, lógico (DIRETOR).

Foi indagado ao entrevistado a respeito de qual informação nova dada pelo sistema pode ser considerada como mais relevante para a empresa:

O mais relevante é a relação entre custo próprio e credenciado. Isto é disparado mais relevante, [...] porque a gente não tem ferramentas tão eficientes, mas de uma forma ou de outra a gente vai medindo os custos pela folha, pelo custo do aluguel, enfim a gente tem planilhas paralelas de custo daquela unidade em si que a gente está tratando [...]. O comparativo serve como um norte para a gente tomar decisões do tipo vamos ampliar a rede própria ou vamos diminuir a rede própria, então, em minha opinião, o que mais ele acrescenta é este comparativo (DIRETOR).

Com relação aos benefícios que a implantação do sistema de custos pode oferecer à empresa, o entrevistado destaca que:

O que seria mais relevante para nós é uma ferramenta de tomada de decisões da relação de custos de serviços próprios versus serviços credenciados [...]. Outra situação serviria como um indicador gerencial em que nós então atribuiríamos um peso para a questão financeira e um peso para a questão assistencial [...], porque eles não estão lá só para gerenciar assistência, mas também para gerenciar resultados [...] A gente ter uma visão para fazer uma migração de serviços, serviços que podem ser desativados em uma unidade e ampliados em outra, ou que podem ser desativados em uma unidade e transferidos para a rede credenciada(...). Acho que realmente nós temos que nos "aculturamos" a utilizar um sistema de custos e isto ia ampliar a possibilidade de uso e as potencialidades que nós iríamos descobrir (DIRETOR).

Ainda referente aos benefícios, questionou-se se haveria alguma contribuição para o cálculo do preço do produto:

[...] na verdade tu vais pegar o atendimento daquela própria pessoa que está vinculada a um determinado plano e vai apropriar aquele custo, então tende a ter uma alteração em termos de rentabilidade de carteiras, pode ser que algumas melhorem, outras piorem [...]. Esta é a grande vantagem que ele vai trazer em preço, porque ele vai, na verdade, agravar tabelas de carteiras deficitárias e aumentar a competitividade de tabelas comerciais [...] assim vamos incentivar este produto e vamos restringir aquele (DIRETOR).

Sobre as dificuldades que a empresa pode enfrentar para implantar o sistema de custos, o diretor apresentou suas considerações principalmente em relação ao sistema de informática, que está em implantação e adequação:

O *BI* é uma ferramenta fantástica, só que ela ainda não pode ser usada, ela ainda não tem o amadurecimento, a consistência que a contabilidade já está, porque ela está passando por este processo neste momento, mas com certeza, ao longo de 2008, a gente já poderia ter uma estrutura tanto contábil como assistencial em termos de eventos realizados, pagos, agendados, para que a gente pudesse colocar em prática este sistema que tu está propondo (DIRETOR).

Questionado sobre o que o sistema de custos não contempla, e que poderia agregar mais valor à empresa, o diretor observa:

Eu acho que a possibilidade de construir cenários, [...] porque cada vez mais a gente tem que identificar áreas de serviços próprios que realmente nos são rentáveis e interessantes de assumirmos, porque a organização começa a ficar grande demais e ela começa a ter que fazer opções porque ela não consegue mais administrar tudo (DIRETOR).

Comentou-se sobre as alterações divulgadas pela ANS na legislação das operadoras e sobre as novas obrigadoriedades que as desafiam, como o novo rol de procedimentos médicos, que agregou serviços ao plano sem a possibilidade de reajuste, o aumento do valor das garantias financeiras, o percentual de reajuste máximo dos planos de saúde individuais e familiares que ficou em 5,48% em 2008. Sobre os desafios que o mercado de planos de saúde tem enfrentado, o diretor acrescenta:

Eu acho que a grande maioria das medidas são positivas, o usuário é o maior beneficiado disto. A ANS indiretamente está forçando uma limpeza de mercado, porque ela não está dando condições para *players* que teriam condições de ter alta *performance* com o tempo... não, ela está empilhando regras e obrigações e está na verdade excluindo todos os pequenos, bons ou ruins, então, além de ela querer fazer uma limpeza para manter só os de alta performance, esta limpeza pressupõe que os bons são os grandes, porque os pequenos e os médios frente às exigências, ao tempo, e ao custo delas para que sejam aplicadas, por melhor que eles sejam, vão ter muita dificuldade. As garantias que eles editaram agora, garantias elevadíssimas, controle severo de reajustes, aumento de custos da ordem de 6 a 8% com os novos procedimentos (DIRETOR).

As operadoras, frente ao controle governamental, têm encontrado diversas dificuldades, pois muitos investimentos exigidos são difíceis de atender para uma empresa privada de poucos sócios, como é o caso da operadora estudada. O investimento financeiro na manutenção das atividades é significativo para as operadoras de pequeno e médio porte. O enxugamento do número de operadoras, de acordo com os dados divulgados pela ANS, demonstra a grande restrição existente hoje nesse mercado.

5 CONCLUSÃO E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

5.1 CONCLUSÃO

As operadoras de planos de saúde, devido à regulamentação governamental, enfrentam mudanças significativas no mercado de saúde suplementar. Nesse mercado concorrido, as operadoras que melhor se posicionam são as que possuem instrumentos úteis de decisão.

Este estudo teve como objetivo a elaboração de um sistema de custos da rede própria de uma operadora, a ser utilizado como instrumento de apoio à tomada de decisões.

O sistema foi estruturado com dados efetivos de uma unidade de atendimento da operadora, sendo obtidas diversas informações em nível gerencial como o custo unitário dos atendimentos, o custo total das consultas médicas, ambulatório, odontologia e exames, o número de consultas agendadas e realizadas, o número de atendimentos odontológicos realizados e agendados, o percentual de ociosidade da agenda, a comparação do custo unitário mensal e do custo unitário trimestral.

De posse desses dados, o diretor da empresa pode acompanhar o desempenho da unidade e identificar quais são seus pontos críticos para atuar diretamente neles.

O sistema também pode ser utilizado com dados projetados, principalmente para definição de novos serviços a serem disponibilizados na rede própria, auxiliando no processo de planejamento estratégico e operacional da operadora.

Além do sistema de custos, este estudo também teve como objetivo a comparação entre o custo apurado na rede própria e o preço do serviço na rede credenciada, para identificar se a opção da operadora pela verticalização do serviço é mais vantajosa para a empresa. Trata-se, portanto, de um sistema com utilidade também para decisões estratégicas.

Outra contribuição do sistema desenvolvido está em auxiliar o gestor da operadora no processo de negociação de preços dos serviços com a rede

credenciada, seja em novos contratos, seja em renovações de contratos já existentes. De fato, a partir do conhecimento dos custos da sua rede própria, a operadora tem parâmetros mais objetivos e eficazes para estabelecer uma base de negociação mais vantajosa.

Em geral, a opção pela rede própria é vantajosa para a empresa. Observou-se que as consultas médicas das especialidades de pediatria e medicina do trabalho apresentam valor menor na rede credenciada que na rede própria. Na odontologia todos os tipos de atendimento são mais vantajosos na rede própria que na rede credenciada. Nos exames, o raio-X apresenta custo mais elevado na rede própria que na rede credenciada. Essas informações devem ser analisadas pelos gestores da empresa para que seja revertida essa situação mediante a adoção de ações no sentido de reduzir o custo.

Alguns fatores devem ser considerados na implantação do sistema de custos para a empresa, sendo que um deles é a informatização dos dados através de um sistema de *BI*, para que seja possível extrair todas as informações necessárias em tempo real. O envolvimento das pessoas-chave também é um fator que auxilia no sucesso da implantação do sistema.

O sistema de custos é um instrumento gerencial importante para a operadora no mercado em que atua, que, se avaliado em conjunto com os preços praticados pela rede credenciada, definem a melhor decisão estratégica: se voltada para a verticalização ou para a terceirização do serviço.

5.2 SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

Sugere-se a aplicação deste estudo em operadoras de planos de saúde de outras modalidades, como cooperativas médicas, devido à modificação do comportamento dos custos. Nas cooperativas médicas, o médico não é assalariado: recebe por atendimento realizado e um valor fixo por hora. Nesse caso parte do custo com o médico passa a ser variável. Outro fator em que essa modalidade apresenta diferenças com relação à medicina de grupo é que, na cooperativa, não há rede credenciada de médicos, pois os médicos são sócios da empresa. Nesse caso, o comparativo, ao invés de ser feito com os preços da rede credenciada, pode

ser feito com o valor pago pela consulta realizada em consultório, que é melhor remunerada que a consulta realizada pelo médico na rede própria da cooperativa.

Outro estudo que poderia ser desenvolvido é um sistema de custeio quando a operadora dispõe na sua rede própria de serviços hospitalares. Nesse caso, os atendimentos hospitalares podem ser segmentados por tipo, e a apuração de custos por procedimento realizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandro Leal. Uma análise econômica da verticalização no mercado de saúde suplementar. REAH - **Revista Eletrônica de Administração Hospitalar – FASC.** v. 2, n. 6. Rio de Janeiro, set. a dez., 2006.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. Sistema privado de seguro-saude: lições do caso americano. **Revista Brasileira de Economia - EPGE.** v.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <[http://www.fgv.br/epge/home /PisDownload/382.pdf](http://www.fgv.br/epge/home/PisDownload/382.pdf)>. Acesso em: 5 mai. 2007.

ANDREWS, Kenneth R. O conceito da estratégia corporativa. In: MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph; QUINN, James Brian; GHOSHAL, Sumantra. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução da Diretoria Colegiada n. 22 de 30 de maio de 2000a. **Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 nov.2006.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada n. 28 de 26 de junho de 2000b. **Institui a nota técnica de registro de produto.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 nov. 2006.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada n. 39 de 30 de outubro de 2000c. **Definição, segmentação e classificação das operadoras.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 nov. 2006.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada n. 77 de 17 de julho de 2001. **Critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 nov.2006.

_____. Resolução Normativa n. 27 de 3 de abril de 2003. **Revisão do plano de contas da ANS.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

_____. Resolução Normativa n. 139 de 27 de novembro de 2006. **Institui o Programa de qualificação da saúde suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 ago. 2007.

_____. Resolução Normativa n. 152 de 18 de maio de 2007a. **Estabelece normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

_____. Resolução Normativa n 160 de 4 de julho de 2007b. **Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislação>>. Acesso em: 25 ago.2007.

_____. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar – Beneficiários, Operadoras e Planos.** Junho de 2007c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoes/caderno_informaca_03_20_07.pdf> Acesso em: 20 out.2007.

ANTHONY, Robert N.; GOVINDARAJAN, Vijay. **Management control systems.** 9th ed. International Edition Mcgraw-Hill, 1998.

ARAUJO Angela Maria. **A Regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil:** barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

ARAUJO, Wenderson. Mercado atraente. **Correio Brasiliense.** Brasília, 30/10/2006. Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=not_namidia_temp.php&ID_MATERIA=5577>. Acesso em: 5 maio 2007.

BACIC, Miguel Juan. **Escopo da gestão estratégica de custos em face das noções de competitividade e de estratégia empresarial.** I Congresso Brasileiro de Custos. São Leopoldo, nov. 1994.

BESANKO, David; DRANOVE, David; SHANLEY, Mark; SCHAEFER, Scott. **A economia da estratégia.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BEUREN, Ilse Maria; SOUSA, Marco Aurélio Batista de; RAUPP, Fabiano Maury. **Um estudo sobre a utilização de sistemas de custeio em pequenas empresas brasileiras**. Congresso Internacional de Custos. Punta del Este, Uruguay, v. 1. p. 1-15, 2003.

BORNIA, Antonio César. **Análise gerencial de custos: aplicação em empresas modernas**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. **Regulamentação dos planos de Saúde**. Legislação Republicana Brasileira. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Legislação Republicana Brasileira. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

BRIMSON, James A. **Contabilidade por atividades: uma abordagem de custeio baseado em atividades**. São Paulo: Atlas, 1996.

BROMWICH, Michael. Managerial accounting definition and scope - from a Managerial View. **Management Accounting**, U.K., a. 66, v. 8, p.26-27, sept. 1988.

CAPETTINI, Robert; CHOW, Chee W.; MCNAMEE, Alan H. On the need and opportunities for improving costing and cost management in healthcare organization. **Managerial Finance**, 1998.

CATELLI, Armando; GUERREIRO, Reinaldo. Mensuração de atividades: comparando ABC X GECON. **Caderno de Estudos n .8**, FIPECAFI, São Paulo, abr. 1993.

COLMANETTI, Marcelo Silveira. **Modelagem de sistemas de manufatura orientada pelo custeio das atividades e processos**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica, Universidade de São Paulo. São Carlos, 2001.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS – Avanços e Desafios**. 1. ed. Brasília, 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS. v. 11. Brasília, 2007.

CORÁ, Carlos Eduardo. **Desenvolvimento de um sistema para gestão de custos indiretos em empresas de serviços de saúde suplementar: O Caso de uma Operadora de Planos de Saúde**. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COSTA, Rogério Guedes; SANTOS, Neusa Maria Bastos F.; SANTOS, Roberto Fernandes dos. **Gestão de custos: um estudo em empresas de medicina de grupo**. XIII Congresso Brasileiro de Custos. Belo Horizonte, 2006.

DIEHL, Carlos Alberto. **Controle estratégico de custos: Um modelo referencial avançado**. Tese de Doutorado em Engenharia da Produção da UFSC. Florianópolis, 2004.

FALK, James Anthony. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FAMÁ, Rubens; HABIB, Cláudia Vasconcellos S. **Implantação do sistema do custeio abc em empresa prestadora de serviços de saúde: Vantagens e Limitações**. VI Congresso de Custos. São Paulo, 1999.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados na assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

FINKLER, Steven A.; WARD, David M. **Issues in cost accounting for health care organizations**. 2. ed. Gaithersburg: Aspen, 1999.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GARRISON, Ray H.; NOREEN, Eric W. **Contabilidade gerencial**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2001.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Anailson Marcio. **Custos**: instrumento de gestão nas organizações de saúde. VII Congresso de Custos. Recife, 2000.

GOMES, Josir Simeone; SALAS, Joan M. Amat. **Controle de gestão** - uma abordagem contextual e organizacional. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, J.E.L. Os impactos das novas tecnologias nas empresas prestadoras de serviços. **Revista de Administração de Empresas**, EAESP/FGV, v. 34, n 1, p. 63-81, jan./fev., 1994.

GUERREIRO, Reinaldo. **Sistema de custeio baseado em atividades** – análise de um paradoxo. 13. Asian-Pacific Conference on International Accounting Issues. Rio de Janeiro, 2001.

HANSEN, Don R.; MOWEN, Maryanne M. **Gestão de custos** – contabilidade e controle. 1. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

HORNGREN, Charles T. **Introdução à contabilidade gerencial**. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1985.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados da população estimada do Brasil em jul/2006**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2 mai.2007.

_____. **Dados sobre o PIB nacional 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia =1106&id_pagina=1www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 mar.2008.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. **Contabilidade gerencial**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

JOHNSON, H. Thomas; KAPLAN, Robert S. **Relevance Lost: The Rise and Fall of Management Accounting**. Harvard Business Press. Boston, 1987.

KAPLAN, Alfredo; MONTICO, Eduardo; VELARDE, Martin. **La contabilidad de costos en instituciones de salud**. IX Congreso del Mercosur de Costos. Florianópolis, 2005.

KAPLAN, Robert S.; ANDERSON, Steven R. The innovation of time-driven activity-based costing. **Cost Management**, v. 21, iss. 2; p. 5. Boston, Mar./Apr. 2007.

KRAEMER, Tania Henke. **Discussão de um sistema de custeio adaptado as exigências da nova competição global**. 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LEONE, George Sebastião Guerra. **Custos: um enfoque administrativo**. 11. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1995.

LEVITT, Theodore. The industrialization of service. **Harvard Business Review**. Sep./Oct., 1976.

MACHADO, Débora Gomes. **Análise das Relações entre a Gestão de Custos e a Gestão do Preço de Venda: Um estudo das práticas adotadas por empresas industriais conserveiras estabelecidas no RS**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Curso de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2005.

MAHER, Michel. **Contabilidade de custos: criando valor para a administração**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, Flávio; MAC-ALLISTER, Mônica. Distribuição espacial dos serviços de saúde para as organizações prestadoras privadas. **Anais do XXIX Encontro da ANPAD**, 2005.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, Afonso José de. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. São Paulo: STS, 2002.

MAUAD, Luiz G. A.; PAMPLONA, Edson O. **O Custeio ABC em empresas de serviços: características observadas na implantação em uma empresa do setor**. IX Congresso Brasileiro de Custos. São Paulo, 2002.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Projeto ANS/PNUD. nov., 2003.

MONTONE, Januário. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Challenges in the regulation of brazilian private health insurance. **Public Finance & Management**, v. 5, lss. 4, p. 597-624, Dec. 2005.

OTT, Ernani. **Informação contábil e a medição do desempenho gerencial**. VIII Congresso Brasileiro de Custos. São Leopoldo, 2001.

PADOVEZE, Clóvis Luis. Contabilidade divisional: centros de lucros e unidades de negócios. RA **Unimep – Revista Eletrônica do Mestrado em Administração da UNIMEP**. Piracicaba, v.1, n° 1. set./dez. 2003.

_____. **Contabilidade gerencial: um enfoque em sistema de informação contábil**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PEREZ JUNIOR, José Hernandez. **Curso de temas contábeis**. Organização CRC-SP e IBRACON. São Paulo: Atlas, 1991.

POMPERMAYER, Cleonice Bastos. Sistemas de Gestão de custos: dificuldades na implantação. **Revista FAE**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 21-28, set./dez., 1999.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. Redefining competition in health care. **Harvard Business Review**. v. 82, iss. 6, Jun., 2004.

RIBEIRO, José Mendes. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. **Regulação & Saúde**. Rio de Janeiro, 2004.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Controladoria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

RICCIO, Edson Luis; ROBLES JUNIOR, Antônio; GOUVEIA, Joaquim F. A. **O sistema de custos baseado em atividades nas empresas de serviços**. V Congresso Internacional de Custos. Acapulco, jul.1997. Disponível em <http://www.tecsi.fea.usp.br/riccio/artigos/pdf/abc_servicos.pdf> Acesso em 04/05/07.

ROCHA, Welington. **Contribuição ao estudo de um modelo conceitual de sistema de informação de gestão estratégica**. 1999. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade de São Paulo, 1999.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SAITO, Richard; SCHIOZER, Rafael Felipe; SAITO, Cristiana Checchia. Situação financeira e satisfação do consumidor das operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Anais do XXXI Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, set. 2007.

SHANK, John K. GOVINDARAJAN, Vijay. **A Revolução dos custos**: Como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SLACK, Nigel; CHAMBERS, Stuart; JOHNSTON, Robert. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SLOAN, Alfred P. **Meus anos com a General Motors**. São Paulo: Negócio, 2001.

SNYDER, Herbert; DAVENPORT, Elisabeth What does it really cost? Allocating indirect costs. **Asian Libraries**, v. 6, n. 3-4, p. 205-214, 1997.

SOUZA, Marcos Antônio de. **Práticas de contabilidade gerencial adotadas por subsidiárias brasileiras de empresas multinacionais**. 2001. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SOUZA, Marcos Antônio de; LISBOA, Lázaro Plácido; ROCHA, Welington. Práticas de contabilidade gerencial adotadas por subsidiárias brasileiras de empresas multinacionais. **Revista Contabilidade e Finanças**, USP, n. 32, p. 40. São Paulo, maio/ag. 2003.

TAIT, Tânia Fatima Calvi. **Um modelo de arquitetura de sistemas de informação para o setor público**: estudo em empresas estatais prestadoras de serviços de informática. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VARTANIAN, Grigor Haig. **O método de custeio pleno: uma análise conceitual e empírica**. 2000. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Curso de Pós-Graduação em Controladoria e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

WARREN, Carl S.; REEVE, James M.; FESS, Philip E. **Contabilidade gerencial**. 6. ed. norte-americana. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZEITHAML, Valarie A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, Leonard L. Problems and strategies in services marketing. **Journal of Marketing**. v. 49, p. 33, Spring, 1985.