

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE E
SECRETARIADO EXECUTIVO - FEAAC
MESTRADO PROFISSIONAL EM CONTROLADORIA**

ANA VIRGINIA FEITOSA MARTINS

**GESTÃO DE CUSTOS EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO**

**FORTALEZA-CE
2009**

ANA VIRGINIA FEITOSA MARTINS

**GESTÃO DE CUSTOS EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO.**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Professora Doutora Maria da Glória Arrais Peter.

**FORTALEZA
2009**

M341g Martins, Ana Virgínia Feitosa
Gestão de Custos em Operadoras de Plano de Saúde:
estudo de caso./ Ana Virgínia Feitosa Martins – Fortaleza,
2009. 97 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do
Ceará, FEAAC.

1. Custos. 2. Estratégia. 3. Plano de saúde. I. Título.

CDD: 657.42

ANA VIRGINIA FEITOSA MARTINS

**GESTÃO DE CUSTOS EM OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO.**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Administração e Controladoria em 03/04/2009, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 17/03/2009

BANCA EXAMINADORA:

Prof.a Dr.a Maria da Glória Arrais Peter (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Marcus Vinícius Veras Machado, Ph.D.
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.a Dr.a Ana Maria Fontenele Catrib
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Ao meu marido, Lucas, pelo apoio incondicional e essencial, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e força.

À Orientadora, Professora Doutora Maria da Glória Arraes Peter, pela dedicação, ajuda e apoio na realização deste trabalho.

À minha colega e amiga Maria Denise Nunes, pela amizade e ajuda nos momentos mais difíceis durante o trajeto.

Aos meus Pais Ruy Libório Feitosa e Ana Virgínia Barros Feitosa, irmãos e amigos, pelo apoio e incentivo.

Aos Professores Dr. Marcus Vinicius Veras Machado e Dr.a Ana Maria Fontenele Catrib, pela participação na banca examinadora.

Ao Humberto Ferreira Oriá Filho, pela ajuda.

E aos demais que contribuíram para a realização deste trabalho.

“Para ser o que sou hoje, fui vários homens e, se volto a encontrar-me com os homens que fui, não me envergonho deles. Foram etapas do que sou. Tudo o que sei custou as dores da experiência. Tenho respeito pelos que procuram, pelos que tateiam, pelos que erram. E, o que é mais importante, estou persuadido de que minha luz se extinguiria se fosse o único a possuí-la.”(GOETHE).

RESUMO

O serviço público de saúde do Brasil fornece um atendimento precário e não eficaz à população, que, em muitos casos, opta pelos planos privados de saúde. O setor é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde que impõe normas rígidas para o funcionamento das operadoras, aumentando as exigências quanto ao número de procedimentos obrigatórios pelos planos, mas os reajustes das mensalidades, quando liberados, não acompanham o crescimento dos custos. Com o intuito de investigar que estratégias poderão contribuir para a redução de custos em operadoras de planos de saúde, mantendo ou mesmo melhorando a qualidade dos serviços, dentro de uma metodologia qualitativa de estudo de casos único, o instrumento de coleta de dados e entrevista semi-estruturada, além da pesquisa bibliográfica e documental. A análise dos indicadores do estudo aponta que as estratégias principais para a redução de custos das operadoras são a utilização da Medicina preventiva terciária, denominada *Home care*, bem como a coparticipação dos usuários, com valores somados às mensalidades, quando utilizam exames e consultas. Pode-se concluir que a análise das estratégias aplicadas a operadoras de planos de saúde, com resultados positivos, é um importante instrumento gerencial.

Palavras-chave: Estratégia, Redução de Custos, Planos de Saúde.

ABSTRACT

The public health service in Brazil provides a poor and not effective service for the people, which in many cases, opting for private health plans. The sector is regulated by the National Agency of Health imposing rigid rules for the operation of operators, increasing the demands on the number of procedures required by the plans, but the adjustments of monthly, when released, did not accompany the growth in costs. In order to investigate strategies that could contribute to cost reduction in operating health plans, maintaining or even improving the quality of services within a qualitative methodology of study of single cases, the data collection instrument and semi -structured, in addition to the literature and documents. The analysis of indicators of the study showed that the main strategies for reducing the costs of operators are using the tertiary preventive medicine, called Home care and the coparcenary users with value added to the tuition when using examinations and consultations. It can be concluded that the analysis of strategies applied to operators of health plans, with positive results.

Keywords: Strategy, Costs Reducing, Health Plans

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Dinâmica dos custos hospitalares	40
2	Cadeia de valor de um plano de saúde	80
Quadro 1	Estratégias genéricas: liderança no custo, diferenciação e enfoque	23
2	Artigos sobre custos em hospitais	41
Tabela 1	Receitas de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo a modalidade da operadora (Brasil – 2001 – 2007).	57
2	Despesas das operadoras de planos de saúde por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil – 2007)	58
3	Operadoras em atividade por modalidade, segundo o número de beneficiários (Brasil – março/2008)	59
4	Freqüência Média de utilização, segundo o tipo de evento de assistência médica e tipo de contratação do plano (Brasil – 2002 – 2007)	61
5	Custo médio dos eventos médico-hospitalares, segundo o tipo de evento e contratação do plano (Brasil – 2002 – 2007)	62
6	Usuário acometido de câncer de fígado	82
7	Usuário acometido de Alzheimer 28 dias	83
8	Usuário acometido de Alzheimer 30 dias	83
9	Usuário acometido de Alzheimer 20 dias	84
10	Usuário acometido de isquemia 30 dias	84
11	Usuário acometido de isquemia 29 dias	85
12	Quantidade de usuários com planos individuais da cooperativa X	86
13	Resultado acumulado dos meses de janeiro a maio de 2008	87
Gráfico 1	Percentual de beneficiários de planos coletivos, por cobertura assistencial (Brasil – 2000 – 2008)	55
2	Beneficiários por modalidade de operadora (Brasil – 2000 – 2008)	55
3	Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil – março/2008)	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	Problema	11
1.2	Pressupostos	11
1.3	Objetivos	11
1.4	Justificativa	12
1.5	Delimitação	13
1.6	Estrutura do texto	13
2	GESTÃO ESTRATÉGICA	
2.1	Estratégia Empresarial	14
2.2	Estratégia	18
3	SISTEMAS DE REDUÇÃO DE CUSTOS	
3.1	Sistemas de custos e métodos de custeio	32
3.2	Custos no setor de serviços	35
3.3	Custos em organizações hospitalares	36
3.4	<i>Just in time</i>	46
3.5	Teoria das restrições	46
3.6	Custeio <i>Kaizen</i>	48
4	PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	
4.1	Histórico	50
4.2	Custo médio dos eventos	56
4.3	Distribuição de Operadoras e Beneficiários	58
4.4	Utilização dos Serviços	60
4.5	Medicina preventiva	63
4.6	Coparticipação	66
5	METODOLOGIA DA PESQUISA	
5.1	Caracterização da pesquisa	69
5.2	Delineamento da pesquisa	72
5.3	Coleta de dados	72
6	ESTUDO DE CASO	
6.1	Perfil da Empresa	76
6.2	Estratégias adotadas para redução de custos	77
6.3	Medicina preventiva: escolha dos usuários	81
6.4	Coparticipação	86
7	CONCLUSÕES	91
	REFERÊNCIAS	93

1. INTRODUÇÃO

A Administração Pública brasileira não atende às necessidades da maioria da população, no tocante à oferta de serviços de saúde, fazendo com que aproximadamente 40 milhões de brasileiros procurem serviços particulares, por meio das operadoras de planos de saúde e outros. O sucesso de uma empresa está vinculado a diversos fatores, entre os quais a estratégia adotada e a forma como é implementada. Empresas que fornecem serviços ligados à saúde fazem parte do universo que busca sustentabilidade, sendo mais competitiva e com maior participação no mercado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria proporcionar assistência, seja médica ou odontológica, com qualidade, mas as ofertadas são precárias, insuficientes e muitas vezes inexistentes. É comum e constante verificar nos noticiários a falta de leitos hospitalares, a precariedade no atendimento e o longo período de espera para conseguir uma consulta médica.

A baixa qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil vem de longa data e o agravamento do antigo problema ocorreu a partir de 1950, com o aumento do êxodo rural, em busca de trabalho nos centros de desenvolvidos, criando-se, então, a necessidade de complementar a assistência médica e odontológica, surgindo-se, assim, os planos privados de saúde, em meados de 1956. As empresas instalavam-se na Região do ABC paulista e os empresários precisavam garantir os serviços médicos aos seus funcionários para assim evitar o absenteísmo e melhorar a qualidade do trabalho.

Em 1998, as operadoras de plano de saúde foram regulamentadas pelo Governo Federal, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela organização e fiscalização do setor. A ANS impõe regras de funcionamento, que vão desde a padronização dos formulários utilizados pelas operadoras à adição de procedimentos médicos, odontológicos e cirúrgicos, aumentando assim os custos assistenciais dessas organizações. O não-cumprimento das exigências ensejam autos de infração com valores elevados para as operadoras.

Por outro lado, o envelhecimento da população brasileira ocasiona um maior número de beneficiários idosos, que utilizam os serviços de maneira mais intensa, entretanto, o reajuste de valores para a faixa etária superior aos sessenta anos não é permitido pela ANS.

Assim, as empresas de planos de assistência à saúde precisam cumprir todas as exigências da ANS prestar um serviço de qualidade aos beneficiários, mantendo o equilíbrio financeiro, por meio do controle dos custos.

1.1 Problema

Que estratégias poderão contribuir para a redução de custos em operadoras de planos de saúde, mantendo ou mesmo melhorando a qualidade dos serviços?

1.2 Pressupostos

Para orientar a investigação foram estabelecidos como pressupostos os seguintes:

1 o produto coparticipação, como estratégia de custos, reduz os custos com exames e consultas; e

2 a utilização da Medicina preventiva terciária, como estratégia, reduz o custo de internações.

1.3 Objetivos

Ante, pois, o que foi exposto, este ensaio tem como objetivo geral analisar estratégias da gestão de custos aplicáveis em operadoras de plano de saúde, capazes de contribuir para a redução de custos e melhoria da qualidade dos serviços.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- 1 identificar as estratégias de custos adotadas em operadoras de planos de saúde;
- 2 mensurar os resultados operacionais decorrentes das estratégias identificadas;
- 3 verificar as vantagens e limitações das estratégias adotadas, tendo em vista as implicações na redução de custos; e
- 4 avaliar as implicações das estratégias adotadas na qualidade dos serviços oferecidos.

1.4 Justificativa

O maior foco dos estudos sobre operadoras de planos de saúde é acerca dos aspectos jurídicos, em face das divergências entre beneficiários e operadoras, pois, diante da dificuldade do sistema público de saúde, garantido pelo SUS, em atender a demanda da população, verifica-se que é crescente o número de brasileiros que fazem a escolha por planos privados de saúde, fazendo com que o setor movimente bilhões de reais por ano.

Paralelamente ao crescimento do quantitativo de usuários e das receitas obtidas pelas operadoras dos planos, encontram-se também aumentados os custos, uma vez que a população utiliza em maior quantidade os serviços, sejam consultas, exames, terapias ou internações. O custo médio dos serviços comporta-se de forma crescente tendo-se, como principais motivos, o avanço da tecnologia em determinados procedimentos e a determinação do órgão regulamentador de que os procedimentos sejam efetuados da forma tecnologicamente mais confiável e evoluída.

A visão dos usuários em relação ao plano de saúde é de que se trata de uma mercadoria e que a contrapartida do desembolso mensal é a máxima utilização dos serviços, seja em forma de consultas, exames ou mesmo internações.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) busca, constantemente, incluir novos procedimentos passíveis de cobertura pelos planos de saúde, eximindo o Governo Federal da obrigação, o que impacta diretamente nos custos das operadoras. Os reajustes autorizados anualmente para serem aplicados às mensalidades são percentualmente menores do que os aumentos nos custos referentes ao incremento de obrigações e só podem ser utilizados após a autorização da Agência.

As operadoras, por sua vez, precisam atender bem ao cliente, para assegurar a satisfação e fidelidade ao plano, manter-se no mercado e garantir o equilíbrio econômico-financeiro. É negada às operadoras a escolha de quais clientes serão usuários do plano, seja por critério de idade ou de histórico de doenças, o que impossibilita a seleção dos beneficiários que apresentam menor probabilidade de utilização dos serviços e menor risco.

Para os empresários do setor, o conhecimento por meio de estudos científicos específicos sobre o assunto pode ser uma ferramenta importante para tomada de decisões com o objetivo de reduzir os custos.

1.5 Delimitação

Este experimento acadêmico, por meio de estudo de caso, envolve uma empresa de plano de saúde constituída sob a forma de cooperativa médica, a qual atua prestando serviços na cidade de Fortaleza no Estado do Ceará. Não são considerados no presente trabalho os fatores de risco, tais como as epidemias, que possam afetar os custos.

A metodologia da pesquisa será comentada na seção 5.

1.6. Estrutura do texto

Com base nos objetivos estabelecidos neste estudo, este foi dividido em seis seções.

Na primeira, denominada Introdução, há informações sobre o objetivo deste ensaio, bem como os caminhos percorridos para chegar aos resultados.

Na segunda seção, denominada Gestão Estratégica, serão abordados os conceitos de estratégia e a visão dos autores acerca do assunto.

Com o título de Sistemas de Redução de Custos, a terceira seção é composta por informações sobre sistemas de redução de custos, onde são mencionadas as principais formas.

A descrição sobre os planos de saúde no Brasil acerca da sua regulamentação é feita na quarta seção, acompanhada da quinta, a qual apresenta a metodologia da pesquisa, mostrando sua caracterização e delineamento.

O estudo de caso compõe a sexta seção, onde será verificado o histórico da empresa, bem como seus produtos e resultados obtidos com suporte nas ferramentas utilizadas para a redução de custos.

Em seguida, são expostas as conclusões da pesquisa procedidas as recomendações para trabalhos futuros sobre o tema investigado.

2 GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS

Com base no contexto em que a organização se encontra, é necessária a definição de metas a serem alcançadas para haver inovação e aperfeiçoamento dos serviços ou produtos, voltadas para o desenvolvimento do potencial futuro.

Nesta seção, abordam-se conceitos de estratégias, barreiras estratégicas e modelos, seguindo-se da Gestão Estratégica de Custos.

2.1 Estratégia Empresarial

Os primeiros escritos sobre estratégia datam de aproximadamente dois mil anos, abordando seleções de estratégias ótimas para posições específicas no contexto de batalhas militares. Esses escritos codificavam e expressavam a sabedoria do senso comum, a respeito das condições ideais para se atacar um inimigo e defender a própria posição. (MINTZBERG *et al.*, 2000, p.70 – 72).

Bruni e Famá (2002, p.357) explicam que o conceito de estratégia vem do grego *estrategos*, ou a arte do generalato. Para os militares, representa a disposição das forças armadas no campo de batalha para conseguir a derrota do inimigo. Consiste no desenvolvimento de meios contra o inimigo, em busca de objetivos estabelecidos pelo comando, envolvendo o planejamento e execução de movimentos e operações de tropas, navios e aviões, buscando alcançar ou manter posições relativas e potenciais. Difere da tática, que compreende o comando das forças durante uma batalha ou na presença imediata do inimigo.

Apesar de ser um tema bastante antigo, a estratégia é de fundamental importância para o sucesso no planejamento de ações, sejam no campo de batalha ou na área empresarial.

Hansen e Mowen (2001, p.491) informam que a estratégia é a especificação dos relacionamentos desejados da gestão entre quatro perspectivas. Por outro lado, a tradução de estratégia significa especificar os objetivos, as medidas, os alvos e as iniciativas de cada perspectiva.

Segundo Ansoff e McDonnel (1993, p.70), estratégia é um conjunto de regras de tomada de decisão para orientação do comportamento de uma organização, mencionando quatro tipos distintos de regras, conforme seguem:

- a) objetivos e metas - padrões pelos quais o desempenho presente e futuro da empresa é medido. Em termos qualitativos, esses padrões são chamados de objetivos, e em seu aspecto quantitativo são denominadas de metas;
- b) estratégia de produto e mercado - regras para desenvolvimento da relação da empresa com seu ambiente externo, definindo que produtos e tecnologias a empresa desenvolverá, onde e para quem os produtos serão vendidos, como a empresa conquistará alguma vantagem sobre os concorrentes;
- c) conceito organizacional - regras para o estabelecimento das relações e dos processos internos na organização; e
- d) políticas operacionais - regras pelas quais a empresa conduzirá suas atividades do dia-a-dia.

Para Porter (1986, p.22), estratégia é a busca de uma posição competitiva favorável em uma indústria, arena fundamental onde sucede a concorrência, baseando-se a escolha dessa estratégia competitiva no nível de atratividade da indústria e nos determinantes da posição competitiva reativa dentro desta fábrica.

A palavra estratégia está vinculada a objetivos maiores, ações mais globais, de maior tempo e maior amplitude, e pode ser decomposta em diversas táticas, com metas e objetivos definidos, com ações menores, direcionadas, de menor tempo e menor amplitude, a fim de atender às respectivas estratégias.

Para Mintzberg *et al* (2000, p.17) , estratégia é um plano, um padrão, um comportamento a longo prazo, um olhar para a frente.

Collis e Montgomery (2000, p. 16 – 20) discorrem sobre a estratégia corporativa, definindo a visão de como os recursos da empresa e a diferenciação dos concorrentes nos variados negócios devem ser postos em prática.

Para se ter uma boa estratégia, é preciso haver objetivos claros e metas alcançáveis, seja com vistas ao desempenho geral da empresa, a inserção de novos produtos no mercado ou para a política interna da organização, uma vez que a estratégia diz respeito tanto à organização quanto ao ambiente, afeta o bem-estar geral da empresa, envolve questões tanto de conteúdo como de processos, significando a criação de um futuro alternativo adaptável ao novo ambiente de mudanças.

Conforme Ohmae (1985, p.78), tem-se que o planejamento da estratégia constitui extensão lógica dos processos habituais de raciocínio. É uma questão de filosofia a longo prazo e não da imaginação de expedientes a curto prazo. Representa a expressão de uma atitude diante da vida. Como toda atividade criadora, porém, a arte de raciocinar estrategicamente é praticada com maior êxito quando se conservam na mente certos princípios operacionais, e, conscientemente, se evitam certas armadilhas.

Oliveira (1995, p.172) informou que a finalidade das estratégias é estabelecer quais serão os caminhos, cursos e programas de ação que devem ser seguidos para serem alcançados os objetivos e desafios estabelecidos. O conceito básico de estratégia está relacionado à ligação da empresa e seu ambiente.

Para que a estratégia seja eficiente, é preciso que seja feita de forma contínua e preocupada com o ambiente interno e externo, ter objetivos e metas, a fim de que se possa ter decisões bem embasadas. O estrategista deve conseguir para a empresa um desempenho superior em relação à concorrência.

Bruni e Fama (2002, p.358) informam que, no campo empresarial, a estratégia representa o conjunto de objetivos, fins ou metas, além das políticas e planos mais importantes para alcançá-los, devendo ser estabelecidos de forma que possibilitem definir em que classe de negócio a empresa opera, em qual vai operar e o tipo de negócio que pretende explorar. Envolve a construção gradual do futuro, com a determinação dos fins e objetivos básicos ao longo da vida de uma empresa, a adoção de opções de ação e a sinalização dos recursos necessários para cumprir os objetivos.

De acordo com Oliveira (1995; p. 178-182) as estratégias podem ser estabelecidas de acordo com a situação da empresa, estando voltada à sobrevivência, manutenção, crescimento ou desenvolvimento. A combinação da estratégia deve ser feita de forma que sejam aproveitadas todas as oportunidades possíveis, da maneira mais pertinente ao momento.

A estratégia de sobrevivência deve ser adotada pela empresa quando não existe alternativa, normalmente é adotada por “medo” e as consequências podem ser desastrosas. A estratégia da manutenção é utilizada quando a empresa identifica um ambiente com predominância de ameaça, mas possui uma série de pontos fortes acumulados ao longo do tempo que possibilitam, além de continuar sobrevivendo, manter a posição conquistada até o momento. Na estratégia de crescimento, o ambiente está

proporcionando situações favoráveis que podem se transformar em oportunidades, ensejando o lançamentos de novos produtos ou aumentando o volume de vendas. A estratégia de desenvolvimento harmoniza-se à predominância de pontos fortes e de oportunidades permitindo a procura de novos mercados e clientes e novas tecnologias.

A escolha dos vetores de crescimento que indicam qual direção a empresa seguirá, tendo por base a conjugação produto/mercado escolhida, ou "vantagem competitiva", ou seja, o perfil de competência da empresa em relação aos seus concorrentes, consiste na estratégia empresarial.

Planejamento é a palavra-chave da estratégia, uma vez que possibilita analisar o que fazer, quando fazer, de que modo, com que recursos, em quanto tempo para atingir um objetivo.

Para que se tenha estratégia empresarial é necessária a existência de alguns itens fundamentais, como identidade institucional, análise do ambiente e definição dos objetivos das empresa.

a) Identidade institucional

A identidade institucional é definida pelo conjunto de princípios, valores e crenças da organização.

A declaração da missão é a explicação das crenças e diretrizes das ações que definem o campo de atuação da empresa; a missão é a razão de ser da empresa e reflete os motivos pelos quais foi criada.

b) Análise do ambiente

Uma vez definidas as oportunidades, ameaças, forças e fraquezas da empresa tem-se a análise do ambiente. Oportunidades e ameaças são situações externas atuais ou futuras, sendo a primeira aproveitada pela organização para influenciá-la positivamente, e a segunda podendo afetá-la de forma negativa. As forças são características da empresa que podem ser utilizadas para otimizar o desempenho, enquanto as fraquezas são características que devem ser minimizadas para evitar a influência negativa no desempenho.

Tzu (1984, p.114) descreve:

Se conhecemos o inimigo e a nós mesmos, não precisamos temer o resultado de uma centena de combates. Se nos conhecemos, mas não ao inimigo, para cada vitória sofreremos uma derrota. Se não conhecemos nem ao inimigo, sucumbiremos em todas as batalhas.

O conhecimento a fundo do mercado em que a empresa atua, e também as possibilidades de negócios, são de importância fundamental para que o objetivo estratégico seja traçado e alcançado.

c) Definição dos objetivos estratégicos da empresa

Os objetivos estão relacionados com o crescimento da empresa, ligados à criação de processos ou produtos. O estabelecimento de indicadores de desempenho que quantifiquem os resultados é imprescindível.

2.2 Estratégia

Perez, Pestrana e Franco (1997, p. 45-47) informam que as diretrizes estratégicas podem ser definidas como um “conjunto de indicações de caráter amplo que direcionam o comportamento da empresa como um todo, e orientam ou canalizam o raciocínio no processo de tomada de decisões para a escolha dos objetivos estratégicos globais”.

Como exemplo das diretrizes estratégicas, podem ser citados:

- desenvolver produtos que permitam a racionalização dos procedimentos e a desburocratização da administração, visando à redução da mão-de-obra envolvida;
- racionalizar o processo da gestão interna, com ênfase na redução de gastos e no aumento da produtividade, melhorando a relação “custo-benefício”;
- descentralizar as atividades da empresa, enfatizando o replanejamento do ativo fixo e a adoção de tecnologias adequadas às necessidades do mercado; e
- desenvolver uma sistemática de planejamento empresarial, a fim de permitir melhor visão do futuro, maior flexibilidade de ações e rapidez nas decisões.

Esses nossos autores (1997, p. 45-47) entendem que os objetivos estratégicos são os alvos (resultados esperados ou estados futuros desejados) a serem atingidos pela organização no período considerado. Os objetivos devem expressar, em termos concretos, as metas que a empresa quer atingir e dentro de qual prazo, já que essas

metas atuarão como parâmetros para se avaliar o grau de atingimento dos objetivos relacionados .

As estratégias básicas são escolhidas com apoio nas opções “produto-mercado-tecnologia” abertas à empresa. No caso específico das opções “produto-mercado”, alguns exemplos são: estratégia de penetração de mercado (crescimento), estratégia de desenvolvimento do produto e estratégia de desenvolvimento de mercado (segmentação).

Ching (1997, p.125) assegura que a melhoria do *mix* de produtos e o nível de competitividade do negócio são necessidades estratégicas. Produtos de alta margem de lucro subsidiam, normalmente, os produtos marginais não rentáveis. Quando, porém, os lucros nos produtos mais rentáveis começam a reduzir, a empresa não pode mais contar com a opção de subsidiar ou suportar produtos não rentáveis. A administração necessita ter custos dos produtos mais exatos para poder distinguir entre produtos rentáveis e não rentáveis e, eventualmente, alterar seu *mix* de produtos.

Quanto mais competitivo for o negócio, mais sensível estará ao preço e mais crítico será ter custos exatos. Essa conclusão ainda será mais evidente se o negócio estiver inserido em uma concorrência globalizada. Será importante, por exemplo, saber os custos reais de entrega do produto por meio de vários canais para distribuição ao cliente final, esteja em que país estiver.

Horngren, Datar e Foster (2000, p.125) definem a análise estratégica como o estudo de como uma organização pode combinar melhor as próprias capacidades com as oportunidades de mercado, com vistas a alcançar seus objetivos gerais.

A fim de se ter uma imagem significativa de futuros prováveis, a elaboração de cenários e o estudo destes se fazem necessários, em horizontes de tempo diversos. Com base nos cenários, os executivos podem projetar o inter-relacionamento da sua organização com o ambiente no futuro, podendo, também, projetar formas de alterar esse relacionamento, com vistas a assegurar um posicionamento mais favorável da empresa.

É importante que se faça uma distinção clara entre cenários e previsões. Frequentemente, previsões não passam de simples extrapolações de tendências. Cenários, por sua vez, são sistemas complexos, que buscam revelar sinais precoces de alterações do futuro.

Mintzberg *et al.*, (2000, p.31) explicam alguns fatores que podem mudar a estratégia dentro de uma organização e, por isso, os gestores devem estar sempre atentos às mudanças de cenários que podem acontecer na sociedade, nas preferências entre os clientes e nas tendências da população, do governo, com novas leis ou nova forma de cumprimento das disposições legais em curso, das taxas de juros ou de câmbio que ensejam mudança econômica, da competição com a adoção de novas tecnologias, outros concorrentes, novos produtos e preços, dos fornecedores no tocante ao custo de entrada, número de fornecedores e em suprimentos e, por fim, do próprio mercado com novos produtos, obsolescência de produtos e novos mercados.

O estudo dos cenários onde a empresa está inserida é a forma de conhecer e antever problemas que possam ter grande impacto na estratégia adotada a esse estudo, fica, então, possível combinar melhor as forças, a fim de a organização alcançar o futuro, com êxito.

Atkinson *et al* (2000, p.566) garantem que os dois princípios na escolha da estratégia que os planejadores devem considerar simultaneamente são: identificar as opções que a empresa pode usar para competir pelos clientes (contrato entre empresas e os clientes); e avaliar essas opções competitivas em relação às capacidades e expectativas dos *stakeholders* da empresa (estabelece as relações ou contratos entre empresas, fornecedores, funcionários e comunidade).

A competição por maior participação no mercado exige planejamento e posicionamento estratégico, que devem sempre estar em concordância com o que os interessados nas informações da empresa acreditam e defendem, a fim de que o sucesso estratégico ocorra.

Segundo Ansoff e McDonnell (1993, p. 55), o potencial de desempenho de uma empresa é otimizado quando as três condições seguintes são satisfeitas: a agressividade do comportamento estratégico da empresa iguala-se à turbulência do ambiente; a capacidade de reação da potencialidade da empresa equipara-se à agressividade de sua estratégia; os componentes da potencialidade da empresa apoiam-se mutuamente.

A agressividade estratégica está ligada ao grau de descontinuidade em relação ao passado, no que diz respeito a novos produtos ou serviços e a oportunidade de

introdução dos novos produtos ou serviços da empresa. É preciso identificar a capacidade de resposta organizacional para enfrentar desafios futuros.

De acordo com Ohmae (1985), para a estratégia ser bem-sucedida, é preciso encontrar os pontos fortes da corporação e as necessidades dos clientes em um equilíbrio superior àquele que a concorrência tenha alcançado, ou mais vigoroso do que este. Sentir os limites da empresa, tais como realidade, maturação temporal e recursos, é providência essencial, sendo a maturação temporal a que traz mais fracassos.

A união e a confiança no projeto estratégico por todas as partes envolvidas no processo são decisórias para o sucesso. Quando não existe a compactuação, por todos, da ideia central ou quando o que foi formulado se torna algo de pouca possibilidade de execução, a estratégia passa a ter grandes possibilidades de ter que ser modificada.

Conforme Kaplan e Norton (1997, p. 200 - 204), a incoerência entre a formulação e a implementação da estratégia é causada por barreiras criadas pelos sistemas gerenciais tradicionais – os sistemas que as organizações utilizam para criar e comunicar estratégias e direções, alocar recursos, definir metas e direções para departamentos, equipes e indivíduos e fornecer *feedback*. Quatro barreiras específicas foram identificadas pelos referidos autores:

- 1 visões e estratégias não executáveis;
- 2 estratégias não associadas às metas de departamentos, equipes e indivíduos;
- 3 estratégias não associadas à alocação de recursos a longo e curto prazos; e
- 4 *feedback* tático, não estratégico.

A primeira barreira ocorre quando a empresa não consegue traduzir sua visão e sua estratégia de forma compreensível e factível, tendo como consequência a fragmentação e a subotimização das iniciativas.

O segundo óbice é verificado quando as exigências de longo prazo não são traduzidas em metas para os departamentos, equipes e indivíduos. O foco do desempenho dos departamentos continua a ser o cumprimento dos orçamentos financeiros estabelecidos como parte do processo tradicional e controle gerencial, pois as equipes dos departamentos e indivíduos têm suas metas vinculadas à consecução de metas departamentais táticas e de curto prazo, em detrimento da criação de capacidades que permitam a realização de metas estratégicas em prazos mais longos.

O terceiro obstáculo acontece quando os fundos e as alocações de capital discricionárias não estão relacionados às prioridades estratégicas, ou seja, as grandes iniciativas são tomadas com pouco sentido de prioridade ou impacto estratégico, e as revisões mensais e trimestrais se preocupam em explicar as divergências entre as operações reais e as operações orçadas e não com o progresso das metas estratégicas.

O quarto empecilio é consequência da maioria dos sistemas gerenciais que fornece *feedback* apenas sobre desempenho operacional de curto prazo e a maior parte desse *feedback* está relacionada às medidas financeiras, normalmente estabelecendo uma comparação entre os resultados reais e os orçamentos mensais e trimestrais.

O poder de negociação dos fornecedores pode tornar-se uma barreira estratégica uma vez que determina o custo das matérias-primas ou serviços e de outros insumos. Isso leva as empresas a desenvolverem acordos e parcerias tanto para o fornecimento de matérias-primas ou serviços quanto para o desenvolvimento de novos produtos e tecnologias. Os acordos e parcerias com fornecedores são de crucial importância para a competitividade da organização.

Conforme Porter (1986, p. 58), os compradores ou clientes competem com a indústria ao barganhar por menores preços, por melhor qualidade ou mais serviços em relação aos produtos que estão adquirindo e assim influenciar nos resultados econômicos ou na rentabilidade da indústria.

Porter (1999, p. 34) garante, ainda, que os fornecedores são capazes de exercer o poder de negociação sobre os participantes de um setor, por intermédio da elevação dos preços ou da redução da qualidade dos bens e serviços. Assim, fornecedores poderosos dispõem de condições para reduzir a rentabilidade de um setor que não consiga compensar os aumentos de custo nos próprios preços.

Fornecedores, clientes, concorrentes e o governo são fatores que devem, fundamentalmente, ser levados em consideração no momento do planejamento da estratégia a fim de não se tornarem futuras barreiras.

A estratégia deve ter como alicerce e forte embasamento aquilo que a organização possui como diferencial para, com isso, definir a vantagem competitiva da empresa.

Porter (1986, p. 11) ensina que existem apenas dois tipos básicos de vantagem competitiva que uma empresa pode possuir - baixo custo ou diferenciação. Para o autor, as empresas precisam fazer uma opção para obter vantagem competitiva.

Na sua perspectiva (1999, p. 25), o objetivo do estrategista empresarial é encontrar uma posição na qual a empresa seja capaz de melhor se defender das forças ou de influenciá-las em seu favor. A potência coletiva destas forças talvez seja dolorosamente aparente para todos os antagonistas, mas, para enfrentá-las, os estrategistas devem perscrutar abaixo da superfície e analisar as fontes de cada uma.

Na expressão de Porter (1999, p. 28),

(...) a vantagem competitiva está no âmago da estratégia, e para obtê-la é preciso que uma empresa faça uma escolha – se uma empresa deseja obter uma vantagem competitiva, ela deve fazer uma escolha sobre o tipo de vantagem competitiva que busca obter e sobre o escopo dentro do qual irá alcançá-la.

A figura 1 mostra a relação entre a vantagem competitiva, pode ser pelo custo mais baixo ou pela diferenciação, e o escopo competitivo, que pode ter alvo amplo ou estreito. Quando a empresa decide fazer o enfoque com o custo mais baixo e com o alvo amplo, terá a liderança de custo, ao decidir continuar com o custo baixo, mas com alvo estreito, a empresa terá enfoque no custo; o enfoque na diferenciação, sendo a alvo amplo ou estreito, a organização terá o enfoque na diferenciação.

		VANTAGEM COMPETITIVA	
		Custo Mais Baixo	Diferenciação
ESCOPO COMPETITIVO	Alvo Amplo	1. Liderança de Custo	2. Diferenciação
	Alvo Estreito	3 A . Enfoque no custo	3B. Enfoque na diferenciação

Quadro 1. Estratégias genéricas: liderança no custo, diferenciação e enfoque.

Fonte: PORTER (1989)

A liderança no custo busca diferenciação em um limite amplo de segmentos industriais. Nela uma empresa parte para tornar-se o produtor de baixo custo e para isso

deve explorar todas as vantagens do baixo custo. Um líder no custo deve obter paridade ou proximidade com base na diferenciação, relativa aos seus concorrentes, para ser um competidor acima da média, muito embora conte com a liderança no custo para vantagem competitiva. A lógica estratégica da liderança no custo, geralmente, exige que a empresa seja a líder no custo, e não uma dentre várias empresas disputando esta posição.

A diferenciação segmento estreito procura ser única na indústria, ao longo de algumas dimensões, amplamente valorizadas pelos compradores, sendo recompensada pela sua singularidade com um preço-prêmio, não podendo, entretanto, ignorar sua posição de custos.

O enfoque está baseado na escolha do ambiente competitivo estreito dentro de uma indústria. O “enfocador” seleciona um segmento ou um grupo de segmentos na indústria e adapta sua estratégia para atendê-los, excluindo os demais.

Uma empresa que se engaja em cada estratégia genérica, mas não alcança nenhuma delas, está no meio-termo, fazendo com que não possua qualquer vantagem competitiva e um desempenho abaixo da média, uma vez que competirá em desvantagem, pois os outros competidores estarão mais focalizados. Quando os concorrentes estão no meio-termo, ninguém está bem posicionado para forçar uma empresa para o ponto em que o custo e a diferenciação se tornam inconsistentes, entretanto, este estado é normalmente temporário.

Porter (1989, p. 18) assegura que as estratégias genéricas possuem riscos. Na liderança no custo, por exemplo, os concorrentes podem imitar e outras bases para liderança no custo se desgastam e a proximidade na diferenciação é perdida; no caso da diferenciação, além dos concorrentes imitarem e das bases para diferenciação passarem a ser menos importantes para os compradores, a proximidade do custo é perdida. Em relação aos riscos do enfoque, a estratégia é imitada, o segmento-alvo torna-se sem atrativos em termos estruturais, a estrutura erode, a demanda desaparece e concorrentes com alvos amplos dominam o segmento.

Por meio da estratégia da utilização de um baixo custo em relação aos concorrentes, evidentemente é possível ampliar a participação no mercado, desde que a qualidade não seja prejudicada.

A liderança de custos pode ser conseguida por meio de abordagens, tais como:

- a) economias de escala de produção, perfeitamente possível com a ampliação da participação da empresa no mercado;
- b) rígidos controles de custos de fabricação e despesas administrativas;
- c) minimização de custos em áreas com pesquisas e desenvolvimento; e
- d) sinergia da força de vendas e publicidade.

A abordagem principal dessa estratégia é diferenciar a oferta de produtos, de modo que os clientes possam perceber, valorizar e estar sempre dispostos a adquirir o produto, em decorrência principalmente, do custo.

Hansen, Don e Mowen (2001, p.424) acentuam que a vantagem competitiva é a criação de um valor melhor para o cliente por um custo igual, ou mais baixo, do que aquele oferecido pelos competidores, ou a criação de um valor equivalente por um custo menor do que o ofertado pelos concorrentes. Na liderança em custos, o objetivo é oferecer um valor melhor ou igual aos clientes a um custo menor do que aquele oferecido pelos competidores. Na diferenciação, busca-se aumentar o valor ao cliente. Uma vantagem competitiva é criada ao oferecer algo para o cliente que não é oferecido pelos competidores. A focalização envolve selecionar (ou enfatizar), um conjunto de clientes, ou segmento de mercado, no qual se quer competir.

A vantagem competitiva, seja com base no baixo custo, na diferenciação ou no enfoque, deve ser claramente determinada pelos gestores a fim de que o posicionamento estratégico seja adequado.

Na lição de Shank e Govindarajan (1997, p.19), o posicionamento estratégico que pode influenciar, de modo significativo, o papel da análise de custos é a decisão de investir em custos de produtos mais cuidadosamente elaborados. Para uma empresa que adote uma estratégia de liderança de custos em um negócio maduro e vantajoso, atenção especial aos custos-alvo planejados provavelmente será uma importante ferramenta gerencial. Para uma empresa que, entretanto, adote uma estratégia de diferenciação de produto, em um negócio direcionado para o mercado, de rápido crescimento e com mudanças rápidas, os custos de fabricação cuidadosamente planejados podem ser muito menos importantes.

A Gestão Estratégica de Custos é um instrumento de ligação das estratégias empresariais com os custos, tornando-se de fundamental importância para uma organização que queira se manter no mercado de forma competitiva.

Hansen, Don e Mowen (2001, p.423) ressaltam que a gestão estratégica de custos é o uso de dados de custos para desenvolver e identificar estratégias superiores que produzirão uma vantagem competitiva sustentável.

As organizações que decidirem pelo diferencial competitivo, ou vantagem competitiva, com base no enfoque dos custos, devem buscar sempre a análise de todo o processo a fim de reduzir gargalos e melhorar o processo produtivo, seja na indústria ou nos serviços.

Martins (2003, p. 299 – 300) descreve sobre os princípios da Gestão Estratégica que são os princípios de custos, de mensuração e de investimento.

Nos princípios de custos, o autor explica que custos relevantes devem ser apropriados, de preferência, diretamente aos objetos que se pretende custear identificando-se bases de alocação que reflitam, adequadamente, as relações de causa e efeito entre os recursos consumidos e as atividades, e entre estas e os objetivos de custo. O custo real deve ser confrontado com o custo-meta, devendo ser estabelecidos centros de custos com base em grupos homogêneos de atividade, considerando-se que a utilização do custeio baseado em atividade deverá melhorar o processo de apropriação.

Na mensuração de desempenho, as estratégias devem ser estabelecidas para as atividades relevantes de natureza financeira e não financeira, como, por exemplo, produtividade por hora trabalhada, por quilo consumido, vendas por funcionário, dias de atraso dos balancetes contábeis, grau de satisfação dos adquirentes dos serviços do Departamento Jurídico etc. As mensurações de desempenho devem ser consistentes com os objetivos da empresa e devem melhorar a visibilidade dos direcionadores de custos, quando utilizados.

Nos princípios da gestão de investimentos, considera-se que esta deve ser mais do que um processo de investimento de capital, guardando consistência com os objetivos da empresa. As decisões de investimentos devem ser tomadas com suporte de múltiplos critérios, buscando dar apoio ao processo de redução ou eliminação de atividades que não adicionam valor e atingimento do custeio-meta, considerando os impactos na

cadeia de valor em que a empresa atua, bem como os dados relativos às atividades desempenhadas antes e depois da adoção de novas tecnologias; todos os investimentos devem ter efetivo acompanhamento posterior para que seu desempenho possa ser comparado com o que fora originalmente previsto.

Na óptica de Rocha (1999), a Gestão Estratégica de Custos representa o processo de tomada de decisões para garantir vantagens competitivas a uma organização. Assim sendo, o autor defende o argumento de que a Gestão Estratégica deve ocorrer por meio de três princípios, quais sejam: consonância, posicionamento e competitividade. O princípio da consonância diz que deve existir harmonia entre as organizações e o ambiente; o do posicionamento indica que a adaptação ao ambiente deve ocorrer de maneira diferente da dos concorrentes; e o da competitividade discorre sobre a obtenção de vantagens diante os concorrentes.

A gestão estratégica de custos requer análises que vão além dos limites da empresa para se conhecer toda a cadeia de valor, desde a origem dos recursos materiais, humanos, financeiros e tecnológicos que utiliza até o consumidor final.

Shank e Govindarajam (1997) apresentam como elementos-chave da gestão estratégica de custos, além da análise do posicionamento estratégico, a análise da cadeia de valor e dos direcionadores de custos.

2.2.1 Análise da cadeia de valor

A junção de todos os processos que integram a confecção de um produto ou a prestação de um serviço, do início ao final, compõe a cadeia de valor.

Para Shank e Govindarajan (1997, p.13), a cadeia de valor de qualquer empresa, em qualquer setor, é o conjunto de atividades criadoras de valor, desde as fontes de matérias-primas básicas, passando por fornecedores de componentes, até o produto final entregue nas mãos do consumidor.

Maher (2001, p.315) ensina que a cadeia de valor é um conjunto de atividades interligadas, desde pesquisa e desenvolvimento até a utilização final dos produtos e serviços fabricados.

Martins (2003, p.225) diz que cadeia de valor corresponde à visão integrada de todos os que participam, desde a origem dos recursos básicos até o consumidor final, não interessando quantos elos compõem essa corrente.

Para os autores Horngren, Datar e Foster (2000, p.3) cadeia de valor é a sequência de atividades que adicionam utilidades aos produtos ou serviços da organização. Essas atividades, em geral, são as seguintes: pesquisa e desenvolvimento (p&d), a geração e experimentação de ideias relacionadas a novos produtos, serviços ou processos; *design* de produtos, serviços ou processos, referindo-se ao planejamento detalhado e à engenharia de produtos, serviços ou processos; produção, envolvendo a coordenação e alocação de recursos para produzir um produto ou prestar um serviço; *marketing* que diz respeito à maneira pela qual indivíduos ou grupos aprendem sobre e valorizam os atributos dos produtos ou serviços e compram aqueles produtos ou serviços; distribuição, mecanismo por meio do qual produtos ou serviços são entregues aos clientes; e atendimento ao cliente envolvendo as atividades de suporte fornecidas a ele.

Hansen, Don e Mowen (2001, p.425,429) asseveram que a cadeia de valores é o conjunto de elos de ligação das atividades de criação de valor da matéria-prima básica até o descarte do produto acabado pelo usuário final. Uma estrutura de cadeia de valores é uma abordagem fundamental para o entendimento das atividades estrategicamente importantes para uma empresa. O reconhecimento de que existem ligações e inter-relacionamentos complexos das atividades tanto internas quanto externas na empresa é de fundamental importância. As ligações internas são relacionamentos entre atividades executadas dentro da parcela da cadeia de valores da empresa. As ligações externas, por outro lado, descrevem o relacionamento das atividades da cadeia de valores de uma empresa, realizada com seus fornecedores e clientes. Portanto, há dois tipos de ligação externa, ligações com fornecedores e ligações com clientes.

A cadeia de valor é a junção de todos os procedimentos necessários para a pesquisa, planejamento, confecção e venda de um produto ou serviço. Sua análise é a identificação e a exploração de ligações internas e externas com o objetivo de fortalecer a posição estratégica de uma empresa. A exploração de ligações depende de uma análise sobre como custos e outros fatores não financeiros variam com a consideração de grupos diferente de atividades.

Os autores Atkinson, Banker e Kaplan (2000, p.77- 78) definem a cadeia de valor como sequência de atividades cujo objetivo é prover um produto para o cliente ou

prover um bem intermediário ou serviços em uma extensa cadeia de valores. Dizem ainda, que a cadeia possui elementos-chave definidos como atividades, sendo uma unidade de trabalho ou tarefa com objetivo específico. As atividades são definidas como atividades de entrada, de posicionamento, de saída e atividades administrativas.

A atividade de entrada é o desenho de produtos, desenho de processo, compras, recebimento, contratação e treinamento. Atividade de posicionamento é a forma de fazer, movimentar, estocar e inspecionar. Atividades de saída são a venda e a verificação legal, contábil, da pesquisa e das finanças.

O entendimento de Perez, Oliveira e Costa (2005, p.225 - 226) é de que a cadeia de valor é de grande importância para a gestão estratégica de custos e que é o conjunto de atividades criadoras de valor, desde a fonte de suprimentos de matérias-primas básicas, passando por fornecedores de componentes, até o produto final, entregue aos clientes. A estrutura da cadeia de valor é um método para se dividir a cadeia, desde as matérias-primas básicas até os consumidores finais, em atividades estratégicas relevantes, com o principal objetivo de se compreender o comportamento dos custos e as fontes de diferenciação.

Feito o desenho e procedida à análise da cadeia de valor de um organização é possível verificar as atividades relevantes, os elos de ligações internas da instituição e as ligações externas, com fornecedores e clientes, e tomar decisões que possam minimizar os custos, eliminar os gargalos e fazer com que o fluxo das informações transcorra de forma clara e objetiva.

2.2.2 Análise dos direcionadores de custos

Para Shank e Govindarajan (1997, p.22-23), no gerenciamento estratégico de custos, o volume de produção é visto como algo que capta muito pouco da riqueza do comportamento de custos. [...] um outro direcionador estratégico de custos, a experiência cumulativa tem também recebido alguma atenção entre os contadores gerenciais ao longo dos anos como um determinante de custos unitário.

Os autores Shank e Govindarajan (1997, p.22-23) citam Riley como estudioso do assunto, que divide os direcionadores de custos em duas categorias. A primeira delas compreende os direcionadores de custos “estruturais”; a segunda, direcionadores de custos de execução.

Nesta perspectiva, há pelo menos cinco escolhas estratégicas da empresa, haja vista sua estrutura econômica subjacente, que direcionam sua posição de custos para qualquer grupo de produtos:

- a) escala - o tamanho de um investimento a ser feito em produção, pesquisa e desenvolvimento e em recursos de *marketing*;
- b) escopo - grau de integração vertical. A integração horizontal é mais relacionada à escala;
- c) experiência - quantas vezes no passado a empresa já fez o que está fazendo agora;
- d) tecnologia - que tecnologias de processos são usadas em cada fase da cadeia de valores da empresa; e
- e) complexidade - a amplitude da linha de produtos ou de serviços a ser oferecida aos clientes.

Os sistemas de redução de custos buscam fornecer informações, que devem ser utilizadas, estrategicamente, visando à melhoria dos processos e à maximização do lucro.

Já os direcionadores de custo de execução são os seguintes, conforme Shank e Govindarajan (1997, p. 22), são os seguintes:

- a) envolvimento da força de trabalho (Participação) - ilustra o comprometimento de todos os envolvidos no desempenho de suas atividades na busca da melhoria contínua;
- b) gestão de qualidade total - avalia o nível de satisfação do cliente com o produto ou serviço adquirido;
- c) utilização da capacidade - dada uma determinada escala, consiste na busca da efetiva e completa utilização;
- d) eficiência do *layout* das instalações - forma de estruturação das instalações, evidenciando a otimização da utilização dos recursos;
- e) Configuração do produto - refere-se ao projeto do produto ou uma reavaliação, após a definição de seus custos de produção; e
- f) Exploração dos elos da cadeia de valor - busca a melhoria contínua, com origem na otimização da relação com clientes e fornecedores.

Para que as empresas possam tomar decisões buscando o crescimento de forma ordenada, segura e com sustentabilidade, ferramentas estratégicas, com a análise da

cadeia de valor, direcionadores de custos, quando unidos aos sistemas de redução de custos, geram resultados positivos e bem fundamentados.

3.SISTEMAS DE REDUÇÃO DE CUSTOS

O objetivo desta seção é apresentar as bases teóricas encontradas na literatura pesquisada e que serviram para fundamentar o estudo sobre a Gestão Estratégica de Custos, relacionada com o objetivo deste estudo. Inicialmente é feita uma abordagem sobre os objetivos da Contabilidade de Custos, suas composições e características. Seguindo, tem-se os sistemas de custos e, por fim, os sistemas para redução de custos, com o objetivo de evidenciar a vantagem competitiva com apoio na liderança no custo.

3.1 Sistemas de custos e métodos de custeio

A Contabilidade de Custos tem por objetivo fornecer informações acerca da utilização de bens ou serviços na produção de outros bens ou serviços. Para Ching (2001, p. 19) a Contabilidade de Custos consiste na separação entre custo e despesa, apropriação dos custos aos produtos e rateio dos custos indiretos.

Hansen, Don e Mowen (2001, p.57) assinalam que o sistema de custos é um subsistema de informações contábeis que está preocupado, primariamente, com a produção de saídas para usuários internos, usando entradas e processos necessários para satisfazer objetivos gerenciais. O sistema de informações da gestão de custos não está limitado por qualquer critério formal que define entradas e processamentos. Em vez disso, os critérios que governam as entradas e os processos são estabelecidos internamente. Os sistema de informações da gestão de custos têm três objetivos amplos: (1) fornecer informações para computar o custo de serviços, produtos e outros objetos de interesse da gestão, (2) fornecer informações para o planejamento e controle e (3) fornecer informações para a a tomada de decisões.

Conforme Ching (2001, p. 28), os sistemas de custos, para que sejam precisos, devem considerar a qualidade do pessoal envolvido em sua manipulação e processamento, a adequação às condições e necessidades específicas da empresa, utilização de unidades físicas associadas aos valores monetários e a relação custo-benefício entre sua utilidade ou a de cada informação e o sacrifício envolvido em sua obtenção.

Os sistemas de custos são ferramentas necessárias às empresas pois, com base neles, os estoques são avaliados, o custo dos bens vendidos para a geração de relatório financeiros é calculado; são estimados despesas operacionais, produtos, serviços e clientes; bem como oferecem *feedback* econômico sobre a eficiência do processo a

gerentes e operadores. A forma efetiva de calculá-los tem por base os sistemas ou métodos de custeio.

Os métodos de custeio tradicionais são o custeio por absorção, custeio direto, também conhecido como marginal ou variável. Com as mudanças ocorridas no cenário mundial, metodologias de apuração e gestão de custos mais sofisticadas e com visão gerencial surgiram e se aperfeiçoaram, destacando-se dentre estas o custeio baseado em atividades.

Boisvert (1999, p. 42) expressa que a metodologia de custeio ABC consiste, basicamente, na identificação de relacionamentos organizacionais mediante as atividades inerentes a produtos ou serviços, atribuindo os recursos consumidos por estas atividades, para determinar seus custos, e, por consequência, os custos dos produtos e serviços que as demandam. Estes produtos e serviços podem ser generalizados sob a denominação de objetos de custeio, que são quaisquer elementos que se intenta custear, sejam bens ou serviços, fornecedores ou clientes.

Os sistemas tradicionais de custos geralmente refletem a estrutura organizacional, na maioria dos casos, sob uma conformação funcional. O ABC apresenta uma visão horizontal, custeando os processos que, via de regra, são interdepartamentais, ultrapassando as fronteiras da organização funcional.

Martins (2003, p.298) ensina que os sistemas tradicionais de custeio possuem limitações, entre elas distorções nos custeios dos produtos, provocadas pelos rateios arbitrários de custos indiretos quando do uso dos custeios que promovem tais rateios; utilização de reduzido número de bases de rateio, nesses mesmos casos; não-mensuração dos custos da não-qualidade, provocados por falhas internas e externas, tais como retrabalho e outras; não-segregação dos custos das atividades que não reúnem valor; não utilização do conceito custo meta ou custo-alvo; não-considerações das medidas de desempenho de natureza não financeira, mais conhecidas por indicadores físicos de produtividade.

Para Souza e Clemente (1998, p. 148), o sistema ABC possibilita intervenções nos processos, na composição dos custos e na análise de variações possíveis e apresenta as seguintes características: orientado para o processo; aplicável a toda a cadeia de valor; considerando que as atividades consomem recursos e os produtos consomem atividades; identifica as atividades que agregam valor aos produtos; rateia os

custos indiretos com critérios multidimensionais; identifica responsabilidade pelas atividades que mais consomem recursos.

Conforme Takatori (2002, p.45) a finalidade do ABC é apropriar os custos às atividades executadas pela empresa, então, apropriar de forma adequada os produtos às atividades de segundo uso individual dessas atividades.

Ching (1997, p.34) discorre sobre o custeio baseado em atividade e ensina que o ABC cria uma noção de orientação para o negócio, para análise e reformulação das atividades que criam valor para o cliente. Ao observar o negócio sob o enfoque do processo, o ABC desconsidera a hierarquia por função, bem como a divisão do trabalho em tarefas dentro da empresa e que vê a empresa como uma companhia de indivíduos que fazem todo tipo de atividades – processando ordens de compra, produzindo produto, treinando funcionários – para satisfazer às necessidades do cliente. O autor tem o ABC como uma ferramenta de auxílio na gestão de processos.

Martins (2003, p.87 - 103) ensina que o custeio baseados em atividades. (*activity-based-costing*) é uma metodologia de custeio que procura reduzir, sensivelmente, as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos. O autor diz que, para se utilizar o ABC, é necessária a definição das atividades relevantes dentro dos departamentos, bem como dos direcionadores de custos de recursos que irão alocar os diversos custos incorridos às atividades. As atividades relevantes em cada departamento devem ser identificadas tendo como foco os custos indiretos. Com a decisão pela utilização do ABC, acontecem alterações no *mix* de produtos, alterações no processo de formação de preços, alterações nos processos, redesenho dos produtos, eliminação ou redução de custos de atividades que não agregam valor, eliminação de desperdícios e elaboração de orçamentos com base em atividades.

Atkinson, Banker e Kaplan (2000, p. 53) entendem que a utilização do ABC evita alocações arbitrárias e distorções subsequentes nos custos por atribuir primeiro os custos dos recursos às atividades que os utilizam. Rejeita aquela suposição e, em vez disso, desenvolve a ideia de direcionadores de custo que vincula, diretamente, as atividades executadas aos produtos fabricados.

Perez, Oliveira e Costa (2005, p.244 - 245) aditam como vantagens do custeio por atividade a utilização de critérios de rateio como última opção no que consiste na atribuição de gastos indiretos às atividades, ou seja, o critério de rateio é utilizado

unicamente nos casos em que não seja possível a atribuição de custos para determinada atividade; identifica os “direcionadores” de custos, o que facilita a identificação de custos desnecessários, que não ajuntam valor; atribui os custos indiretos aos produtos de maneira coerente com a utilização de recursos consumida para a execução das necessárias atividades. Os autores defendem o ABC como um sistema que tem o benefício de descrever o processo de industrialização, estabelecer um denominador comum (atividades) entre a Contabilidade de Custos, mensuração de desempenho e gestão de investimento e visibilizar as atividades que não agregam valor.

Ching (1997p. 40-41) concorda com os outros autores sobre os benefícios do ABC e enfatiza que este permite balancear adequadamente a demanda e o fornecimento de recursos disponíveis por parte da empresa, mostrando detalhadamente os recursos consumidos pelas atividades por meio de um mapa e que é um método de rastrear os custos de um negócio ou departamento para as atividades realizadas e de verificar como estas atividades estão relacionadas para a geração de receitas e consumo dos recursos. O ABC avalia o valor que cada atividade agrega para a performance do negócio ou departamento.

3.2 Custos no setor de serviços

Kaplan e Cooper (1998, p.249 - 259) discorrem sobre o ABC no setor de serviços e entendem que este método, desde sua origem, se voltou para o serviço e não para a produção. Durante décadas, essa falta de informações precisas sobre produtos e clientes não foi uma preocupação, pois a maioria das empresas de serviços operava em mercados benignos, não competitivos. Na falta de pressões competitivas fortes, os gerentes de organizações de serviços não tinham grandes demandas de informações sobre os custos de produtos, clientes e processos. Consequentemente, os sistemas financeiros na maioria das organizações de serviços eram simples. Permitiam que os gerentes orçassem despesas por departamento operacional e medissem e monitorassem os gastos reais em relação aos orçamentos de cada departamento funcional. Durante as duas últimas décadas do século XX, entretanto, o ambiente competitivo para a maioria das empresas de serviços tornou-se tão desafiador e exigente quanto o das empresas de produção.

Os gerentes de empresas de serviços precisam de informações para melhorar a qualidade, pontualidade e eficiência das atividades que executam, além de compreender precisamente o custo e a lucratividade de cada um dos seus produtos, serviços e clientes.

De modo geral, as empresas de serviços são candidatas ideais ao custeio baseado na atividade, mais ainda que as empresas de produção. Primeiro, praticamente todos os seus custos são indiretos a aparentemente fixos. O grande componente dos custos aparentemente fixos em organizações de serviços surge porque, ao contrário das empresas de produção, essas empresas quase não tinham custos de materiais, principal fonte de custos variáveis a curto prazo. Na empresa de serviços, praticamente todos os recursos são fornecidos previamente.

Nas organizações de serviços, as decisões que incorrem em custos são quase totalmente independentes das decisões dos clientes que geram receitas. As decisões que incorrem ou subtraem custos envolvem o acréscimo ou a contratação do suprimento dos recursos necessário para prestar o serviço. As empresas de serviços devem avaliar continuamente a economia da variedade de sua linha de produtos, tomar decisões relacionadas a preço, qualidade, receptividade e lançamento e descontinuidade de produtos específicos. O custo e a lucratividade de cada produto são vitais para essas organizações.

Os sistemas de custeio baseado na atividade oferecerão às empresas de serviços os detalhes necessários para a gestão inteligente de cada um de seus clientes ao longo do tempo.

3.3 Custos em organizações hospitalares

Ching (1997, p. 34) assegura que o estudo e avaliação dos custos hospitalares são importantes para o entendimento do comportamento destes quanto aos diversos níveis de volume, seja de paciente/dia, exames de laboratórios, ou números de cirurgias no centro cirúrgico. Para identificar e elaborar estratégias eficazes de contenção de custos, é preciso conhecer a rentabilidade dos diversos procedimentos e serviços, identificar a rentabilidade dos diversos grupos de fontes pagadoras, sejam particulares, sejam seguradoras, empresas de autogestão, convênios, ajudar no estabelecimento da tabela de preços diferenciada para cada grupo de fonte pagadora e comparar e determinar a correta alocação dos recursos entre os diversos serviços de um mesmo hospital.

Falk (2001, p. 38) explica que o grau de complexidade das organizações hospitalares e os altos níveis de gastos incorridos na produção dos serviços, com um aparente baixo nível de eficácia, induzem os financiadores do sistema de saúde a buscar novos modelos de prestação de serviços, buscando induzir uma diminuição da demanda. Neste sentido, surgiu nos Estados Unidos o conceito de *Managed care*, isto é, “prestação de

cuidados de saúde gerenciada”, que busca filtrar o acesso aos serviços, muitas vezes dificultando arbitrariamente este acesso e incentivando, de maneira questionável, médicos que consigam reduzir os custos. Este sistema está sendo acusado de ter afetado negativamente o nível de qualidade dos serviços prestados .

Beulke e Bertó (2000, p. 49) informam que os custos em organizações hospitalares relacionam as dimensões em que as informações de custos são utilizadas nas organizações de saúde: na função-controle; na formação de preços de venda; no gerenciamento do resultado; no planejamento de atividades; e na função contábil. No que se refere à função-controle, as informações de custos são relevantes em esforços relativos à redução de custos visando à melhoria dos indicadores de desempenho, já que os hospitais convivem com restrições de recursos por parte das entidades financiadoras do sistema de saúde. Relativamente à formação dos preços de venda, são considerados os custos próprios da instituição e a realidade do mercado, que determina o relacionamento com três classes distintas de clientes – particulares, convênios e instituições de previdência governamentais – que demandam negociações e dificuldades próprias a cada uma.

Matos (2002, p.187) informa que o custo médio dos procedimentos hospitalares é obtido pelas amostras aleatórias de pacientes, cujas condições permitam um grau de representatividade adequado. A adoção de amostras, para a obtenção do custo médio, no entanto, pode oferecer pouca validade quando houver muita heterogeneidade, em razão do tipo de tratamento que é analisado. O cálculo dos custos, em face dessas características citadas, torna-se, pois, de grande importância para os gestores dessas instituições.

Martins (2000, p. 125) sugere que um sistema de custos hospitalares deve proporcionar informações para o estabelecimento de um orçamento e do custo-padrão. O orçamento é a expressão escrita do programa de trabalho para o hospital. Por outro lado, o custo-padrão refere-se a custos variáveis e fixos predeterminados. São utilizados para fixação de metas gerenciais e é importante estabelecê-los a níveis realísticos. Desta forma a elaboração de um sistema de custos hospitalares requer o entendimento dos seguintes fatores:

- a) a estrutura organizacional do hospital;
- b) os procedimentos médicos; e
- c) o tipo de informação de custos hospitalares desejados.

Ching (1997, p. 36 – 38) informa que o sistema de serviços de saúde dos Estados Unidos possui três métodos de custeio: o método da Relação Custo-Receita – *Ratio of Costs to Charges method* (RCC); o método da Unidade de Valor Relativo – *Relative Value Unit Method* (RVU); e o *Activity Based Costing* (ABC).

No método RCC, Ching (1997, p. 39) diz que apresenta a metodologia de alocação de custos indiretos introduzida por um programa federal denominado *Medicare*. As informações de custo do tratamento são estimadas nos departamentos aplicando a relação percentual custo-receita do tratamento (isto é, custos indiretos divididos pela receita total) às receitas geradas. É o método mais popular nos EUA, uma vez que é simples de aplicar, mas apresenta a desvantagem de incluir a suposição de que as taxas de reembolso refletem precisamente o montante dos recursos consumidos, a busca de uma classificação superior da enfermidade, resultando em esforços para maximizar a receita por meio da administração de denominador RCC, além da falta da ênfase na contenção de custos.

O método RVU estabelece medidas-padrão de intensidade de tratamento com base na complexidade de um procedimento, no montante de recursos consumidos e no tempo despendido em um tratamento. As vantagens ficam no reconhecimento dos recursos que são usados na prestação de um serviço, na utilização dos procedimentos clínicos em vez do desembolso como base para determinar os custos dos serviços e na permissão de administrar o custo de aquisição de recursos. Como desvantagem, o método apresenta uma suposição de que cada RVU consome uma quantidade de recursos idêntica em uma proporção constante.

O método ABC tem como propósito a mensuração, com precisão, dos recursos consumidos nos tratamentos, considerando suas diferentes complexidades. Esse método possui duas vantagens principais sobre os dois métodos anteriores: reflete o consumo de recursos com precisão em termos de tratamento, e identifica mais diretamente o consumo dos recursos por objeto de custo.

Kaplan e Cooper (1998, p. 259) dizem que a assistência médica é outro setor em que a compreensão obtida a partir da análise ABC pode exercer profundo impacto sobre a qualidade e a eficiência dos serviços. Um exemplo simples reporta que um estudo do ABC revelou que o custo de uma diálise renal feita em casa, em relação a uma diálise renal feita em um hospital, era muito mais alto do que o estimado pelo sistema de custos do hospital, desenvolvido com base no princípio de custeio pré-estabelecido. Além disso, os indícios de capacidade substancial ociosa em instalações de assistência médica terão implicações

drásticas e surpreendentes no que se refere a onde os pacientes podem ser tratados ao menor custo.

Martins (2002, p.26 - 28) defende a utilização do ABC nos hospitais, pois diz que o custeio por absorção foi utilizado e desenhado numa época em que medicamentos, materiais médicos e pessoal eram recursos organizacionais preponderantes. O custeio hospitalar por absorção supõe que o volume de procedimentos médicos produzidos causa custos, e, assim, o procedimento médico, individualmente, é indicado como gerador dos custos hospitalares diretos e indiretos. Os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos médicos nos respectivos prontuários, enquanto os custos indiretos são rateados por meio de bases na maioria das vezes inadequada.

Esse autor (p. 28) ressalta, ainda, que o sistema ABC nos hospitais deve: (1) identificar as atividades hospitalares;(2) determinar o custo e o desempenho da atividade; (3) determinar a produção da atividade; (4) relacionar os custos da atividade com os objetivos de custos; (5) avaliar a eficiência e eficácia da atividade.

3.3.1 Indicadores de custos hospitalares

Muitas são as combinações de custos hospitalares, entre estas o custo por paciente hospitalizado, custo médio por dia de leito, custo por especialidade etc. A análise de sua variação é o fundamento para a implementação da estratégia baseada no baixo custo.

Londoño, Morera e Laverde (2000, p. 346) informam que os custos totais médios por unidade de serviços são calculados com base no número de atividades realizadas no hospital, que abrange o universo da Medicina preventiva (com vacinas e outras atividades de prevenção), consultas médicas, hospitalização e cirurgia, que são somados aos serviços intermediários (laboratório, exames de raio X, outros exames), aos serviços administrativos (serviços gerais, limpeza, compras, contabilidade) e aos serviços não departamentalizados (segurança), totalizando os custos finais.

Takatori (2002, p. 80) garante que todos os gastos relacionados à prestação de serviços aos pacientes, materiais cirúrgicos, de laboratórios, medicamentos, materiais administrativos, mão-de-obra, serviços de terceiros, depreciação de equipamentos e máquinas, consumos de água, telefone, energia, devem estar incluídos nos custos totais

dos serviços. A segmentação dos custos por unidades internas faz-se necessária para o levantamento que permite a avaliação dos custos em níveis diferentes.

Na figura 1 é possível verificar a dinâmica dos custos em uma organização hospitalar.

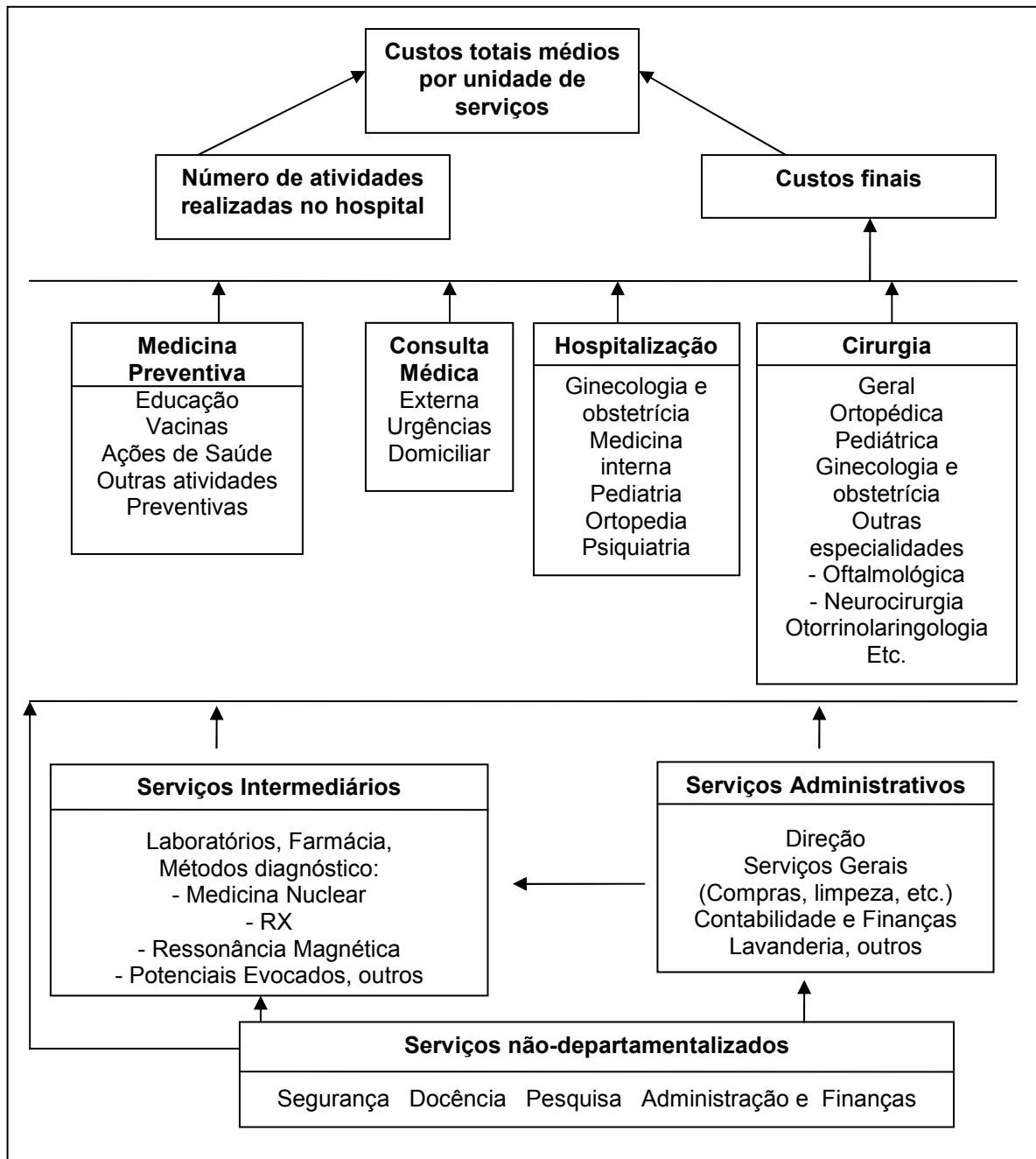


Figura 1- Dinâmica dos custos hospitalares.

Fonte: LONDOÑO, M.; Morera, G.; LAVERDE, P. (2000, p. 346)

Os serviços realizados em um hospital vão desde atividades simples, que são consultas em diversas especialidades, exames, englobando os que são considerados

básicos (sangue, urina, raio x) aos complexos (ressonâncias) e também internações, que podem ser cirúrgicas ou não.

Os custos totais de um serviço em uma unidade hospitalar são compostos pelo somatório de despesas com serviços não departamentalizados, que são a segurança do local, a docência e a pesquisa, incluindo também as despesas administrativas e os custos com exames, consultas, vacinas e internações.

Conforme a afirmação de Martins (2002, p. 24) sobre os custos hospitalares e a vantagem competitiva, tem-se que

Se a base escolhida for a liderança de custos como posicionamento de mercado, terão como direcionadores de custos: capacidade (utilização máxima da capacidade instalada); especificações (padronização e manualização dos procedimentos médicos); participação (comprometimento de todos com melhoria contínua); qualidade (fazer o que tem que ser feito da melhor maneira possível).

Martins (2002, p. 63) exprime ainda, que as informações para o uso do custo por procedimento médico são requeridas para diferentes objetivos, dentre estes o estabelecimento de preços de cada procedimento médico; a estimativa de custos para negociação de pacotes; a estimativa de rentabilidade das especialidades e procedimentos médicos; a determinação das margens brutas associadas às especialidades e procedimentos médicos; e, o confronto de faturamento e custo do procedimento médico.

Com auxílio dos prontuários médicos, em que são informados o material médico utilizado, a equipe que trabalhou no procedimento, o equipamento utilizado e o tempo para cálculo da energia, é que acontece a determinação dos custos hospitalares.

O quadro 2 aponta alguns autores, estudiosos do assunto, que nos anos de 2002 a 2007 publicaram artigos científicos sobre o tema de custos e análise de custos em hospitais.

ANO	AUTOR	ASSUNTO
2002	Flavia Donel, Raquel Cristiane Scher, João Helvio Righi de Oliveira	Análise Custo/Benefício no Tratamento de Resíduos Hospitalares – Estudo de Caso
2003	Simone Leticia Raimundini, Antônio Artur de Souza, Mirian Aparecida Micarelli Struett, Ernani Mendes Botelho	Aplicabilidade do Custeio Baseado em Atividades e Análise de Custos em Hospitais Públicos
2005	Umbelina Cravo Teixeira Lagioia, James Anthony	Um Estudo Sobre os Custos e a Qualidade dos Procedimentos Hospitalares Baseados em Protocolos de

2005	Falk, Jairo de Andrade Lima, Edmilson Alves Barbosa	Atendimento: O Caso da Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
	Antônio Artur de Souza, Cleuza Catsue Takeda Kuwabara, Simone Leticia Raimundini	Análise do Sistema de Gestão de Custos de um Hospital Público: um Estudo de Caso
2006	Rosane Lúcia Zambiasi Muccini, Adriano Leal Bruni, Mônica Mac-Allister	Gerenciando Custos, Informações e Sistemas: o caso do Hospital Santo Amaro, HSA
	Reinaldo Rodrigues Camacho, Wellington Rocha	Custeio Alvo em Hospitais
2007	José Roberto Frega, Iomara Scandelari Lemos, Alceu Souza	Relação Dinâmica Entre as Estratégias Competitivas e os Sistemas de Gestão de Custos: um Estudo de Caso
	Carlos Alberto Diehl	Uma Estrutura Analítica para Identificação da Estratégia Praticada: um estudo aplicado em duas empresas de serviços
	Antônio Artur de Souza, Natália Cardoso de Souza, Simone Letícia Raimundini, Fabrícia de Farias da Silva, Eduardo Teixeira Valverde	Modelagem do Custeio Baseado em Atividades para Farmácias Hospitalares

Quadro 2 – Artigos sobre custos em hospitalares.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que as pesquisas apresentam preocupação com o entendimento da dinâmica dos custos nas organizações de saúde.

Entre os sistemas para redução de custos podem ser citado o Custeio Alvo ou custeio meta, custeio padrão, “*just in time*”, Teoria das restrições e custeio Kaisen.

3.3.2 Custo-padrão

O custo-padrão é o custo ideal de fabricação, sem desperdícios seja na produção ou na prestação de serviços, conforme indicação de Horngren *et al* (2000, p. 245) que defende a idéia de que os custos-padrão devem ser atingidos dentro de operações eficientes a fim de verificar o desempenho, nortear os preços e permitir a obtenção de custos significativos do produto.

Perez, Pestana e Franco (1997, p. 52 – 55) informam que o valor-padrão do custo é definido com suporte em padrões técnicos de produção, com base em processos em que primeiramente é quantificado o consumo, o qual é adicionado a outro insumo necessário à fabricação de uma unidade de produto e posteriormente é associado um custo a consumo de materiais e utilização de mão-de-obra.

Sendo o custo-padrão o custo ideal das unidades consumidas pelo custo unitário de consumo de cada produção.,na determinação dos custos, deve-se aplicar uma metodologia que assegure à moeda selecionada uma capacidade aquisitiva constante no decorrer do tempo.

A sistemática de apuração é muito semelhante à de outros sistemas, obedecendo as seguintes etapas de determinação por produto da quantidade-padrão e do valor dos materiais, na forma já indicada;

a) determinação dos tempos-padrão de fabricação por produto e por centro de custo, ou seja, a quantidade de horas/homem necessária em cada centro de custo produtivo para processar uma unidade de produto;

b) orçamento de custos para o exercício, em totais separados para mão-de-obra e encargos e para os custos indiretos de fabricação;

c) distribuição dos custos de mão-de-obra e encargos e de outros gastos de fabricação, separadamente, aos centros de custos auxiliares e produtivos, mediante critérios racionais;

d) apropriação dos custos dos centros auxiliares aos custos dos centros produtivos, ainda separadamente para os dois componentes citados;

e) estimativa das horas/homem de força de trabalho no exercício, por centro de custo produtivo;

f) apuração da taxa de mão-de-obra e encargos por centro de custos produtivo, por meio da divisão do custo orçado deste componente em cada centro de custo(item e) pela quantidade de horas/homem estimada no centro de custos (item f)

g) apuração das taxas de custos indiretos de fabricação por centro de custos produtivo, através do mesmo processo, sendo o dividendo, naturalmente, o custo orçado dos gastos gerais de fabricação para cada centro de custo; e

h) determinação do custo-padrão por produto, mediante multiplicação dos tempos-padrão de cada produto e em cada centro de custos pelas respectivas taxas, acrescido do custo-padrão dos materiais e soma dos custos assim calculados de todos os centros, por componentes (a+g+h)(PEREZ, PESTANA e FRANCO, 1997, 56).

O estabelecimento de limites a partir da adoção do custeio-meta como ferramenta de redução de custos é, de grande valia, haja vista que auxilia na racionalização e, conseqüentemente, há melhoras no processo.

A utilização do custeio-padrão como a pré-determinação do custo normal do produto permite a redução de falhas, aprimoramento dos controles e agilidade nas informações.

Martins (2000, p. 145) define custo-padrão hospitalar:

Custo-padrão hospitalar é o custo predeterminado para a produção de um procedimento médico ou, preferencialmente, para um grupo significativo do mesmo procedimento médico durante um período específico, do futuro imediato. Deve ser baseado com condições ideais de eficiência e qualidade. Um custo hospitalar padrão de um procedimento médico compõe-se de duas partes: padrão e um custo. O padrão é a forma de medir cuidadosamente a execução do procedimento médico, isto é, executar um parto normal, um parto cesariano, uma curetagem uterina, etc. As medições quantitativas e os métodos da técnica médica devem ser traduzidos em custos, com o propósito de se atingir um custo-padrão por procedimento médico.

Os padrões devem ser estabelecidos com base na verificação cautelosa acerca de tudo o que é envolvido como o tempo, materiais, medicamentos e equipe médica.

3.3.3 Custeio-alvo ou custeio meta

O custeio-alvo é uma ferramenta útil para o estabelecimento de metas para que a redução de custos ocorra.

Sakurai (1997, p. 49) assegura que o custeio-alvo é um método abrangente de gerenciamento estratégico de custos, uma vez que a utilização do custeio-alvo pelo segmento hospitalar pode representar uma poderosa ferramenta gerencial, vista sob esse enfoque.

Hornigren, Datar e Foster (2000, p. 268) acentuam que o desenvolvimento do custeio-meta acontece em de quatro etapas: desenvolvimento de um produto que satisfaça o cliente; escolha o preço-meta; obtenção do custo-meta pela subtração do lucro-meta unitário do preço-meta unitário; e engenharia de valor, que é a avaliação de todos os aspectos da cadeia de valor, para alcançar o custo-meta.

Hansen, Don e Mowen (2003, p.443) descrevem o processo de custeio-alvo como o planejamento de um novo produto e a definição do seu custo-alvo, processo composto de sete fases: pesquisa de mercado, definição do produto/nicho de consumidores;

análise da competitividade do mercado; captação dos desejos dos consumidores, preço de mercado, lucro desejado e custo-alvo. Cada uma destas fases é explicada a seguir

A pesquisa de mercado fornece informações sobre necessidades e anseios dos consumidores, define o mercado e o nicho de produtos que a empresa pretende explorar, enquanto a análise da competitividade do mercado fornece informações a respeito dos produtos concorrentes, como os consumidores avaliam esses produtos e como os concorrentes reagirão ao lançamento de outros produtos.

A definição do produto e do nicho de consumidores é baseada na pesquisa de mercado e, conhecendo a competitividade do setor, determina-se qual produto será produzido e para qual nicho de consumidores será direcionado.

A captação dos desejos e necessidades dos consumidores pressupõe colher informações dos consumidores que orientem o desenvolvimento de novos produtos. Quanto à definição das características do produto, significa que, uma vez conhecidas as necessidades dos consumidores, são definidas as características do produto, bem como o nível de desempenho para atender essas necessidades. O preço de mercado representa o preço que os consumidores estariam dispostos a pagar.

A margem desejada é o retorno econômico esperado do produto. Pode ser a margem de contribuição, margem bruta ou margem operacional, dependendo do método de custeio utilizado, e pode ser expressa tanto em valores absolutos como em percentual sobre as vendas.

O “custo máximo admissível” é a diferença entre o preço de mercado e a margem desejada. Deve ser comparado com o custo estimado e a diferença entre ambos, que é o custo-alvo, representando o valor que deverá ser ajustado antes que o produto entre no processo de produção.

Definindo o custo-meta é possível definir políticas e estratégias a fim de alcançá-lo ou reduzi-lo com o tempo e aperfeiçoamento das atividades. A forma de redução de custos baseada na redução de estoques é chamada de *just in time*.

3.4 Just in time

Hansen, Don e Mowen (2001, p.166) exprimem que o *JIT – Just in time* tem como ideia geral o fornecimento de um produto, quando necessário e na quantidade necessária. A implementação bem-sucedida das políticas *JIT* tem a tendência de reduzir estoques de produtos em processos.

As empresas que implementam *JIT* estão em busca de uma estratégia de redução de custos ao redefinirem as atividades estruturais e de procedimentos realizados dentro de uma organização. O atendimento da demanda de forma instantânea, com qualidade perfeita e sem desperdícios, é o objetivo da abordagem.

Para Perez, Oliveira e Costa (2005, p. 222), o *JIT* é considerado o componente central da excelência empresarial e tem o objetivo e os estádios de evolução. O principal objetivo é a eliminação ou redução dos estoques da empresa, como medida de não imobilizar recursos, e também o de seus clientes e fornecedores. O desenvolvimento dessa poderosa ferramenta gerencial passa por alguns estádios que se baseiam nas etapas do processo onde produzem-se somente os produtos necessários para a fase posterior, na quantidade e no momento exato. Os estádios são independentes e trabalham de forma ininterrupta.

Com a redução de recursos com estoques, e tendo a segurança de que a qualidade e a tempestividade serão sempre alcançadas, é possível aplicar os valores em outra atividade a fim de obter maior retorno.

Com a redução ou eliminação de gargalos resultando na melhoria do processo, conhecido como Teoria das Restrições, é possível reduzir os custos de uma empresa.

3.5 Teoria das Restrições

Toda e qualquer organização que busque o aperfeiçoamento contínuo do processo depara-se, em algum momento, com restrições que desaceleram sua continuidade e finalização.

A busca incessante por acabar com as restrições existentes no processo produtivo faz da Teoria das Restrições uma ferramenta muito importante na melhoria dos processos e, conseqüentemente, na redução de custos.

Segundo Martins (2003,p.193) a Teoria das Restrições, também conhecida por TOC, busca a identificação de restrições (gargalos) dos sistemas produtivos com o objetivo de otimizar a produção nesses pontos e, assim, maximizar o lucro da empresa.

A TOC, conforme o autor denomina, apoia-se nos pressupostos principais:

- a) todo sistema possui, no mínimo, um fator de restrição;
- b) o conhecimento do valor da margem de contribuição por unidade do fator limitante é mais importante do que o conhecimento da margem de contribuição por unidade produzida;
- c) o custo de mão-de-obra direta é fixo, assim como são fixos todos os custos indiretos;
- d) a capacidade ociosa é desejável nos recursos que não representem restrições ou gargalos; e
- e) deve-se administrar o equilíbrio do fluxo do processo, não a capacidade dos recursos.

Para Hansen, Don e Mowen (2001, p.32), a análise das restrições é um método usado para melhorar continuamente as atividades da manufatura e aquelas que não são de manufatura. A característica é de um processo de raciocínio que começa reconhecendo que todos os recursos são finitos. As restrições são o foco. Ao gerir essa restrição, o desempenho pode ser melhorado. Para gerir essa restrição, é preciso que esta seja identificada e explorada (explorar significa maximizar o desempenho sujeito à restrição). Finalmente, para melhorar o desempenho, a restrição deve ser elevada. O processo é repetido até que a restrição seja rompida. Todo o processo começa de novo, com o recurso que então foi identificado como o fator limitativo crítico.

De acordo com Hansen, Don e Mowen (2001, 496), o método é utilizado para maximizar o lucro operacional, definindo-se três medidas sendo a primeira, a margem de contribuição via *throughput costing*, igual às receitas das vendas menos os custos dos materiais indiretos; a segunda são os investimentos (estoques) iguais à soma dos custos do estoque de materiais diretos e dos estoques de produtos semiacabados, custo de P&D e custos de equipamentos e edificações; na terceira medida, tem-se os custos operacionais iguais a todos os custos operacionais (exceto materiais diretos) incorridos para obter a margem de contribuição via *throughput costing*. Os custos operacionais compreendem salários e remunerações, aluguel, serviços públicos e depreciação.

Costa (2006, p. 51) assegura que a Teoria das Restrições possui cinco etapas, sendo a primeira o reconhecimento dos gargalos ou restrições da organização; a segunda a exploração dos gargalos a fim de obter combinações ótimas de produção; a terceira etapa é estabelecer o ritmo das operações com base nas necessidades do gargalo;

a quarta é tomar medidas para aumentar a eficiência e a capacidade de operacionalizar com o gargalo; e a quinta e última é repetir todo o processo a partir do surgimento de um novo gargalo.

A Teoria das Restrições tem uma visão bastante abrangente buscando o aumento dos lucros com a redução das restrições ou gargalos desde a redução unitária dos custos e a melhoria financeira, com base em um aproveitamento otimizado do processo.

O custeio *Kaizen*, a seguir explicado, preocupa-se, fundamentalmente, com a redução de custos de produtos e processo das empresas.

3.6 Custeio *Kaizen*

Kaplan e Cooper (1998, p.71) informam que *kaizen* é o termo japonês para melhoria contínua.

O custeio *kaizen* reduz o custo de fabricação de produtos, descobrindo novas formas de aumentar a eficiência do processo de produção usado na fabricação desses produtos. A ferramenta concentra-se onde os gerentes percebem a maior oportunidade de redução de custos. Para que o custeio *kaizen* seja eficaz, as equipes de trabalho devem receber informações de custos detalhadas em uma base contínua.

Maher (2001, p.617) enfatiza que *kaizen* é um sistema de custeio que busca o aperfeiçoamento contínuo de pequenas atividades, procurando, seguidamente, reduzir custos de produção, tentando alcançar sempre um custo menor do que o anterior.

Hansen, Don e Mowen (2001, p.479 - 480) concordam com outros autores no sentido de defenderem a idéia de que custeio *kaizen* é caracterizado por melhorias constantes e incrementais dos processos. A análise de atividade é um elemento-chave do custeio *kaizen*. A análise de atividade pode reduzir custos de quatro maneiras:

- 1) eliminação das atividades que não adicionam valor. Uma vez identificadas as atividades que não adicionam valor, deve-se tomar medidas para a organização livrar-se dessas atividades;
- 2) seleção da atividade. Envolve escolher, entre vários conjuntos de atividades, aquelas causadas por estratégias competitivas; estratégias diferentes causam atividades diferentes;

3) redução da atividade pela redução do tempo e dos recursos exigidos por uma atividade. Essa abordagem para redução de custos deve ser principalmente dirigida para a melhoria da eficiência das atividades necessárias, ou agir como estratégia de curto prazo para a melhoria de atividades que não adicionam valor até que estas possam ser eliminadas.;

4) compartilhamento da atividade que aumenta a eficiência das atividades necessárias ao usar economias de escala. Especificamente, a quantidade do direcionador de custos é aumentada sem aumentar o custo total da atividade em si.

O Custeio *Kaizen* diferencia e separa as atividades que agregam valor das que não o fazem e focaliza nas atividades em que o retorno é satisfatório para a empresa.

Com as informações geradas é possível planejar e controlar os dados de uma empresa, visando a decisões acertadas. A descrição do processo, buscando reduzir “gargalos”, trabalhar com o número de estoques de forma reduzida, melhorar o processo, eliminar atividade que não agrega valor e definir valores para o custo de um produto ou serviço são formas de otimizar os resultados de uma empresa. As instituições que trabalham com serviços hospitalares ou serviços de planos de saúde também são beneficiadas com as ferramentas de redução de custos.

O conhecimento do universo de prestação de serviços à saúde, como histórico, legislação e componentes, é fundamental para a aplicabilidade das melhorias. A próxima seção aborda esse tema.

4. PLANO DE SAÚDE NO BRASIL

São apresentados neste segmento dados sobre os planos de saúde no Brasil, abordando um breve histórico, a divisão dos planos, informações sobre Medicina preventiva e coparticipação.

4.1 Histórico

Os planos e seguros de saúde nasceram no Brasil com a indústria automobilística e o deslocamento da economia para os centros urbanos. Empresários ianques e franceses, que chegaram ao País nos anos 1950, mostraram-se insatisfeitos com a atenção médica oferecida pelo Estado à época. Assim, por iniciativa dos dirigentes das montadoras Ford e General Motors, e inspirados na experiência dos EEUUV, surgiram os primeiros sistemas de seguros que logo se estenderam a outras empresas (CARVALHO;GARCIA, 2003).

Silveira (2004, p.25) informa que os problemas com o atendimento público à saúde são antigos e se agravaram desde a década de 1950, com o *boom* da industrialização e com o êxodo do homem do campo, atraído pela oferta de trabalho e por melhores condições de vida nos centros em desenvolvimento. Desde então, os serviços públicos tornaram-se insuficientes para atender às grandes concentrações urbanas que se formavam na região metropolitana da Capital Paulista com a instalação da indústria automobilística. Procurando opções para a prestação de assistência médica aos seus empregados e familiares, os empresários estimularam a formação dos primeiros grupos médicos, contratando serviços e gerando o embrião do que viria a ser o sistema de Medicina de grupo. Daí originaram-se as cooperativas médicas – até como uma contraposição à Medicina de grupo, pois eram consideradas mercantilistas –, o segmento de autogestão e o seguro-saúde. Apesar de o seguro já ter uma existência anterior, era praticamente inexpressivo no ramo da saúde. Os primeiros convênios, chamados planos coletivos ou empresariais, eram custeados integral ou parcialmente pelas empresas empregadoras. Reconhecidos pela sua importância, passaram a ser cláusula prioritária de toda pauta de negociação trabalhista. Era o único benefício ampliado no salário que amparava o trabalhador e a sua família. A fórmula deu certo e evoluiu também para o atendimento à pessoa física.

A ANS (2008, p.30) discorre sobre o histórico dos planos de saúde, ressaltando que o mercado de planos de saúde no Brasil existe há mais de 40 anos e

coexiste com o setor público com serviços financiados por desembolso direto. Até o início da década de 1990, eram escassos os dados sobre este mercado. Não havia sistema de informações específicos, padronizados e alimentados por dados periódicos que reunissem informações nacionais sobre o setor. As informações disponíveis eram dispersas, oriundas dos integrantes do mercado ou de estudos acadêmicos independentes.

A demanda crescente do mercado de prestação de serviços médicos estimulou a organização de empresas de Medicina de grupo e cooperativas médicas que, com recursos médicos insuficientes, adotaram o credenciamento de serviços como forma de expandir a rede insuficiente para o cumprimento dos novos convênios celebrados com a previdência.

Em 1966 (08/10/1966), foi fundada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) para unir e representar as empresas privadas que já atuavam na prestação de serviços de saúde.

A criação no Brasil de empresas de assistência médica (Medicina de grupo e cooperativas) foi motivada pelo empresariamento e capitalização da Medicina. Médicos e prestadores de serviços sentiram a necessidade de facilitar o acesso de maior parcela da população a serviços e tecnologias cada vez mais onerosas. Isso só foi possível porque eram usadas formas de pré-pagamento e divisão dos riscos, embasadas em técnicas atuariais cada vez mais desenvolvidas.

Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para o cliente-empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente aos trabalhadores formalmente contratados. A partir da segunda metade dos anos 1980, as operadoras de planos de saúde captaram as demandas de clientes individuais (trabalhadores autônomos – profissionais liberais, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte), bem como a de trabalhadores formalmente empregados que não estivessem envolvidos com os planos privados de assistência à saúde, como os de algumas empresas da Administração pública das quatro esferas do governo.

Os planos de saúde privados passaram a ter importância social cada vez maior, em razão do grande número de usuários já filiados e à incapacidade do SUS de atender toda a população de acordo com as expectativas dos diversos grupos sociais organizados.

A necessidade de uma intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços em saúde originou-se de pressão da opinião pública, inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguros e planos de saúde, externalizada por aumento indiscriminado de preços e restrições à cobertura. Estas queixas alcançaram ampla divulgação nos meios de comunicação e vários consumidores obtiveram ganhos de causa nas instâncias judiciárias.

Em 28/01/2000, a Lei n°. 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão institucional a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e a contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS possui autonomia financeira e decisória e destina-se à criação de mecanismos estatais de fiscalização, controle de preços e regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de saúde.

A Agência reguladora divide o segmento em três portes de empresas: operadoras com até 20.000 usuários, classificadas como de pequeno porte; de 20.000 até 100.000, de médio porte e de mais de 100.000 usuários, de grande porte. Grande parte do mercado (93%) corresponde às pequenas e médias operadoras, o que corresponde a 32,48% dos usuários. (ABRAMGE MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, ABR/MAI/JUN 2006, p. 4)

Os planos de saúde vêm experimentar um significativo aumento da interferência do Governo federal com a regulamentação de sua atividade por meio da ANS, fazendo com que o setor trabalhe de maneira uniforme, deixando pouco espaço para política de diferenciação de seus produtos. Isso também acarretou grande dificuldade de entrada nesse setor por novos concorrentes. Em 2008, a Agência reguladora completou dez anos e as exigências para os planos de saúde aumentam, como a inclusão de novos procedimentos, tecnologias e serviços não médicos.

Conforme o caderno de informações da Saúde Suplementar (ANS, 2008, p. 13), o mercado de planos privados de assistência à saúde apresentou, em março de 2008, 39,9 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica (com ou sem Odontologia) e 9,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos. Estes números representam um crescimento, no período de março de 2000 a março de 2008, de 31,7% no

total de vínculos a planos de assistência médica e 312,9% no de planos, exclusivamente, odontológicos.

ANS, pela da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº39/2000, discorre sobre as modalidades de operadoras existentes no Brasil, afirmando que são oito tipos: Medicina de grupo, Cooperativa médica, Autogestão, Seguradora especializada em saúde, Administradora, Filantrópica, Cooperativa odontológica e Odontologia de grupo.

A modalidade de Medicina de grupo é composta por empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa, autogestão e filantropia (art. 15, RDC 39). É constituída por empresas que comercializam planos de saúde com indivíduos e empresas, e trabalham com vários tipos de planos.

As cooperativas médicas são sociedade sem fins lucrativos constituídas, conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde (art. 12, RDC 39).

A Autogestão é uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que, por intermédio de seu Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados – bem como aos seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim – de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados (art. 14, RDC 39).

As seguradoras especializadas em saúde operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656, de 1998, nos termos do seu artigo 1º, I e §1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem operar outros ramos do seguro (Lei nº 10.185/2001).

As administradoras são empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, estes são financiados por uma operadora. A administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos (art. 11, RDC 39).

As do tipo filantrópicas são entidade sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que 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 (art.17, RDC 39).

As cooperativas odontológicas são sociedades de pessoas sem fins lucrativos constituídas, conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente, com planos odontológicos (art. 13, RDC 39).

As de modalidade Odontologia de grupo são empresa ou entidades que operam exclusivamente, planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica (art. 16, RDC 39).

Soares (2006, p. 30) informa que todas as operadoras, menos as da modalidade administradora, podem ter rede própria que se divide em hospitalar e médica ou odontológica. Na rede própria hospitalar os recursos físicos hospitalares são de propriedade da operadora e na rede própria médica ou odontológica, a constituição é feita por profissionais assalariados ou cooperados.

A forma de pagamento dos planos de saúde pode ser feita com o pré-pagamento, sendo anteriores ao mês de utilização dos serviços ou com o pós-pagamento, que acontece com o recebimento pelas operadoras posterior ao mês de serviços prestados. A modalidade de pré-pagamento é a mais ordinária.

Em 2008, havia 1.599 operadoras com beneficiários registradas na ANS, das quais 1.346 (84,2%) atuam na região Sudeste. No Estado de São Paulo, os beneficiários estão distribuídos em 1.122 operadoras, e nenhum estado do País apresenta menos de 123 operadoras atuando em seu território. A receita de contraprestações das operadoras de planos privados de saúde vem crescendo ao longo dos últimos sete anos (taxa de crescimento de 51%). De 2001 a 2007, a receita total do setor de planos privados de saúde passou de cerca de 23 bilhões para acima de 47 bilhões de reais, dos quais mais de 97% referem-se às operadoras médico-hospitalares. Nesse período, o custo assistencial também cresceu, numa proporção similar ao crescimento da receita total (taxa de crescimento de 51%), superando os 37 bilhões em 2007. No gráfico 1, é possível ter uma visão do crescimento e da subdivisão entre usuários de planos unicamente odontológicos e usuários com cobertura assistencial ANS (2008, p. 15).

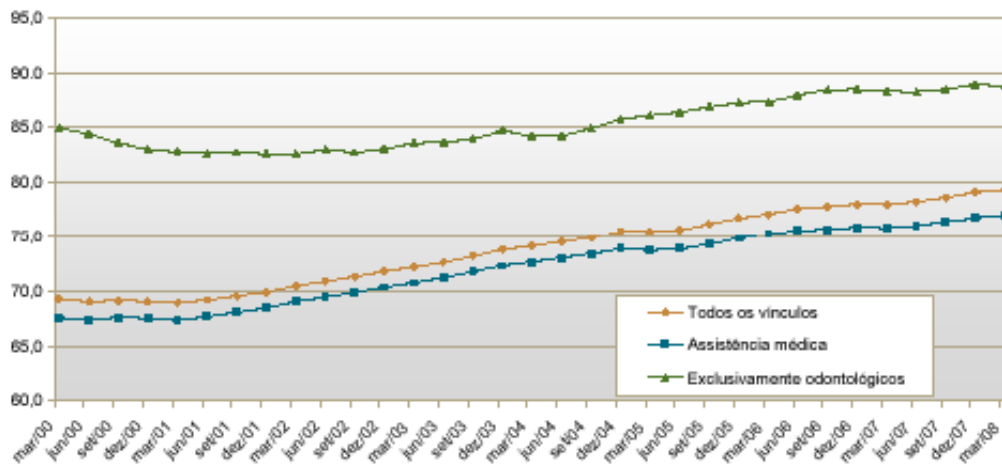


Gráfico 1 - Percentual de beneficiários de planos coletivos, por cobertura assistencial no Brasil dentro o período de 2000 –2008

Fonte: Sistema de informações de Beneficiários – (ANS/MS – 03/2008. p. 13)

No gráfico 1, fica visível a evolução ordenada do setor de assistência média e odontológica, demonstrando um crescimento geral de 20% no período.

De acordo com a ANS (2008, p.14), as operadoras de planos de saúde, que são divididas em Medicina de grupo (com 38,6%) e Filantrópicas (pouco mais de 3,4%), aumentaram sua participação no mercado. Autogestões (passaram de 17,4% para 13,7%) e seguradoras especializadas em saúde (de 16,2% para 11,3%) reduziram sua participação. As cooperativas médicas absorveram esta fatia do mercado, passando de 24,5% para 32,9% do total de beneficiários de planos de assistência médica. O gráfico 2 exemplifica a divisão entre as modalidades de planos de saúde.

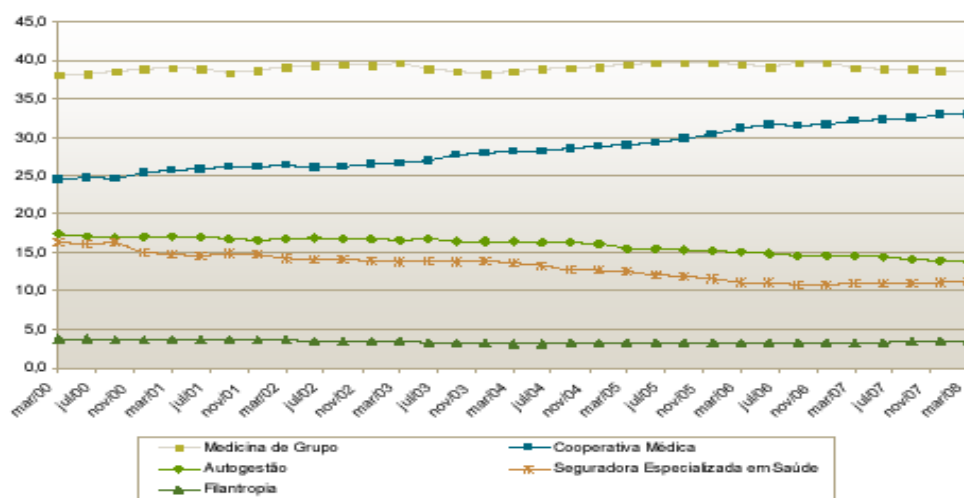


Gráfico 2 –Beneficiários por modalidade de operadora no Brasil no período de 2000-2008

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – (ANS/MS – 03/2008. p. 14)

Segundo a ANS (2008, p.17), no período compreendido entre março de 2002 e dezembro de 2007, o mercado de planos de assistência médica apresentou uma expansão de, aproximadamente, 25,49% novos vínculos, para planos individuais e coletivos.

Os procedimentos médicos realizados sejam consultas, exames ou internações, possuem um cálculo do custo médio para cada item.

4.2 Custo médio dos eventos

A ANS (2008, p.41) informa que o custo médio dos eventos é o custo médio por item de despesa das operadoras médico-hospitalares, compreendendo consultas médicas, internações, exames complementares, terapias e outros atendimentos ambulatoriais e exclusivamente nas odontológicas, abrange consultas odontológicas, exames odontológicos complementares e procedimentos odontológicos preventivos, calculados como a relação entre gasto nesses eventos e o número de eventos.

Conforme Silveira (2004, p.34), os custos determinantes de uma operadora são provenientes de eventos com assistência à saúde – utilização do plano pelo beneficiário. A continuidade do negócio de uma operadora está diretamente ligada à otimização da relação evento/contraprestação. A essa relação dá-se o nome de sinistralidade, que é um importante indicador econômico-financeiro, pois expressa o percentual das receitas – contraprestações – que são consumidas com despesas médico-assistenciais – eventos. Dessa forma, para não comprometer a rentabilidade, a operadora deve manter a “sinistralidade” controlada.

A análise da “sinistralidade” revela que, em média, 80% desta receita destina-se à assistência nas operadoras médico-hospitalares, enquanto nas odontológicas este percentual é de aproximadamente 50%.

Outro importante indicador da estrutura de custo da operadora é o índice combinado, indicador que demonstra o resultado da operação básica de plano, estabelecendo a relação entre despesas e receitas de natureza exclusivamente operacional. Assim sendo, verifica-se que o resultado das operações de planos apresenta lucro ou prejuízo. Ainda de acordo com Silveira (2004, p. 35), a fórmula é: *Combinado = Despesa administrativa + Despesa com eventos + Despesa comercial/Mensalidades efetivamente pagas*. Tendo-se o resultado do índice maior que 1, indica que as despesas foram superiores ao recebimento das mensalidades; com o resultado menor do que 1, demonstra

que o valor referente às receitas provenientes das mensalidades foi superior às despesas; para o resultado igual a 1 o número final, indica que não houve lucro ou prejuízo. O índice não considera rentabilidades com aplicações financeiras.

A tabela 1, exemplifica, com os números do setor, as receitas das diversas modalidades utilizadas para os cálculos dos índices, entre estes, o índice combinado.

Tabela 1: Receitas de contraprestações das operadoras de planos de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil – 2001 – 2007) Em R\$ mil

Modalidade da operadora	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	22.098,84	25.691,11	28.443,38	32.177,07	37.130,61	41.870,66	47.027,57
Operadoras médico-hospitalares							
Autogestão	21.754,32	25.291,23	27.974,10	31.585,50	36.391,46	41.001,63	46.027,35
Autogestão patrocinada (1)	433.532	484.814	554.684	680.524	778.050	894.409	2.167.832
Cooperativa Médica	6.063	-	-	-	9.107	6.516	1.531.077
Filantropia	8.234.535	9.237.081	10.588.162	12.140.828	14.017	16.355	16.840
Medicina de Grupo	1.100,43	1.289,56	851.851	857.708	1.064,40	1.174.151	1.901.308
Seguradoras especializadas em Saúde	6.581.550	8.066.787	9.278.099	10.383.897	12.610.382	13.820.828	14.978.638
Operadoras exclusivamente odontológicas							
Cooperativa Odontológica	344.524	399.879	469.281	591.562	739.150	869.030	1.000.225
Odontologia de Grupo	127.541	146.517	153.760	211.717	246.802	248.983	271.182
	216.982	253.362	315.521	379.844	492.348	620.046	729.042

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 96

Conforme Tabela 1, a evolução das receitas entre os anos de 2001 e 2007 foi de 53% no total, o que demonstra o crescimento substancial do setor. As operadoras médico-hospitalares são responsáveis por mais de 90% do crescimento, sendo as de modalidade de Medicina de grupo e Cooperativa médica as que possuem aumentos mais expressivos.

A Tabela 2 demonstra o total das despesas das operadoras, as quais estão divididas em despesas assistenciais e despesas administrativas.

Tabela 2: Despesas das operadoras de planos de saúde por tipo, segundo modalidade da operadora (Brasil – 2007)

Modalidade da operadora	Total	Despesas Assistenciais	Despesas Administrativas
Total	46.148.439.084	37.198.587.685	8.949.851.398
Operadoras Médico-hospitalares	45.333.644.529	36.727.730.007	8.605.914.521
Autogestão	2.070.770.034	1.779.787.716	290.982.318
Autogestão patrocinada	1.865.810.537	1.419.311.985	446.498.551
Cooperativa Médica	16.058.388.445	13.325.405.267	2.732.983.178
Filantropia	2.795.702.549	985.401.901	1.810.300.648
Medicina de grupo	14.040.371.800	11.496.065.824	2.544.305.976
Seguradora especializada em saúde	8.502.601.164	7.721.757.314	780.843.850
Operadoras exclusivamente odontológicas	814.794.555	470.857.678	343.936.877
Cooperativa Odontológica	254.123.116	174.571.307	79.551.809
Odontologia de grupo	560.671.439	296.286.371	264.385.068

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 98

As despesas assistências das operadoras de planos de saúde estão perto de 80%, referentes aos pagamentos efetuados para hospitais, laboratórios, materiais utilizados e profissionais ligados diretamente ao objeto do serviço. As despesas administrativas representam 20% do valor total. O maior volume de despesas entre as operadoras médico-hospitalares está vinculado às Cooperativas Médicas e às de modalidade de Medicina de grupo.

4.3 Distribuição de operadoras e beneficiários

As operadoras com modalidade de Medicina de grupo e Cooperativa médica, no âmbito das que fornecem atendimento médico-hospitalar, são as que demonstram maiores receitas e despesas.

A ANS (2008, p.94) garante que as operadoras de Medicina de Grupo são as mais numerosas, somando 580, conforme apresentado na tabela 3, a seguir:

Tabela 3: Operadoras em atividade por modalidade, segundo número de beneficiários (Brasil – março/2008)

Número Beneficiários	Adm	Auto-gestão	Auto-gestão patro.	Cooperativa Médica	Cooperativa odont.	Filant.	Med. de grupo	Odonto de grupo	Segur. especializada em saúde
Total	1.877	19	100	172	347	151	103	391	14
Sem beneficiários	283	19	7	24	6	10	5	111	2
1 a 100	68	-	1	3	4	3	3	27	-
101 a 1.000	217	-	17	15	13	18	12	76	-
1.001 a 2.000	167	-	19	17	18	14	8	43	1
2.001 a 5.000	295	-	21	30	48	37	22	49	-
5.001 a 10.000	232	-	15	22	59	29	16	25	-
10.01 a 20.000	226	-	14	24	67	17	18	25	1
20.001 a 50.000	205	-	3	20	71	14	16	18	-
50.001 a 100.000	92	-	1	8	31	6	1	6	1
100.001 a 500.000	76	-	1	8	26	3	2	9	7
Acima de 500.000	16	-	1	1	4	-	-	2	2

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 94

Conforme ANS (2008, p.49), do universo de 39.866.925 do total de usuários de planos de saúde em todo o Brasil, 1.158.641 estão localizados na região Norte do País, 4.798.282 no Nordeste, 26.813.107 na Região Sudeste, 5.309.013 no Sul e 1.787.660 na Região centro-oeste.

No Nordeste, os três estados com a maior quantidade são Bahia, Pernambuco e Ceará com 1.218.151, 1.141.926 e 853.400 usuários, respectivamente.

De acordo com a ANS (2008, p. 52), no Ceará, 67,3% são usuários de planos coletivos e 32,7 são planos individuais, distribuídos em 393 operadoras em atividade. Em Fortaleza são 741.560 beneficiários, dos quais 70% são coletivos e 30% individuais.

A Agência reguladora (2008, p. 70) informa ainda que a faixa etária com maior incidência de planos coletivos é a de 20 a 29 anos, assim como o maior número de segurados por faixa etária conforme gráfico 3, a seguir:

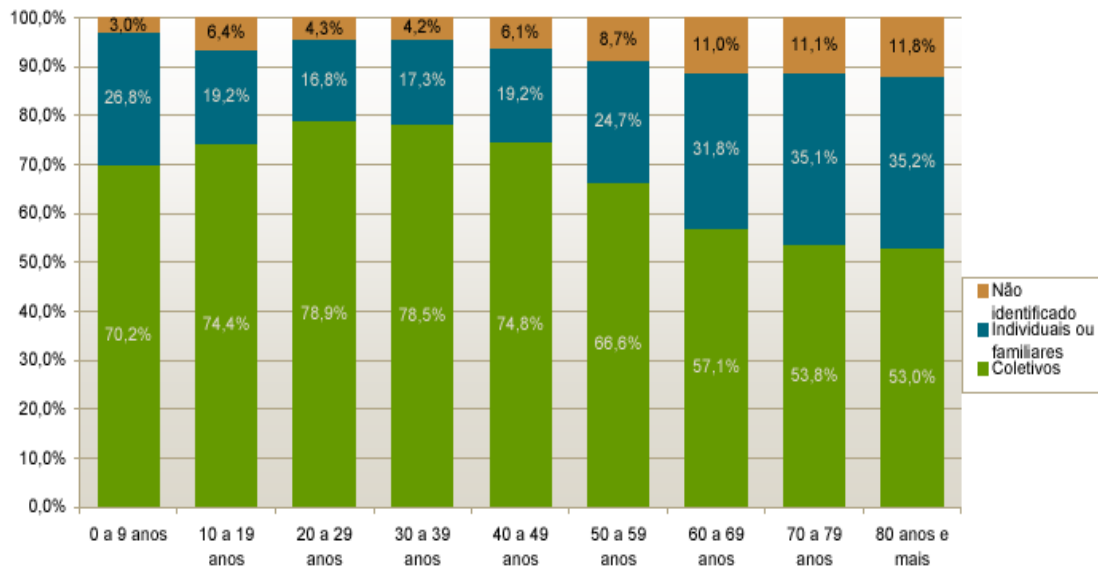


Gráfico 3: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano e faixas etárias (Brasil – março/2008)

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 70

O gráfico 3 demonstra que grande parte dos segurados está nos planos familiares ou coletivos e que a faixa etária que mais possui beneficiários é a que varia entre 20 e 29 anos, seguida da faixa etária entre 30 a 39 anos.

4.4 Utilização dos serviços

Os serviços das operadoras de planos de saúde consistem em consultas médicas, realizadas por todas as especialidades médicas, internações hospitalares, exames complementares, que vão desde um simples exame de sangue a um complexo exame de tomografia, terapias, que são o acompanhamento efetuado por profissionais não-médicos como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Os atendimentos ambulatoriais são relacionados a pequenas cirurgias, curativos, aplicações de medicamentos, entre outros.

Na Tabela 4, é possível verificar a frequência de utilização das consultas, internações, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais nos planos individuais ou coletivos entre os anos de 2002 a 2007.

Tabela 4: Frequência média de utilização, segundo tipo de evento de assistência médica e tipo de contratação do plano Brasil(2002 – 2007)

Tipo de evento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consultas médicas						
Individual ou familiar	5,93	5,68	5,74	5,79	5,95	6,03
Coletivo com patrocinador	4,29	4,1	4,2	4,34	4,51	4,42
Coletivo sem patrocinador	5,19	5,21	5,4	5,32	5,33	5,48
Internações						
Individual ou familiar	0,25	0,23	0,22	0,2	0,22	0,33
Coletivo com patrocinador	0,18	0,18	0,17	0,16	0,16	0,25
Coletivo sem patrocinador	0,23	0,23	0,22	0,19	0,2	0,28
Exames Complementares						
Individual ou familiar	10,01	9,53	9,89	11,85	12,17	12,59
Coletivo com patrocinador	6,63	6,8	7,16	8,54	8,83	8,88
Coletivo sem patrocinador	9,38	9,62	9,69	11,67	12,16	11,98
Terapias						
Individual ou familiar	0,97	1,11	1,23	1,53	1,74	1,91
Coletivo com patrocinador	0,64	0,77	0,91	1,1	1,26	1,4
Coletivo sem patrocinador	1,98	1,15	1,29	1,46	1,79	1,88
Outros atendimentos ambulatoriais						
Individual ou familiar	1,21	1,13	1,13	0,85	0,92	0,86
Coletivo com patrocinador	0,96	0,91	0,88	0,74	0,78	0,73
Coletivo sem patrocinador	1,11	0,97	0,94	0,81	0,87	0,86

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 106

Entre os anos de 2002 e 2007, a frequências das consultas médicas realizadas pelos planos individuais obteve um crescimento de 2%, enquanto nos planos coletivos sem patrocinador o número manteve-se constante. As internações dos planos individuais no período demonstram um aumento de 24% e nos planos coletivos o percentual é de 18%. Os exames complementares aumentaram 20% na frequência de utilização dos planos individuais e 22% nos planos coletivos. A utilização de terapias dos planos individuais aumentou 50% do ano de 2002 ao ano de 2007 e a utilização pelos plano coletivos apresentou uma redução. Nos atendimentos ambulatoriais, os planos individuais e coletivos apresentam redução de 24% nos planos individuais e 23 % nos planos coletivos sem patrocinador.

O uso dos serviços pelos planos compõe o custo dos eventos. Na Tabela 5, é possível verificar o valor médio do custo de utilização das consultas, internações, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

Tabela 5: custo médio dos eventos médico-hospitalares, segundo tipo de evento e contratação do plano (Brasil – 2002 – 2007)

Tipo de evento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consultas médicas						
Individual ou familiar	22,37	23,6	25,48	28,04	30,03	32,33
Coletivo com patrocinador	22,73	24,87	26,2	29,5	31,43	33,05
Coletivo sem patrocinador	24,87	26,31	28,17	30,62	32,68	34,18
Internações						
Individual ou familiar	1.092,37	1.301,00	1.489,55	1.591,62	1.858,57	2.168,98
Coletivo com patrocinador	1.115,76	1.303,60	1.477,83	1.625,90	1.833,82	2.095,14
Coletivo sem patrocinador	1.284,72	1.467,39	1.748,98	2.019,18	2.159,65	2.418,18
Exames Complementares						
Individual ou familiar	18,18	19,33	20,29	18,86	19,22	21,38
Coletivo com patrocinador	20,08	20,63	21	19,37	20,55	22,4
Coletivo sem patrocinador	21,68	23,21	23,87	21,37	21,46	25,82
Terapias						
Individual ou familiar	40,49	45,2	44,43	48,57	41,33	58,46
Coletivo com patrocinador	39,93	41,32	41,39	41,39	39,45	45,76
Coletivo sem patrocinador	45,55	50,93	48,15	57,35	46,06	55,17
Outros atendimentos ambulatoriais						
Individual ou familiar	45,39	52,37	59,89	66,84	75,38	87,19
Coletivo com patrocinador	43,69	48,31	54,73	65,11	65,54	76,32
Coletivo sem patrocinador	47,35	55,05	64,89	81,72	85,89	97,63

Fonte: sistema de informações de Beneficiários – ANS/MS – 03/2008 p. 110

O custo médio dos procedimentos, no período de 2002 a 2007, demonstra crescimento geral. As consultas médicas para os planos individuais tiveram um aumento de 31% e nos planos coletivos o aumento foi de 27%. Nas internações, a variação foi de 50% para os planos individuais e 47% para os coletivos. O custo médio dos exames complementares aumentou em 15% para os planos individuais e 16% para os coletivos. As terapias nos planos individuais demonstram aumento de 31% e nos coletivos 17%. Os atendimentos ambulatoriais somam 48% de aumento para os planos individuais e 52% para os coletivos sem patrocinador.

Lambea (1983, p. 56) ressalta que, em um mercado mais competitivo a cada dia, as cooperativas de trabalho médico possuem um diferencial de serviços ofertados pelos próprios médicos cooperados aos seus clientes. De forma contrária, as seguradoras e planos de saúde precisam repassar estes serviços a terceiros e, nesta relação em que existe intermediação, existe também o aumento dos custos.

Tapscott e Caston (1995, p. 62) defendem a ideia de que a tecnologia altera a forma de competição entre as organizações, uma vez que a disseminação das informações acontece de forma mais rápida e assim a empresa pode desenvolver novos produtos ou serviços.

Conforme exposto por Marcovitch (1997, 37)

Observe-se que uma nova tecnologia pode alterar sensivelmente a forma de uma empresa enxergar seu negócio, e a partir daí, promover mudanças capazes de alterar a dinâmica concorrencial num setor. É interessante assinalar que a nova tecnologia pode propiciar ganhos de eficiência e redução de custos ou viabilizar novas maneiras de agregar valor ao cliente em produtos/serviços oferecidos pela empresa.

Os dados demonstram o aumento substancial da utilização e dos valores nos planos individuais e coletivos, sendo os planos individuais os responsáveis pelas maiores variações.

Uma das formas de utilizar a tecnologia com objetivo de redução do uso e, conseqüentemente, a redução de custos é com a da Medicina preventiva, que é composta de informações, acompanhamentos médicos a pacientes crônicos ou internações domiciliares. Outra forma, é pela coparticipação do usuário com percentuais sobre os valores das consultas e exames.

4.5 Medicina preventiva

A Medicina preventiva, feita com emprego de informações com palestras ou mesmo com panfletos e também acompanhamento médico, tem como objetivo principal a informação aos usuários sobre doenças corriqueiras, o controle de doenças infecciosas, a redução do risco de doenças degenerativas ou agravos específicos.

Conforme Arouca (1975, p.43), o discurso da Medicina preventiva surgiu como herdeiro de vertentes, como a higiene, no século XIX, relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal, da discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos, nas décadas de 30 e 40 do século XX, e da redefinição das responsabilidades médicas na educação profissional. Cada uma dessas vertentes fez uma crítica à anterior e ampliou os horizontes de atuação do médico, associando a formação desse profissional ao acúmulo de conhecimento trazido por outras ciências e revelando a importância da comunidade, da família e da percepção do ser humano em sua plenitude e totalidade.

Buss (2003, p. 65) diz que o conceito de promoção da saúde ganhou vigor, nos últimos vinte anos, particularmente nos países desenvolvidos, como uma reação à “medicalização” crescente da saúde na sociedade e no interior dos sistemas de saúde e da assistência médica curativa de alta tecnologia.

Silveira (2004, p.84) explica que existem três tipos de Medicina preventiva, quais sejam:

- a) Medicina preventiva primária: orientação preventiva aos clientes sem doenças, mas com fatores de risco presentes, ou seja, com risco de desenvolverem doenças;
- b) Medicina preventiva secundária: acompanhamento continuado aos clientes com doenças, mas sem sintomas clínicos; e
- c) Medicina preventiva terciária: acompanhamento continuado aos pacientes, focado na cura ou estabilização de uma doença já existente com manifestação clínica.

Com uma boa orientação aos clientes, o acompanhamento continuado a doentes crônicos e o acompanhamento de um paciente no ambiente domiciliar em vez de um ambiente hospitalar, é possível reduzir algumas enfermidades e, com isso, o custo dos serviços prestados para as operadoras de planos de saúde.

Cunha e Moraes (2007, p. 1652 - 1653) informam que a Atenção gerenciada ou *Managed care* – como denominam os autores americanos – deve ser compreendida como um modelo da gestão de serviços de saúde que introduz regras de mercado na produção e na distribuição desses serviços. Valendo-se de alguns argumentos, da redução de custos nos procedimentos médico-hospitalares, enfatiza a Medicina preventiva e a atenção primária, o atendimento domiciliar e o conforto que este propicia aos doentes e seus familiares, utilizando-se da sobreposição do controle gerencial sobre o processo decisório clínico e introduzindo controles diretos ou transferindo riscos financeiros para o sistema de prestação.

Cunha e Moares (2007, p. 1653) dizem que a assistência domiciliar privada em saúde surgiu e se expandiu no Brasil na década de 1990. Conforme os autores (2007, p. 1654), no *Home care*, atendimento domiciliar, o internamento domiciliar se efetiva no domicílio do enfermo, pela disposição de equipamentos hospitalares e pela permanência do auxiliar de enfermagem em regime de plantão e sob supervisão médica e de enfermagem. Nesse serviço, afora o auxiliar de enfermagem, a assistência dos demais profissionais da equipe é organizada em protocolos constituídos de visitas domiciliares, as quais ocorrem em número variável, dependendo do nível de complexidade do quadro clínico do interno, da prescrição médica e das determinações de caráter administrativo.

A elevação dos custos assistenciais e o crescente número de procedimentos obrigatórios às operadoras impostos pelo Governo fazem da Medicina preventiva um aliado na redução de custos e na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

O serviços de monitoramento de casos destina-se à assistência de pessoas acometidas por doenças crônicas, as quais geralmente são cadastradas pelos operadores de planos e seguro de saúde porque apresentam histórico de internações hospitalares recorrentes, demandando custos elevados e progressivos para esses financiadores.

4.5.1 Medicina Preventiva e ANS

Em maio de 2008, a Agência Nacional de Saúde enviou às operadoras de planos de saúde um questionário com o objetivo de verificar a dimensão dos programas de proteção à saúde. Das 1.842 operadoras, 1.351 empresas que detêm 97% dos usuários responderam às questões.

Conforme ANS (2008, p. 2), os objetivos principais eram conhecer as operadoras que desenvolvem o programa de promoção da saúde e prevenção de doenças, identificar as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças implementadas pelas operadoras, considerando a singularidade e a diversidade das regiões do País e os mecanismos de planejamento e gestão utilizados pelas operadoras; coletar informações relacionadas à atenção obstétrica no setor de saúde suplementar; subsidiar a elaboração da proposta de monitoramento e avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; e subsidiar o planejamento de mecanismos de indução à adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Das respostas provenientes de 73,3% das operadoras, foi verificado que apenas 47,4% desenvolvem o programa, sendo que 68,3% declararam a realização de mapeamento periódico para a obtenção dos perfis de morbidade e mortalidade da carteira de beneficiários. Os programas são voltados para planos individuais e coletivos.

O envio de materiais para os prestadores, a capacitação destes e a realização de seminários foram as formas desenvolvidas pelas empresas a fim de incentivar a participação dos prestadores de serviços. Os beneficiários foram convidados a aderir ao programa por meio de material de propagação, ligações telefônicas, propagandas, encontros com atividades lúdicas e acompanhamento por profissional de saúde. O programa teve maior atenção voltada para a saúde do adulto e do idoso, seguido pela saúde da mulher e finalizando com a saúde da criança.

Na saúde do idoso, as doenças, problemas ou situações mais abordados foram Diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e sobrepeso e obesidade. Na saúde

da mulher o tema mais abordado foi o parto normal, câncer de mama e câncer de colo de útero e na saúde da criança foi obesidade infantil e imunização.

A maioria das operadoras realiza palestras com orientações com nutricionistas e médicos. As operadoras rastreiam e inserem os seus beneficiários com suporte da demanda espontânea, encaminhamento médico, presença de fatores de riscos, internações e frequência de utilização.

A prevenção de doenças, além de ser uma atitude simpática das operadoras de plano de saúde junto aos usuários e ao governo, propicia à empresa redução nos custos, pois evita, muitas vezes, que o beneficiário se dirija ao hospital ou clínicas e faça exames.

4.6 Coparticipação

Diferentemente dos produtos de planos de saúde mais comuns, os planos com coparticipação possuem o diferencial de oferecer a mensalidade com valor reduzido e a participação dos usuários nos custos junto com a operadora, em percentuais previamente estabelecidos, chamados de fator moderador. Os beneficiários fazem desembolso, além da mensalidade, do percentual referente a consultas ou exames quando utilizados, mas para internações não existe pagamento a mais.

O presidente do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) informa na Resolução no. 8, no artigo 4º, que " As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquias, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias. (RESOLUÇÃO no. 8)

Os usuários que fizeram a opção pelo tipo de produto coparticipação devem estar cientes de que irão desembolsar valores calculado em forma de percentuais com base no valor inicial do procedimento, além da mensalidade, quando houver utilização de consultas ou exames, ficando as internações livres de outros pagamentos.

Figueiredo (2006, p. 197) destaca a ideia de que

Outra forma de regulação da demanda é a co-participação, que se traduz em uma parcela de pagamento que cabe ao consumidor, além da mensalidade, para custear parte da despesa pela realização de um procedimento, sendo que o valor não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento. Isto é, trata-se da parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro saúde privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente à realização do procedimento médico coberto.

Com a participação do usuário pagando um percentual do procedimento além da mensalidade, no momento em que vai utilizar o serviços, é possível regular os excessos de utilização.

A Resolução do CONSU n° 8, no artigo terceiro, informa que

“II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.”

Mezomo (2001) *apud* Otta (2003, p. 56) relata que a melhor forma de comparar o custo-benefício de um serviço é a satisfação do cliente com a compra, pois sendo o benefício do produto ou serviço comprado maior do que seu custo, há uma grande probabilidade de que o cliente esteja satisfeito com a compra. O cliente tende a ser altamente valorizado, até mesmo como uma forma de compensar a relação.

Na seção seguinte é definida a metodologia pela qual este trabalho foi efetuado.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta seção apresenta a caracterização da pesquisa e descreve a metodologia utilizada para no seu desenvolvimento, a fim de permitir que os objetivos do trabalho fossem alcançados e que o processo obedecesse a uma ordem racional.

Assim são abordados os procedimentos metodológicos adotados, incluindo instrumento de coleta de dados e definição do objeto do estudo.

5.1 Caracterização da pesquisa

Fachin (2001, p. 28 - 30) diz que método, em pesquisa, é a escolha dos procedimentos para a descrição e explicação de um estudo, uma forma de proceder ao longo do caminho. A autora destaca os métodos indutivo e dedutivo. O método indutivo, fase científica, analisa dados particulares e os encaminha para noções gerais: é um método de análise. O método dedutivo está ligado a síntese, sugerindo a conclusão baseada de duas proposições, demonstrando que um fenômeno é a consequência de outro.

Collis e Hussey (2005, p. 88) fazem referência à metodologia como uma maneira de tratar o processo da pesquisa, indo da base teórica até a coleta de dados.

Kerlinger (1980, p. 335) ensina que a metodologia influencia fortemente na pesquisa pois inclui maneiras de formular problemas e hipóteses, métodos de observação e de coleta de dados, bem como a mensuração de variáveis e técnicas de análises de dados. A metodologia é a forma de organizar o raciocínio para se chegar à natureza de um determinado problema, sendo para estudá-lo ou explicá-lo.

O mesmo autor (p. 318-321) expõe a ideia de que a pesquisa científica tem como propósito básico a teoria e como objetivos a compreensão e explicação de fenômenos naturais. O autor diz, ainda, que a pesquisa está subdividida em pesquisa básica, feita para testar teorias com pouca preocupação na aplicabilidade dos resultados a problemas práticos; e a pesquisa aplicada, dirigida para a solução de problemas práticos e da qual se esperam melhorias ou progresso de processos ou atividades.

Utilizou-se, nesta pesquisa, o método dedutivo, pois este trabalho sugere uma conclusão baseada na análise de um fenômeno e a forma de pesquisa é aplicada pelo fato de ser direcionada a problemas práticos.

A pesquisa é compreendida como qualitativa, na descrição de Richardson (1999, p.70), quando busca entender a natureza de um fenômeno social.

Godoy (1995, p.21) descreve a pesquisa qualitativa, enfatizando que uma das formas de condução desta é a pesquisa documental, que consiste na verificação de documentos, jornais, revistas e obras literárias como constituição de fonte de dados.

Para Richardson (1999, p.90), a pesquisa qualitativa pode ser definida como uma tentativa de compreensão dos detalhes com significados e características situacionais demonstradas por quem foi entrevistado, ao invés de medidas quantitativas de características ou comportamentos.

Triviños (1987, p. 65 - 66) diz que a qualidade é o conjunto de propriedades que caracterizam o objeto, ao passo que a quantidade, expressa por um número, caracteriza o objeto do ponto de vista do grau e intensidade de desenvolvimento.

Considerando-se as características do presente estudo, pode-se acentuar que adotou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que tem como base para a análise de dados a verificação de documentos, bem como as informações coletadas em entrevistas.

Cooper e Schindler (2003, p. 223) ensinam que as fontes de informação para uma pesquisa são classificadas em três níveis: fontes primárias, secundárias e terciárias. As primárias são trabalhos originais ou dados brutos, que podem ser entrevistas, leis, regulamentações e dados econômicos. As secundárias são as interpretações dos dados primários, encontrados em livros, artigos, enciclopédias e jornais. As fontes terciárias são as interpretações das secundárias.

A composição da pesquisa bibliográfica do presente trabalho é feita pelas fontes primárias, secundárias e terciárias. A análise das informações administrativas e atuariais foi utilizada para verificar a efetiva implantação das estratégias de redução de custos da empresa objeto do estudo.

A realização do estudo bibliográfico para o desenvolvimento da pesquisa referiu-se a consulta em livros, periódicos e trabalhos científicos sobre o assunto, buscando aprofundar conceitos de estratégia empresarial, sistemas para redução de custos e dados sobre os planos de saúde no Brasil. Foram utilizados na pesquisa livros, artigos científicos,

trabalhos acadêmicos, como dissertações de mestrado, e legislações relacionadas à área pesquisada.

Desta forma, o trabalho foi desenvolvido, tendo como objeto uma operadora de plano de saúde de grande porte da modalidade cooperativa médica, sediada em Fortaleza, cidade onde a autora reside. Para coleta de dados da pesquisa foi realizada análise de documentos da empresa, objeto do estudo de caso, etapa que apresentou algumas restrições, pois as informações são sigilosas, uma vez que compõem a estratégia da organização.

A pesquisa utilizou o estudo de caso como tipo de pesquisa. Collis e Hunssey (2005, p. 73) lecionam que o estudo de caso é um exame extensivo de única unidade de análise, buscando reunir informações detalhadas sobre o objetivo de estudo durante um certo período.

Yin (2001, p. 19) assegura que cada forma escolhida para realizar a pesquisa pode apresentar vantagens e desvantagens que serão ponderadas com o tipo da questão da pesquisa, com o controle que o pesquisador possui sobre os eventos comportamentais efetivos e o foco em fenômenos históricos em oposição a fenômenos contemporâneos. Segundo Yin (2001, p. 27),

O estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se pode manipular comportamentos relevantes. O estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas.

Para Cooper e Schindler (2003, p. 130), os estudos de casos são mais utilizados em pesquisas com dados qualitativos e, quando bem planejados, podem representar um desafio importante para uma nova teoria e novas hipóteses.

Yin (2001, p. 23) relata que o estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo em um contexto da realidade e que é utilizado para explicar ligações causais nas intervenções na vida real, para descrever o contexto da atualidade no qual a intervenção ocorreu, para fazer avaliação da intervenção realizada e para explorar as situações nas quais as intervenções avaliadas não possuam resultados específicos.

Babie (2005, p. 73) informa que o estudo de caso descreve componentes de uma determinada situação social e que nesse tipo de estudo se deve buscar coletar o maior número de dados possíveis sobre o tema e tentar determinar as inter-relações sobre seus vários componentes.

O método de estudo de caso ofereceu oportunidade para o auxílio no conhecimento do problema apresentado e para alcançar os objetivos traçados. Para seleção da empresa a ser estudada, foram consideradas as seguintes características: empresa de grande porte, com sede no Município de Fortaleza e que disponibilizasse os dados que contribuíssem para o desenvolvimento da pesquisa.

As informações coletadas foram permitidas após algumas tentativas, haja em vista que são específicas da estratégia da empresa. O acesso à empresa aos Departamento de Medicina Preventiva, *Home Care*, Administrativo e Atuária foram feitos em horários agendados por contatos telefônico e por *e-mail*.

5.2 Delineamento da pesquisa

Inicialmente, realizou-se a pesquisa bibliográfica com o objetivo de levantar informações sobre os conceitos de estratégia, sistemas de redução de custos e dados sobre os planos de saúde no Brasil. Em seguida, procurou-se uma empresa que estivesse inserida no setor de planos de saúde, na modalidade cooperativa médica, e que fosse considerada de grande porte para que o estudo fosse aprofundado. Para a coleta de dados, foram verificados documentos da empresa bem como informações dadas pelos responsáveis pelos setores de *Home care*, Atuária, Administração, Auditoria, com entrevistas e ainda utilizados livros, dissertações, informações disponibilizadas na *internet* e legislações relacionadas às áreas pesquisadas.

5.3 Coleta de dados

Moreira e Caleffe (2006, p.165 - 167), lecionam que o pesquisador, na pesquisa qualitativa, pode utilizar várias estratégias para registrar e analisar os dados, sendo a entrevista uma das mais utilizadas em pesquisas sociais. Os autores acrescentam que são três os tipos de entrevistas mais comuns: sendo as entrevistas estruturadas, não estruturadas e as semiestruturadas. As primeiras são mais indicadas para as situações em que os participantes têm dificuldade de responder, tendo-se então perguntas com respostas

estruturadas; as não estruturadas não possuem um modelo com perguntas fixas, pois é feita com perguntas elaboradas e dá ao pesquisador maior liberdade para dar as respostas. As entrevistas semiestruturadas possuem temas a discutir mas não limitam respostas.

Collis e Hussey (2005, p. 145; 160) comentam sobre a forma da coleta de dados, assinalando que o processo de coleta se inicia pela identificação das variáveis ou fenômenos, seguida da seleção da amostra e dos tipos de dados necessários, após o que se tem a escolha do método adequado de coleta. Posteriormente, faz-se um estudo-piloto e, caso necessário, modifica-se o método, para finalizar com a coleta efetiva de dados. Os dados baseados na frequência da ocorrência de um fenômeno ou variável são denominados quantitativos, enquanto os dados qualitativos são sobre o significado de um fenômeno. A variável é um atributo da entidade em estudo que foi escolhido como unidade de análise. O autor ainda afirma que a forma de coleta de dados denominada entrevista é o método que facilita a comparação das respostas e que pode ser feito pessoalmente com o entrevistado, por telefone ou por computador, sendo as respostas individuais ou em grupo.

Neste relatório de pesquisa, os dados foram coletados das entrevistas, contatos por *e-mail* e por telefone com os responsáveis pelo Setor de Medicina Preventiva, Área Administrativa, Auditoria e Cálculos Atuariais. A escolha dos profissionais da empresa foi baseada no fato de que estes conhecem a regulamentação do setor e a legislação vigente, são empregados da Cooperativa, conhecem os processos citados e foram autorizados a fornecer os dados. Foram contatados seis profissionais, que são os responsáveis pela informações necessárias para o estudo, dos quais quatro, a coordenadora administrativa, o gerente de Medicina preventiva terciária, o auditor e o atuário, responderam às perguntas.

As perguntas utilizadas na entrevista buscaram identificar de forma objetiva as estratégias utilizadas pela empresa. Para a coleta de dados, foram elaboradas entrevistas semiestruturadas presenciais e a aplicação de perguntas via *internet*, em que foram abordadas as seguintes questões:

- a) Qual a quantidade de usuários da operadora?
- b) Qual a modalidade da operadora?
- c) Quais as formas que a operadora utiliza para reduzir os custos?
- d) Quais as formas de Medicina preventiva que a empresa adota (primária, secundária, terciária)?
- e) Quanto tempo tem o projeto da Medicina preventiva?

- f) Qual a forma de seleção dos usuários para a Medicina preventiva?
- g) Qual o custo de uma internação normal? Qual o custo se for pelo atendimento domiciliar?
- i) Qual a expectativa de redução de internações com a Medicina preventiva?
- j) Quais doenças são tratadas?
- k) O que é o plano de coparticipação? Qual a diferença quando comparado a um tipo de plano comum?

As nove primeiras perguntas foram respondidas pela coordenadora administrativa, pelo gerente da Medicina preventiva e *Home care* e pelo auditor interno. A questão sobre a co-participação foi esclarecida pelo auditor interno e pelo atuário. Os dados coletados baseados nas questões aplicadas foram agrupados, analisados e relacionados aos objetivos da pesquisa a partir da contextualização do segmento em que a empresa está inserida.

Foi efetuada uma análise geral na empresa, procurando definir o modelo da gestão, missão, crenças e valores, bem como produtos comercializados e formas de controles internos, utilizando-se documentos gerenciais em forma de planilhas .

Informações sobre o tempo do programa de Medicina preventiva, expectativa de redução de custos e a forma como estas são aplicadas foram obtidas na sede do programa de Medicina preventiva, com uma entrevista com a coordenadora administrativa.

No setor do *Home care*, por intermédio do gerente e da coordenadora da área, foram obtidas informações sobre os principais casos de enfermidade tratados na residência dos pacientes, bem como os valores comparativos, demonstrados em tabelas, entre internações domiciliares e internações hospitalares de um mesmo paciente.

No Departamento de Atuária, por intermédio do coordenador atuário da empresa, foram coletados dados que demonstram a diferença entre as receitas e despesas dos planos com coparticipação e sem coparticipação, bem como o número de usuários correspondente a cada modalidade, os quais foram examinados. Os dados estão expostos em tabelas na seção seguinte.

Informações sobre o fluxo dos serviços, as estratégias adotadas para redução de custos bem como a descrição destes foram obtidas com a gerente administrativa e com o auditor, mediante entrevista e documentos que demonstram o processo.

A seção seguinte exhibe todas as informações obtidas na realização deste estudo, bem como a análise realizada.

6 ESTUDO DE CASO

Nesta seção são expressas informações coletadas junto à empresa de assistência médica, denominada com o nome fictício de “Cooperativa X”. A empresa em estudo foi escolhida por ser de grande porte, com cerca de trezentos e vinte mil usuários, por estar organizada na forma de cooperativa médica, que é o tipo que apresenta maior crescimento no cenário dos planos de saúde, partindo de um percentual de 24,5% para 32,9%.

Os dados para este estudo foram obtidos, em entrevistas, que obedientes aos seguintes objetivos: identificar as estratégias utilizadas pela operadora em exame para a redução de seus custos; avaliar as vantagens e/ou limitações que as estratégias escolhidas trazem para a empresa e para seus beneficiários; e, mensurar os resultados operacionais decorrentes das estratégias escolhidas. As entrevistas foram realizadas com os profissionais responsáveis de cada setor, por meio presencial e telefônico.

Os nomes dos produtos comercializados, assim como o nome da empresa foram modificados, uma vez que a organização autorizou a pesquisa, mas não permitiu revelar o nome, visando a manter certo sigilo dos dados pelo fato de o assunto em estudo ser-lhe estratégico.

6.1 Perfil da empresa

A empresa em estudo está no mercado de planos de saúde há mais de trinta anos, classificada como cooperativa médica, possui mais de trezentos e vinte mil usuários, dos quais 53% são usuários pessoas físicas e 50% são usuários por meio de pessoas Jurídicas. A missão da Cooperativa, que é a sua identidade institucional, é “Oferecer soluções de promoção e assistência à saúde, em parceria com instituições próprias e credenciadas, fortalecendo o médico cooperado e assegurando a satisfação dos seus clientes”. Como visão definiu “Ser até 2010 uma das cinco melhores cooperativas do Brasil, com excelência no nível de satisfação de clientes e remuneração dos cooperados”.

Como valores a empresa preza a transparência e a ética. O compromisso da é o de “promover resultados sustentáveis, através da convergência de ações, executadas continuamente, com o objetivo de garantir o equilíbrio econômico-financeiro, obter excelente performance frente ao mercado e satisfazer os clientes e cooperados”.

Conforme comentado na seção 2, a vantagem competitiva de uma empresa pode dar-se mediante liderança no custo, diferenciação do produto ou enfoque.

A Cooperativa em estudo, por meio da liderança no custo, busca o aumento do número de associados, oferecendo opções de planos de assistência à saúde que atendem aos diversos níveis sociais com diferentes abrangências de rede credenciada e tipo de acomodação (no caso de internação), resultando nos seguintes produtos: Ambulatorial 1, Apartamento 1-1, Apartamento 1-2, Apartamento 1-3, Apartamento 1-4, Enfermaria 1-1, Enfermaria 1-2, Apartamento co- 1, Apartamento co- 2, Apartamento co- 3, Enfermaria co- 1, Enfermaria co- 2, Enfermaria co- 3, Enfermaria co- 4 e alguns planos não regulamentados pela legislação da ANS, tais como Ambulatorial 2, Apartamento 2-1, Apartamento 2-2, Apartamento 2-3, Apartamento 2-4, Enfermaria 2-1, Enfermaria 2-2, Enfermaria 2-3, Enfermaria 2-4. Os planos que são exclusivamente ambulatoriais possuem os serviços limitados a consultas, exames e procedimentos simples, não incluindo internações. A diferença entre os produtos “enfermaria” e os produtos “apartamento” é a acomodação para os caso de internações, pois os custos de internações em enfermarias ou apartamento variam, sendo a primeira de o valor mais baixo, refletindo essa diferença no preço final, também diferenciado. Assim, a variedade de planos é acompanhada por variações nos custos respectivos, fazendo com que a organização busque a redução dos custos do processo.

6.2 Estratégias adotadas para redução de custos

Conforme mencionado na seção 2, a estratégia orienta o comportamento de uma organização com a definição de padrões e regras para o desenvolvimento da empresa no ambiente externo, verificando os processos internos e definindo as suas políticas operacionais. A empresa em estudo busca a estratégia em torno do ambiente, mediante uma política de redução de custos, que prevê a relação com os concorrentes.

A Cooperativa encontra-se bem atuante no mercado, desenvolvendo ações que visam à manutenção dos clientes que já fazem parte da sua carteira, bem como do crescimento do número de clientes, tendo como exemplo a oferta de planos ao mercado abrangendo diversas classes sociais.

A partir das informações evidenciadas na entrevista, a coordenadora administrativa colocou:

“A operadora, que é uma Cooperativa Médica, possui mais de 300 mil usuários tenta reduzir os custos com ações preventivas direcionadas aos clientes identificados como os de maior sinistralidade, com maior risco de vida e também buscando minimizar a utilização demasiada.”

A Cooperativa X busca a redução de custos, visando a sua manutenção, por meio das seguintes estratégias:

- negociações com fornecedores de medicamentos e materiais utilizados nos usuários pacientes;
- utilização de medicamentos genéricos;
- contratos com a rede específica;
- consultas com 15 minutos de duração;
- biometria;
- auditoria médica na liberação de exames;
- auditoria médica para pacientes internados;
- auditoria médica nas contas hospitalares;
- ações educativas – Medicina preventiva primária;
- gerenciamento de pacientes crônicos – Medicina Preventiva Secundária;
- “*Home care*”, assistência domiciliar – Medicina preventiva terciária.
- coparticipação;

Em todos os casos cirúrgicos, em que serão utilizados materiais ou medicamentos de alto custo, é feita negociação com fornecedores objetivando o menor preço. Os medicamentos utilizados são genéricos e possuem menor custo. Após firmar contrato com o plano de saúde, e passadas as carências, o beneficiário está apto a utilizar os serviços contratados, nas redes da cooperativa. As consultas têm duração mínima de 15 minutos. Para cada procedimento a ser realizado, é solicitada a confirmação dos dados do usuário, com a digital, com o sistema de biometria. No momento em que vai ao médico, sejam quaisquer especialidades e quando são solicitados exames, o beneficiário precisará de autorizações para a realização destes, ocasião em que a auditoria de liberação de exames analisa a solicitação médica, procedendo à autorização de forma objetiva. A empresa, por ser uma cooperativa, consegue fechar contratos com os cooperados e garantir um valor reduzido para consultas e outros procedimentos. Na ocasião em que o usuário é internado, o auditor médico faz visitas diárias aos pacientes, verificando a necessidade da permanência no hospital, conseguindo assim reduzir o número das diárias.

A finalização de todo o processo dos serviços ocorre com o pagamento ao fornecedor. Após a conferência feita pelo Departamento das Contas Médicas, com a verificação do auditor, com base nos prontuários enviado pelos hospitais e pelas contas dos demais prestadores de serviços, é feita uma verificação para confrontar se os valores de materiais, medicamentos e diárias estão corretos, procedendo-se, então, ao pagamento.

Nas negociações com fornecedores de medicamentos e materiais utilizados nos usuários pacientes – a empresa possui uma central de logística, onde centraliza a compra de todos os materiais e medicamentos utilizados, incluindo materiais para cirurgias que são denominados órteses e próteses.

Conforme comentado na seção 2, os fornecedores são capazes de exercer o poder de negociação sobre os participantes de um setor mediante a elevação dos preços ou da redução da qualidade dos bens e serviços. Entretanto, a Cooperativa X, por ser uma empresa de grande porte, consegue firmar parcerias com fornecedores, de modo a fortalecer o poder de negociação com os fornecedores, garantindo que o processo de negociação não seja uma barreira. Dessa negociação, reduzindo a necessidade de ter, utiliza a política *Just in time*, comentada na seção 3.

Na utilização de medicamentos genéricos, a Cooperativa X utiliza sempre como base o valor dos medicamentos genéricos para pagar os fornecedores, pois os laboratórios mais conceituados, que vendem a marca junto ao produto, repassam no produto os custos das marcas, planejamento e desenvolvimento, enquanto os genéricos têm os custos reduzidos por serem subsidiados pelo Governo federal.

Nos contratos com a rede específica, a Cooperativa realiza encontros com os cooperados, envia demonstrativos e estabelece um limite para a solicitação de exames, utilizando assim o custo-meta por especialidade, metodologia mencionada na seção 3.

Nas consultas com 15 minutos mínimos de duração, conforme a autorização da Organização Mundial de Saúde, verifica-se a utilização do custeio *Kaizen*, conforme ensinamentos de Maher, relatados na seção 3.

Na utilização da biometria – com uso do equipamento que copia a digital do usuário, a cooperativa consegue reduzir as fraudes. A Teoria das Restrições é utilizada nesta estratégia, pois existem a eliminação de um gargalo e a melhoria do processo.

Na auditoria médica na liberação de exames – após a consulta, o usuário precisa de autorização para efetuar os exames. É nesse momento que a equipe analisa o pedido do médico e verifica a real necessidade de cada item solicitado, visando à melhoria do processo, denominado *custeio-Kaizen*.

Quanto aos pacientes internados – o auditor médico faz visitas aos pacientes internados verificando se há a necessidade de permanência no hospital - encontra-se a utilização do *custeio-Kaizen*. No tocante a auditoria médica nas contas hospitalares – após a prestação de serviços pela rede credenciada, a equipe de auditoria verifica as autorizações de cada guia e a tabela acordada, identificando divergência, procedendo aos cortes, que são chamados de glosas, se for o caso.

As atividades de auditoria médica na liberação de exames, para pacientes internados e nas contas hospitalares, têm por objetivo a redução de fraudes e a eliminação de custos desnecessários.

Nas ações educativas – Medicina preventiva primária – a Cooperativa promove campanhas de vacinação e palestras, objetivando o esclarecimento aos usuários sobre as doenças mais comuns, como diabetes, hipertensão e tabagismo.

No gerenciamento de pacientes crônicos – Medicina preventiva secundária – o acompanhamento dos pacientes crônicos é feito mediante ligações telefônicas diárias e com horários semelhantes e visitas domiciliares, com o objetivo de evitar a ida dos pacientes aos consultórios ou hospitais e a utilização de exames desnecessários.

No “*Home care*”, Assistência domiciliar – Medicina preventiva terciária – os pacientes com estabilidade nas enfermidades possuem a opção de serem tratados em seus domicílios, com todos os equipamentos e profissionais de um hospital.

Nos produtos com coparticipação, produto oferecido ao usuário, com mensalidade reduzida, na utilização de consultas ou exames, são cobrados 20% do valor total do procedimento. A cobrança é encaminhada ao usuário após a utilização, juntamente com valor da mensalidade. Para os casos das internações, os procedimentos são todos inclusos.

Conforme comentado na seção 3, o processo de *custeio-alvo* no planejamento de um novo produto para a definição do *custo-alvo* é um processo composto

de sete fases: pesquisa de mercado, definição do produto/nicho de consumidores, análise da competitividade do mercado, captação dos desejos dos consumidores, preço de mercado, lucro desejado e custo alvo, verifica-se que a Cooperativa X utilizou-se desta ferramenta para o produto de coparticipação, com a verificação da necessidade e aceitação pelos usuários.

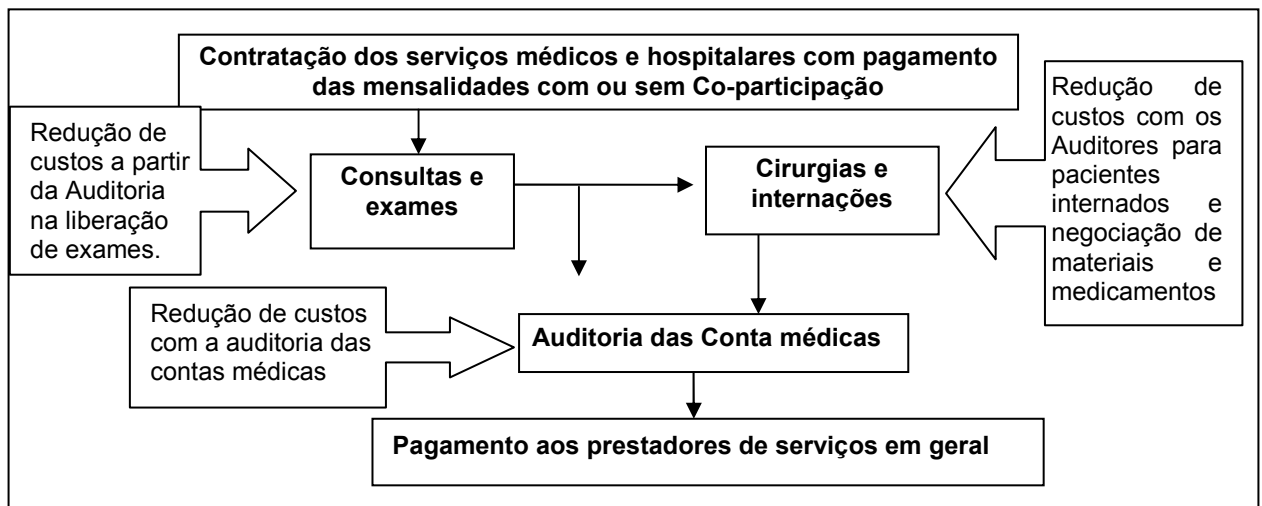


Figura 02 – Cadeia de Valor da Cooperativa X.

Fonte: Elaborada pela autora (2009).

A figura 3 apresenta o diagrama do fluxo dos serviços, o qual pode ser entendido como a cadeia de valor interna, conforme comentado na seção 3, na sequência de atividades que adicionam utilidades aos produtos ou serviços da organização.

A empresa informou que o maior redutor de custos está na Medicina preventiva terciária, *Home care*, e nos produtos com coparticipação pois se verifica a conscientização do uso e existe a participação nos custos, mediante o fator moderador, além de evitar cirurgias eletivas, uma vez que o processo começa com a consulta.

6.3 Medicina preventiva: escolha dos usuários

Conforme informações fornecidas pela responsável do setor, para a implantação da Medicina preventiva foi feito um estudo da carteira de 320.000 usuários da operadora dos quais foram escolhidos 14.000, mediante análise de cronicidade dos casos.

O gerente da Medicina preventiva e *Home care*, explicou:

“A medicina preventiva Prevenção primária é feita através de palestras educativas, imunização, aferição de níveis pressóricos, verificação do índice de massa

corpórea, verificação do risco cardiovascular, orientações gerais de saúde em empresas clientes. Na prevenção secundária é realizado grupos operativos com clientes portadores de hipertensão, diabetes, sobrepeso/obesidade (adulto e infantil), tabagismo, depressão e DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) que ainda não fazem uso de oxigênio contínuo. As medidas preventivas secundárias são aplicadas a uma população com doenças, mas sem complicações. Ações dirigidas para fase inicial da doença, com o proposto de evitar ou diminuir complicações das doenças de base. A terciária tem como finalidade, reduzir a progressão das complicações da doença já estabelecida e propiciar a melhora do paciente no menor espaço de tempo. É feita para os clientes com doenças associadas através do gerenciamento de pacientes crônicos, visando a manutenção da saúde do cliente. O serviço de Medicina Preventiva foi fundado em Junho de 2005, tendo, portanto, 3 anos. São identificados através do screening (avaliação de acordo com a utilização de determinados serviços – consultas, exames, idas a pronto socorro, internações, etc...) da carteira nos últimos 3 anos. Nossa expectativa não é reduzir somente as internações e sim os custos assistenciais como um todo numa média de 10% para a população trabalhada pela medicina preventiva, tanto com grupos operativos como com o gerenciamento de crônicos. As doenças não são tratadas e sim os clientes, os quais são trabalhados de modo a conviver melhor com as doenças que possuem. As patologias mais trabalhadas são: Hipertensão, diabetes, DOPC, Cardiopatias de uma maneira geral (ICO, ICC, etc...), sobrepeso/obesidade, dislipidemia, depressão, tabagismo.”

Segundo dados expressos no *site* da empresa em estudo, a Medicina preventiva (MedPrev) conta com o projeto de Gerenciamento de Doentes Crônicos (GDC), no qual os pacientes serão telemonitorados e acompanhados pelos profissionais da Medicina preventiva (MedPrev). O GDC é um projeto pioneiro no Ceará, que orienta, acompanha e estimula o cliente a gerenciar a própria saúde e mudar seus hábitos, obtendo maior longevidade com qualidade de vida.

O contato com o paciente da Medicina preventiva secundária é feito por telefone. Ao saber, por exemplo, a quantidade de sal e açúcar ingeridos, pode ser feita uma dieta balanceada, adequando a realidade do paciente e suas necessidades. A iniciativa estabelece laços de afetividade, confiabilidade, segurança e empatia entre os profissionais da Medicina preventiva (MedPrev) e os clientes.

O programa de Medicina preventiva (MedPrev) conta com uma equipe multiprofissional formada por médicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e auxiliares. Atuam em grupos operativos em hipertensão, diabetes, obesidade e tabagismo e promovem palestras educativas junto a empresas parceiras, além de prestar

serviço de imunização e realizar aferição de pressão arterial, cálculo do índice de massa corpórea e risco cardíaco.

O Programa de Acompanhamento aos Beneficiário, do tipo secundário, pelo telefone, teve início em 22/02/2008, existindo uma expectativa de redução de custos de 47% dentro do universo estudado, iniciando-se com 3.000 pacientes. O projeto obtém a fidelização do cliente, evita a demanda crescente em hospitais, clínicas e laboratórios.

Conforme informado pela responsável da empresa em estudo, os pacientes são escolhidos de acordo com a cronicidades de suas doenças. No exemplo a seguir, pacientes com as doença de Câncer de fígado, Alzheimer e isquemias, foram alvos de estudo.

A assistência domiciliar apresenta a redução de custos em percentuais que variam de 50% a 80%, dependendo do caso.

6.3.1 Medicina preventiva: dados da Cooperativa de médicos

O primeiro caso, exemplificado na tabela n° 6, trata de um paciente X acometido de câncer de fígado que passou nove dias sobre o tratamento da equipe. Verifica-se redução de custos nas diárias hospitalares, nas sessões de Fisioterapia e no oxigênio, finalizando com uma redução de custos de 47,28%.

Tabela 6. Usuário acometido de câncer de fígado. 2008

PACIENTE: X		CRONICIDADE: CÂNCER DE FÍGADO		N° DE DIAS - 9 DIAS	
<i>Home Care</i>		VALOR	HOSPITAL		VALOR
Diárias	R\$	-	Diárias	R\$	1.674,00
Visita profissional	R\$	1.787,76	Visita médica	R\$	489,60
Medicamento	R\$	280,44	Medicamento	R\$	280,44
Material	R\$	123,86	Material	R\$	123,86
SS. Fisioterapia	R\$	-	SS. Fisioterapia	R\$	180,00
Oxigênio	R\$	128,45	Oxigênio	R\$	2.160,00
Total	R\$	2.320,51	Total	R\$	4.907,90

Fonte: Relatório do setor de *Home Care* da "Cooperativa X" (2008).

O segundo caso, exemplificado pelas tabelas n° 7 , n° 8 e n° 9, são de um paciente Y , Z e W, acometidos da doença de Alzheimer onde o primeiro passou 28 dias sob o tratamento da equipe, o segundo 30 dias e o terceiro 20 dias . A redução geral dos custos para o paciente Y foi de 61,08%, tendo como principais fatores de redução as diárias

que seriam pagas ao hospital, as sessões de fisioterapia e o oxigênio consumido. O paciente Z gerou uma redução de 96,39% e o paciente W 74,46%.

Tabela 7. Usuário acometido de doença de Alzheimer. 2008

PACIENTE: Y.		CRONICIDADE: DOENÇA DE ALZHEIMER		N° DE DIAS - 28 DIAS	
<i>Home Care</i>	VALOR	HOSPITAL	VALOR		
Diárias	R\$ -	Diárias	R\$ 5.208,00		
Visita profissional	R\$ 5.363,28	Visita médica	R\$ 1.523,20		
Medicamento	R\$ 7.101,93	Medicamento	R\$ 7.101,93		
Material	R\$ 122,89	Material	R\$ 122,89		
SS. Fisioterapia	R\$ -	SS. Fisioterapia	R\$ 560,00		
Oxigênio	R\$ 1.811,45	Oxigênio	R\$ 9.056,04		
Total	R\$ 14.399,55	Total	R\$ 23.572,06		

Fonte: Relatório do setor de *Home care* da "Cooperativa X" (2008).

A Medicina preventiva terciária, para o paciente Y, demonstra redução nos custos nas diárias hospitalares, nas sessões de fisioterapias e no oxigênio consumido pelo paciente. As visitas profissionais formam um valor maior do que se o paciente estivesse no hospital, mas o valor final é de redução de 61,08%.

Tabela 8. Usuário acometido de doença de Alzheimer. 2008

PACIENTE: Z		CRONICIDADE: DOENÇA DE ALZHEIMER		N° DE DIAS - 30 DIAS	
<i>Home Care</i>	VALOR	HOSPITAL	VALOR		
Diárias	R\$ -	Diárias	R\$ 5.580,00		
Visita profissional	R\$ 412,56	Visita médica	R\$ 1.632,00		
Medicamento	R\$ -	Medicamento	R\$ -		
Material	R\$ -	Material	R\$ -		
SS. Fisioterapia	R\$ -	SS. Fisioterapia	R\$ 600,00		
Oxigênio	R\$ 128,45	Oxigênio	R\$ 7.200,00		
Total	R\$ 541,01	Total	R\$ 15.012,00		

Fonte: Relatório do setor de *Home care* da "Cooperativa X" (2008).

O paciente Z, mediante o *Home care*, demonstra uma redução de custo bastante elevada, chegando a 96% do valor que seria desembolsado pela operadora no caso de o tratamento ser no hospital, verificando maior redução de valores no oxigênio, diárias, visitas profissionais e sessões de fisioterapia.

Tabela 9. Usuário acometido de doença de Alzheimer. 2008

PACIENTE: W		CRONICIDADE: DOENÇA DE ALZHEIMER		N° DE DIAS - 20 DIAS	
Home Care	VALOR	Hospital	VALOR		
Visita profissional	R\$ 1.512,72	Visita médica	R\$ 544,00		
Medicamento	R\$ 577,54	Medicamento	R\$ 577,54		
Material	R\$ -	Material	R\$ -		
SS. Fisioterapia	R\$ -	SS. Fisioterapia	R\$ 400,00		
Oxigênio	R\$ 423,60	Oxigênio	R\$ 5.088,00		
Total	R\$ 2.513,86	Total	R\$ 9.829,54		

Fonte: Relatório do setor de *Home care* da "Cooperativa X" (2008).

O paciente W, após 20 dias de internação domiciliar, apresentou como principal valor reduzido o do oxigênio utilizado, sendo seguido pelas sessões de Fisioterapia.

O terceiro caso, exemplificado pelas tabelas n°s 10 e 11, são pacientes K e J, que sofreram acidentes vasculares cerebrais, isquemias.

Tabela 10. Usuário acometido de isquemia. 2008

PACIENTE: K		CRONICIDADE: ISQUEMIA		N° DE DIAS - 30 DIAS	
Home Care	VALOR	HOSPITAL	VALOR		
Diárias	R\$ -	Diárias	R\$ 5.580,00		
Visita profissional	R\$ 962,64	Visita médica	R\$ 1.632,00		
Medicamento	R\$ 1.953,00	Medicamento	R\$ 1.953,00		
Material	R\$ 85,20	Material	R\$ 85,20		
SS. Fisioterapia	R\$ -	SS. Fisioterapia	R\$ -		
Oxigênio	R\$ -	Oxigênio	R\$ -		
Total	R\$ 3.000,84	Total	R\$ 9.250,20		

Fonte: Relatório do setor de *Home Care* da "Cooperativa X" (2008).

Os pacientes acometidos de isquemia, quando tratados em seus domicílios, por um período de aproximadamente um mês, apresentam reduções de custos significativas. As diárias hospitalares são o principal fator de redução, seguido pelo oxigênio utilizado e visitas profissionais.

Tabela 11. Usuário acometido de isquemia. 2008

PACIENTE: J		CRONICIDADE: ISQUEMIA		N° DE DIAS - 29 DIAS	
<i>Home Care</i>		VALOR	HOSPITAL	VALOR	
Diárias	R\$	-	Diárias	R\$	5.394,00
Visita profissional	R\$	825,12	Visita médica	R\$	1.577,60
Medicamento	R\$	427,18	Medicamento	R\$	427,18
Material	R\$	-	Material	R\$	-
SS. Fisioterapia	R\$	-	SS. Fisioterapia	R\$	-
Oxigênio	R\$	423,60	Oxigênio	R\$	6.960,00
Total		R\$ 1.675,90	Total		R\$ 14.358,78

Fonte: Relatório do setor de *Home care* da “Cooperativa X” (2008).

O paciente K reduziu, com o atendimento domiciliar, 67,56% e o paciente J reduziu 88,33% nos custos.

6.4 Coparticipação

Conforme informações fornecidas pelo profissional responsável pelos dados, a empresa em estudo decidiu implantar o produto de coparticipação visando a inibição da uso acentuado dos serviços pelos usuários.

O Coordenador atuário, por meio de entrevista, informou:

“A ideia principal é tentar inibir a utilização acentuada mas não a ponto de impedir o acesso ao tratamento necessário. Os tratamentos psiquiátricos são livres do pagamento do percentual.”

A Cooperativa em estudo assegura que os planos de saúde vendidos com coparticipação geram, em sua quase totalidade, resultados positivos. Planos anteriores à lei 9656/98 não possuem a modalidade da coparticipação.

A tabela 12, demonstra a quantidade dos usuários com utilização dos planos individuais com coparticipação e sem coparticipação no período de janeiro a maio do ano de 2008, os dados em estudo são referentes aos planos individuais.

O total de Planos Individuais da empresa em estudo perfazem o montante de 154.612 mil usuários dos quais 35.487, representando 22,95% da carteira, são anteriores à Lei 9656/98, 77.480 com co-participação, representando 50,08% da carteira, e 41.645 mil usuário sem co-participação, que representam 26,97%.

Os planos posteriores à Lei, ou seja, regulamentados pela legislação, encontram-se subdivididos em com coparticipação acomodação apartamento, são encontrados os produtos Apartamento Co-1, Apartamento Co-2, Apartamento Co-3, os com co-participação com acomodação enfermaria são Enfermaria Co-1, Enfermaria Co-2, Enfermaria Co-3, Enfermaria Co-4. O produtos com coparticipação apartamento totalizam 4.820 segurados e os produtos com coparticipação enfermaria totalizam 72.660 segurados. O Enfermaria Co-1, soma o maior número de segurados, com 30.783 segurados, seguido pelo Enfermaria Co-3 com 21.015, Enfermaria Co-2 com acomodação enfermaria com 20.732, Apartamento Co-1 acomodação apartamento com 4.091, Apartamento Co-2 acomodação apartamento com 387, Núcleos acomodação apartamento com 342 e Enfermaria Co-4, com acomodação enfermaria com o total de 130 segurados.

Os produtos que não possuem coparticipação são subdivididos em Ambulatorial 2, que conta com 38 segurados, o apartamento, que é subdividido em Apartamento 2-1, Apartamento 2-2, Apartamento 2-3, Apartamento 2-4 especial, totaliza 9.404 segurados e o enfermaria, que possui a mesma subdivisão do apartamento, totaliza 32.241 segurados. O produto com maior número de segurados é o Enfermaria 2-1, com acomodação enfermaria com 20.812 segurados, seguido pelo Enfermaria 2-3 com 9.227 segurados, Apartamento 2-1 com 8.855, Enfermaria 2-4 especial com acomodação enfermaria com 1.102 segurados, Enfermaria 2-2 com 1.100, Apartamento 2-3 com 518, Apartamento 2-2, com 25 segurados e Apartamento 2-4, com 6 segurados.

Tabela 12. Quantidade de Usuários com Planos Individuais.

PLANOS INDIVIDUAIS				Qtde Benef
NÃO REG	SEM CO- PART	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL 1	101
		AMBULATORIAL Total		101
		APARTAMENTO	APARTAMENTO 1-1	10.000
			APARTAMENTO 1-2	1.196
			APARTAMENTO 1-3	10
			APARTAMENTO 1-4	6
		APARTAMENTO Total		11.212
		ENFERMARIA	ENFERMARIA 1-1	10.496
			ENFERMARIA 1-2	13.678
		ENFERMARIA Total		24.174
SEM CO-PART Total			35.487	
NÃO REGULAMENTADOS Total			35.487	
REG	COM CO-	APARTAMENTO	APARTAMENTO – CO 1	4.091
			APARTAMENTO – CO 2	342

PART		APARTAMENTO – CO 3	387	
	APARTAMENTO Total		4.820	
	ENFERMARIA	ENFERMARIA – CO 1	30.783	
		ENFERMARIA – CO 2	20.732	
		ENFERMARIA – CO 3	21.015	
		ENFERMARIA – CO 4	130	
	ENFERMARIA Total		72.660	
	COM CO-PART Total		77.480	
	SEM CO- PART	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL 2	38
		AMBULATORIAL Total		38
APARTAMENTO		APARTAMENTO 2-1	8.855	
		APARTAMENTO 2-2	25	
		APARTAMENTO 2-3	518	
		APARTAMENTO 2-4	6	
APARTAMENTO Total		9.404		
ENFERMARIA		ENFERMARIA 2-1	20.812	
		ENFERMARIA 2-2	1.100	
		ENFERMARIA 2-3	9.227	
	ENFERMARIA 2-4	1.102		
ENFERMARIA Total		32.241		
SEM CO-PART Total		41.645		
REG Total		119.125		

Fonte: Relatório do setor de Auditoria da “Cooperativa X” (2008).

Na tabela 13, constam os dados dos meses de janeiro ao mês de maio de 2008 dos planos registrados que possuem a modalidade com coparticipação. Verifica-se a diferença entre os resultados dos planos com coparticipação e sem coparticipação. O montante representa o acumulado do período.

Tabela 13. Resultado acumulado dos meses de janeiro a Maio de 2008.

PLANOS INDIVIDUAIS				Qtde Benef mai/08	ACUMULADO 2008	
					Resultado	
REG	COM CO- PART	APARTAMENTO	APARTAMENTO – CO 1	4.091	28.060,48	
			APARTAMENTO – CO 2	342	(6.846,20)	
			APARTAMENTO – CO 3	387	63.038,52	
		APARTAMENTO Total			4.820	84.252,80
		ENFERMARIA	ENFERMARIA – CO 1	30.783	1.123.433,46	
			ENFERMARIA – CO 2	20.732	643.698,72	
			ENFERMARIA – CO 3	21.015	1.593.640,03	
			ENFERMARIA – CO 4	130	(51.094,22)	
		ENFERMARIA Total			72.660	3.309.677,99
		COM CO-PART Total				77.480
SEM CO-	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL 2	38	3.712,83		

PART	AMBULATORIAL Total		38	3.712,83
	APARTAMENTO	APARTAMENTO 2-1	8.855	(1.323.693,55)
		APARTAMENTO 2-2	25	(14.510,44)
		APARTAMENTO 2-3	518	(140.155,38)
		APARTAMENTO 2-4	6	(7.015,64)
	APARTAMENTO Total		9.404	(1.485.375,00)
	ENFERMARIA	ENFERMARIA 2-1	20.812	(1.584.447,61)
		ENFERMARIA 2-2	1.100	25.417,28
		ENFERMARIA 2-3	9.227	(1.379.796,69)
		ENFERMARIA 2-4	1.102	54.037,89
	ENFERMARIA Total		32.241	(2.884.789,14)
SEM CO-PART Total		41.645	(4.366.451,31)	
REG Total		119.125	(972.520,52)	

Fonte: Relatório do setor de Auditoria da “Cooperativa X” (2008).

Conforme informação do atuário, responsável pelos cálculos, o item “Resultado” traduz-se como a diferença entre a soma da receita da mensalidade mais a receita da coparticipação menos os custos assistenciais totais e as despesas indiretas.

Resultado = (Receita + CoParticipação) – (Custos Assistenciais Totais + Despesas Indiretas)

Dentre os planos com coparticipação, o que demonstra melhor resultado é o Enfermaria Co 3 acomodação enfermaria, pois consegue gerar, em cinco meses, um ganho de R\$ 1.593.640,02, mesmo não sendo o que possui maior número de segurados.

Comparando o Enfermaria Co 3 acomodação enfermaria com co-participação, com o enfermaria 2-3 sem coparticipação verifica-se um déficit de R\$ 1.379.796,69. Tal valor constata o objetivo dos produtos de coparticipação.

O segundo produto com coparticipação que apresenta o melhor resultado é o enfermaria Co 1 acomodação enfermaria, que demonstra o resultado acumulado de R\$ 1.123.433,46 enquanto que o mesmo produto sem coparticipação apresenta um resultado negativo de R\$1.584.447,61.

Analisando o resultado geral dos produtos com coparticipação e dos produtos sem coparticipação, tem-se que no mesmo período, os produtos com co-participação totalizam um ganho de R\$ 3.393.930,79, enquanto os produtos sem co-participação totalizam um resultado negativo de R\$ 4.366.451,31.

Os dados apresentados e analisados sugerem que os pacientes que possuem o atendimento médico domiciliar reduzem, na maioria dos casos, em torno de 60% dos custos da operadora, sendo assim, excelente estratégia. Os planos com a coparticipação do usuário conseguem racionalizar a demanda, diminuindo a utilização dos serviços e, conseqüentemente, aumentando os lucros da Cooperativa. Em ambos os casos, a qualidade do serviço oferecido não é afetada.

As entrevistas enfatizaram os procedimentos adotados pela a medicina preventiva, bem como a objetivo da coparticipação e a preocupação da empresa em manter a qualidade dos serviços.

7 CONCLUSÃO

A partir da análise das estratégias de gestão de custos aplicáveis em operadoras de planos de saúde, apresentaram-se dados das duas principais formas de redução de custos utilizadas: Medicina preventiva terciária, *Home care* e plano com a coparticipação do usuário, conforme estabelecido como pressupostos. Observou-se que existe a preocupação da empresa na manutenção da qualidade dos serviços oferecidos e que existe o percentual de redução, que varia entre 50% a 80%, para os casos que utilizam a Medicina preventiva terciária, *Home Care*. Nos produtos com a co-participação do usuário nas despesas com consulta e exames verificou-se que existe conscientização da utilização e que o resultado financeiro é positivo, ao contrário dos produtos que não possuem coparticipação. Em um plano com coparticipação e acomodação em enfermaria tem-se o resultado positivo no valor de R\$ 1.593.640,02. No mesmo produto sem coparticipação o resultado fica negativo, no valor de R\$ 1.584.447,61.

Nas entrevistas realizadas com os gestores observou-se a preocupação em manter o serviço oferecido com qualidade.

As seguintes premissas foram consideradas: os gestores dos planos de saúde precisam ter ciência da cadeia de valor que envolve os custos para as tomadas de decisões, principalmente no campo de estratégia. As áreas de administração de custos e atuária devem fornecer informações sobre as medidas tomadas para sua a redução.

De forma conclusiva, pode-se afirmar que as ferramentas gerenciais utilizadas conseguiram reduzir os custos e aumentar a lucratividade da operadora. Com este experimento, foi possível verificar a maior viabilidade de alguns produtos, sendo estes os com coparticipação.

A internação domiciliar, denominada *Home care*, possui resultados bastante expressivos, no tocante à redução de custos, e garantem ao paciente e à família maior comodidade, favorecendo na recuperação dos enfermos.

Outras estratégias para redução de custos tais como auditorias nas liberações de exames e nas contas médicas, utilização da biometria e negociação de materiais e medicamentos com fornecedores, são procedimentos também relevantes para a empresa.

Conclui-se que este relatório de pesquisa, forneceu informações para a Gestão Estratégica e Análise de Custos, como ferramenta para tomada de decisão, mencionando as possibilidades estratégicas utilizadas em uma operadora de planos de saúde e analisando os benefícios destas, apontando os produtos que devem ser incentivados nas vendas.

Este trabalho, diante da dificuldade de acesso a informações e complexidade da atividade ligada à saúde, não explorou a fundo o presente tema, principalmente a combinação de estratégias de outras empresas do mesmo segmento.

As atividades de uma operadora englobam aspectos administrativos e, do ponto de vista produtivo, as atividades assistenciais que ocorrem nos consultórios, laboratórios, ambulatórios e hospitais.

Para a elaboração do Planejamento Estratégico da Operadora em estudo, as informações coletadas e as análises poderão servir como elemento direcionador. Partindo da perspectiva do presente trabalho, Estratégia e Custos, é possível desenvolver novos produtos, com a combinação de Medicina preventiva e coparticipação, que indiquem maior rentabilidade e crescimento.

Enfim, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados e acredita-se que o trabalho poderá contribuir para a busca de melhores estratégias de redução de custos, mantendo a qualidade, nas operadoras de planos de saúde, bem como auxiliar os empresários que atuam no setor.

Estudo futuros, relativos à comercialização de outros produtos ou em outras modalidades de operadoras, poderão ser elaborados, considerando este trabalho e, para melhor análise, sugere-se que deve ser conjugado com a análise das diversas modalidades de operadoras e em diversos estados.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, André. SILVEIRA NETO, Manoel Pinto. **Aplicação das Informações do custeio ABC no orçamento de uma companhia de seguro saúde**. In: XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS EM PORTO SEGURO 2004.

AGUIAR, Andson Braga e MARTINS, Gilberto de Andrade. A Teoria das estruturas organizacionais de Mintzberg e a Gestão Estratégica de Custos: Um estudo nas ONGs Paulistas. **Revista de Administração Contemporânea**. São Paulo. Edição Comemorativa. P.51-64. 2006

ANSOFF, H. Igor; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a Administração Estratégica**. 2 ed, São Paulo:Atlas, 1993

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1975.

ATKINSON, A., BANKER, R., KAPLAN, R. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

BABIE, Earl. **Métodos da pesquisa de survey**. Tradução de Guilherme Cezarino. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

BRASIL, 1988. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado federal.

_____. 1998. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CONSU nº 5**, de 4 de novembro de 1998.

BRASIL, 1988. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado federal.

_____. 1998. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CONSU nº 5**, de 4 de novembro de 1998.

_____. 1998. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CONSU nº 8**, de 4 de novembro de 1998.

_____. 2000. **Resolução – RDC nº 39**, de 27 de outubro de 2000.

_____. 2001. **Resolução – RDC nº 77**, de 17 de julho de 2001.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar** : beneficiários, operadoras e planos – Rio de Janeiro, junho/2008. Disponível em : < <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp> > Acesso em: 23 de junho de 2008.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Análise preliminar dos resultados obtidos a partir do Requerimento de Informações sobre os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde** – Rio de Janeiro, Junho/2008. Disponível em : http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/Rel_preliminar_PromoPreve%20Final.pdf Acesso em : 14 de agosto de 2008.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BOISVERT, H. **Contabilidade por atividades: contabilidade de gestão: práticas avançadas**. São Paulo: Atlas, 1999.

BRUNI, A., FAMÁ, R. **Gestão de custos de formação de preços: com aplicação na calculadora HP 12C e Excel**. São Paulo: Atlas, 2002

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia e Freitas, C.M **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

CAMALHO, Reinaldo Rodrigues. ROCHA, Welington. **Custeio alvo em serviços hospitalares: um estudo sob o enfoque da Gestão Estratégica de Custos**. In: XI CONGRESSO DE CONTABILIDADE DA USP. 2006

CARVALHO, Jam. GARCIA, Ra. "O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico", **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2003.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Criando a vantagem corporativa. In: **HARVARD BUSINESS REVIEW**. "Estratégia corporativa". Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COOPER, Donald R. SCHINDLER, Pámela S. **Métodos de pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CHING, Hong Y. **Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividade (ABC)**. São Paulo: Atlas, 2001.

CHING, Y. H. **Gestão baseada em custeio por atividades: activity Based Management**. São Paulo: Atlas, 1997

COSTA, Rogério Guedes. **Gestão de custos: um estudo em empresas de medicina de grupo**. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Universidade Católica de São Paulo. 2006.

CUNHA, M.O.Morais, H.M.M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro.v. 12. n. 6.1651 – 1660. 2007

DIEHL, Carlos Alberto. **Uma Estrutura Analítica para Identificação da Estratégia Praticada: um estudo aplicado em duas empresas de serviços**. In: ENANPAD 2007, 31º ENCONTRO DA ANPAD 22 A 26 DE SETEMBRO DE 2007 - RIO DE JANEIRO/RJ

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed., São Paulo: Atlas, 2001.

FALK, J. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de Saúde Suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: Mp editora, 2006.

FREGA, José Robert. LEMOS, Iomara Scandelari. SOUZA, Alceu. **Relação Dinâmica Entre as Estratégias Competitivas e os Sistemas de Gestão de Custos: um Estudo de Caso.** In:

ENANPAD 2007, 31º ENCONTRO DA ANPAD. 22 A 26 DE SETEMBRO DE 2007 – RIO DE JANEIRO - RJ – BRASIL

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 35, n.2, p. 57-63, mar/abr, 1995.

HANSEN, DON R., MOWEN, M. **Gestão de custos: contabilidade e controle.** São Paulo: Thomson, 2001.

_____. **Gestão de custos: contabilidade e controle.** São Paulo: Thomson, 2003.

COLLIS, David J., MONTGOMERY, Cynthia. A Harvard Business Review. **Estratégia Corporativa.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

HORNGREN, C., DATAR, S., FOSTER, G. **Contabilidade de Custos V.1.** Rio de Janeiro: Editora S.A, 2000.

KAPLAN, R., COOPER, R. **Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo.** São Paulo: Futura, 1998.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: Balanced Scorecard.** 9ª edição, Rio de Janeiro; Campus, 1997.

KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual.** São Paulo: EPU, EDUSP, 1980.

LAGIOIA, Umbelina Cravo Teixeira. FALK, James Anthony. LIMA, Jairo de Andrade. BARBOSA, Edmilson Alves. **Um Estudo Sobre os Custos e a Qualidade dos Procedimentos Hospitalares Baseados em Protocolos de Atendimento: O Caso da Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.** In: ENANPAD 2005, 29º ENCONTRO DA ANPAD 17 A 21 DE SETEMBRO DE 2005 - BRASÍLIA/DF

LAMBEA, Amancio. El cooperativismo sanitario en España. In **Sanidad y cooperativismo.** Zaragoza: Cenec, 1983.

LONDOÑO, M., MORERA, G., LAVERDE, P. **Administração Hospitalar.** Montevideú: Editora Médica Panamerica, 2000.

MAHER, Michael. **Contabilidade de custos: criando valor para Administração.** São Paulo: Atlas, 2001.

MARCOVITCH, Jaques. **Tecnologia da Informação e Estratégia Empresarial.** São Paulo: Futura, 1997.

MARTINS, D. **Custeio hospitalar por atividade: activity based costing.** São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares.** São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos.** São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, A.J. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão.** São Paulo: Editora STS, 2002.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégias: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOREIRA, Herivelto; CALEFFE, LUIZ Gonzaga. **Metodologia da pesquisa para o pesquisador.** Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MUCCINI, Rosane Lúcia Zambiasi. BRUNI, Adriano Leal. MAC-ALLISTER. **Gerenciando Custos, Informações e Sistemas: o caso do Hospital Santo Amaro, HSA.** In: ENANPAD 2006, 30º ENCONTRO DA ANPAD 23 A 27 DE SETEMBRO DE 2006 – SALVADOR /BA – BRASIL

OHMAE, Keinichi. **O Estrategista em ação: a arte japonesa de negociar.** São Paulo: Ed. Pioneira, 1985.

OLIVEIRA, Rebouças. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas.** São Paulo: Atlas, 1995.

ORÍÁ FILHO, Humberto Ferreira. **Fraudes contra cooperativas operadoras de plano de saúde médico: estudo dos riscos e dos controles internos.** Dissertação de Mestrado. Fortaleza, UFC. 2007. 210 p.

OTTA, Hakaru. **O Impacto da Utilização do Cartão Magnético na Cooperativa de Trabalho Médico: um Estudo de Caso.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis, UFSC. 2003. 124 p.

PEREZ, J., PESTANA, A., FRANCO, S. **Controladoria de Gestão: teoria e prática.** São Paulo, Atlas: 1997.

PEREZ, J. H; OLIVEIRA, L. M; COSTA, R. G. **Gestão Estratégica de Custos.** São Paulo: Atlas, 2005

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da Concorrência.** Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. **Vantagem competitiva criando e sustentando em desempenho superior.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **Competição.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

REBOUÇAS, Oliveira. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas.** São Paulo: Atlas, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. rev. amp., São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, W.. **Contribuição ao estudo de um modelo conceitual de sistema de informação de gestão estratégica.** 1999. Tese (Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAKURAI, M. **Gerenciamento Integrado de Custos.** São Paulo: Atlas, 1997.

SILVEIRA, Luciana Souza. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

SOUZA, A.; CLEMENTE, A. **Contextos, paradigmas e sistemas de custeio**. In: Anais do V Congresso Brasileiro de Gestão Estratégica de Custos. Fortaleza: ABC, 1998. p. 141-156.

SOARES, Maria Aparecida. **Análise de Indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde Brasileiras: uma aplicação da análise fatorial**. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Universidade de São Paulo. 2006.

SHANK, J. GOVINDARAJAN, V., **A revolução dos custos: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997

TAKATORI, Ricardo Sussumo. **Desenvolvimento de um modelo conceitual de custos-padrão e ABC, para o plano de referência básica de uma operadora de Plano de Assistência à saúde: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado. São Paulo. UNIFECAP. 2002

TAPSCOTT, Don e CASTON, Art. **Mudança de Paradigma**. São Paulo: Makron, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TZU,Sun. **A Arte da Guerra**. 8 ed, São Paulo: Record, 1984.

YIN, Robert K. **Estudo de caso planejamento e métodos** . 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.