UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EMPREENDEDORISMO

ANIATIO	CE DA I HOI	DATIVIDADE DE	CLIENTES DE UMA		CATIT
ANALI	SE DA LUCE	MALIVIDADE DE	CLIENTES DE UMA	OFERADORA DE	SAUL

Lívia Lourenço Baptista

Prof. Dr. Marco Antonio Zago Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

> Prof. Dr. Roberto Sbragia Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Martinho Isnard Ribeiro de Almeida Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Empreendedorismo

LÍVIA LOURENÇO BAPTISTA

ANÁLISE DA LUCRATIVIDADE DE CLIENTES DE UMA OPERADORA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Empreendedorismo do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso

Versão Corrigida (versão original disponível na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade)

SÃO PAULO

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Baptista, Lívia Lourenço Análise da lucratividade de clientes de uma operadora de saúde / Lívia Lourenço Baptista. — São Paulo, 2016. 169 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2016. Orientador: Marcelo Caldeira Pedroso.

1. Gestão de negócios. 2. Saúde suplementar 3. Análise de desempenho I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II. Título.

CDD-658

Aos meus pais, Décio e Marilene, pelo apoio, amor e paciência. À minha irmã Aline, por estar sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso, por todo o suporte e incentivo concedidos para que esse trabalho pudesse ser concretizado. Agradeço pela experiência dividida e pelos ensinamentos.

Aos entrevistados na pesquisa de campo, cujas informações foram extremamente importantes para a realização do trabalho.

A todos os colaboradores do negócio analisado que contribuíram com informações valiosas para o trabalho.



RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo tem como objetivo analisar a lucratividade dos clientes em uma operadora de saúde do segmento de baixo custo no Brasil. O mercado de saúde suplementar enfrenta inúmeros desafios para prosperar. Com a expansão nos últimos anos da classe média brasileira – a classe C – houve um aumento da demanda por serviços de planos de saúde privados de baixo ticket-médio. Foi realizada uma revisão da literatura, para embasar os princípios de modelos de negócios, a análise de lucratividade do cliente e a segmentação de clientes em uma operadora de saúde. O método utilizado foi um estudo de caso único, com pesquisa de dados de ordem qualitativa e quantitativa. Foram realizadas algumas entrevistas com os três principais executivos da operadora investigada, com o intuito de compreender o modelo de negócio construído e todos os seus diferenciais e inovações que garantiram seus resultados superiores à média do setor. Foram coletados dados contábeis, bases de receita e custo por beneficiário para análise quantitativa do resultado. Foi apresentado o modelo de negócio do estudo de caso investigado, bem como avaliada a lucratividade de clientes da operadora. Iniciou-se por uma análise quantitativa geral de variação contábil, com aprofundamento de análises na base de receita e custo de clientes, por sinistralidade, margem de contribuição absoluta e demais parâmetros, além da aplicação do conceito de CLV - Customer Lifetime Value. Ao analisar os resultados associados à avaliação da lucratividade, foram constatadas ações que pudessem ser tomadas para a melhora da mensuração do resultado final. O final das análises por cliente e por CLV se concentraram em grandes clientes corporativos, pois estes representam mais de 70% da carteira da operadora investigada. A conclusão apresentada foi a seguinte: para aumentar a margem de lucro absoluta bruta (R\$) do negócio, ao subtrair as despesas assistenciais das receitas, deve-se segmentá-la por tipo de cliente e encontrar a margem de contribuição de cada. Na sequência, é necessário reajustar os clientes com margem de contribuição negativa, logo, obtém-se o maior resultado possível em termos de margem bruta total absoluta. Porém, mesmo para os clientes com margem de contribuição positiva, deve-se aprofundar sua análise de valor no tempo com o conceito do CLV. Verificou-se que clientes de margem positiva podem apresentar um CLV negativo para o mesmo período analisado. Esses clientes não devem ser desconsiderados, porque afetariam o resultado final, porém devem ser destacados na gestão, para serem mais bem renegociados numa revisão de valores contratuais e aumento do seu ticketmédio.

Palavras-chave: Gestão de negócios; Saúde suplementar; Análise de desempenho.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study aims to analyze the profitability of customers in a health maintenance organization (HMO) of low-cost segment in Brazil. The health insurance market faces numerous challenges to thrive. With the expansion in recent years of Brazilian middle class - the class 'C,' there was an increase in demand for private health plans to low-average ticket services. A literature review was conducted to support the principles of business models, customer profitability analysis and customer segmentation in a health provider. The method used was a single case study, with qualitative and quantitative research data. Interviews were conducted with the top three executives in the investigated company, to understand the business as presented, as well as the analysis of HMO's customer profitability. It's began as a general quantitative analysis of accounting variation, with deeper analysis on revenue and cost base per members, by MLB (Medical Loss Benefit), gross margin and other parameters, in addition to applying the concept of CLV - Customer Lifetime Value. When analyzing the results associated with the evaluation of profitability, actions were found that could be taken to improve the measurement of the final result. The end of the analysis by customer and by CLV was focused on large corporate clients, as they represent more than 70% of the investigated portfolio. The conclusion was presented: to increase model built and all its advantages and innovations that have ensured their results above the industry average. We collected accounting data, revenue and cost base by membership for quantitative analysis. The business model of the investigated case study the margin of gross profit absolute (R\$) in the business, by subtracting the medical cost from revenues, it should be segmented by customer type and find the contribution margin of each one. Further, it should be reajusted all customers with a negative contribution margin, so it could be obtained the highest possible result in terms of absolute gross margin. But even customers with positive contribution margin, should be deepen in their analysis of value in time with the concept of CLV. It was found that positive margin accounts may have a negative CLV for the same reported period. Those customers should not be disconsidered, because affect the final result, but should be highlighted in the management review, to be better renegotiated as contract values and increased its ticket-average.

Keywords: Business management; Private health insurance; Performance analysis.

LISTA DE SIGLAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

BI: Business Intelligence

BMC: Business Model Canvas

CAC: Customer Avarage Cost

CEO: Chief Executive Officer

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CLV: Customer Lifetime Value

CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social

CRM: Customer Relationship Management

DRE: Demonstrativo do Resultado do Exercício

EBITDA: Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization

GP: Gestão de População

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IESS: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

LAJIR: Lucro Antes de Juros e Imposto de Renda

LC: Lucratividade de Cliente

PF: Pessoa Física (porte de contrato)

PJ: Pessoa Jurídica (porte de contrato)

PME: Pequena e Média Empresa (porte de contrato)

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

ROA: Taxa de Retorno sobre o Ativo Total

ROE: Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido

RFM: Retenção, Frequência e Valor Monetário

SUS: Sistema Único de Saúde

VCMH: Variação de Custo Médico Hospitalar

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.1: Percentual de pessoas, na população residente, com cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal domiciliar *per capita* Brasil 2008
- Figura 1.2: Estrutura do trabalho
- Figura 4.1: Canvas do modelo de negócios
- Figura 4.2: Quadro conceitual Gestão da população
- Figura 5.1: Procedimento da pesquisa de campo
- Figura 5.2: Estrutura de coleta de dados e análise de lucratividade
- Figura 7.1: Modelo de negócios resumido aplicado à empresa Alfa
- Figura 7.2: Sinistralidade por grupo de risco (0 a 3) Geral
- Figura 7.3: Curva absoluta 2013 por atividade econômica Porte pessoa jurídica
- Figura 7.4: Curva absoluta 2014 por atividade econômica Porte pessoa jurídica

LISTA DE TABELAS

- Tabela 4.1: Quatro formas de cálculo do CLV, em função do momento de interação com o cliente
- Tabela 51: Cronograma das atividades
- Tabela 6.1: Exemplo de dados enviados pelo BAC Base de Atendimento de Clientes. Dados de custo médico por beneficiário de janeiro de 2013 a agosto de 2015
- Tabela 6.2: Exemplo de dados do relatório de vidas geral. Dados de receita por beneficiário até agosto de 2015
- Tabela 6.3: Exemplo de dados do DRE Demonstrativo do Resultado do Exercício. Dados contábeis dos de 2013 e 2014
- Tabela 6.4: Categorização de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) em quatro grupos de risco (0, 1, 2 e 3)
- Tabela 7.1: Comparação de DRE 2013 X DRE 2014, valores em base 100
- Tabela 7.2: Comparação de DRE 2013 X DRE 2014, valores em base 100
- Tabela 7.3: Proporção de beneficiários, por porte e gênero
- Tabela 7.4: Proporção de beneficiários, por faixa etária e gênero
- Tabela 7.5: Sinistralidade por porte, gênero e faixa etária
- Tabela 7.6: % custo médico e % beneficiários por grupo de risco (0 a 3) Geral
- Tabela 7.7: Sinistralidade por grupo de risco (0 a 3) Beneficiários ativos X excluídos
- Tabela 7.8: Percentual de participação por grupo de risco (0 a 3) Beneficiários ativos X excluídos
- Tabela 7.9: Sinistralidade por grupo de risco Por tipo de cliente
- Tabela 7.10: Sinistralidade de clientes até 1º de ano e clientes após o 1º ano Por porte
- Tabela 7.11: Tempo médio de permanência (meses) por porte
- Tabela 7.12: Tempo médio de permanência (meses) por faixa etária
- Tabela 7.13: Sinistralidade por setor de atividade econômica e gênero Clientes corporativos
- Tabela 7.14: Sinistralidade por atividade econômica Porte pessoa jurídica

Tabela 7.15: Análise de CLV por porte – 2013 X 2014

Tabela 7.16: CLV por atividade econômica – Pessoa jurídica (2014) – Foco de decisão por margem positiva

Tabela 7.17: CLV por atividade econômica – Pessoa jurídica (2014) – Foco de decisão por CLV

SUMÁRIO

FICHA CATALOGRÁFICA	2
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE SIGLAS	8
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE TABELAS	11
SUMÁRIO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA	21
3. SITUAÇÃO PROBLEMA	23
3.1. Objetivos	28
3.2. Justificativas e contribuições	28
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
4.1. Modelo de negócio	29
4.2. Lucratividade do cliente	36
4.3. Segmentação dos clientes de uma operadora	44
4.4. Sinistralidade em uma operadora de saúde	48
5. MÉTODO	51
6. COLETA DE DADOS	59
6.1. Realização das entrevistas	59
6.2 Dados dos sistemas	58
7. ANÁLISE DE DADOS	63
7.1. Compilação das entrevistas	63
7.2. Compilação dos dados quantitativos	77
7.2.1. Análise de variação contábil	80
7.2.1. Análise da base de clientes por sinistralidade, proporção de beneficiários, p de custo médico, tempo médio de permanência e margem absoluta	
7.2.3. Análise por CLV	99

8.	CONCLUSÕES	.105
9.	REFERÊNCIAS	.107
ANE	XO 01 – ROTEIRO APLICADO DA ENTREVISTA	.113
ANE	XO 02 – TRANSCRIÇÃO DAS 03 ENTREVISTAS	.115

1. INTRODUÇÃO

Medir e obter lucratividade dos clientes são algumas premissas para uma organização prosperar. Entender o contexto do seu mercado de atuação, o modelo de negócio com sua proposta de valor para o cliente, a missão e os objetivos é fundamental para pensar em ganhos futuros em qualquer empresa e região. A organização abordada neste presente estudo está inserida no mercado de saúde privada do Brasil, o qual enfrenta inúmeros desafios para prosperar.

O Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007), assim como pelo sistema privado, também conhecido como sistema de saúde suplementar, o qual é regulamentado através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (ANS, 2015), vinculada ao Ministério da Saúde.O setor de saúde brasileiro em geral é formado pelo sistema público através do Sistema

O presente estudo é focado na análise da lucratividade de clientes em uma operadora no mercado de saúde suplementar brasileiro, focada em baixo *ticket*-médio. Pode-se afirmar que este é um meio altamente regulado pelo governo por intermédio da ANS e que é um mercado pulverizado, com 1.150 operadoras privadas em atividade (ANS, 2015). Em 2015, o setor faturou 143 bilhões, com um total de despesas assistenciais de 119 bilhões. Apresentou uma margem bruta de 16% e margem líquida por volta de 0,6% (ANS, 2015).

Diferentes desafios são impostos às operadoras. Os custos de assistência à saúde são crescentes em função de fatores tais como aumento da longevidade, a incorporação de novas tecnologias e a predominância das doenças crônicas e degenerativas.

A longevidade, com o consequente envelhecimento da população, se comprova com o aumento da expectativa de vida do brasileiro segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Para o ano de 2014, a expectativa de vida ao nascer foi de 75,2 anos. Isso significou um aumento de aproximadamente 29,7 anos frente aos indicadores observados em 1940, de 45,5 anos. Se compararmos frente ao indicador de 1980 - 62,5 anos, há um aumento de 12,7 anos (IBGE, 2014).

A incorporação tecnológica é consubstanciada por meio da introdução de novos tipos de tratamentos, procedimentos diagnósticos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais. Algumas pesquisas (Newhouse, 1992; Cutler, 1995) apontam a incorporação tecnológica como o principal fator de incremento nos gastos em saúde.

Estudos sobre transição epidemiológica (Scharamm et. al, 2004; Prata, 1992) mostram que atualmente no Brasil há uma predominância das doenças crônicas e degenerativas – o que resulta em um aumento de gastos e tecnologia para o tratamento das mesmas, embora as doenças transmissíveis ainda sejam tenham um papel importante. Para Duarte e Barreto (2012)

(...) o envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Como consequência, tem crescido a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Em 2011, quase a metade dos adultos (≥ 18 anos de idade) em capitais brasileiras relataram excesso de peso (48,5%), 17,0% referiram consumo abusivo de álcool, 20,0% consumiam frutas e hortaliças em quantidade insuficiente e 14,0% eram inativos fisicamente. Não é de se surpreender que, em 2010, as DCNT responderam por 73,9% dos óbitos no Brasil, dos quais 80,1% foram devido a doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica ou diabetes. Esses dados reafirmam a relevância das DCNT neste momento de transição epidemiológica do Brasil.

Ademais, a atuação das operadoras é altamente regulada pela ANS. Neste contexto, a oferta de planos de saúde e de seus serviços assistenciais requer cada vez mais adaptações e inovações para superar as barreiras tecnológicas e financeiras impostas nesse mercado.

Logo, os planos de saúde e seus serviços requerem cada vez mais adaptações para superar as barreiras impostas nesse mercado. Segundo a ANS (2015), apenas 25,8% da população brasileira é assistida por algum plano médico atualmente. A maior demanda atual advém da classe média brasileira, pois a maioria ainda não possui acesso à saúde suplementar. Segundo a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (BRASIL, 2013), nos últimos 10 anos houve um fortalecimento da classe média, composta por famílias que têm uma renda mensal domiciliar per capita total entre R\$ 291,00 e R\$ 1.019,00 (abr./2012).

Com relação aos gastos com saúde, a última publicação do IBGE | PNAD (2008) demonstra os gastos apurados, na figura 1.1 a seguir.

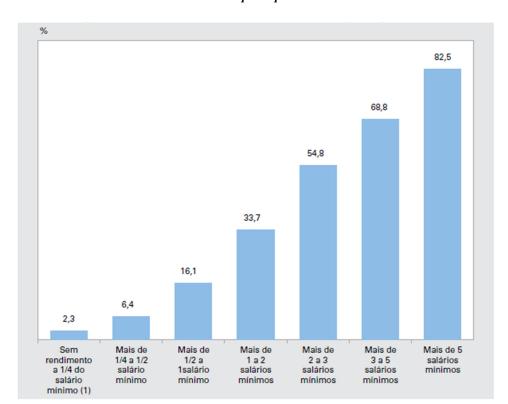


Figura 1.1 - Percentual de pessoas, na população residente, com cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal domiciliar *per capita* - Brasil - 2008

Fonte: IBGE – Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008. Nota: no período de 2008, o salário mínimo base era R\$ 415,00 (Lei 11.709/2008 – D.O.U 20.06.2008).

A faixa média de distribuição por salários apresentada acima está entre 1 e 2 salários mínimos, com apenas 33,7% da população assistida por saúde privada. Logo, há uma demanda reprimida por esse serviço para essa faixa da população, assim como para as faixas adjacentes (16,1 % e 54,8%).

Segundo a ANS (2015), uma operadora de saúde é uma empresa que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. Isso pode ocorrer nas seguintes formas de contratação:

 a. Individual ou familiar: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar;

- b. Coletivo empresarial: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária;
- c. Coletivo por adesão: plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

A ANS (2015) também determina que a abrangência geográfica é a área em que a operadora de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, sendo possíveis as seguintes formas:

- a. Municipal: compreende apenas um município de um Estado;
- b. Grupo de municípios: compreende um determinado grupo de municípios em um ou mais Estados;
- c. Estadual: compreende todos os municípios de um Estado;
- d. **Grupo de Estados**: compreende um determinado grupo de Estados (pelo menos dois), limítrofes ou não, e que não atinja a cobertura nacional;
- e. Nacional: compreende todo o território nacional.

Quanto à modalidade, as operadoras são classificadas pela ANS (2015) como:

- Administradora de planos: empresas que administram planos de assistência à saúde que são financiados por outra operadora. Estas empresas apresentam as seguintes características: não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada, de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;
- Administradora de benefícios: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde;
- Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, a associados integrantes de determinada categoria profissional, a aposentados, pensionistas ou exempregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos;

- Cooperativa médica: operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde;
- Cooperativa odontológica: operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos exclusivamente odontológicos de assistência à saúde;
- **Filantropia**: operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);
- Medicina de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera
 planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora,
 cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde;
- Odontologia de grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos;
- Seguradora especializada em saúde: empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.

O presente estudo foi estruturado da seguinte forma:

- Parte I Introdução: apresentação inicial do tema.
- Parte II Experiência: relato da experiência da presente autora, situação-problema encontrada para estudo, bem como os objetivos do trabalho e as justificativas.
- Parte III Revisão da literatura: fundamentação teórica para a aplicação dos conceitos.
- Parte IV Pesquisa de campo: método utilizado para a pesquisa de campo, a coleta de dados realizada e a análise dos dados.
- Parte V Conclusões: principais conclusões acerca do tema.

A figura 1.2 a seguir sintetiza a estrutura do trabalho.

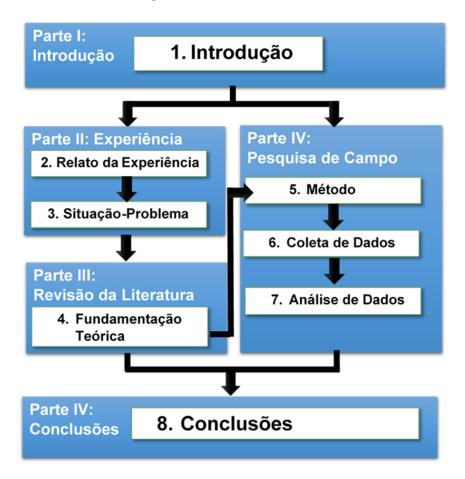


Figura 1.2 - Estrutura do trabalho

Fonte: Elaborado pela autora

2. RELATO DA EXPERIÊNCIA

A autora desta dissertação de Mestrado trabalha atualmente na empresa do estudo de caso aplicado, a empresa Alfa. Esta é uma operadora de saúde brasileira com todas as formas de contratação (coletivo empresarial, coletivo adesão e individual/família), com abrangência em um grupo de municípios, da modalidade medicina de grupo. Seu nome foi modificado para se preservar as informações confidenciais da empresa e, seus dados, apresentados apenas de forma relativa, para não expor a companhia, que atua no mercado de saúde suplementar há mais de uma década.

A experiência como pesquisadora nesse mercado advém da participação nessa organização em algumas áreas estratégicas, sendo fundamentais a vivência dos problemas e as práticas dos conceitos para se entender as complexidades mais intrínsecas desse setor. Uma experiência na área de *Business Intelligence* fez com que a manipulação de dados fosse intensa, logo o interesse por análises ampliou, assim como compreender como podíamos ter uma carteira de clientes mais lucrativa. Trabalhar em um mercado altamente regulado com muitas barreiras à criação de produtos faz com que seus colaboradores sejam mais desafiados na execução de processos inovadores, para garantir qualidade e bom atendimento ao cliente.

Ter experiência com produtos básicos, dirigidos a um público que pode arcar com despesas em saúde privada com muita restrição, faz com que sejamos seletivos na escolha do essencial, de como ter um atendimento bom da mais forma simples e menos custosa possível. Logo, esta pesquisa, pode mostrar os processos que mostram que é possível ter a saúde bem gerida de uma determinada população a um custo acessível. Podemos transcender a experiência aqui relatada para outras empresas de saúde privada, assim como para a gestão de saúde pública e para outros setores focados em público com o mesmo perfil.

3. SITUAÇÃO-PROBLEMA

A operadora de saúde brasileira empresa Alfa, por se tratar de uma empresa rentável, possui capital para investir em novos serviços. Em 2013, com o crescimento da classe média, a organização percebeu que deveria remodelar a forma de prover serviços de saúde com foco nesse mercado, para o público que visa um serviço básico de baixo custo. Logo, por se tratar de um baixo *ticket*-médio, ou seja, uma baixa receita *per capita*, surge o problema relacionado ao fato de a empresa possuir no momento seus piores resultados em produtos que possuem os menores preços. Assim, para entrar nesse novo mercado, a empresa adquiriu e integrou uma pequena operadora de saúde, com atuação exclusiva nesse público. Essa aquisição ocorreu no final de 2013, contando com oito centros médicos e dois hospitais. Como a operadora adquirida estava com seu fluxo de caixa negativo, o valor da aquisição concentrou-se basicamente na precificação dos hospitais e centros médicos. Desde então, a empresa passou a ter uma operação que possibilitava a implantação de um projeto-piloto com direcionamento exclusivo para esse público que visa baixo custo.

Antes do início do projeto-piloto, a empresa possuía uma composição de produtos para atuar em várias classes sociais. Com o advento desse projeto, a empresa passou a contar com um novo produto visando a base da pirâmide como mercado-alvo. O foco inicial de venda são clientes corporativos, empresas que oferecem para seus funcionários um plano de saúde. Apesar de ter em sua base clientes individuais, a estratégia atual é voltada mais para clientes corporativos, uma vez que o reajuste do contrato anual é negociado entre as partes, ou seja, há a livre negociação entre as partes (ANS, 2015). Nos contratos individuais, a ANS determina o percentual de reajuste que deve ser aplicado por todas as operadoras – esses índices são divulgados a cada ano no seu sítio eletrônico, assim como as autorizações concedidas individualmente a cada operadora. São compostos pela variação da frequência de utilização de serviços e de incorporação de novas tecnologias e pela variação dos custos de saúde (ANS, 2015).

Com o aumento da concorrência em todos os setores da economia, há uma pressão para a redução de custos e despesas das empresas com relação aos seus colaboradores. Esse novo produto, além

de alavancar novas vendas, também pode impedir que alguns clientes corporativos insatisfeitos abandonem a empresa pela ausência de oferta de planos de baixo custo. Além do mais, incentiva a realizar a venda cruzada principalmente em grandes corporações, com a possibilidade da venda de planos de saúde com maior valor agregado para os executivos e planos mais básicos para os funcionários da base da pirâmide.

Atualmente, a rentabilidade do negócio é controlada e acompanhada pela alta administração de forma clássica pela contabilidade de custos - apuração de receitas, custos, despesas administrativas, margem EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization) ou LAJIR (Lucro Antes de Juros e Imposto de Renda) e lucro líquido. Apura-se a receita de venda de planos novos e de planos em carteira sobre os custos médicos e confere-se um dos principais índices: o índice de sinistralidade dos clientes, ou seja, o resultado da divisão do valor dos custos médicos dos beneficiários pelo valor das receitas auferidas dos respectivos planos de saúde. Para completar essa visão, indicadores atrelados ao controle de custo, como o tempo médio de permanência no leito regular do hospital (número de dias médio que um paciente fica internado), tempo médio de permanência no leito de UTI (unidade de tratamento intensivo), custo médio por internação, taxa de reinternação dos pacientes (quando o paciente é internado novamente em até 30 dias da alta hospitalar, pelo mesmo motivo da internação anterior), taxa de conversão de atendimento no pronto-socorro em internação de urgência (quando o paciente é atendido no pronto-socorro e tem a necessidade de ser internado) e taxa de ocupação do hospital (% dos leitos ocupados), são acompanhados diariamente para garantir a sustentabilidade do negócio.

As dificuldades e os desafios de implantação desse novo modelo para empresa traz um risco para sua lucratividade. Logo, esta última deve ser observada num prisma amplo, para ser definida, medida, analisada, aprimorada e acompanhada. Os clientes dessa empresa são o foco principal deste estudo, uma vez que entender como contribuem, como geram custos e o que esperam de valor é fundamental. A rentabilidade da carteira de clientes ainda não é um aspecto claro e compreendido de forma detalhada para ser levado em conta pela alta administração da organização nesse novo negócio. Atualmente, o foco principal da análise é realizado sobre grau de sinistralidade (custo médico/operação *versus* receita auferida). Basicamente, a lógica de

precificação é feita em função do nível de custo da empresa. As receitas podem ser auferidas por novos entrantes e por clientes já presentes na carteira, mediante pagamentos mensais que sofrem reajustes anuais. Em geral, quando se eleva o custo, a lógica para se equilibrar o sinistro é aumentar o preço para novos entrantes, assim como aplicar o máximo de reajuste anual possível sobre clientes de carteira, além de usar planos de ação para a redução de custos. Essa lógica é acompanhada entre os seguintes grupos:

- a. Indivíduos e/ou famílias: visto como um grande grupo, o reajuste anual para clientes de carteira é aplicado apenas conforme o percentual indicado pela ANS. Logo, o controle de custo é fundamental para esse público se manter positivo no balanço final, uma vez que não se pode cobrar de maneira proporcional o aumento de receita dos clientes conforme os custos de sua utilização. Diferentemente da lógica de reajuste, o preço para novos entrantes é tabelado e não há regra estipulada pela ANS, logo, pode-se aumentar o quanto se desejar.
- b. Pequenas e médias empresas: vistos como um grande grupo, os reajustes de preços são aplicados livremente e de maneira igualitária para todas as empresas. Assim, se o custo desse público aumentou e afetou o sinistro, a receita é reajustada de maneira proporcional.
 O preço para novos entrantes é tabelado e não há regra estipulada pela ANS, logo, podese aumentar o quanto se desejar;
- c. **Grandes empresas:** vistos como únicos, os reajustes de preços são aplicados livremente e de maneira individual para cada empresa, além de serem feitas contribuições extras de valores de uma única vez que podem ser acordadas para sanar um alto sinistro. Logo, se o custo desse público aumentou e afetou o sinistro, a receita é reajustada de maneira proporcional. O preço para novos entrantes é calculado através de um simulador como não há regra estipulada pela ANS, pode-se aumentar o quanto se desejar, porém, o limite é o preço final que o cliente esteja disposto a pagar e a empresa disposta a ofertar.

Todos os clientes pagantes são beneficiários que podem utilizar os planos e gerar custos. O grau de utilização de um usuário e de que forma utiliza o serviço pode determinar o risco atribuído à sua saúde. Em geral, ao redor de 5% dos clientes com enfermidades graves consomem 80% dos

26

custos gerados por toda a carteira global. Logo, os clientes saudáveis pagantes subsidiam essa carteira doente para haver um equilíbrio global de contas. A lucratividade é sempre vista de uma

forma total e entre os grandes grupos supracitados, em concordância com a possibilidade de

diluição de risco de utilização.

O foco do modelo de negócio é o mercado de baixo-custo – ainda pouco explorado pelo grupo

pertencente à empresa Alfa, apesar da oportunidade atual por existir um público demandante em

ascensão no Brasil. Segundo a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República

(BRASIL, 2013), nos últimos 10 anos, 35 milhões de pessoas ingressaram na classe média

brasileira. Em 2002, esta representava 38% da população do país e em 2012 esse número chegou

a 52%, com mais de 100 milhões de brasileiros. Houve um fortalecimento da classe média,

composta por famílias que têm uma renda mensal domiciliar per capita total entre R\$ 291,00 e

R\$ 1.019,00. Ao se tratar de faixas de renda familiar por classes, existem outras formas

consideradas. Para o Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (2011), também é

possível classificar da seguinte forma:

Classe A: Acima de R\$ 9.745,00.

Classe B: de R\$ 7.475,00 a R\$ 9.745,00.

Classe C: de R\$ 1.734,00 a R\$ 7.475,00.

Classe D: de R\$ 1.085,00 a R\$ 1.734,00.

Classe E: de R\$ 0,00 a R\$ 1.085,00.

O governo brasileiro adota uma premissa financeira (renda per capita) para classificar a classe

média brasileira, ou seja, de forma mais simples. Porém, podem-se adotar também outros

critérios. Segundo Mazzon e Kamakura (2013), ao estipular as classes existentes, a estratificação

social deve combinar os conceitos de classe social e status socioeconômico. Elas são

identificadas empiricamente com base em variáveis indicadoras para medir tanto a posição social

(por exemplo, ocupação, educação, acesso aos serviços públicos) como a renda permanente (por

exemplo, renda per capita e posse de bens). Para Neri (2008), há duas formas de classificar: pela

análise de atitudes e expectativas das pessoas ou pelo potencial de consumo.

A divisão da pirâmide social global para Prahalad e Hart (2002) seria a seguinte, por renda per

capita anual:

1º nível - mais de US\$ 20.000,00

2º nível e 3º nível - entre US\$ 1.500,00 e US\$ 20.000,00

4º nível - menos de US\$ 1.500

Segundo Prahalad e Hart (2002), as companhias internacionais estão habituadas a fazer negócios para o 1º nível da parcela da população, por estarem familiarizadas e deterem o conhecimento dessa classe. A percepção da oportunidade de mercado é uma função na qual muitos gerentes estão acostumados a pensar, além de usarem ferramentas analíticas para tanto. A maioria das multinacionais rejeita a base da pirâmide social porque julga o mercado baseado na receita ou na seleção de produtos e serviços apropriados para comunidades desenvolvidas. Essa questão foi encontrada no que tange o grupo pertencente à empresa Alfa, pois havia essa percepção de dificuldade entre os gestores para atuar nos segmentos de baixa renda. Para aproveitar o potencial dessa base, as multinacionais precisam compreender uma série de pressupostos centrais e práticas que influenciam a visão de mercados em desenvolvimento. Algumas ortodoxias precisam ser reexaminadas, as quais tornam obscuras as possibilidades de percepção de valor da base da pirâmide (Prahalad e Hart, 2002):

Premissa 1: os menos favorecidos economicamente não são o público-alvo pois, com a estrutura atual de custo da empresa, não se pode competir com a obtenção de lucro nesse mercado;

Premissa 2: os menos favorecidos economicamente não podem adquirir e não utilizam produtos e serviços vendidos em mercados desenvolvidos;

Premissa 3: apenas mercados desenvolvidos apreciam e pagarão por novas tecnologias. Os menos favorecidos economicamente podem utilizar as gerações de tecnologias anteriores;

Premissa 4: a base da pirâmide não é importante na viabilidade de longo-prazo do negócio da empresa. Pode-se deixá-la para o governo e organizações não governamentais;

Premissa 5: gerentes não são motivados para desafios de negócios que têm dimensões humanitárias;

Premissa 6: a energia intelectual é voltada para mercados desenvolvidos. É muito difícil encontrar gerentes talentosos que queiram trabalhar com a base da pirâmide.

Essas premissas são algumas a serem revistas e superadas na nova visão de modelo de negócio da empresa Alfa.

3.1. Objetivos

A problemática do tema deste estudo traz a seguinte questão: como melhorar a mensuração da lucratividade do cliente de baixo custo de uma operadora de saúde?

Objetivo geral: como analisar a lucratividade dos clientes em uma operadora de saúde do segmento de baixo custo no Brasil.

Objetivos específicos:

- 1. Entender o modelo do negócio de uma operadora de saúde para clientes com baixo *ticket*-médio;
- 2. Identificar modelos de avaliação de lucratividade de clientes de diferentes segmentos de uma operadora de saúde;
- 3. Analisar os resultados associados à avaliação da lucratividade e discutir quais ações podem ser tomadas para a melhora da mensuração.

3.2. Justificativas e contribuições

O sistema de saúde apresenta alta complexidade de gestão, pelas inúmeras variáveis de controle que se apresentam na sua cadeia de serviços. O presente estudo é de suma importância para empresas que estejam no processo de implantação de um novo negócio, especialmente na área da saúde voltada para o específico segmento da classe média brasileira que visa planos de saúde de baixo *ticket*-médio. Estudar a lucratividade do cliente é fundamental para se compreender as consequências da estratégia empregada nesse setor. Para isso, entender o modelo de negócio que gera valor para esse cliente é uma das premissas para vislumbrar como é feito esse cálculo, além de toda a estrutura de receita e custo necessária para sustentar o negócio com obtenção de lucros.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Modelo de negócio

A literatura apresenta diferentes definições para modelo de negócio, com enfoques diversos. Segundo Zott et al. (2011), os acadêmicos ainda não concordam sobre o que é um modelo de negócio. De acordo com esses autores, isso se deve em grande parte ao desenvolvimento do conceito de forma desintegrada, de acordo com os fenômenos de interesse dos respectivos pesquisadores. Há temas comuns, especificamente: (1) o modelo de negócio pode ser considerado como uma nova unidade de análise; (2) o modelo de negócio enfatiza o nível sistêmico, ou seja, adota uma abordagem holística para explicar como as empresas fazem negócios; (3) as atividades da empresa desempenham um papel importante nas diversas conceituações de modelo de negócio que têm sido propostas; (4) o modelo de negócio procura explicar como o valor é criado, não apenas como é capturado.

Segundo Amit e Zott (2001), um modelo de negócio descreve o conteúdo, a estrutura e a governança das transações, sendo que esses elementos são projetados com o intuito de criar valor por meio da exploração de oportunidades de negócios. De acordo com Casadesus-Masanell e Ricart (2010), o modelo de negócios refere-se à lógica da empresa, à forma como ela opera e como ela cria valor para os seus *stakeholders*. Segundo Osterwalder e Pigneur (2010), um modelo de negócio descreve a lógica de criação, entrega e captura de valor por parte de uma organização.

De acordo com Casadesus-Masanell e Ricart (2011), as três principais questões consideradas no desenvolvimento de um modelo de negócios são:

(1) Está alinhado com os objetivos da companhia? – As escolhas feitas durante o desenvolvimento do modelo de negócio devem entregar resultados que permitam que a organização alcance suas metas.

- (2) É autossustentado? As escolhas que os executivos fazem enquanto criam um modelo de negócio devem se complementar, devem ter uma consistência interna à organização.
- (3) É robusto? Um bom modelo de negócio deve ser capaz de sustentar sua efetividade no tempo, ao rechaçar as quatro principais ameaças: imitação (competidores podem imitar); apropriação (algum agente na cadeia pode apropriar-se da margem de valor criada pelo poder de barganha); negligência (complacência da organização); e substituição (novos produtos podem diminuir o valor do seu próprio produto para seus clientes).

Por que é tão difícil para as empresas estabelecidas atingirem um novo crescimento por meio da inovação em modelos de negócios? Para Johnson et al. (2008), em geral as companhias não compreendem perfeitamente seus modelos de negócios em curso. Esse fato pode inibir o aproveitamento de uma nova oportunidade que demande uma adaptação do modelo atual ou mesmo a construção de um novo modelo de negócio. Segundos esses autores, as empresas de sucesso operam de acordo com um modelo de negócio que pode ser dividido em quatro elementos: (1) Proposição de valor ao cliente: uma oferta que atende uma necessidade importante para o cliente, de uma maneira melhor do que as ofertas dos concorrentes; (2) Fórmula de lucro: define como a empresa gera recursos financeiros para entregar a proposição de valor; (3) Recursos-chave: compreende os recursos necessários para o funcionamento da organização; e (4) Principais processos: aborda os processos necessários para entregar a proposição de valor.

Eyring et al. (2011) adotam os quatro elementos do modelo de negócio preconizados por Johnson et al. (2008) e, segundo eles, o desenvolvimento de um novo modelo de negócio deveria começar com a elaboração da proposição de valor para o cliente. Modelos desenvolvidos para competir em diferenciação, na sequência, estabelecem os recursos e processos necessários para atender a proposição de valor para o cliente. O custo necessário para isso determina o preço requerido na fórmula do lucro. Modelos desenhados para competir por preço processam no caminho oposto. Nesse sentido, na concepção desses modelos, primeiramente é estabelecido o preço, depois o custo de estrutura, e finalmente os processos e recursos requeridos.

Osterwalder e Pigneur (2010) apresentam o denominado *canvas* do modelo de negócios (figura 4.1), também conhecido como BMC (*Business Model Canvas*). A proposta dos autores apresenta nove elementos a seguir:

- (1) Segmento de clientes: o público-alvo para os produtos e serviços de uma empresa.
- (2) Proposta de valor: é uma visão geral dos produtos e serviços que, juntos, representam valor para um segmento de clientes específico. Descreve como a empresa se diferencia dos seus concorrentes e é a razão pela qual os clientes compram de uma certa empresa e não de outra.
- (3) Canais: o meio pelo qual uma empresa fornece produtos e serviços aos clientes. Isso inclui a estratégia de *marketing* e de distribuição de uma empresa.
- (4) Relacionamento com os clientes: a empresa estabelece ligações entre si e os seus diferentes segmentos de clientes. O processo de gestão de relacionamento com o cliente é chamado de *customer relationship management* (CRM).
- (5) Fontes de receita: determina como a empresa ganha dinheiro por meio de diferentes fluxos de receitas.
- (6) Recursos-chave: contemplam os ativos da empresa e são necessários para manter e dar suporte ao negócio, além de criar valor para o cliente. Esses recursos podem ser humanos, financeiros, físicos ou intelectuais.
- (7) Atividades-chave: consideram as atividades mais importantes para executar a proposição de valor da empresa.
- (8) Parcerias-chave: abordam as alianças de negócios que complementam os outros aspectos do modelo de negócio.
- (9) Estrutura de custo: contempla as consequências monetárias dos meios utilizados no modelo de negócios.

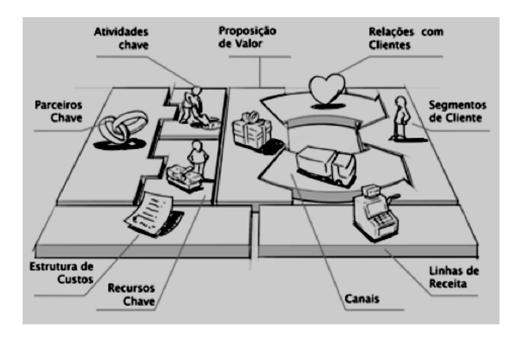


Figura 4.1: Canvas do modelo de negócios

Fonte: Osterwalder e Pigneur, 2010.

Segundo Eisenmann (2012), as perguntas derivadas dos quatro elementos a seguir são fundamentais numa análise de novos modelos de negócios.

- (1) Proposição de valor para o cliente: quais as necessidades não satisfeitas que serão endereçadas para o novo negócio? Na criação de valor para o cliente, enfatizará a diferenciação ou a redução de custos? Quais são os segmentos do público-alvo? Quais serão as principais características do novo produto? Será que os clientes exigem complementos e serviços auxiliares de terceiros? Se assim for, qual irá proporcionar-lhes e em que condições? Como o produto será precificado? Quais os custos de comutação que enfrentarão os clientes? Qual será a disposição dos clientes para pagar pelo novo produto ao comparar com o custo total de aquisição?
- (2) Tecnologia e gestão de operações: quais atividades são necessárias para desenvolver e produzir a oferta principal do novo negócio? Quais dessas atividades serão realizadas na própria empresa? Quem irá executar atividades terceirizadas e sob quais condições? Qual a ação para garantir a preferência de acesso aos insumos de produção que podem ser escassos no futuro? Criará propriedade intelectual valiosa? Se sim, como será para que a

empresa possa ser mantida como proprietária? Com o tempo, o novo negócio procurará explorar economias de escala nas operações, substituindo custos fixos por custos variáveis? Dada a capacidade e as restrições, será possível dimensionar as operações rapidamente?

- (3) Plano de *go-to-market*: qual combinação de canais diretos (por exemplo, força de vendas *in-house* e *website*) e canais indiretos (por exemplo, atacadistas e franqueados) terá um novo negócio em termos de várias perspectivas, na elaboração e entrega do produto, na oferta de serviço de pós-venda, etc.? Qual margem os parceiros exigirão? Dado o valor do tempo de vida do cliente, ou seja, o valor do cliente esperado ao longo do seu relacionamento com a empresa (*Customer Lifetime Value* CLV), e o custo médio de aquisição do cliente (*Customer Avarage Cost* CAC), qual será o alvo do novo negócio? Qual o *mix* de métodos gratuitos e pagos de geração de demanda (por exemplo, publicidade em massa e relações públicas) que serão empregados para atingir esse objetivo? Se a empresa vender um produto fundamentalmente novo, é provável que enfrente um "abismo" entre os primeiros clientes (*early adopters*) e segmentos de clientes regulares? Se sim, qual é o plano para superar esse abismo? Será que a empresa tem fortes incentivos para investir agressivamente na aquisição de clientes, devido a efeitos de rede e/ou elevados custos de transferência?
- (4) Fórmula do lucro: Qual a margem de contribuição do novo negócio a ganhar por unidade de produto vendido? Quais são os custos fixos do empreendimento a incorrer e qual é o volume de vendas necessário para que atinja o ponto de equilíbrio? Qual é a porcentagem do mercado total que o volume de vendas do ponto de equilíbrio representa? Quanto deve ser o investimento necessário em capital de giro, imóveis, instalação e equipamento com relação à receita? Como será calculada a margem de contribuição do novo negócio, os custos fixos e investimento/receita na proporção de escalas de negócio? Dado o crescimento projetado, qual é o perfil da curva de fluxo de caixa do novo negócio?

Os modelos de negócios focados são mais eficazes quando revelam segmentos de mercado distintos, com necessidades claramente diferenciadas, segundo Girotra e Netessine (2014). Portanto, se a empresa atende atualmente a vários segmentos, poderá ser melhor subdividir em unidades focadas ao invés de tentar aplicar um modelo como um todo. Com base na ideia de que qualquer modelo de negócio é essencialmente um conjunto de decisões-chave que determinam coletivamente como uma empresa obtém sua receita, incorre seus custos e gerencia seus riscos, as inovações no modelo são as mudanças dessas decisões: quais serão as ofertas, quando as decisões serão tomadas, quem as fará e por quais motivos. As alterações bemsucedidas ao longo dessas dimensões melhoram a combinação da companhia em termos de receitas, custos e riscos.

4.2. Lucratividade do cliente

Segundo Nascimento e Reginato (2009), uma organização é administrada por pessoas individualmente responsáveis por atividades específicas e coletivamente encarregadas de seu funcionamento sistêmico. O processo de gestão envolve o planejamento do negócio e seus desdobramentos, de forma estratégica e operacional. Ao executá-lo, os resultados alcançados são cotejados com aqueles esperados, possibilitando a identificação de desvios, suas causas e correções. É inócuo planejar se não ocorrer controle sobre a execução do planejamento e, dessa forma, uma avaliação do desempenho da empresa é fundamental para avaliar esse processo.

Avaliar, segundo Nascimento e Reginato (2009), significa julgar alguma atitude ou atividade de forma qualitativa, podendo-se transcrever essa percepção com o auxílio de informações quantitativas de ordem física, econômica e financeira. A organização realiza a avaliação de desempenho para se certificar de que o sistema-empresa esteja funcionando da melhor maneira possível, isto é, para ter um absoluto controle de que os recursos estejam sendo consumidos na medida exata para a obtenção de resultados esperados, e que seu consumo esteja relacionado estritamente com seus objetivos. Para realizar uma avaliação, indicadores podem ser utilizados na dimensão do controle de gestão, de forma econômico-financeira e não financeira.

Segundo Gitman (2001), os indicadores econômico-financeiros podem ser classificados em quatro categorias a seguir:

- (i) Indicadores de liquidez: utilizados para avaliar o desempenho e a tomada de decisão de curto prazo, medem a capacidade da empresa em cumprir suas obrigações de curto prazo.
- (ii) **Indicadores de atividade**: indicam o tempo que a empresa leva para transformar bens ou direitos em receita de vendas ou caixa.
- (iii) **Indicadores de endividamento**: indicam quanto a empresa está utilizando recursos de terceiros.
- (iv) **Indicadores de lucratividade**: avaliam o lucro da empresa contraposto a diferentes parâmetros, tais como vendas, ativos e patrimônio líquido.

Dentre essas categorias, os indicadores de lucratividade são utilizados para comparar a estrutura de gastos de uma empresa frente ao mercado, o que permite buscar um resultado econômico adequado para a empresa.

Segundo Gitman (2001), os principais indicadores de lucratividade empresarial seriam:

- Margem bruta = Lucro bruto/receita
- Margem operacional = Lucro operacional/receita
- Margem líquida = Lucro líquido/receita
- Taxa de Retorno sobre o Ativo Total (ROA) = Lucro líquido/ativo total
- Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE) = Lucro líquido/patrimônio líquido.

Segundo Matarazzo (2003), os indicadores desse grupo mostram qual a rentabilidade do capital investido, ou seja, quanto renderam os investimentos, logo, qual o grau de êxito econômico da empresa. Segundo o autor, os índices podem ser comparados através do tempo, entre anos, para demonstrar uma tendência, assim como podem ser comparados com base em padrões, com outras empresas do mesmo ramo, por exemplo.

A perspectiva de medir a lucratividade da empresa através de um sistema serve como princípio para compreender a necessidade da mensuração da lucratividade por cliente. Para uma empresa ser lucrativa de modo geral, é necessário contar com uma carteira de clientes lucrativos.

Segundo Kotler (2000, p.77), "um cliente lucrativo é uma pessoa, residência ou empresa que, ao longo do tempo, rende um fluxo de receita que excede por margem aceitável o fluxo de custos de atração, venda e atendimento da empresa relativo a ele." Segundo o autor, apesar de ser necessário atrair e reter os clientes lucrativos, toda a empresa perde dinheiro com alguns dos seus clientes. Há uma regra conhecida de que 20% dos melhores clientes são responsáveis por 80% dos lucros, sendo que metade deles é gasta com os 30% piores clientes. Nessa regra, existe a implicação de que uma empresa poderia melhorar seus lucros retirando os seus piores clientes da carteira. Entretanto, há duas formas alternativas: aumentar os preços ou reduzir os custos de atendimento desses clientes menos lucrativos.

Segundo Kotler (2000), a ênfase do conceito de cliente lucrativo deve ser calculada ao longo do tempo de receita e de custo, e não no lucro advindo de uma transação específica. A maioria das empresas deixam de avaliar a lucratividade individual dos clientes, muitas vezes pela dificuldade causada pela diversidade de serviços e transações que um mesmo cliente pode consumir. Porém, as que conseguem realizar essa análise se assombram com a quantidade de clientes não lucrativos que possuem.

Algumas ferramentas são necessárias para aprofunda o estudo das causas e mecanismos que regem as relações de troca nos diferentes tipos de clientes. Segundo Ofek (2002), a revolução digital tem dado origem a uma série de tecnologias que transformaram as práticas do *marketing*. Bases de dados poderosas e dados eletrônicos entrelaçados permitem que as companhias coletem informações concisas sobre seus clientes e seus padrões de consumo de maneira mais efetiva e eficiente do que nunca. As práticas de *marketing* têm ficado mais interativas e engajadoras. Logo, as empresas precisam medir a rentabilidade associada a esse uso. O objetivo final é desenvolver grandes clientes comprometidos, que não somente consumam com frequência e gerem um fluxo de caixa contínuo, mas também permaneçam minimamente na base ao longo de sua trajetória.

A desagregação nas relações entre empresas e clientes ocorre quando a empresa não mede e gerencia a lucratividade do cliente, segundo Kaplan e Narayanan (2001). Se as empresas entendem a lucratividade do cliente e seus direcionadores, podem tomar uma série de ações para transformar as relações não rentáveis em rentáveis. Essas ações também beneficiam os clientes. Muitas vezes, o excesso de demanda por serviços não precificáveis pelos clientes mascaram os custos mais elevados que lhes incorrem. Como estão focados apenas em reduzir os preços dos

bens e serviços adquiridos, não conseguem medir o custo total de aquisição de produtos e serviços. Além disso, os fornecedores, com seus relacionamentos lucrativos, não se recusam a fornecer serviços valorizados pelos seus clientes. Validar os preços, com base no custo para servir, fornece um parâmetro crítico para mediar conflitos entre fornecedores e clientes.

Para Rust, Moorman e Bhalla (2009), as empresas estão mudando seus conceitos de *marketing*, do foco nos produtos para o foco nos clientes. Logo, existem novas métricas para avaliar a estratégia da eficácia, destacadas a seguir em quatro pontos.

- As empresas precisam se concentrar menos na rentabilidade do produto e mais na rentabilidade do cliente. Os varejistas têm aplicado esse conceito há algum tempo com o uso do conceito de "líderes de perda" – produtos que podem não ser rentáveis, mas fortalecem o relacionamento com os clientes.
- 2. As empresas precisam prestar menos atenção às vendas atuais e muito mais ao valor do tempo de vida do cliente, ou CLV. Uma empresa em declínio pode até ter boas vendas no momento, porém com perspectivas futuras ruins. A métrica do CLV avalia os futuros lucros gerados a partir de um cliente, adequadamente descontados para refletir o valor do dinheiro no tempo. Foca na saúde de longo prazo da empresa, uma ênfase de que a maioria dos acionistas e investidores compartilha. Embora muitas vezes os mercados recompensem os ganhos de curto prazo à custa de um desempenho futuro, essa tendência mudará à medida que métricas orientadas para o cliente se tornarão parte da rotina dos relatórios financeiros. Um movimento internacional está em curso para exigir que as empresas relatem os ativos intangíveis nas declarações financeiras. Ao aparecerem cada vez mais indicadores com métricas centradas nos clientes nessas demonstrações, os preços das ações começarão a refleti-los. Atualmente, os analistas mais experientes pressionam as empresas a compreenderem suas taxas de retenção de clientes, além de seus valores e ativos com relação à marca.
- 3. As empresas precisam mudar o foco de *brand equity* (o valor de uma marca) para o *customer equity* (patrimônio do cliente, a soma do valor do tempo de vida de

seus clientes). Aumentar o valor da marca é mais visto como um meio para um fim, uma maneira de construir o patrimônio do cliente. O *customer equity* tem o benefício agregado de ser um bom representante para o valor da empresa, tornando o *marketing* mais relevante para o valor do acionista.

4. As empresas precisam prestar menos atenção à participação de mercado atual – market share – e mais atenção à participação de capital do cliente – equity market share (o valor da base de clientes de uma empresa dividido pelo valor total dos clientes no mercado). A participação de mercado da empresa oferece uma instantânea posição competitiva de vendas no momento, mas a participação de capital do cliente é uma medida de competitividade a longo prazo no que diz respeito à rentabilidade.

Dentre essas métricas, vale destacar a diferença para Pfeifer, Haskins e Conroy (2004) sobre dois conceitos, a Lucratividade do Cliente (LC) e o CLV:

- A LC é a diferença entre as receitas auferidas e os custos associados a partir do relacionamento com o cliente durante um período especificado. Esse conceito deriva da noção de lucro contábil, geralmente aplicada em relação ao cliente individual.
- 2. O CLV é o valor presente dos fluxos de caixa futuros atribuídos ao relacionamento com o cliente.

Segundo Pfeifer, Haskins e Conroy (2004), a definição de CLV conecta a palavra "valor" de valor do tempo de vida do cliente com o conceito de "valor presente" usado na teoria de finanças. A definição de LC conecta a palavra "lucratividade" de lucratividade do cliente para o conceito de rentabilidade contábil. O CLV indica uma análise prospectiva, pois estima a potencial receita e lucro futuros gerados por um cliente, já a LC indica uma análise retrospectiva, pois mede a receita e lucro histórico gerado de um cliente. Logo, o valor do tempo de vida do cliente é o valor presente dos fluxos de caixa futuros, ao passo que a lucratividade do cliente refere-se a um cálculo aritmético das receitas menos os custos para um período de tempo especificado. Assim, LC é geralmente um resumo de contabilidade de eventos a partir do presente com relação ao passado, enquanto CLV está orientado para a visão de futuro.

Para Miller (2008), a lucratividade e o valor do cliente requerem uma definição do cliente ou do segmento de clientes. Voltado para o futuro, o valor do cliente exige pressupostos sobre o lucro futuro, o risco de cancelamento, a fidelidade do consumidor e o crescimento econômico e de mercado. Já na lucratividade do cliente, o que está dado não são suposições e sim o que de fato ocorreu na divulgação dos resultados financeiros. Projeções do futuro são significativamente possibilitadas através do histórico de dados e informações. Sem a compreensão do histórico e da lucratividade atual do cliente ou de seus segmentos, as projeções para o futuro se tornam complicadas. Não haveria validações ou diretrizes para suposições futuras. Lucratividade do cliente é um pré-requisito para o cálculo do valor do cliente.

A segmentação de clientes é necessária para tomada de decisão, segundo Miller (2008). Por exemplo, para o mercado de seguros de saúde, as empresas sabem suas receitas e contas médicas (em geral, de 80% a 90% de todo o custo) para cada apólice que vendem. Algumas apólices serão mais custosas do que outras. Essa é a natureza do mercado de seguro, o compartilhamento de risco com toda a população. O que é importante para uma empresa desse setor são os segmentos de clientes de uma forma coletiva, e a lucratividade de um cliente individual não tem significância.

Para Rust, Zeithaml e Lemon (2001), os clientes menos valiosos, ou com CLV negativo, devem ser retirados da carteira para aumentar a lucratividade geral. As seguintes equações a seguir foram sugeridas pelos autores:

(i)
$$CLV = \sum_{t=0}^{T} [(1+d)^{-t} F_{it} S_{it} \pi_{it}]$$

Sendo:

CLV = valor do tempo de vida do cliente (\$)

t = período a ser calculado

d = taxa de desconto (%)

F_{it} = frequência esperada de compra (unidades), pelo cliente i no período t

 S_{it} = participação esperada pelo cliente i no período t, probabilidade de retornar a comprar

 π_{it} = média de contribuição de uma compra (\$), pelo cliente i no período t

(ii)
$$CLV = \sum_{t=0}^{T} [(1+d)^{-t} R_{it} S_{it} M_{it}]$$

Sendo:

CLV = valor do tempo de vida cliente (\$)

t = período a ser calculado

d = taxa de desconto (%)

R_{it} = receita do período (\$), pelo cliente i no período t

S_{it} = participação esperada pelo cliente i no período t, probabilidade de retornar a comprar

M_{it}= margem de contribuição do período (%), pelo cliente i no período t

Segundo Schoder (2007), o cálculo do CLV deve levar em consideração:

- 1. Estimativa do comportamento de compra futura (a probabilidade de compra e o montante monetário esperado) de uma carteira de clientes, utilizando o conceito RFM Retenção, Frequência e Valor Monetário. Isso determinará a receita esperada;
- 2. Cálculo do custo gerado por cada cliente no período;
- **3.** Utilização de duas entradas para estimar a contribuição de lucro para cada cliente num período de tempo a ser considerado (por exemplo, de 10 períodos);
- **4.** Para cada período, deve ser determinado quando a contribuição do valor de lucro esperado para o cliente poderá ser negativa;
- **5.** Finalmente, o cálculo do CLV deve incluir o conceito de "valor de opção" o valor gerado pelo abandono do cliente. Quanto será poupado ao tirá-lo da carteira num dado período de tempo?

Dessa forma, se o "valor de opção" preconizado por Schoder (2007) não for levado em conta, pode-se incorrer num prejuízo ao manter um cliente indesejável num determinado momento.

Por exemplo, uma empresa gasta \$100 para adquirir um cliente e \$100 para retê-lo em cada período subsequente, logo, um montante de \$500 para os próximos 5 períodos. Se o cliente gastar o valor de \$150 no primeiro período, \$100 no segundo, \$50 no terceiro e \$0 nos últimos dois períodos, um modelo convencional de CLV mostraria que esse cliente não é lucrativo, pois gera \$350 de receita contra \$500 de custo de retenção. Mas se levarmos em conta o "valor de opção", podemos abandoná-lo depois do segundo período, pois esse mesmo cliente será lucrativo. Nesses 2 períodos, o custo de retenção seria de \$200 (\$500 - \$300), contra uma receita de \$250 (\$150 + \$100). Logo, ao invés do valor de (-) \$150 no primeiro caso (\$150 + \$100 + \$50 - \$500), teríamos no segundo (+) \$50 (\$250 - \$200).

Segundo Blattberg e Deighton (1996) apud Pfeifer, Haskins e Conroy (2004), o cálculo do CLV deve levar em consideração alguns fatores, descritos na seguinte situação:

"A empresa planeja gastar \$ "A" em um potencial consumidor na tentativa de adquiri-lo como um novo cliente. A empresa será bem sucedida com probabilidade "a".

Se for bem-sucedida, receberá imediatamente uma entrada de caixa de \$ "M" pelo novo cliente, gastará \$ "R" num período posterior para tentar retê-lo.

A empresa será bem sucedida com probabilidade "r" em sua tentativa de retenção. Se for bem-sucedida, a empresa volta a receber \$ "M" (um período compreendido entre o desembolso inicial de \$"A") e vai gastar mais \$ "R" um período posterior (dois períodos a partir do desembolso inicial).

O processo continuará até o caso de o cliente não ser mais mantido. Considerar "ß" como o fator de desconto (o inverso de 1 + a taxa de desconto) que a empresa utilizará para avaliar esse investimento.

Todos os elementos necessários para o cálculo do valor presente dos fluxos de caixa futuros esperados estão em vigor, com exceção da especificação do momento de interação. Há pelo menos quatro definições em função do tempo:

- (i) logo antes da empresa gastar \$ "A" sobre o potencial consumidor;
- (ii) logo depois da empresa gastar \$ "A" sobre o potencial consumidor e logo antes da empresa receber \$ "M" do cliente a ser adquirido.
- (iii) logo depois que a empresa receber \$ "M" do cliente recém-adquirido.
- (iv) logo depois que a empresa gastar \$ "R" para reter o cliente recém-adquirido e logo antes da empresa receber \$ "M" do cliente que manteve com sucesso

Dessa forma, os autores propõem quatro diferentes formas de se calcular o valor do cliente no tempo, em função desses momentos de interação, descritas a seguir na tabela 4.1.

Tabela 4.1: Quatro formas de cálculo do CLV, em função do momento de interação com o cliente

	Descrição do momento	Fórmula do CLV	Rótulo apropriado
(i)	Antes de A $(t = 0)$	$-A + aM + a(M - R/r) \left[\frac{\beta r}{1 - \beta r} \right]$	CLV de um cliente em potencial
(ii)	Depois de A e antes de M (t = 0)	$M + (M - R/r) \left[\frac{\beta r}{1 - \beta r} \right]$	CLV de um novo cliente
(iii)	Depois de M (t = 0)	$(M - R/r) \left[\frac{\beta r}{1 - \beta r} \right]$	CLV de um cliente recém- adquirido
(iv)	Antes de M (t = 1)	$M + (M - R/r) \left[\frac{\beta r}{1 - \beta r} \right]$	CLV de um cliente de carteira

Fonte: Pfeifer, Haskins e Conroy, 2004.

Sendo:

A = montante \$ para atração do cliente

a = probabilidade de sucesso da atração do cliente

M = montante \$ pago pelo cliente

R = montante \$ para retenção do cliente

r = probabilidade de retenção do cliente

 β = fator de desconto

4.3. Segmentação dos clientes de uma operadora

Entender como uma operadora de saúde funciona requer identificar quem são os seus clientes e como se comportam. Para isso, os conceitos de gestão da saúde populacional são imprescindíveis.

Segundo Kindig (2003), o conceito de saúde populacional é relativamente novo e sem uma definição precisa na literatura. O autor o propõe como os resultados de saúde de um grupo de indivíduos, incluindo a distribuição de tais resultados dentro do grupo. Essa definição é o resultado agregado de saúde ajustado à expectativa de vida (em quantidade e qualidade) de um grupo de indivíduos, numa estrutura econômica que equilibra os retornos marginais relativos dos múltiplos determinantes de saúde. Logo, propõe uma unidade de medida específica da saúde da

população e também inclui a consideração da relação custo-benefício na alocação de recursos de múltiplos determinantes. Para o autor, a gestão da saúde deve centrar-se em condições e fatores inter-relacionados que influenciam a saúde das populações no decorrer da vida, ao identificar as variações sistemáticas em padrões de ocorrência para aplicar o conhecimento resultante, e dessa forma desenvolver e implementar políticas e ações para melhorar a saúde e o bem-estar das populações.

Para Kindig (2003), as populações devem ser segmentadas por regiões geográficas (nações ou comunidades), assim como por tipos específicos, por exemplo, grupos de colaboradores, grupos étnicos ou pessoas com deficiências. Há muitos determinantes da saúde, tais como os sistemas de cuidados médicos, o ambiente social e o ambiente físico – e todos têm o seu impacto sobre os indivíduos.

Para Struijs et al. (2015), muitos países enfrentam o persistente desafio duplo da prestação de cuidados da saúde com alta qualidade e sistemas acessíveis. Como resultado, o interesse por estratégias mais eficientes para estimular a saúde da população aumenta. Dessa forma, segundo os autores, uma estratégia bem-sucedida possível é pela Gestão da População (GP), através do guia construído pela organização *Population Health Alliance*. A GP se empenha em atender às necessidades de saúde tanto para uma população sob-risco, como para uma população que já possui doenças crônicas. Avalia-se a saúde de um ponto de vista contínuo, integrando serviços de cuidados, prevenção, assistência social e bem-estar.

Segundo Struijs et al. (2015), a GP se dá através de seis passos principais:

- 1. **Identificação da população:** identificar a população ao se basear em diversos tipos de critérios, como local geográfico, inclusão em programas de saúde, etc.;
- 2. Acesso às condições de saúde: são os esforços para se chegar nas informações de saúde da população identificada no item 1. Dependerá do acesso aos registros clínicos, como as condições epidemiológicas da população, as contas médicas, os registros de utilização de medicamentos e os exames laboratoriais. É necessária uma análise aprofundada desses dados para perceber seus modelos de comportamento;

- 3. **Estratificação de risco:** baseados nos resultados do item 2, a população é estratificada em categorias que integram o cuidado contínuo da saúde, ou seja, da prevenção aos cuidados paliativos;
- 4. Intervenções centradas nos pacientes: baseados nas categorias definidas no item 3, os programas de intervenções são aplicados seja para estimular um estilo de vida saudável, seja para cuidados paliativos em pacientes terminais. Dessa forma, tanto os programas públicos de saúde, quanto os privados, pelas empresas de cuidados de saúde, têm o mesmo objetivo: aumentar o bem-estar da população;
- 5. **Avaliação de impacto:** é necessário avaliar os efeitos de cada intervenção. Os objetivos estabelecidos pelo modelo (resultados psicossociais, mudanças de comportamento, *status* clínico/saúde, produtividade dos prestadores e clientes, satisfação dos prestadores e clientes, qualidade de vida, resultados financeiros) mostram uma grande intersecção entre as três principais finalidades melhorar a qualidade do atendimento, melhorar a saúde da população e reduzir o custo *per capita*.
- 6. **Melhoria da qualidade do processo:** criar ciclos de aprendizados contínuos com as aplicações e descobertas dos modelos não somente para mudanças nas intervenções centradas nos pacientes (item 4), mas para todos os demais itens já apresentados.

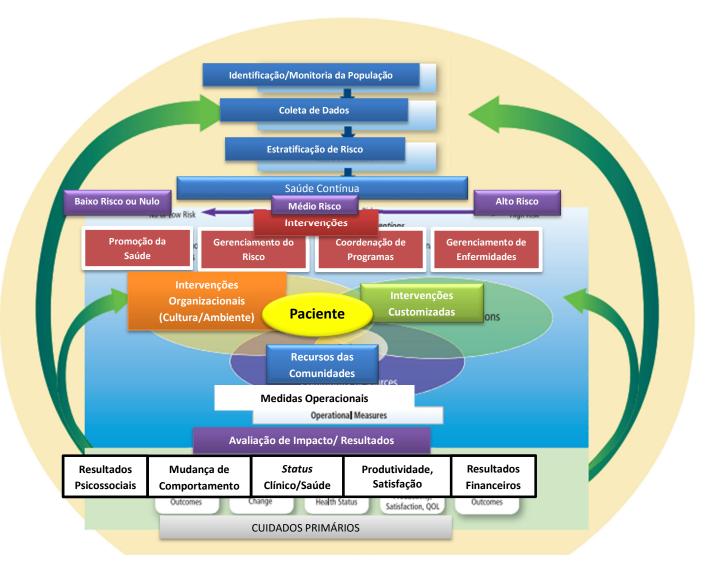


Figura 4.2: Quadro conceitual – Gestão da população

Fonte: Struijs et al., 2015.

4.4. Sinistralidade em uma operadora de saúde

Segundo Leal e Matos (2009) apud Silva et al. (2015), o interesse sobre a evolução dos custos operacionais na indústria da saúde se tornou um fenômeno global. Esse fenômeno pode ser analisado por meio de dois fatores: (1) a variação do custo médio, que reflete o aumento dos preços dos insumos (inflação) e o aumento da incorporação tecnológica, e (2) a sinistralidade, que reflete a ampliação do cuidado com a saúde e o envelhecimento da população. Segundo a ANS (2015), temos a seguinte fórmula de cálculo para sinistralidade:

Sinistralidade = Eventos Indenizáveis Líquidos / Contraprestações Efetivas

Logo, segundo Albuquerque, Fleury e Fleury (2011) apud Silva et al. (2015), esse fator representa a taxa de utilização dos recursos e serviços da saúde pelos beneficiários.

Segundo Robinson (1997), os debates atuais na literatura sobre eficiência e qualidade em saúde utilizam de maneira exacerbada o índice de sinistralidade. A sua utilização como comparativo de mercado requer algumas observações. Para Karaka-Mandic et al. (2015), no mercado de planos individuais americano, por exemplo, existe a prerrogativa de se chegar num mínimo de 80% de sinistralidade. Esse conceito encoraja as empresas nesse mercado a buscar formas produtivas de performance, ao aumentar a proporção de receitas em relação aos benefícios clínicos. Porém, até o momento, pouco é conhecido em planos individuais sobre a relação entre sinistralidade e os segurados, bem como a sua relação com as características desse mercado. A sinistralidade compreende uma parte do cálculo da margem de lucro - um tradicional indicador de poder de mercado, pois a outra parte do cálculo está relacionada com despesas administrativas e indiretas. Segundo Karaka-Mandic et al. (2015), ao se avaliarem mercados mais competitivos e menos competitivos de planos individuais, não necessariamente foram encontradas sinistralidades mais baixas nos menos competitivos. Também não foram encontradas evidências de que em mercados mais concentrados há uma despesa administrativa mais baixa. Logo, a sinistralidade pode ser um indicador para medir poder de mercado de uma operadora, porém de forma limitada para se compreender os produtos ou heterogeneidades das empresas.

Sempre segundo Robinson (1997), a sinistralidade não deve ser interpretada como uma medida de qualidade clínica ou de contribuição social. Há quatro grandes fontes de diferenças em torno dessa métrica:

- Na forma de alocação: como se alocam os custos médicos entre as operadoras de saúde e os prestadores;
- 2. Na diversificação do produto: comparação de características diferentes dos planos, como coberturas e modalidades;
- 3. Na diversificação do canal: características diferentes de como se distribuem os planos, ao alocar mais despesas comerciais e administrativas dependendo do tipo de cliente. Podem ter diferenças de custos por porte. Por exemplo, clientes individuais têm uma estrutura mais cara do que clientes corporativos, uma vez que um contrato é feito para cada cliente na compra, ao passo que para um cliente corporativo há um único contrato vigente para um conjunto de pessoas;
- 4. Na diversificação geográfica: em algumas regiões podem variar a forma de reportar os custos, assim como pode ser diferente a alocação em empresas com matrizes e filiais, além de variar impostos e custos sobre serviços.

5. MÉTODO

O método utilizado será o de um estudo de caso único. Segundo Yin (2010, p. 39), o estudo de caso "é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos". Para Yin (2010, p. 27), existem três finalidades possíveis nos métodos de pesquisa: exploratória, descritiva ou explanatória. As condições para cada método segundo Yin (2010, p. 28), consistem em:

- 1) O tipo de questão de pesquisa proposto;
- 2) A extensão do controle que o investigador tem sobre os eventos comportamentais reais;
- 3) O grau de enfoque sobre os eventos contemporâneos em oposição aos eventos históricos.

O estudo de caso envolve perguntas de pesquisa do tipo "como" ou "por que", não exige controle dos eventos comportamentais e tem enfoque sobre os eventos contemporâneos (Yin, 2010). Na concepção de Stake (1995), o estudo de caso permite prestar atenção a problemas concretos, uma vez que, este constitui uma análise da particularidade e da complexidade de um único caso, o que o permite compreender a sua atividade dentro de circunstâncias importantes.

Tradicionalmente os estudos de caso utilizam a observação direta e entrevistas associadas à documentação como fontes de informações, enfatizando a interpretação dos indivíduos sobre o seu ambiente, sobre o comportamento deles mesmos e dos outros. A análise dessas informações pode gerar inferências teóricas que servem para elaborar modelos e ligações de importância teórica à área estudada, por meio dos quais pode-se construir uma nova teoria. Essas ligações são obtidas enfatizando-se a ótica do participante, e não a do pesquisador (Pedroso, 2010, p.75).

Dados quantitativos e qualitativos foram necessários à pesquisa deste estudo de caso. Segundo Bryman (1989) apud Pedroso (2010), a parte quantitativa é composta por conceitos que possam ser medidos e sistematicamente testados, com efeitos de causalidade que possam ser

generalizados e replicados. Logo, assegurar os resultados financeiros com detalhes da carteira de clientes nos leva a testar a hipótese de que o novo modelo estruturado deu ou não resultados positivos esperados de forma mais concreta. Sempre segundo Bryman (1989) apud Pedroso (2010), é importante ressaltar que a parte qualitativa não é impulsionada por considerações prévias, como na perspectiva quantitativa, pois tem seu foco no indivíduo a ser estudado. O pesquisador procura eleger o que é importante para os indivíduos pesquisados, qual a sua interpretação com relação ao ambiente. Logo, as entrevistas semiestruturadas foram utilizadas para captar as perspectivas e interpretações dos entrevistados e para compreender os motivos e diferenças empregados no novo modelo de negócio.

Com base nessa definição do método de estudo de caso, foram desenvolvidas as seguintes etapas na figura 5.1:

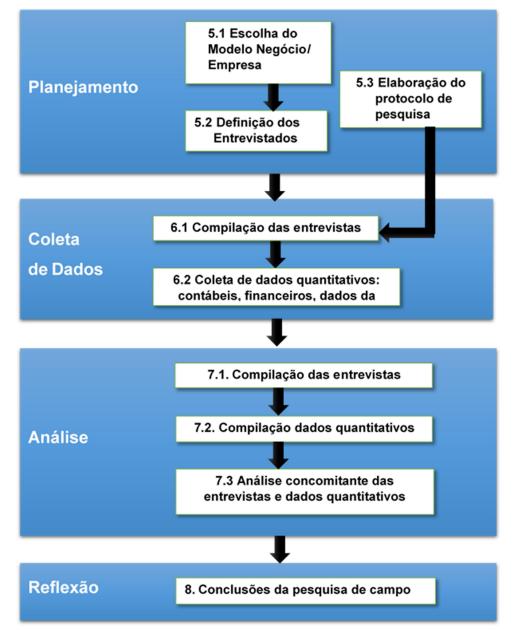


Figura 5.1: Procedimento da pesquisa de campo

Fonte: Adaptado de Pedroso, 2010, p75.

5.1. Escolha do modelo de negócio/empresa: um novo modelo de negócio nunca antes testado foi escolhido no grupo da empresa Alfa. O novo conceito de verticalização de serviços regionais, com as inovações empregadas, fez com que a estruturação fosse

divergente dos outros negócios e diretrizes do grupo de origem empresa Alfa e, por isso, foi escolhido como objeto de pesquisa.

- 5.2. **Definição dos entrevistados:** os principais gestores da empresa foram escolhidos para serem entrevistados, com o objetivo de se compreender melhor o negócio e escolhê-lo como objeto desse estudo. Assim, foram contatados os três principais líderes da empresa Alfa: os líderes da diretoria de operações, da diretoria de tecnologia & processos e da diretoria médica. Eles necessariamente participaram e lideraram o projeto desde o início da aquisição da operadora no final de 2013, junto à diretoria executiva do grupo. Logo, o conhecimento do negócio, assim como, as tomadas de decisões realizadas, tiveram todo o comprometimento desses envolvidos.
- 5.3. Elaboração do protocolo de pesquisa: para a coleta de dados, foi construído um protocolo de pesquisa de estudo de caso. Segundo Yin (2010, p. 106), o objetivo do protocolo é ser mais do que um questionário ou um instrumento. Ele contém o instrumento, as regras e os procedimentos gerais a serem seguidos, dirigidos a um grupo inteiramente diferente do grupo de questionário de levantamento, além de ser desejável sob todas as circunstâncias. O protocolo é uma maneira importante de aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso e se destina a orientar o investigador na realização da coleta de dados de um único caso. Em geral, o protocolo deve ter as seguintes seções descritas a seguir, segundo Yin (2010, p. 107):
 - I. Introdução ao estudo de caso e finalidade do protocolo
 - II. Procedimento de coleta de dados
 - III. Esboço do relatório do estudo de caso
 - IV. Questões de estudo de caso

Aplicando esses princípios macros, temos o seguinte protocolo aplicado ao presente estudo:

I. Introdução

Questões gerais: como analisar a lucratividade do cliente do segmento de baixo custo em uma operadora de saúde no Brasil; qual o modelo do negócio; como analisar a lucratividade de um segmento de clientes de uma operadora de saúde; quais ações podem ser tomadas para melhorar a mensuração.

Estrutura teórica: modelos de negócios; lucratividade do cliente; segmentação de clientes de uma operadora; sinistralidade.

Papel do protocolo: arquivamento detalhado de todo o processo, com as evidências necessárias.

II. Procedimento de coleta de dados

Locais a serem visitados: diretoria executiva médica; gerência operacional; diretoria de tecnologia da informação e processos da operadora empresa Alfa.

Plano de coleta:

- a) Entrevistas com os principais executivos:
 - Premissas e conceitos para a concepção do projeto-piloto;
 - Modelo de negócio utilizado.
- b) Dados de todos os beneficiários (clientes) entre 2013 e 2014:
 - Data de admissão (vigência);
 - Data de exclusão do contrato do beneficiário;
 - Porte do contrato adquirido (adesão; pessoa física, pessoa jurídica; PME -Pequena e Média Empresa);
 - Código e nome do beneficiário;
 - Código e nome da empresa, assim como sua atividade econômica (beneficiários em contratos corporativos);
 - Faixa etária dos beneficiários;
 - Gênero dos beneficiários;
 - Planos contratados;
 - Procedimentos com Códigos Internacionais de Doenças (CID) apresentados no período, por beneficiário e data de realização;

- Quantidade de eventos médicos realizados, como consultas, exames e internações no período;
- Receita mensal;
- Custo médico mensal;
- Participação em programas de prevenção;
- Participação em programas de pacientes de alta complexidade;

Relatório contábil - DRE (Demonstrativo do Resultado do Exercício); Outros relatórios de receitas e custos contábeis entre 2013 e 2014 (receita, gasto com *marketing* e estrutura comercial, custos médicos e com programas de promoção da saúde da carteira de clientes).

III. Esboço de relatório de estudo de caso

- Concepção do projeto e modelo de negócio;
- Agrupamento de dados coletados dos beneficiários;
- Análise da lucratividade: testes de aplicações de conceitos;
- Revisão de resultados financeiros e econômicos: revisão do modelo de negócio.

IV. Questões e avaliação

- Comparação da prática (DRE, EBITDA, sinistralidade) com a análise por CLV/lucratividade por cliente;
- Avaliação da prática do novo conceito de lucratividade.

Na figura 5.2 a seguir, temos a estrutura de coleta de dados e análise de lucratividade.

Figura 5.2: Estrutura de Coleta de Dados e Análise de Lucratividade



Fonte: Elaborado pela autora

A seguir na tabela 5.1, está o cronograma das atividades que foram realizadas nesse estudo.

Tabela 5.1: Cronograma das atividades

	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	jan/16	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16
Planejamento]							l			
Coleta de Dados											į			
Análise de Dados				i I										
Conclusão das Análises	Ī			 										

Fonte: Elaborado pela autora

6. COLETA DE DADOS

6.1. Realização das entrevistas

As entrevistas de natureza qualitativa foram realizadas ao longo do mês de novembro de 2014, previamente à coleta de dados quantitativos de sistemas, apresentada no cronograma de atividades. O objetivo delas foi obter os principais direcionamentos da gestão com os três principais executivos da empresa Alfa, na diretoria executiva médica, na gerência operacional e na diretoria de tecnologia da informação e processos. A duração total foi de 153 minutos de entrevistas (2 horas e 33 minutos).

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados. Muitas das informações coletadas e posteriormente avaliadas são confidenciais da empresa, e por esse motivo foram suprimidas das transcrições.

O roteiro de entrevistas foi organizado em blocos de assuntos homogêneos, para facilitar a aplicação do pesquisador e a compreensão dos entrevistados. Foram feitas perguntas abertas, com o intuito de não direcionar as respostas dadas. As questões foram construídas em função do objetivo deste estudo e o roteiro completo se encontra no "Anexo 01 – Roteiro aplicado da entrevista". Questões extras ao roteiro original foram realizadas, para se compreender respostas variadas ao tema.

Após as entrevistas realizadas, foi enviada a estrutura do modelo de negócio utilizado pela empresa Alfa, comentadas pelos gestores, para facilitar a visualização da estratégia de concepção do negócio.

6.2 Dados dos sistemas

A coleta de dados se realizou por meio da extração de bases numéricas dos sistemas da empresa entre junho e novembro de 2015. Esses dados da operadora são relativos ao período de janeiro de 2013 a agosto de 2015. Além desses dados, uma classificação interna da empresa Alfa sobre a estratificação de riscos de doenças foi disponibilizada. Os dados numéricos e de classificação foram coletados, mas apenas aqueles que foram autorizados a serem disponibilizados para a pesquisa estão resumidos a seguir, na tabela 6.1 - Exemplo de dados enviados pela BAC (Base de Atendimento de Clientes), na tabela 6.2 - Exemplo de dados do Relatório de Vidas Geral, na tabela 6.3 - Exemplo de dados do DRE (Demonstrativo do Resultado do Exercício) e na tabela 6.4 - Categorização de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) em Quatro Grupos de Risco (0, 1, 2 e 3).

Tabela 6.1: Exemplo de dados enviados pela BAC – Base de Atendimento de Clientes. Dados de custo médico por beneficiário de janeiro de 2013 a agosto de 2015.

BAC	Ano de Base – 2013, 2014, 2015			
MATRÍCULA	Matrícula do Cliente			
NOME	Nome do Cliente			
IDADE	Idade do Cliente			
FAIXA ETÁRIA	Faixa de Idade Exemplo: 49 a 53 anos			
GÊNERO	Feminino/Masculino			
DATA DE INCLUSÃO	Data de vigência do Beneficiário – Exemplo: 05/11/2004			
DATA DE EXCLUSÃO	Data de saída do Beneficiário – Exemplo: 30/04/2012			
PORTE	Pessoa Jurídica, Pessoa Física, PME ou Adesão.			
CÓDIGO DA EMPRESA	Código Interno da Empresa			
NOME DA EMPRESA	Nome da Empresa			
CÓDIGO DO PLANO	Código Interno do Plano de Saúde			
NOME DO PLANO	Nome Interno do Plano de Saúde			
CÓDIGO ANS DO PLANO	Código do Plano de Saúde na ANS			
GRAU DE PARENTESCO	Exemplo: Titular, Dependente, Filho(a), Esposo(a), etc.			
CID	Código da Doença Informado do Cliente			
N° DE CONSULTAS ELETIVAS	Nº de Consultas Eletivas, agendadas previamente			
N° DE CONSULTAS EM				
PRONTO-SOCORRO	Nº de Consultas em Pronto-Socorro, consultas de emergência			
TOTAL DE CONSULTA	Nº de Consultas Eletivas + Nº Pronto-Socorro			
N° DE EXAMES	Nº de Exames Realizados			
N° DE TERAPIAS	Nº de Terapias Complementares Realizadas - Ex. Fisioterapia			
N° DE INTERNAÇÕES	Nº de Internações Clínicas ou Cirúrgicas Realizadas			
N° DE AMBULATÓRIO	Nº de Atendimentos em Ambulatórios Realizados			
N° DE ATENDIMENTO EM	Nº de Atendimentos em <i>Home Care</i> – Tratamentos em			
HOME CARE	Domicílio			
N° DE REMOÇÕES	Nº de Remoções por Ambulância – Transporte do Paciente			
DEPESA GERAL TOTAL - R\$	R\$ – Custo Médico Anual Total			

Tabela 6.2: Exemplo de dados do Relatório de Vidas Geral. Dados de receita por beneficiário até agosto de 2015.

MATRÍCULA	Matrícula do Cliente				
NOME	Nome do Cliente				
DATA DE NASCIMENTO	Data de Nascimento do Cliente				
IDADE	Idade do Cliente				
FAIXA ETÁRIA	Faixa de Idade – Exemplo: 49 a 53 anos				
CPF	Número do CPF do Cliente				
GÊNERO	Feminino/Masculino				
DATA DE INCLUSÃO	Data de vigência do Beneficiário - Exemplo: 05/11/2004				
DATA DE EXCLUSÃO	Data de saída do Beneficiário - Exemplo: 30/04/2012				
PORTE	Pessoa Jurídica, Pessoa Física, PME ou Adesão.				
CÓDIGO DA EMPRESA	Código Interno da Empresa				
NOME DA EMPRESA	Nome da Empresa				
CÓDIGO DO PLANO	Código Interno do Plano de Saúde				
NOME DO PLANO	Nome Interno do Plano de Saúde				
GRAU DE PARENTESCO	Exemplo: Titular, Dependente, Filho(a), Esposo(a), etc.				
VALOR RECEITA MENSAL	R\$ – Receita do Plano Médico Mensal				
CIDADE	Cidade residente do Cliente				
SITUAÇÃO DO CONTRATO	Ativo/Excluído				

Tabela 6.3: Exemplo de dados do DRE – Demonstrativo do Resultado do Exercício. Dados contábeis dos de 2013 e 2014.

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS						
Receita de Contraprestações Efetivas						
. Contraprestações Líquidas						
. Contraprestações Emitidas						
. Contraprestações de Co-Resp. assumidas						
. (-) Cancelamentos						
. (-) Contraprestações de Co-Resp Transferidas						
. (-) Outras Deduções						
. Receita com Administração de Planos de Assist.						
. +/(-) Variação da Provisão de Risco						
. (-) Tributos Diretos de Oper. com Planos de Assist.						
(-) Eventos Indenizáveis Líquidos						
. Eventos Indenizáveis						
. Ressarcimento ao SUS						
. (-) Recuperação de Eventos						
. (-) Recuperação de Despesas						
. Var. da Prov. de Eventos Ocorridos e Não Avisados						
(=) Resultado das Operações com Planos de Assist.						
(+/-) Outras Rec. / Desp. Operac. de Assist. à Saúde						
. Outras Rec. Operac. de Assist. à Saúde						
. (-) Outras Despesas. de Assist. à Saúde						
. (-) Tributos Diretos de Outras Oper. com Planos de Assist.						
(=) Resultado Bruto						
(-) Despesas Comercialização						
(-) Despesas Administrativas						
. Despesas com Pessoal						
. Despesas com Serviços de Terceiros						
. Despesas com Localização e Funcion.						
. Despesas com Propaganda e Publicidade						
. Despesas com Tributos						
. Provisões para Contingências						
. Despesas Diversas						
(+/-) Outras Rec. / (Desp.) Operacionais						
Resultado Operacional						
Resultado Financeiro						
Resultado Patrimonial						
Resultado Líq. Antes dos Impostos e Participações						
(-) Impostos sobre Lucro						
(-) IRPJ						
(-) CSSL						
Resultado do Exercício						

Tabela 6.4: Categorização de CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) em Quatro Grupos de Risco (0, 1, 2 e 3)

CID	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	CAPÍTULO	CAPÍTULO	RISCO
B00	Infecções pelo vírus do herpes [herpes simples]	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	1
B18	Hepatite viral crônica	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	2
C33	Neoplasia maligna da traqueia	C00-D48	Neoplasias [tumores]	Neoplasias [tumores] (C00-D48)	3
Não informado por baixa complexidade ou Ausência de informação de CID					

7. ANÁLISE DE DADOS

7.1. Compilação das entrevistas

As entrevistas transcritas se encontram no "Anexo 02 – Transcrição das 03 Entrevistas". Segundo os entrevistados, seguem os principais motivos que levaram à iniciação do negócio:

- Entrevistado A: "Com o aumento do poder aquisitivo da população, dos brasileiros de uma forma geral nos últimos anos, houve ascensão e criação da nova classe média brasileira, a classe C. Hoje representa [a classe C] mais de 50% da população. E esse é um fator motivador. Outro fator motivador é que, [entre] os três itens mais desejados pelos brasileiros, a saúde está entre eles, o plano de saúde está entre eles. Então quer dizer, com o aumento da ascensão, com a melhora da situação econômica, você vai tentar obter aquilo que se deseja. Outro item importante que motivou é, a gente viu a empresa focada nesse público [líder no segmento de saúde classe C] mais na região 'X', aqui na nossa região a gente, embora exista concorrência, ela não é tão grande e nem tão forte. Então a gente viu uma oportunidade para isso também. Na nossa empresa a gente não encontrou um produto que tivesse essa característica, ou seja, acho que a gente [no grupo da] empresa Alfa tem produtos para a classe AA, para classe A, para a classe B, mas com o foco só assim na classe C, que pode também pegar a classe D, não tem esse produto, com essas características."
- Entrevistado B: "Na realidade o que nos motivou a desenvolver esse novo serviço foi o resultado [ruim] obtido no modelo tradicional, em que o usuário tem o serviço de livre escolha, controle mais rígido da utilização, do direcionamento [de utilização de rede], muitas vezes [com] um custo maior sem uma qualidade adequada de entrega. Então, nós entendemos que, além de haver o serviço sendo feito dentro de uma rede fechada, com informação on-line de tudo o que está acontecendo, [isso] nos permita fazer [uma] atuação no mês corrente, garantindo a qualidade do atendimento que está sendo prestado, garantindo o não retrabalho e consequentemente podendo atuar no mês corrente. Nós entendemos, e ao longo desse último ano [nós] pudemos comprovar, que a gente conseque ter um resultado melhor que o modelo vigente [da gestão anterior à

compra pelo grupo da empresa Alfa]. A avaliação [normalmente nas operadoras de saúde tradicionais vem] depois de três meses [em relação ao mês] que é realizado [o procedimento médico], [logo há uma falta] dos controles fortes da qualidade de serviço e direcionamento."

• Entrevistado C: "Olha, a verdade é o seguinte, a gente começou por ter uma lacuna no mercado na qual nós não atendíamos, todas as empresas [clientes] que a gente precisava [atender], de um custo [necessário ao cliente] mais baixo, a gente não conseguia fazer [a operação], é isso. Basicamente, [a gente] fazia a gestão por receita, por custo não tinha sido [ainda] imaginado, e quando saía uma empresa [cliente] do nosso grupo, alguma empresa [cliente] com o nosso plano mais básico que na época era o X, ela saía [e migrava] para qualquer outra empresa [de saúde] que fosse de um nicho mais básico. Aí, [nós percebemos que] essas empresas [concorrente, operadoras de saúde] trabalham com gestão de custo, aí nós percebemos esse nicho e resolvemos [atuar]."

Os pontos mais importantes a serem destacados são os que revelam os principais diferenciais da gestão para a condução do negócio, segundo os entrevistados:

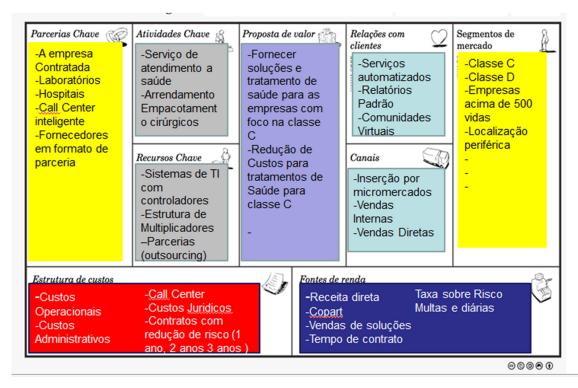
• Entrevistado A: "A gente acha que o primeiro diferencial é a gente trabalhar em microrregiões, crescer à beça, mas sem perder o foco de manter o produto gerenciando em microrregiões. Para que, para ele nunca deixar de ser tão rápido quanto a gente precisa nas tomadas de decisões, especialmente para os controles de despesa, controles de custo, para os processos de venda. Então isso é muito importante, essa questão aí. Outro ponto que é que a gente viu que a gente podia utilizar [é] nessa linha da centralização, a gente pode utilizar a tecnologia muito até para dar essa agilidade regional, mas muito mais para fazer um controle centralizado das performances de todas as microrregiões que a gente criar. Sabe? Então eu acho que isso vai ser o diferencial desse produto também. Outro diferencial, eu diria que o terceiro, o controle em tempo real dos indicadores. As operadoras de saúde costumam trabalhar, só em BI [business intelligence, ferramenta de gestão de dados], [uma base de dados com] dois meses depois

[da data de realização do custo]. A nossa proposta é controlar o custo antes de acontecer."

Entrevistado B: "Na realidade, para esse negócio, nós não estamos construindo nenhum sistema diferente, exclusivo do que existe hoje dentro do grupo da empresa Alfa. Estamos fazendo adaptações aos modelos existentes, aos do grupo hoje, porém formatando ao [novo] negócio, [mas] que pode ser utilizado [também] para os outros produtos do grupo. [Ou seja], dependendo do querer ou não do gestor desses [outros] negócios [do grupo], ele [o novo modelo] vai estar à disposição [para poder ser utilizado]. Por exemplo, [para] procedimentos de diagnóstico, uma tomografia computadorizada, a ideia é que possa ser solicitada pelo médico [diretamente, sem agendamento]. [Saindo da consulta médica] o cliente já vai receber a data, o local e a hora que que ele fará o exame, nesse caso [o cliente] utiliza o equipamento, que é próprio e [logo] não há a necessidade de ter gente agendando [na central de agendamento de exames da nossa rede própria]. Então você já faz o agendamento direto na agenda do serviço próprio, consequentemente você vai poder utilizar esse equipamento na plenitude dele, não tem ociosidade. Outra coisa importante, isso pode também ser utilizado para outras unidades do grupo, se for o caso [disso] no futuro, [se] isso for utilizado. [Outro diferencial é] o controle da utilização em tempo real. Para isso, todo procedimento vai ter uma senha eletrônica, muito mais para a gente conseguir controlar o que está sendo liberado do que pra regular [o acesso ao procedimento do cliente]. Então, [o diferencial é o] controle em tempo real de todos os procedimentos. A gestão on-time de todos os procedimentos, [permite que] a hora que apresentar desvio [em relação ao indicador de custo médico esperado], o gestor da área da área [em] que está acontecendo o desvio [é acionado]. Ele tem que ser informado imediatamente, ele vai ter num processo descrito, [com] o tempo [necessário] que ele [precisa] para responder isso para uma central, a torre de controle. Ela dará pra ele [médico] o problema, e cobra o resultado da ação no tempo acordado no contrato interno. Outra parte que é diferente, a parte da fidelização médica. Nós entendemos que pra esse negócio dar certo, o grande parceiro é o médico. Hoje no modelo atual, nós não [temos] médicos [alinhados com a nossa gestão], nós temos poucos médicos fidelizados. [Normalmente são] médicos que atendem algumas consultas com a gente, que fazem duas ou três cirurgias e também têm uma remuneração que eles achem adequada. Então, na realidade, ele [esse médico não fidelizado] não depende da gente, nós não dependemos dele, mas na verdade ninguém consegue ter resultado [positivo para ambos os lados]. Nesse modelo, o grande objetivo é você ter médicos trabalhando com você, se possível, [pois] você sabe que é dificil ter uma fidelidade quase que integral. Porque assim você consegue remunerá-lo de uma forma mais adequada. Em contrapartida, ele vai trabalhar em conjunto dentro do protocolo, que prevê qualidade de atendimento, qualidade da prestação do serviço médico, melhores resultados, e pra isso ele tem uma remuneração, uma bonificação pelo resultado obtido, tanto clínico quanto resultado da empresa."

• Entrevistado C: "O grande mote da empresa é prestar assistência de saúde, em microrregião, com o custo adequado. Ponto. Nossa ideia é nunca dar reajuste muito alto ao nosso cliente [corporativo] e nunca - na verdade, [significa] abrir muito [o] acesso [às redes de atendimento mais caras, normalmente credenciadas]. É atuar numa microrregião, onde eu posso combater outras operadoras do mesmo porte. Para a holding é oferecer mais uma linha de produto, que é aquele nosso primeiro problema, oferecer uma linha de produto que ela trata mais a população mais básica. A gente tem muitas linhas de produto, uma até uma sobrepondo a outra. Na parte intermediária [da linha de produtos], a gente fala que atende a classe B que precisava de rede mas não chega a ser [um produto] premium. E [para] a classe [mais] premium, a gente tem muitos produtos, [porém] mais para baixo, que era para atender população geral [classe C], que a gente chama chão de fábrica, o funcionário de linha de frente [nas empresas corporativas], nós não tínhamos essa linha [de produto]. Então, hoje é basicamente complementar essa parte da empresa, que falta na nossa linha [geral de produtos], no nosso portfólio de produtos."

Os gestores da empresa Alfa utilizaram o modelo de negócio preconizado por Osterwalder e Pigneur (2010) para construir o novo negócio. A seguir estão as principais ideias colocadas em prática sintetizadas pela figura 7.1:



7.1: Modelo de negócio resumido aplicado à empresa Alfa¹

A autora realizou uma reclassificação de parte do conteúdo da figura 7.1 visando uma maior adequação às definições dos nove elementos do *canvas* do modelo de negócios, preconizado por Osterwalder e Pigneur (2010). Do modelo enviado pela empresa na íntegra, 'call center inteligente' foi retirado da estrutura de parcerias-chave e realocado para relacionamentos com clientes, assim como 'parceiras (*outsourcing*)' foi reclassificado de recursos-chave para parcerias-chave.

Após complementar o modelo básico apresentado na figura 7.1 com as informações na íntegra divulgadas pelos gestores da empresa Alfa, temos as principais ideias geradas para o novo modelo a seguir:

¹Reprodução na íntegra. Entende-se que há erros ortográficos, porém não foram corrigidos para manter a figura no seu formato original.

(1) Segmentos de clientes:

- Clientes de classe C eventualmente classe D também;
- Foco em soluções para clientes de perfil corporativo (grandes empresas) e PME. Maior foco em empresas acima de 500 vidas, de localização periférica;

(2) Proposta de valor:

- Medicina de qualidade, com gestão de saúde e redução de custo para o mercado classe C;
- Preço compatível com o mercado classe C;
- Gestão de saúde em microrregiões, porém com controle centralizado.

(3) Fontes de receita:

- Receitas diretas pela venda e pela mensalidade dos planos de saúde;
- Além das receitas diretas, deve-se realizar um "gatilho" de desconto caso o cliente seja um baixo utilizador, assim como cobrar receita retroativa de clientes com alta utilização, considerando também a receita sobre a realização de procedimentos médicos não cobertos por decisões de liminares judiciais.
- Vendas com pagamento por coparticipação: pagamento variável por utilização, como exames, consultas, procedimentos médicos, etc.;
- Renovação contratual com possível reajuste de preço em todos os clientes, ao analisar a inflação médica (aumento dos custos médicos) e a sinistralidade do cliente (custo médico/receita), ou seja, aplicar uma taxa sobre o risco.

(4) Estrutura de custo:

- Rentabilidade sustentável, custos adequados em função do ticket-médio projetado;
- Remuneração variável dos médicos na rede própria de atendimento;
- Menor custo de operação, como internações;
- Menor despesa administrativa;

- Maior controle da sinistralidade (custo médico/receita);
- Menor backoffice, ou seja, equipe que resguarda toda a operação;
- Controle de custos jurídicos;
- Realização de contratos corporativos com redução de risco (de um ano para dois ou três anos).

(5) Recursos-chave:

- Torre de controle de dados: informação acessível e em tempo real;
- Sistemas de tecnologia da informação com controladores do custo médico;
- Inserção de tecnologia com habilitação da marca ótica e biometria;
- Rastreamento virtual eficiente com senhas eletrônicas para qualquer atendimento do cliente;
- Equipe médica própria fidelizada;
- Rede verticalizada, ou seja, toda a cadeia de saúde deve ser própria e altamente controlada no que tange internações, consultas, procedimentos e exames;
- Estrutura de multiplicadores do modelo de gestão.

(6) Atividades-chave:

- Serviço de atendimento à saúde com controle mais efetivo (microgestão por indicadores);
- Adoção do modelo de pagamento por pacote nos procedimentos cirúrgicos: redução de preço por compra de pacotes de procedimentos em conjunto, com um preço único;
- Centros médicos com modelo *gatekeeper*, ou seja, com um médico responsável que gerencia todo o tratamento do paciente.

(7) Parcerias-chave:

- Parceria com clientes (princípio da corresponsabilidade, entendimento de prevenção e promoção da saúde);

- Fornecedores em formato de parceria como no caso de aquisição de OPME (Órteses, Próteses, Materiais Especiais);
- Negociação com hospitais e laboratórios para procedimentos específicos não realizados na rede própria;
- Verificação de *outsourcing* de serviços não fundamentais do negócio, como limpeza e segurança.

(8) Relacionamento com clientes:

- Atendimento prioritariamente informatizado;
- Agendamento via web (principal) e via telefone (cobrança);
- Pós-venda com foco em gestão;
- Comunidades virtuais, interações em redes sociais via internet;
- Entrega de relatórios padronizados de gestão da saúde;
- Call centers dentro da própria estrutura com processos semiautomatizados, por exemplo, com autorizadores de senha e atendimentos virtuais.

(9) Canais:

- Vendas internas:
- Vendas diretas, através das corretoras de seguro;
- Inserção por micromercados.

Esse modelo novo em questão difere do antigo aplicado pelo grupo da empresa Alfa para baixo *ticket*-médio por esses principais aspectos:

- a) Foco em região, ao invés de plano de abrangência nacional mais custoso;
- b) Foco e controle apenas na classe C, não visualizando os resultados desse negócio em conjunto com os demais planos para classes sociais superiores;

- c) Controle de custos em tempo real, ao invés de esperar por 30 a 60 dias, em média, a relação de custo médico realizado dos clientes;
- d) Há apenas clientes tratados na rede própria e não há credenciamento de redes de terceiros, que encareceriam os custos;
- e) Compartilhamento dos resultados com médicos e clientes.

Logo, o modelo pretende entregar um bom serviço básico de atendimento à saúde com um baixo *ticket*-médio. Os destaques para o controle de custo para habilitar esse modelo são: 1) todos os gestores foram envolvidos a controlar diariamente seus índices de resultados e metas, para sinalizar os desvios das operações e acionar soluções de rápido contorno sobre as adversidades – a inovação de sistema permitiu acompanhar os números em tempo real; 2) o programa de fidelização dos prestadores médicos, com remuneração adequada e dedicação exclusiva ao negócio, foi de extrema importância – ao serem mais participativos, atuam como gerenciadores do custo das operações, ao invés de apenas realizarem seus procedimentos convencionais (como clínicos, cirúrgicos ou exames) sem correlacionar com o propósito desse novo serviço.

Entre as estratégias adotadas para uma redução de custo médico de curto prazo, a empresa renegociou contratos corporativos de alta sinistralidade (custo médico/receita), ou seja, aqueles que apresentavam uma relação acima de 80% foram revistos e reajustados. A receita total de contraprestações dos clientes pode ter declinado ao longo do período analisado, uma vez que diminuiu o número de clientes por aplicação de reajuste de preços, porém a sinistralidade da carteira como um todo diminuiu. Ao aplicar esse reajuste necessário, foram poucas as perdas de contrato, pois, uma vez que foi anunciado o novo modelo de atendimento proposto pela empresa Alfa, os clientes corporativos apostaram na ideia de melhoria de serviços e se mantiveram fiéis.

Em geral, os objetivos principais levantados pelos gestores do novo projeto de negócio são:

a) Ser rentável, garantir que a operação regional voltada para o segmento classe C seja altamente controlada em tempo real, uma vez que o controle de custo é altamente relevante para o sucesso do negócio;

- b) Garantir que a mudança cultural esteja alinhada à prática das políticas e diretrizes de maneira uniforme em todas as suas operações, de forma a contribuir para processos enxutos;
- c) Contribuir para a consolidação da operação e da marca como uma organização comprometida com a entrega no segmento de clientes classe C de expressiva relevância no mercado brasileiro;
- d) Ajustar o modelo adotado para ser replicado em outras regiões brasileiras, sempre com um controle em nível local, a fim de se manter o propósito do negócio.

Para os líderes do negócio, a forma atual com que acompanham os resultados são:

- Por margem EBITDA margem de geração operacional, em português
- Pelo DRE e outro dados contábeis.

Dessa forma, os líderes analisam marginalmente o quanto seus clientes contribuem, porém de forma global. Não focam somente na margem operacional (EBITDA), mas também no resultado do negócio como um todo. Seguem os trechos principais sobre esse assunto das entrevistas realizadas:

• Entrevistado A: "A gente (...) primeiro, existe um compromisso de entregar uma margem final, o primeiro ponto é esse, o que eu tenho que entregar para dizer que esse produto é viável. Então exige uma ordem financeira que é necessária ser entregue - "10% do EBITDA [Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization - margem de geração operacional, em português LAJIR - Lucro antes de juros e imposto de renda]. Então quando eu estiver entregando acima disso [dessa margem EBITDA], eu posso baixar preço, eu posso fazer o que eu quiser enquanto estiver entregando essa margem. Agora os indicadores que entregam essa margem não têm nada a ver com o financeiro. São indicadores de controle, de quantidade de internações eletivas, que você faz do total de internações que você tem, quantidade de exames que você pede por consulta, de acordo com a especialidade que o médico trabalha, quantidade de cirurgias por especialidade, tempo médio de internação. São indicadores que, na verdade assim, eles existem no mercado, então quem consegue entregar um indicador com o custo mais

baixo? Porque existe uma forma, como a proposta do produto é trabalhar em microrregião, todo mundo da microrregião tem que participar do ônus como do bônus, entendeu? Tanto participa para poder ajudar a entregar o resultado, como se atingir o resultado, se tiver premiação, todo mundo também recebe. Então, num escopo pequeno, não é numa dimensão imensa da [região de uma] empresa, é ali só naquela microrregião. Então existe um empenho muito grande das pessoas que administram, dos médicos, das equipes médicas, de quem tem que fazer regulação, da assistente social, de todo mundo em fazer esse resultado dar, desse resultado acontecer. O [fator] principal da medição desses indicadores é que é diário. É todo dia que se mede. Mede[-se] todo dia. Normalmente as operadoras não trabalham assim. Elas medem muitas coisas depois, para poder corrigir [todas] essas dificuldades, esses problemas. Para melhorar os indicadores nesse caso, é todo dia. Todo dia a gente sabe qual é o quadro de cada paciente que está internado em cada hospital."

- Entrevistado B: "Temos o DRE Demonstrativo do Resultado do Exercício. Medimos o resultado pela contabilidade da empresa. A mensuração de resultado é a tradicional, receita, despesa, despesa assistencial. A gente mede a sinistralidade, as despesas administrativas, as despesas comerciais, tem o EBITDA [Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization margem de geração operacional, em português LAJIR Lucro antes de juros e imposto de renda]. O que você tem depois [é] o CAPEX [Capital Expenditure em português, despesas de capital ou investimento em bens de capital], que é o montante de dinheiro despendido na aquisição ou introdução de melhorias, [além] do EBITDA]. Ou seja, como você avalia o resultado de qualquer empresa."
- Entrevistado C: "Hoje, [para medir] o resultado a gente usa um DRE [Demonstração do Resultado do Exercício]. Para medir a gente usa um resultado, ele é centralizado e validado, nosso resultado é contábil, ponto. Não é a sinistralidade, que seria só o custo médico versus receita, a gente mede na verdade o DRE, então a gente mede a eficiência na cadeia, então o resultado final que a gente usa é o EBITDA. [Logo,] a gente usa como resultado a margem que a empresa deixa. As operadoras de saúde normalmente não

usam a DRE como margem de empresa, usam muito a sinistralidade, o resto eles consideram como consequências inadministráveis (...) a gente usa na verdade a cadeia inteira, que é a despesa comercial, despesa administrativa, a sinistralidade em si, sobre contraprestações efetivas [de receita], [consideramos] PEONA [Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados, valor estimado para cobrir eventuais despesas não esperadas], que a regulamentação nacional obriga que nós depositemosmos [um valor] baseado no número de beneficiários que a gente tem, e [além do custo do] SUS – que seria o que o SUS cobra da gente (...) a holding faz [o controle] sobre sinistro (...), então o que a holding faz e só contraprestações efetivas, o que seria a receita que entra mais a venda de serviços, que são as receitas que entram externas, sobre o custo médico apurado dos beneficiários ativos.(...) Eles não consideram nem despesas administrativas e nem despesas comerciais como resultado, nem PEONA, nem SUS, nem custo jurídicos então tudo isso é excluído, porque aí no final às vezes pode haver um sinistro bom, e o resultado [final] não compartilha [positivamente]. Hoje nosso sinistro gira em torno de 68% e 69%, com resultado em torno de 15% de EBITDA [margem operacional]." Quando o grupo da empresa Alfa tinha um sinistro em torno de 71%, a margem EBITDA rodava de 3% a 5%."

Sobre como avaliam um bom cliente para empresa, as respostas foram ligadas ao uso controlado do custo médico, bem como sua parceria com à empresa Alfa, com o novo modelo de negócio:

- Entrevistado A: "Muito ligado ao valor da sinistralidade".
- Entrevistado B: "Bom cliente seria aquele que não usa o plano [do ponto de vista financeiro, em relação à sinistralidade]. Bom cliente é aquele que paga em dia, que segue as orientações de saúde, que conseguimos colocar nos programas de medicina preventiva, que você consegue fazer com que ele utilize de forma ordenada o serviço."
- Entrevistado C: "(...) hoje um bom cliente é aquele que é parceiro, que compra a ideia da regionalidade e compra a ideia da assistência saúde, com alta qualidade e não com serviços espalhados."

7.2. Compilação dos dados quantitativos

O período relativo aos dados considerados para a análise abrange os anos de 2013 e 2014, pois em ambos há dados de receita e custo por beneficiários, assim como há dados contábeis. Em 2013 consideramos o resultado pela antiga gestão do negócio, em 2014 o resultado pela nova gestão, com o projeto-piloto da empresa Alfa.

Os dados foram analisados e unificados para comparação. Os dados em "Base de Atendimento de Clientes" foram reunidos com os dados em "Relatório de Vidas Geral" numa única fonte – ligados com a receita e o custo por beneficiários, acrescidos da base de estratificação de riscos por doenças (CID).

Nessa básica única, novos dados analisados se introduziram:

- Número de meses Quantidade de tempo em meses do beneficiário na base de dados, calculada entre a data de entrada e data de saída/último período verificado.
- Tipo de cliente Cliente novo (quando só há a 1º parcela do cliente, ou seja, ele está há menos de 1 mês na base), cliente 1º ano (clientes da 2ª parcela à 12ª parcela, ou seja, que estão há menos de 12 meses na base), cliente de carteira (clientes ≥ 13ª parcela, ou seja, que estão há mais de um ano na base).
- Para cliente pessoa jurídica, PME e adesão Atividade econômica (feita pesquisa em base pública para adquirir as principais atividades de cada empresa).
- Para cliente pessoa jurídica, PME e adesão Setor (agrupador de atividade econômica: comércio, indústria, governo, associação & sindicato, não informado).
- Risco máximo grau máximo de exposição ao risco por CID, entre 0 e 3.
- Receita anual ajustada ajuste em função da receita mensal informada.

Os clientes da operadora foram analisados conforme o cenário de inclusão de risco. As marcações na base de dados que identificam os indivíduos presentes em cada foram feitas por meio da classificação do CID. Nos atendimentos, os prestadores médicos informam na guia realizada esse

código de classificação padronizado, logo pudemos identificar a enfermidade apresentada pelo beneficiário ao longo do tempo.

Baseados nessa proposta de segmentação por risco de Stujis et al. (2015), pudemos listar quatro grupos para a elaboração da pesquisa:

- (i) Saudáveis ou sem risco aparente (clientes sem risco identificado);
- (ii) Com algum risco identificado (ex. obesos, fumantes);
- (iii) Em tratamento (ex. pacientes com doenças agudas);
- (iv) Crônicos alta complexidade (ex. pacientes com doenças crônicas, como diabetes).

Com essa estratificação, pode-se perceber se há alguma prevalência de alto risco em algum critério da carteira, como por tipo de contrato do cliente, gênero e faixa etária, assim como o tempo presente na carteira analisada – divisão entre novos (entrantes) e antigos clientes, tempo médio de contrato na operadora, etc.

A classificação por CID da empresa Alfa foi dada da seguinte maneira:

- 0 Beneficiários saudáveis ou sem risco de saúde aparente;
- 1 Beneficiários com algum risco de saúde;
- 2 Beneficiários em tratamento;
- 3 Beneficiários com doenças crônicas.

O risco máximo foi atribuído a cada beneficiário com base no maior risco encontrado durantes os 32 meses comparados (janeiro de 2013 a agosto de 2015). Ou seja, qual foi o maior nível de risco apresentado entre 0 e 3 de um dado cliente. Se um beneficiário apresentou diferentes códigos com diferentes riscos, para uma análise mais conservadora, foi considerado apenas o pior cenário, o maior risco. Por exemplo, o CID X tem grau 2, o CID Y tem grau 3 – se o beneficiário em 2013 apresentou uma guia de atendimento com o CID X, em 2014 com o CID Y, ficou considerado como risco 3 para ambos os anos, em efeito de comparação. Apesar de a análise quantitativa do presente estudo ser a comparação do ano 2013 X 2014, para a classificação de "risco máximo" foram considerados todos os dados disponíveis, incluindo 2015. Uma vez que um beneficiário é

descoberto como crônico ou está em tratamento, precisa ser levada em conta essa condição, pois o mesmo deixa de ser ausente de risco.

Os dados da população também foram analisados conforme o porte do contrato, mediante as diferentes características gerais dos grupos (gênero e faixa etária) e atividades econômicas apenas em cliente corporativo, para construir o modelo da análise de lucratividade da carteira de clientes e mensurar os resultados financeiros nos diferentes períodos.

Ao comparar os dados gerais somados nessa base única por beneficiário com os dados de receita e custo gerais nos relatórios contábeis – como o "Demonstrativo do Resultado do Exercício" –, verifica-se que ambos não são iguais. Isso se deve ao fato de a base por beneficiário não conter receitas extras a pagar por negociações fora do contrato, como aportes de capitais para os planos corporativos. Essas somas extras de capital não são rateadas por beneficiário no controle de receita, ficam apenas no sistema contábil. Importante também notificar que a base de receita por beneficiário – "Relatório de Vidas Geral" – muitas vezes não apresentou valores monetários (R\$) no campo da "Receita", apesar de haver um custo médico respectivo para o mesmo cliente em "Base de Atendimento de Clientes". Isso se deve ao fato de existirem negociações pagas no nível do contrato, e esse registro não existe no nível individual; logo, os dados desses clientes foram descartados, uma vez que não se podia medir o efeito da sua sinistralidade (custo médico X receita). Para este trabalho, essas bases de aporte de capital ou pagamentos via contrato não foram disponibilizadas.

O resultado total de receita analisado por beneficiário representa cerca de 97% com relação ao DRE-2013, e 87% para DRE-2014. O número de beneficiários analisados representa cerca de 91% com relação ao DRE-2013, e 87% para DRE-2014.

7.2.1. Análise de variação contábil

A seguir, a tabela 7.1 apresenta a análise realizada da variação em % do DRE-2013 *versus* o DRE-2014.

Tabela 7.1: Comparação de DRE 2013 X DRE 2014, valores em base 100

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS	Valores Relativos Base 100 - 2013	Valores Relativos Base 100 - 2014	Variação % 2014 X 2013
Receita de Contraprestações Efetivas	100	105	5%
. Contraprestações Líquidas	103	108	4%
. Contraprestações Emitidas	104	109	5%
. Contraprestações de Co-Resp. assumidas		-	0,0
. (-) Cancelamentos	_	(1)	
. (-) Contrapretações de Co-Resp Transferidas	(1)	(1)	-26%
. (-) Outras Deduções	(0)	-	
. Receita com Administração de Planos de Assist.	0	_	
. +/(-) Variação da Provisão de Risco	-	-	
. (-) Tributos Diretos de Oper. com Planos de Assist.	(3)	(3)	-13%
(-) Eventos Indenizáveis Líquidos	(90)	(71)	-21%
. Eventos Indenizáveis	(88)	(70)	-20%
. Ressarcimento ao SUS	<u>`</u> ′	(1,3)	
. (-) Recuperação de Eventos	1,3	0,5	-59%
. (-) Recuperação de Despesas	-	-	
. Var. da Prov. de Eventos Ocorridos e Não Avisados	(2,3)	0,2	-110%
(=)Resultado das Operações com Planos de Assist.	10,5	34,0	224%
(+/-) Outras Rec. / Desp. Operac. de Assist. à Saúde	0,4	0,0	-93%
. Outras Rec. Operac. de Assist. à Saúde	0,4	0,0	-93%
. (-) Outras Despesas. de Assist. à Saúde		-	
. (-) Tributos Diretos de Outras Oper. com Planos de Assist.	-	-	
(=) Resultado Bruto	10,9	34	212%
(-) Despesas Comercialização	(2)	(2)	-32%
(-) Despesas Comercialização (-) Despesas Administrativas	(3) (14)	(2) (16)	-32% 15%
. Despesas com Pessoal	(7)	(6)	-20%
. Despesas com Serviços de Terceiros	(3)	(4)	46%
. Despesas com Localização e Funcion.	(2)	(2)	-23%
. Despesas com Propaganda e Publicidade	(0)	(0)	-68%
. Despesas com Tributos	(0)	(0)	35%
. Provisões para Contingências	- ` ´	(2)	
. Despesas Diversas	(1)	(3)	87%
(+/-) Outras Rec. / (Desp.) Operacionais	(1)	(4)	364%
Resultado Operacional	(7,1)	11	262%
Resultado Financeiro	0,5	0,3	-39%
Resultado Patrimonial	0,6	0,3	-39 % 23%
Resultado Líq. Antes dos Impostos e Participações	(6,1)	12,4	304%
(-) Impostos sobre Lucro		(4)	
(-) IRPJ	_	(4) (3)	
(-) CSSL	-	(1)	
Resultado do Exercício	(6,1)	8,7	243%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

As receitas efetivas aumentaram em 5% de 2013 para 2014, já os eventos indenizáveis líquidos (custos médicos) caíram em 21%. O resultado bruto aumentou em 212% em comparação com o mesmo período, o que sinalizou uma melhora da relação custo médico e receita.

Houve uma diminuição com despesas comerciais, de 32%. Esse movimento já era esperado, uma vez que a empresa Alfa estava no processo de reformulação do seu modelo de negócio, logo ainda não estava a ponto de divulgá-lo de forma massiva para o mercado. Houve uma piora nas demais despesas administrativas indiretas de 15% de 2013 para 2014, por conta dos investimentos no negócio, como reforma e construção de hospitais/unidades de atendimento.

O resultado do exercício de 2014 foi positivo, 243% maior que o resultado negativo de 2013. Ou seja, a empresa Alfa deixou de ser deficitária de um ano para o outro. Isso mostra uma eficiência financeira, pois seu saldo final ficou positivo.

A seguir, temos a tabela 7.2 com a comparação dos dados por beneficiário da empresa Alfa.

Tabela 7.2: Comparação de DRE 2013 X DRE 2014, valores em base 100

	Valores Relativos Base 100 - 2013	Valores Relativos Base 100 - 2014	Variação % 2014 X 2013
Número de Beneficários	100	84	-16%
Receita Ticket-Médio (por Beneficiário)	100	125	25%
Custo Médico Médio (por Beneficiário)	100	95	-5%
Despesa Comercial Médio (por Beneficiário)	100	82	-18%
Despesa Administrativo Médio (por Beneficiário)	100	163	63%

	Dados % 2013	Dados % % 2014	Variação % 2014 X 2013
% Sinistralidade (Receita vs. Custo Médico)	90%	68%	-24%
% Despesas Comerciais & Administrativas vs. Receita	18%	21%	20%
Margem Líquida	-6%	8%	236%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Apesar da queda de número de beneficiários em 16% de 2013 para 2014, o *ticket*-médio de receita subiu em 25%, com uma queda de custo médio por beneficiário de 5% e uma queda na despesa comercial por beneficiário de 18%. A margem bruta (EBITDA) fechou em 32% em

2014, superior à média do mercado de saúde suplementar brasileiro, de apenas 16%, conforme divulgado pela ANS (2015). A margem líquida da empresa fechou em 8% em 2014, com 232% de crescimento em relação ao ano anterior – além de ser muito superior também à média de mercado brasileiro, de 0,6% para o mesmo período, segundo a ANS (2015).

Houve um aumento nas despesas administrativas por beneficiário de 63%. A responsabilidade desse aumento seria pelo crescimento das despesas com serviços de terceiros.

Logo, por essa análise geral, percebemos que se trata de uma empresa altamente lucrativa para o setor de saúde brasileiro.

7.2.1. Análise da base de clientes por sinistralidade, proporção de beneficiários, percentual de custo médico, tempo médio de permanência e margem absoluta

A seguir, temos as análises pela base unificada de clientes. A tabela 7.3 mostra um comparativo anual por ano, gênero e porte dos beneficiários.

Tabela 7.3: Proporção de beneficiários, por porte e gênero

% Beneficiários	Ano X Gêne	ro		_		
	20	13	2013 Total	2014		2014 Total
Porte	Feminino	Masculino		Feminino	Masculino	
Pessoa Física	13	% 8%	22%	13%	8%	22%
PME	2	% 2%	3,3%	2%	2%	3,8%
Pessoa Jurídica	35	% 36%	71%	35%	35%	71%
Adesão Pessoa Jurídica	a 2	% 2%	4,1%	2%	2%	3,9%
Total Geral	53	3% 47%	100%	53%	47%	100%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Ao se analisar por porte a passagem do período de 2013 para 2014, a composição do total da carteira em números permaneceu estável, apenas com um ligeiro aumento na participação para o porte PME. O maior porte em ambos os anos foi o de Pessoa Jurídica (PJ), o qual representa 71%. A proporção de gênero é quase de 50% para cada (feminino e masculino), e tampouco se observam alterações consideráveis. A tabela 7.4 a seguir mostra a proporção de beneficiários, por faixa etária e gênero.

Tabela 7.4: Proporção de beneficiários, por faixa etária e gênero

% Beneficiários	Ano X Gêner	o				
	201	3	2013 Total	2014		2014 Total
Faixa Etária	Feminino	Masculino		Feminino	Masculino	
00 A 18 ANOS	149	6 14 %	27%	15%	14%	29%
19 A 23 ANOS	49	6 ■ 3%	7%	4%	3%	8%
24 A 28 ANOS	59	6 ■ 4%	9%	5%	4%	9%
29 A 33 ANOS	69	6 5 %	11%	6%	5%	10%
34 A 38 ANOS	69	6 ■ 5%	10%	5%	4%	9%
39 A 43 ANOS	59	6 ■ 4%	9%	5%	4%	9%
44 A 48 ANOS	49	6 ■ 4%	8%	4%	4%	8%
49 A 53 ANOS	39	6 ■ 3%	6%	3%	3%	6%
54 A 58 ANOS	39	6	5%	2%	2%	5%
59 ANOS OU MAIS	49	6 ■ 4%	8%	4%	3%	8%
Total Geral	53	% 47%	100%	53%	47%	100%

De 2013 para 2014, ao analisar pela faixa etária, a composição do total da carteira em números permaneceu estável, apenas com um ligeiro aumento na participação para a faixa mais jovem, de 27% para 29%. A tabela 7.5 a seguir mostra a proporção de beneficiários por porte, além de faixa etária e gênero.

Tabela 7.5: Sinistralidade por porte, gênero e faixa etária

% Sinistralidade	Ano X Gênero 🛂					
	⊒2013	'	2013 Total	⊒ 2014		2014 Total
Porte X Faixa Etária	Feminino	Masculino		Feminino	Masculino	
■ Pessoa Física	81%	80%	81%	72%	64%	69%
00 A 18 ANOS	78%	81%	80%	70%	72%	71%
19 A 23 ANOS	72%		83%	81%		70%
24 A 28 ANOS	82%	50%	72%	98%	52%	85%
29 A 33 ANOS	128%	93%	119%	93%	78%	89%
34 A 38 ANOS	90%		84%	106%	53%	91%
39 A 43 ANOS	105%		99%	88%		76%
44 A 48 ANOS	77%		77%	63%		
49 A 53 ANOS	68%		66%	59%		53%
54 A 58 ANOS	63%		65%	62%		56%
59 ANOS OU MAIS	78%		80%	64%	76%	67%
■PME	66%			61%		
00 A 18 ANOS	69%		85%	53%		
19 A 23 ANOS	61%		47%	81%		
24 A 28 ANOS	97%		70%	94%		76%
29 A 33 ANOS	91%		68%	81%		71%
34 A 38 ANOS	68%		60%	69%	78%	73%
39 A 43 ANOS	92%		72%	69%		
44 A 48 ANOS	52%		50%	37%		
49 A 53 ANOS	45%		43%	65%		65%
54 A 58 ANOS	55%		83%	41%		37%
59 ANOS OU MAIS	42%		37%	44%	34%	39%
■ Pessoa Jurídica	97%			84%		
00 A 18 ANOS	61%		69%	57%	57%	
19 A 23 ANOS	83%		73%	106%	50%	
24 A 28 ANOS	124%		88%	111%	53%	80%
29 A 33 ANOS	114%		82%	106%	49%	76%
34 A 38 ANOS	118%		89%	86%	53%	68%
39 A 43 ANOS	99%		80%	86%		
44 A 48 ANOS	106%		91%	83%		
49 A 53 ANOS	104%		89%	97%	67%	81%
54 A 58 ANOS	102%		102%	73%	86%	80%
59 ANOS OU MAIS	97%		103%	74%	85%	80%
■ Adesão Pessoa Jurídica				65%		
00 A 18 ANOS	103%		90%	82%	177%	131%
19 A 23 ANOS	85%		64%	120%		89%
24 A 28 ANOS	119%		101%	87%		71%
29 A 33 ANOS	129%		101%	95%		
34 A 38 ANOS	97%			71%		
39 A 43 ANOS	100%			93%		
44 A 48 ANOS	83%		98%	88%		
49 A 53 ANOS				88%		
	111%					
54 A 58 ANOS	76%		77%	106%		
59 ANOS OU MAIS Total Geral	74%		84%	47%		
Total Geral	89%	77%	83%	77%	61%	70%

Quanto menor o sinistro, maior é a lucratividade da carteira, pois a margem de lucro bruto da empresa é melhor. Deve-se entender que a diferença entre a receita e o custo médico, ou seja, a

margem operacional é necessária para poder pagar as demais despesas administrativas e financeiras da empresa e se obter a margem líquida após os impostos e taxas.

Podemos identificar que a sinistralidade da carteira analisada total (presente na linha 'Total Geral' da tabela 7.5) caiu de 83% em 2013 para 70% em 2014, esse resultado é fruto de uma gestão melhor realizada, principalmente pelo movimento de exclusão de beneficiários de baixa margem no porte PJ. A melhor sinistralidade por porte seria do PME (55%), já a pior seria do PJ (72%).

Em geral, as faixas etárias mais jovens tendem a ter uma melhor sinistralidade do que as faixas etárias mais velhas. Mas, em alguns casos, ocorreram problemas ao observar nos portes pessoa jurídica e adesão um alto sinistro em ambos os anos para o público mais jovem feminino. Normalmente, esse público pode ser um alto utilizador por estar em idade fértil, ocorrendo mais partos naturais ou por cesáreas, logo, aumentando o número de internações.

A Figura 7.2 a seguir mostra a sinistralidade por grupo de risco, sendo 0 o menor (clientes saudáveis) e 3 o maior (clientes com doenças crônicas).

-2013 **---**2014 140% 120% 100% 81% **81%** 80% 62% 80% 60% 56% 40% 20% 0% 0 2 3 1

Figura 7.2: Sinistralidade por grupo de risco (0 a 3) - Geral

O grupo de beneficiários que não apresenta risco (0) teve uma queda drástica de sinistralidade de 2013 para 2014, de 81% para 18%. Esse grupo em geral apresenta resultados menores em relação aos demais menores , por serem baixo utilizadores, logo os que menos geram custo médico. O trabalho de correção em reajustes anuais pela nova gestão demonstra os efeitos alcançados em 2014, pois a base de clientes saudáveis em 2013 estava mal precificada, sem eficiência de gestão e controle. A seguir, a tabela 7.6 estratifica o percentual de custo médico e o percentual de beneficiários pelo grau de risco.

Tabela 7.6: % custo médico e % beneficiários por grupo de risco (0 a 3) - Geral

% Custo Mé	dico Anos		% Beneficários	Anos	
Grau de Ris	co 2013	2014	Grau de Risco	2013	2014
0	34%	5%	0	51%	27%
1	15%	19%	1	17%	26%
2	28%	41%	2	23%	35%
3	23%	34%	3	8%	12%
Total Geral	100%	100%	Total Geral	100%	100%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

De 2013 para 2014, o peso (em %) de custo médico para os graus de risco 2 e 3 aumentou em participação, de 51% (28% + 23%) para 75% (41% + 34%). Isso mostra a evolução da carteira mais ajustada com relação à precificação, pois o esperado é que os beneficiários com maior risco de saúde tendam a ser os maiores utilizadores ou geradores de custo médico. Em 2014, o custo médico do menor risco (0) representa 5% do total, apesar de existir 27% dos beneficiários da carteira. A seguir, a tabela 7.7 estratifica a sinistralidade por grupo de risco, entre beneficiários ativos e excluídos, assim como a tabela 7.8 apresenta o percentual de participação por grupo de risco desses mesmos grupos de beneficiários.

Tabela 7.7: Sinistralidade por grupo de risco (0 a 3) – Beneficiários ativos X excluídos

% Sinistralidade	Grau de Risco				
					Total
Ano	0	1	2	3	Geral
2013	81%	62%	81%	119%	83%
Ativo	41%	59%	77%	114%	70%
Excluído	157%	188%	335%	772%	169%
2014	18%	56%	80%	127%	70%
Ativo	17%	51%	71%	111%	63%
Excluído	26%	81%	138%	300%	113%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Tabela 7.8: Percentual de participação por grupo de risco (0 a 3) - Beneficiários ativos X excluídos

% Beneficiários	Grau de I	Risco			
					Total
Ano	0	1	2	3	Geral
2013	100%	100%	100%	100%	100%
Ativo	43%	94%	96%	98%	69%
Excluído	57%	6%	4%	2%	31%
2014	100%	100%	100%	100%	100%
Ativo	71%	70%	73%	80%	72%
Excluído	29%	30%	27%	20%	28%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Dos 31% de beneficiários excluídos em 2013, a maior parte foi do grupo de menor risco (0 e 1), com alta sinistralidade, respectivamente de 157% e 188%. Os beneficiários excluídos crônicos (risco 3), com a maior sinistralidade de 772%, só representaram 2% de exclusão no período. Já em 2014, os beneficiários excluídos crônicos (risco 3), tiveram 20% de exclusão, com média sinistralidade alta de 300%.

Houve um reajuste aplicado à carteira de clientes em 2014, assim as empresas com margem de contribuição negativa ou se tornaram positivas ou deixaram de ser clientes. No global, podemos perceber esse mesmo movimento ao comparar a sinistralidade de clientes de carteira. Os índices sinistralidade, após um ano, melhoraram de 83% em 2013 para 70% em 2014. A seguir, a tabela 7.9 estratifica a sinistralidade dos grupos de risco por tipo de cliente - novo (cliente no primeiro mês de contrato), 1º ano (cliente até o primeiro ano de contrato) e carteira (cliente com mais de 1 ano de contrato).

Tabela 7.9: Sinistralidade por grupo de risco – Por tipo de cliente

% Sinistralidade	Grau de Risco				
Tipo de Cliente	0	1	2	3	Total Geral
2013	81%	62%	81%	119%	83%
Cliente Novo	169%	105%	61%	90%	113%
Cliente de Carteira	84%	65%	83%	121%	86%
Cliente 1º Ano	68%	47%	71%	103%	68%
2014	18%	56%	80%	127%	70%
Cliente Novo	180%	777%	2520%	1589%	1246%
Cliente de Carteira	17%	54%	77%	124%	69%
Cliente 1º Ano	27%	85%	115%	222%	86%

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

A sinistralidade de novos clientes piorou de 2013 para 2014, e de 113% para 1246%, o que indica um agravante na precificação de entrada. Isso pode ser explicado pelo fato de a empresa Alfa tentar manter um preço competitivo no mercado, com o foco apenas no reajuste de clientes de carteira. Os clientes com contrato até o 1º ano também pioraram a sinistralidade, de 68% para 86%. Apenas os clientes de carteira melhoraram na mesma comparação de período, de 86% para 69%.

Na tabela 7.10 a seguir, podemos também comparar a sinistralidade 2013 X 2014 de clientes até o 1º ano (cliente novo + cliente 1º ano) com clientes após o 1º ano (cliente de carteira) por porte:

Tabela 7.10: Sinistralidade de clientes até 1º ano e clientes após o 1º ano - por porte

Clientes até 1º Ano	% Sinistralidade	% Custo Geral	Clientes após 1º Ano	% Sinistralidade	% Cus
■2013	68	3% 100%	■2013	86%	,
Adesão Pessoa Jurídica	73	% 2%	Adesão Pessoa Jurídica	87%	
Pessoa Física	55	% 16%	Pessoa Física	84%	
Pessoa Jurídica	72	% 78%	Pessoa Jurídica	89%	
PME	55	% 4%	PME	62%	
⊒2014	88	3% 100%	■2014	69%	,
Adesão Pessoa Jurídica	90	% 4%	Adesão Pessoa Jurídica	64%	
Pessoa Física	193	% 6%	Pessoa Física	69%	
Pessoa Jurídica	87	% 87%	Pessoa Jurídica	70%	
PME	50	% 3%	PME	55%	

Clientes até 1° ano representam em média 11% do custo total dos beneficiários. De 2013 para 2014, apesar de termos tido um aumento de sinistralidade para todos os portes – com exceção do PME, pelo o peso de seu custo não ser tão relevante como o de clientes de carteira (após o 1° ano, representam 89% do total de clientes), esse grupo não afetou substancialmente o resultado final. A seguir, na tabela 7.11, temos o tempo médio de permanência (meses) dos clientes por porte.

Tabela 7.11: Tempo médio de permanência (meses) por porte

Média de Meses	Grau de Risco ▼				
Ano X Porte	0	1	2	3	Total Geral
⊒2013	43	47	44	55	45
Pessoa Física	49	56	53	64	54
PME	33	33	33	37	34
Pessoa Jurídica	40	42	39	47	41
Adesão Pessoa Jurídica	78	78	75	80	78
■ 2014	44	48	46	58	47
Pessoa Física	69	68	64	75	68
PME	30	37	37	43	36
Pessoa Jurídica	37	41	39	47	40
Adesão Pessoa Jurídica	76	81	77	84	79

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

O tempo médio de carteira também é um índice importante para medir a fidelização. Houve um pequeno aumento na permanência global, de 45 meses em 2013 para 47 meses em 2014. A maior diferença por porte foi de pessoa física, de 54 para 68. As carteiras com maior grau de risco (3) tendem a ter um tempo médio de permanência maior, uma vez que pacientes crônicos utilizam com maior frequência o plano de saúde e trocam menos de operadoras no mercado para não sofrerem as carências de utilização que seriam exigidas (uma eventual troca por outra operadora obriga contratualmente esperas determinadas para realização de

atendimentos médicos). Além disso, os pacientes crônicos que desejam trocar de operadora correm o risco de sofrer barreiras de entrada por algumas empresas no mercado, devido à sua alta precificação pela sua pré-condição de saúde. A seguir, a tabela 7.12 mostra o tempo médio de permanência (meses) por faixa etária.

Tabela 7.12: Tempo médio de permanência (meses) por faixa etária

Média de Meses	Grau de Risco				
Ano por Faixa Etária 🛂		1	2		I Geral
■ 2013	43	47	44	55	45
00 A 18 ANOS	39	43	36	47	39
19 A 23 ANOS	40	45	40	44	41
24 A 28 ANOS	30	32	29	34	30
29 A 33 ANOS	35	36	35	37	35
34 A 38 ANOS	41	43	41	42	42
39 A 43 ANOS	47	49	45	49	47
44 A 48 ANOS	51	54	50	53	52
49 A 53 ANOS	53	58	55	54	55
54 A 58 ANOS	59	60	57	60	59
59 ANOS OU MAIS	72	77	75	76	75
■ 2014	44	48	46	58	47
00 A 18 ANOS	42	45	40	50	43
19 A 23 ANOS	33	38	34	40	35
24 A 28 ANOS	32	33	32	37	33
29 A 33 ANOS	37	39	39	40	39
34 A 38 ANOS	43	45	44	47	45
39 A 43 ANOS	48	50	47	53	49
44 A 48 ANOS	50	54	53	56	53
49 A 53 ANOS	56	59	57	60	58
54 A 58 ANOS	60	65	63	66	64
59 ANOS OU MAIS	82	85	83	85	84

Em geral, o tempo médio da carteira tende a ser maior nas faixas mais velhas do que nas jovens, com destaque para os beneficiários acima de 59 anos, que tiveram um aumento médio de 9 meses de 2013 para 2014. Em geral, as faixas mais velhas podem apresentam maior sinistralidade, logo, pelo mesmo motivo dos pacientes crônicos, utilizam com maior frequência o plano de saúde e trocam menos de operadoras no mercado para não sofrerem as carências de utilização que seriam exigidas. A seguir, temos a tabela 7.13 com a sinistralidade por setor de atividade econômica e gênero, dos clientes corporativos (portes PJ, PME e Adesão).

Tabela 7.13: Sinistralidade por setor de atividade econômica e gênero - Clientes corporativos

% Sinistralidade	Ano X Gêr	nero 🗷					
		2013		2013 Total	⊒2014		2014 Total
Porte X Setor	Feminino		Masculino		Feminino	Masculino	
■ Adesão Pessoa Jurídica		83%	90%	86%	65%	66%	65%
Associação & Sindicato		83%	90%	86%	65%	66%	65%
■ Pessoa Jurídica		97%	74%	85%	84%	61%	72%
Associação & Sindicato		80%	86%	83%	73%	76%	75%
Comércio		148%	109%	130%	123%	77%	102%
Governo		48%	36%	44%	43%	42%	43%
Indústria		104%	81%	92%	92%	66%	78%
Não Informado		71%	21%	50%	62%	55%	59%
Serviço		103%	59%	72%	85%	49%	60%
■ PME		66%	55%	61%	61%	47%	55%
Associação & Sindicato		112%	59%	97%	58%	224%	106%
Comércio		62%	40%	52%	67%	48%	58%
Indústria		106%	104%	105%	62%	32%	48%
Não Informado		54%	50%	53%	54%	51%	52%
Serviço		55%	50%	53%	58%	47%	53%
Total Geral		93%	75%	84%	80%	60%	70%

Os setores de serviço e governo têm se mostrado com melhor sinistralidade, mais baixa com relação aos demais. Para o porte PME, há destaque para indústrias e serviços com as melhores sinistralidades, sendo as associações os piores resultados. Para o PJ, o comércio está muito além seu índice médio, o que denota atenção para contratação desse grupo. O governo foi a melhor opção para esse porte, apesar da carteira ser pequena.

De todos os portes corporativos, o PJ será analisado em profundidade, uma vez que é o foco da atual gestão, além de ser a carteira de maior peso da empresa Alfa. A seguir, na tabela 7.14, temos o comportamento da sinistralidade por atividade econômica desse porte. A grande maioria das empresas por atividade econômica reduziu sua sinistralidade de 2013 para 2014, com algumas exceções.

Tabela 7.14: Sinistralidade por atividade econômica – Porte pessoa jurídica

Atividade Econômica 2013 2014 Associação - Profissional 57% 43% Associação - Outros 44% 47% Sindicatos 79% 72% Associação - Clubes Esportivos 149% 79% Associação - Saúde 54% 84% Associação - Filantropia 104% 207% Comércio Waterias-primas 9% 10% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91½ 55% Comércio - Papéis & Embalagens 91½ 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Automóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Auteadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77%<	% Sinistralidade	Anos	
Associação - Profissional 57% 43% Associação - Outros 44% 47% Sindicatos 79% 72% Associação - Clubes Esportivos 149% 79% Associação - Filantropia 104% 207% Comércio Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Saúde 44% 59% Comércio - Lattomóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Lettros 44% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Gases & Combustiveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustiveis 62% 79% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Métais & Decorações 52% 111% <th>Atividade Econômica</th> <th>2013</th> <th>2014</th>	Atividade Econômica	2013	2014
Associação - Outros 74% 47% Sindicatos 79% 72% Associação - Clubes Esportivos 149% 79% Associação - Saúde 54% 84% Associação - Filantropia 104% 207% Comércio Comércio - Maderias-primas 9% 10% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletricos 44% 68% Comércio - Eletricos 44% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 27% 98% Comércio - Hadeiras 22% 79% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Mimertos 153% 110% Comércio - Minerios 153% 110% Comércio - Moveis & Decorações 52% 111%	Associação & Sindicato		
Sindicatos 79% 72% Associação - Clubes Esportivos 149% 79% Associação - Saúde 54% 84% Associação - Filantropia 104% 207% Comércio Comércio - Máquinas & Acessórios 6% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Automóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Mateias & Soldas 91% 70% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 153% 110% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 52% 1111% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Orgão Público 44% 43%	Associação - Profissional	57%	43%
Associação - Clubes Esportivos 149% 79% Associação - Saúde 54% 84% Associação - Filantropia 104% 207% Comércio Comércio 6% Comércio - Maquinas & Acessórios 80% 38% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Automóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Automóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Automóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Bútricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 22% 94% Comércio - Múveis & Decorações 52% 111% Com	Associação – Outros	44%	47%
Associação - Saúde Associação - Filantropia Comércio Comércio - Maquinas & Acessórios Comércio - Matérias-primas Comércio - Matérias-primas Comércio - Papéis & Embalagens Comércio - Saúde Administria - Brinquedos Comércio - Altacadista Comércio - Altacadista Comércio - Altacadista Comércio - Metais & Soldas Comércio - Metais & Soldas Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias Comércio - Gases & Combustíveis Comércio - Madeiras Comércio - Madeiras Comércio - Altamentos Comércio - Alimentos Comércio - Alimentos Comércio - Mínentos Comércio - Mínentos Comércio - Mínentos Comércio - Mínentos Comércio - Serralheria Comércio - Sersalheria Comércio - Sersalheria Comércio - Sertalheria Comércio - Sertalheria Comércio - Sertalheria Comércio - Mateiras Descartáveis Governo Órgão Público Indústria - Equipamentos Elétricos Indústria - Equipamentos Elétricos Indústria - Equipamentos Elétricos Indústria - Equipamentos Elétricos Indústria - Equipamentos Industriais In	Sindicatos	79%	72%
Associação - Filantropia 104% 207% Comércio - Matúrias & Acessórios 6% 6% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Musias & Soldas 91% 70% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% 70% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Garal 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Minerios 153% 110% Comércio - Minérios 52% 111% Comércio - Varejista <th< td=""><td>Associação - Clubes Esportivos</td><td>149%</td><td>79%</td></th<>	Associação - Clubes Esportivos	149%	79%
Comércio Máquinas & Acessórios 6% Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Alutomóveis & Autopeças 44% 68% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Bettricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% 70% Comércio - Gases & Combustiveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustiveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustiveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustiveis 2239 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Náveis & Decorações 52% 111%	Associação – Saúde	54%	84%
Comércio - Máquinas & Acessórios Comércio - Matérias-primas 99% 10%	Associação - Filantropia	104%	207%
Comércio - Matérias-primas 9% 10% Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Eletro & Soldas 91% 70% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Belétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% 77% Comércio - Roupas, Acessórios 63% 82% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 223% 82% Comércio - Garal 223% 84% Comércio - Maleiras 27% 98% Comércio - Moveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 15% 116% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Materi	Comércio		
Comércio - Construção 80% 38% Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 844 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% 76% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Garal 223% 94% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Minerios 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo	Comércio - Máquinas & Acessórios		6%
Comércio - Papéis & Embalagens 91% 55% Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Belétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 153% 110% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria - Equipamentos Elétricos 67%	Comércio - Matérias-primas	9%	10%
Comércio - Saúde 46% 57% Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Sestaurante 98% 116% Comércio - Sestaurante 98% 116% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Örgão Público 44% 43% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% <	Comércio - Construção	80%	38%
Comércio - Automóveis & Autopeças 84% 59% Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Mideiras 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44 43% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% <td< td=""><td>Comércio - Papéis & Embalagens</td><td>91%</td><td>55%</td></td<>	Comércio - Papéis & Embalagens	91%	55%
Comércio - Eletro & Eletrônicos 44% 68% Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Gases & Combustíveis 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Miveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Varejista 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos	Comércio – Saúde	46%	57%
Comércio - Atacadista 95% 68% Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Mádeiras 27% 98% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Warejista 150% 113% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Varejista 111% 154% Comércio - Varejista 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 59% 178% Índústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais	Comércio - Automóveis & Autopeças	84%	59%
Comércio - Metais & Soldas 91% 70% Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Madeiras 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 59% 178% Índústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação	Comércio - Eletro & Eletrônicos	44%	68%
Comércio - Elétricos 79% 76% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Woveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87%	Comércio - Atacadista	95%	68%
Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Alimentos 52% 111% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Equipamentos Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87%	Comércio - Metais & Soldas	91%	70%
Comércio - Gases & Combustíveis 62% 79% Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Alimentos 52% 111% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Eupalagens 87% 64% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Eutrônicos 60	Comércio – Elétricos	79%	76%
Comércio - Tintas & Acessórios 63% 82% Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria Madeira 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Iluminação 8	Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias		77%
Comércio - Geral 223% 94% Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 52% 51% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Gases & Combustíveis	62%	79%
Comércio - Madeiras 27% 98% Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Tintas & Acessórios	63%	82%
Comércio - Alimentos 153% 110% Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria Madeira 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72% </td <td>Comércio – Geral</td> <td>223%</td> <td>94%</td>	Comércio – Geral	223%	94%
Comércio - Móveis & Decorações 52% 111% Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Madeiras	27%	98%
Comércio - Varejista 150% 113% Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Equipamentos Industriais 52% 51% Indústria - Acessórios Industriais 50% 59% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Alimentos	153%	110%
Comércio - Restaurante 98% 116% Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Móveis & Decorações	52%	111%
Comércio - Serralheria 111% 154% Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo Órgão Público 44% 43% Indústria Madeira 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio – Varejista	150%	113%
Comércio - Minérios 59% 178% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Accessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Restaurante	98%	116%
Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 333% 422% Governo 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Serralheria	111%	154%
Governo 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Minérios	59%	178%
Órgão Público 44% 43% Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Accessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis	333%	422%
Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	•		
Indústria 90% 33% Indústria - Madeira 90% 33% Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Órgão Público	44%	43%
Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Indústria		
Indústria - Construção Civil 79% 48% Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Indústria – Madeira	90%	33%
Indústria - Equipamentos Elétricos 67% 50% Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	Indústria - Construção Civil		
Indústria - Brinquedos 52% 51% Indústria - Equipamentos Industriais 50% 59% Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	•	67%	
Indústria - Equipamentos Industriais50%59%Indústria - Acessórios Industriais118%63%Indústria - Embalagens87%64%Indústria - Ferramentas89%68%Indústria - Automotores86%69%Indústria - Eletrônicos60%69%Indústria - Iluminação89%72%			
Indústria - Acessórios Industriais 118% 63% Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%	<u>*</u>		
Indústria - Embalagens 87% 64% Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%			
Indústria - Ferramentas 89% 68% Indústria - Automotores 86% 69% Indústria - Eletrônicos 60% 69% Indústria - Iluminação 89% 72%			
Indústria - Automotores86%69%Indústria - Eletrônicos60%69%Indústria - Iluminação89%72%	<u> </u>		
Indústria - Eletrônicos60%69%Indústria - Iluminação89%72%			
Indústria - Iluminação 89% 72%			
	Indústria - Instrumentos Musicais	61%	

Tabela 7.14: Sinistralidade por atividade econômica – Porte pessoa jurídica (continuação)

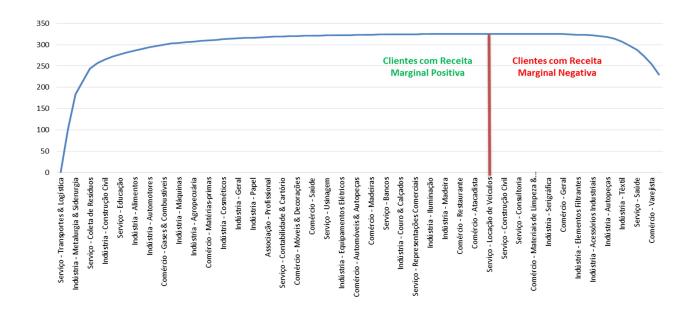
Indústria – Máquinas	95%	74%
Indústria - Alimentos	88%	77%
Indústria – Geral	98%	78%
Indústria - Metalurgia & Siderurgia	85%	79%
Indústria – Plásticos	90%	79%
Indústria - Autopeças	103%	82%
Indústria – Química	99%	84%
Indústria - Cosméticos	84%	85%
Indústria – Móveis	85%	86%
Indústria – Papel	76%	86%
Indústria - Mineração	90%	87%
Indústria – Têxtil	126%	97%
Indústria - Equipamentos Mecânicos	67%	99%
Indústria – Elétrica	69%	104%
Indústria - Elementos Filtrantes	133%	111%
Indústria - Agropecuária	67%	112%
Indústria - Couro & Calçados	88%	120%
Indústria – Vidros	90%	142%
Indústria - Serigráfica	165%	
Não Informado		
Não Informado	50%	59%
Serviço		
Serviço - Coleta de Resíduos	30%	26%
Serviço – Gráficos	47%	29%
Serviço - Informática		34%
Serviço - Lazer & Eventos	60%	41%
Serviço – Bancos	53%	42%
Serviço - Manutenção de Máquinas	54%	49%
Serviço - Transportes & Logística	57%	51%
Serviço - Administração de Condomínio	141%	61%
Serviço - Consultoria	109%	61%
Serviço - Construção Civil	125%	63%
Serviço – Usinagem	78%	65%
Serviço - Contabilidade & Cartório	81%	72%
Serviço - Limpeza e Conservação	124%	75%
Serviço - Representações Comerciais	62%	76%
Serviço – Geral	118%	76%
Serviço – Educação	69%	83%
Serviço - Locação de Equipamentos	82%	88%
Serviço – Funerária	184%	88%
Serviço - Recursos Humanos	114%	131%
Serviço – Saúde	162%	147%
Serviço - Imóveis & Habitação	143%	11770
Serviço - Locação de Veículos	109%	
Total Geral	85%	72%
10001 00101	0370	, 4 / 0

Em 2013, das 81 atividades econômicas listadas, 41 apresentaram valores abaixo da média de 85% do ano. Se somarmos a margem bruta (R\$) desses clientes com melhor sinistralidade, teríamos 128% de todo o resultado do ano. Já em 2014, das 81 atividades econômicas listadas, 34 apresentaram valores abaixo da média de 72%. Se somarmos a margem bruta (R\$) desses clientes com melhor sinistralidade, teríamos 69% de todo o resultado do ano.

Como regra geral, clientes com sinistralidade acima de 100% apresentam margem bruta negativa, logo devem ser reajustados para uma melhora da carteira. A seguir, a figura 7.3 mostra a curva de margem absoluta em 2013 por atividade econômica do porte PJ. A margem absoluta é pela fórmula Receita (-) Custo médico, dessa forma podemos visualizar melhor os clientes que contribuem positivamente em relação aos que contribuem negativamente.

Figura 7.3: Curva absoluta 2013 por atividade econômica – Porte pessoa jurídica

Pessoa Jurídica - Curva de Margem Absoluta (2013) - Base 100



Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Os rendimentos por cliente foram colocados na proporção de base 100 inicial. Em 2013, os quatro primeiros clientes com as melhores margens absolutas (Serviço - Transportes & Logística;

Órgão Público; Indústria - Metalurgia & Siderurgia; e Sindicatos) representam, somados, mais do que a margem total da carteira do ano 2013. Já os clientes com as piores lucratividades marginais seriam: Serviço – Saúde; Comércio – Alimentos; Comércio – Varejista. Se apenas esses últimos citados fossem reajustados na carteira, as margens absolutas subiram em torno de 25%. Se fossem reajustados todos os clientes com contribuição negativa, a margem absoluta aumentaria em 40%. A seguir, a figura 7.4 mostra a mesma curva de margem absoluta para 2014, por atividade econômica do porte PJ.

Pessoa Jurídica - Curva de Margem Absoluta (2014) - Base 100 400 350 300 Clientes com Receita **Clientes com Receita** Marginal Negativa Marginal Positiva 200 100 Indústria - Autopeças Serviço - Limpeza e Conservação Indústria - Madeira Comércio - Roupas, Acessórios e Bijouterias Comércio - Materiais de Limpeza & Serviço - Transportes & Logística Serviço - Coleta de Resíduos Indústria - Ferramenta Comércio - Gases & Combustívei: Comércio - Construção Indústria - Papel Associação - Clubes Esportivo Serviço - Usinagem Não Informado serviço - Locação de Equipamento: Indústria - Eletrônicos Serviço - Repre sentações Comerciais Comércio - Eletro & Eletrônicos Serviço - Lazer & Evento: Indústria - Equipamentos Mecânico: Comércio - Móveis & Decoraçõe: Associação - Profissiona Indústria - Cosmético Indústria - Quími

Figura 7.4: Curva absoluta 2014 por atividade econômica - Porte pessoa jurídica

Fonte: Empresa Alfa, 2015.

Em 2014, apenas os 16 primeiros clientes com as melhores margens absolutas representam a margem total do ano. Seriam:

- 1. Serviço Transportes & Logística
- 2. Órgão Público
- 3. Sindicatos
- 4. Indústria Metalurgia & Siderurgia

- 5. Indústria Autopeças
- 6. Indústria Construção Civil
- 7. Serviço Coleta de Resíduos
- 8. Indústria Embalagens
- 9. Indústria Plásticos
- 10. Indústria Máquinas
- 11. Indústria Geral
- 12. Indústria Automotores
- 13. Indústria Alimentos
- 14. Serviço Geral
- 15. Indústria Mineração
- 16. Comércio Metais & Soldas

Se reajustássemos todos os clientes em 2014 com margem negativa, aumentaríamos em 8% a margem total. Os piores representantes desse ano seriam: Indústria – Vidros, Comércio – Varejista e Serviço – Saúde.

7.2.3. Análise por CLV

Além das análises supracitadas, tais como variação contábil, base de clientes por sinistralidade e margem bruta de contribuição (lucro bruto absoluto), foi realizada a análise do CLV por porte, ao utilizar a fórmula preconizada por Rust, Zeithaml e Lemon (2001) a seguir:

$$CLV = \sum T t = o [(1 + d) - t Rit Sit Mit]$$

Sendo:

t = 1 (1 ano)

d = índice VCMH (Variação de Custo Médico Hospitalar) pelo IESS

Rit = Receita Média

Sit = % Retenção

Mit = Margem de Lucro

Logo, ao transcrever a fórmula para nossa base de dados, temos:

CLV = {[(Receita Média* Margem de Lucro) - (Custo Comercial + Custo Adm./Indireto)]* % Retenção} / (1 + índice VCMH pelo Instituto IESS).

A taxa de desconto foi considerada a VCMH do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, IESS (2015). O custo comercial foi calculado *per capita* por meio do DRE, assim como o custo administrativo/indireto.

A base de dados original foi ajustada por base 100 sobre a receita média total. A tabela 7.15 a seguir faz uma análise por CLV, destaque para o porte pessoa jurídica, que apresentou o menor CLV nos dois anos em comparação:

Tabela 7.15: Análise de CLV por porte – 2013 X 2014

CLV Anual 2013	Valores - Base 1	00								_	
Porte	l% Retenção	Re ce Ba se	ita Média 100	de Lucro	Desconto	Cust	to nercial	Custo Adm/	ndireto	CLV	2013
Adesão Pessoa Jurídica	86%	R\$	194	14%	16,0%	R\$	2,8	R\$	14,0	R\$	7,62
Pessoa Física	84%	R\$	144	19%	16,0%	R\$	2,8	R\$	14,0	R\$	7,78
Pessoa Jurídica	63%	R\$	80	14%	16,0%	R\$	2,8	R\$	14,0	-R\$	2,96
PME	76%	R\$	118	39%	16,0%	R\$	2,8	R\$	14,0	R\$	19,38
Total	69%	R\$	100	17%	16,0%	R\$	2,8	R\$	14,0	-R\$	0,07

CLV Anual 2014										_	
Porte	% Retenção	Receita	Média	Margem de Lucro	Taxa de Desconto VCMH/ IESS	Custo Com		Custo Adm/l	ndireto	CLV	/ 2014
Adesão Pessoa Jurídica	46%	R\$	146	35%	15,8%	R\$	2,0	R\$	19,6	R\$	11,41
Pessoa Física	88%	R\$	146	31%	15,8%	R\$	2,0	R\$	19,6	R\$	17,51
Pessoa Jurídica	68%	R\$	83	28%	15,8%	R\$	2,0	R\$	19,6	R\$	0,93
PME	80%	R\$	113	45%	15,8%	R\$	2,0	R\$	19,6	R\$	20,54
Total	72%	R\$	100	30%	15,8%	R\$	2,0	R\$	19,6	R\$	5,20

O CLV negativo indica que o cliente médio de um determinado segmento não se sustenta ao verificar todos os custos e despesas envolvidos no negócio. Logo, ele reduz a margem da empresa, pois não cobre todas as despesas. No conceito do CLV, a contribuição média de receita, ao considerar a retenção e a taxa de desconto, pode indicar o quão valioso é o cliente para o período analisado.

Em 2013, tivemos um ano ruim para a empresa Alfa. O DRE sinalizou um resultado deficitário, assim como o CLV Geral de -R\$ 0,07. Destaque para o porte de cliente pessoa jurídica no período, o único porte com CLV negativo, de - R\$ 2,96. Por ser o maior porte absoluto da carteira, o resultado geral foi impactado muito negativamente.

Já para 2014, tivemos um ano bom para a empresa Alfa. O DRE sinalizou um resultado positivo, assim como o CLV geral de R\$ 5,20. Destaque também para o porte de cliente pessoa jurídica no período, pois teve seu CLV revertido positivamente, de - R\$ 2,96 para o valor de R\$ 0,93.

Ao realizar o CLV por cliente, podemos avaliar melhor a carteira de beneficiários que apresentam margem absoluta de contribuição positiva. Dessa forma, quando são considerados apenas os clientes com margem absoluta positiva, já atingimos o máximo da contribuição de toda a carteira.

Porém, há clientes com margem de contribuição positiva e CLV negativo. Esses são os casos indicados para serem revistos por contrato, pois ao reajustá-los teríamos um melhor resultado final, por conta dos custos administrativos (indiretos) que seriam diluídos.

A seguir, temos as tabelas 7.16 e 7.17 do cálculo do CLV por atividade econômica dos clientes PJ. Cada tabela representa um modelo de readequação de clientes deficitários para aumento da margem final - a primeira com o foco de decisão por margem positiva, a segunda, por CLV.

Tabela 7.16: CLV por Atividade econômica – Pessoa jurídica (2014) – Foco de decisão por margem positiva

Atividade Econômica - Geral	% Sinistralidade	Margem - Base 100	CLV 2014	Retenção
Serviço - Transportes & Logística	51%	3.609.494	330	76%
Órgão Público	43%	2.685.135	1.485	89%
Sindicatos	72%	1.123.973	345	92%
Indústria - Metalurgia & Siderurgia	79%	1.048.362	- 43	46%
Indústria – Autopeças	82%	737.666	- 77	67%
Indústria - Construção Civil	48%	483.636	415	82%
Serviço - Coleta de Resíduos	26%	447.830	1.536	89%
Indústria - Embalagens	64%	438.317	50	78%
Indústria - Plásticos	79%	427.806	- 82	78%
Indústria - Máquinas	74%	318.595	- 24	81%
Indústria - Geral	78%	237.001	- 67	61%
Indústria - Automotores	69%	227.429	77	84%
Indústria - Alimentos	77%	187.265	- 33	77%
Serviço - Geral	76%	173.996	- 41	33%
Indústria - Mineração	87%	132.394	- 114	71%
Comércio - Metais & Soldas	70%	107.894	- 37	54%
Indústria - Brinquedos	51%	98.841	330	82%
Serviço - Educação	83%	80.777	- 54	58%
Indústria - Química	84%	68.994	- 84	57%
Indústria - Acessórios Industriais	63%	64.180	19	68%
Indústria - Ferramentas	68%	46.051	- 28	70%
Indústria - Equipamentos Industriais	59%	37.678	112	86%
Comércio - Gases & Combustíveis	79%	37.050	- 70	81%
Comércio - Matérias-primas	10%	35.213	3.025	85%
Indústria - Cosméticos	85%	31.759	- 84	66%
Indústria - Instrumentos Musicais	74%	27.938	47	66%
Associação - Profissional	43%	23.383	122	46%
Indústria - Têxtil	97%	21.904	- 128	54%
Associação - Outros	47%	21.318	140	94%
Serviço - Contabilidade & Cartório	72%	20.063	36	41%
Comércio - Construção	38%	20.003	203	85%
Comércio - Automóveis & Autopeças	59%	19.937	79	84%
Indústria - Papel	86%	18.521	- 121	78%
Serviço - Administração de Condomínio	61%	16.178	5	61%
Associação - Clubes Esportivos	79%	15.741	- 36	55%
Comércio - Papéis & Embalagens	55%	15.353	63	82%
Serviço - Usinagem	65%	15.310	3	71%
Indústria - Equipamentos Elétricos	50%	14.696	539	86%
Indústria - Iluminação	72%	14.512	- 63	84%
Comércio - Elétricos	76%	11.776		97%
Não Informado	59%	11.723	69	82%
Serviço - Bancos	42%	11.010	447	83%
Serviço - Limpeza e Conservação	75%	10.118		80%
Serviço - Manutenção de Máquinas	49%	9.004	194	100%
Serviço - Locação de Equipamentos	88%	8.359		46%
Comércio - Saúde	57%	8.352	99	90%

Tabela 7.16: CLV por Atividade econômica – Pe (c	ssoa jurídica (2014 continuação)) – Foco de decisão por	r margem _j	positiva
Indústria - Eletrônicos	69%	6.867	- 16	82%
Indústria - Móveis	86%	6.315	- 74	38%
Serviço - Consultoria	61%	4.740	- 17	64%
Comércio - Atacadista	68%	4.128	- 42	52%
Indústria - Madeira	33%	3.440	-	0%
Associação - Saúde	84%	2.965	- 70	68%
Serviço - Representações Comerciais	76%	2.864	85	100%
Serviço - Gráficos	29%	2.498	342	100%
Comércio - Eletro & Eletrônicos	68%	2.211	37	94%
Comércio - Máquinas & Acessórios	6%	1.395	2.766	100%
Serviço - Lazer & Eventos	41%	1.327	147	67%
Serviço - Informática	34%	975	445	100%
Indústria - Equipamentos Mecânicos	99%	646	- 60	24%
Comércio - Geral	94%	551	- 156	73%
Serviço - Funerária	88%	500	- 124	100%
Comércio - Madeiras	98%	182	-	0%
Serviço - Construção Civil	63%	166	-	0%
Comércio - Tintas & Acessórios	82%	152	-	0%
Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias	77%	100	-	0%
Serviço - Recursos Humanos	131%	-14	- 566	100%
Comércio - Serralheria	154%	-24	- 316	75%
Indústria - Elétrica	104%	-59	- 60	21%
Comércio - Minérios	178%	-68	- 460	85%
Indústria - Couro & Calçados	120%	-82	- 106	27%
Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis	422%	-99	-	0%
Indústria - Elementos Filtrantes	111%	-109	- 109	35%
Comércio - Móveis & Decorações	111%	-113	- 264	75%
Indústria - Agropecuária	112%	-283	- 299	83%
Comércio - Restaurante	116%	-300	- 250	67%
Não se aplica	111%	-485	- 262	81%
Comércio - Alimentos	110%	-1.977	- 266	80%
Associação - Filantropia	207%	-2.011	- 44	8%
Indústria - Vidros	142%	-2.667	- 419	89%
Comércio - Varejista	113%	-4.077	- 261	75%
Serviço - Saúde	147%	-6.454	- 399	80%
Total Geral	72%	13.245.734	12,98	68%

Soma de Margem	Apenas Positiva	13.264.556
	Apenas Negativa	-18.822
	Total	13.245.734

Tabela 7.17: CLV por atividade Econômica - Pessoa jurídica (2014) - Foco de decisão por CLV

CLV % Sinistralidade Margem - Base 100 2014 Atividade Econômica - Geral Retenção Comércio - Matérias-primas 10% 35.213 85% 3.025 Comércio - Máquinas & Acessórios 6% 1.395 100% 2.766 Serviço - Coleta de Resíduos 26% 447.830 1.536 89% 43% 89% Órgão Público 2.685.135 1.485 Indústria - Equipamentos Elétricos 50% 14.696 539 86% Serviço - Bancos 42% 11.010 447 83% 445 Serviço - Informática 34% 975 100% Indústria - Construção Civil 48% 483.636 415 82% 72% 92% Sindicatos 1.123.973 345 Serviço - Gráficos 29% 2.498 342 100% Serviço - Transportes & Logística 51% 3.609.494 330 76% Indústria - Brinquedos 51% 98.841 330 82% Comércio - Construção 38% 20.003 203 85% 49% Serviço - Manutenção de Máquinas 9.004 194 100% Serviço - Lazer & Eventos 41% 147 67% 1.327 94% 47% 140 21.318 Associação - Outros Associação - Profissional 43% 23.383 122 46% Indústria - Equipamentos Industriais 59% 112 86% 37.678 57% 99 90% Comércio - Saúde 8.352 85 100% Serviço - Representações Comerciais 76% 2.864 Comércio - Automóveis & Autopeças 59% 19.937 79 84%Indústria - Automotores 69% 77 84% 227.429 59% 82% Não Informado 69 11.723 Comércio - Papéis & Embalagens 55% 15.353 63 82% Indústria - Embalagens 64% 438.317 50 78% Indústria - Instrumentos Musicais 47 66% 74% 27.938 Comércio - Eletro & Eletrônicos 68% 2.211 37 94% Serviço - Contabilidade & Cartório 72% 36 41% 20.063 Indústria - Acessórios Industriais 63% 19 68% 64.180 61% Serviço - Administração de Condomínio 16.178 5 61% Serviço - Usinagem 65% 3 71% 15.310 Indústria - Madeira 33% 3.440 0% Comércio - Madeiras 98% 182 0% Serviço - Construção Civil 63% 166 0% Comércio - Tintas & Acessórios 82% 152 0% 0% Comércio - Roupas, Acessórios e Bijuterias 77% 100 0% Comércio - Materiais de Limpeza & Descartáveis 422% -99 Indústria - Eletrônicos 69% 6.867 -16 82% Serviço - Consultoria 61% 4.740 -64% 17 74% 81% Indústria - Máquinas 318.595 -24 Indústria - Ferramentas 68% 46.051 -28 70% Comércio - Elétricos 76% 11.776 -29 97% 33 77% Indústria - Alimentos 77% 187.265 -Associação - Clubes Esportivos 79% 15.741 -36 55% Comércio - Metais & Soldas 70% 107.894 -37 54%

Tabela 7.17: CLV por atividade Econômica - Pessoa jurídica (2014) - Foco de decisão por CLV (continuação)

Total Geral	72%	13.245.734	12,98	68%
Serviço - Recursos Humanos	131%	-14	- 566	100%
Comércio - Minérios	178%	-68	- 460	85%
Indústria - Vidros	142%	-2.667		89%
Serviço - Saúde	147%	-6.454		80%
Comércio - Serralheria	154%	-24		75%
Indústria - Agropecuária	112%	-283		83%
Comércio - Alimentos	110%	-1.977		80%
Comércio - Móveis & Decorações	111%	-113		75%
Não se aplica	111%	-485		81%
Comércio - Varejista	113%	-4.077		75%
Comercio - Gerar Comércio - Restaurante	116%	-300		67%
Comércio - Geral	94%	551		73%
Indústria - Têxtil	97%	21.904		54%
Serviço - Funerária	88%	500		100%
Industria - Mineração Indústria - Papel	86%	18.521		78%
Industria - Elementos Finantes Indústria - Mineração	87%	132.394		71%
Indústria - Elementos Filtrantes	111%	-109		35%
Indústria - Couro & Calçados	120%	-82		27%
Serviço - Locação de Equipamentos	88%	8.359		46%
Industria - Quinnea Industria - Cosméticos	85%	31.759		66%
Industria - Piasticos Indústria - Química	84%	68.994		57%
Industria - Autopeças Indústria - Plásticos	79%	427.806		78%
Industria - Moveis Industria - Autopeças	82%	737.666		58% 67%
Indústria - Móveis	86%	6.315		38%
Associação - Saúde	84%	2.965		68%
Comércio - Gases & Combustíveis	79%	37.050		81%
Industria - Huminação Indústria - Geral	78%	237.001		84% 61%
Indústria - Equipamentos Mecânicos Indústria - Iluminação	72%	646 14.512		24% 84%
Indústria - Elétrica	104% 99%	-59		21%
Serviço - Educação	83%	80.777		58%
Serviço - Limpeza e Conservação	75%	10.118		80%
Associação - Filantropia	207%	-2.011		8%
Indústria - Metalurgia & Siderurgia	79%	1.048.362		46%
Comércio - Atacadista	68%	4.128		52%
Serviço - Geral	76%	173.996		33%

Soma de Margem	CLV Positivo	9.497.264
	CLV Negativo	3.748.470
	Total	13 245 748

No primeiro modelo, apresentado na tabela 7.16, apenas foram considerados os clientes com margem absoluta positiva, o que gerou um resultado incremental de R\$ 18.882,00 sobre a margem total inicial. Já no segundo modelo, apresentado na tabela 7.17, foram consideradas somente as margens absolutas de clientes com CLV positivo, porém houve uma redução de margem final em R\$ 3.748.470,00 – isso se deve ao fato de o modelo não considerar incrementos marginais que cobrem parte do custo administrativo (indireto).

Logo, como recomendação, deve-se ser aplicar a primeira análise - de manter na base apenas os clientes com margem absoluta positiva, o que seria o mesmo em dizer clientes com sinistralidade abaixo de 100%. Na sequência, devem-se observar os clientes com margens absolutas positivas que possuem CLV negativo. Isso ajudará a orientar sobre quais beneficiários deve ser aplicado o reajuste de *ticket*-médio necessário, o qual deveria, por via de regra, ser o adequado para suprir todas as despesas do modelo do negócio, como as assistenciais, comerciais e administrativas. Ou seja, todo *ticket*-médio deveria ser calculado de tal forma que garanta a melhor margem final líquida da cadeia.

8 CONCLUSÕES

O objetivo geral desse estudo foi como analisar a lucratividade dos clientes em uma operadora de saúde do segmento de baixo custo no Brasil, além dos seguintes objetivos específicos:

- Entender o modelo do negócio de uma operadora de saúde para clientes com baixo ticketmédio;
- Identificar modelos de avaliação de lucratividade de clientes de diferentes segmentos de uma operadora de saúde;
- 3. Analisar os resultados associados à avaliação da lucratividade e discutir quais ações podem ser tomadas para a melhora da mensuração.

Para entender o modelo de negócio de uma operadora de baixo *ticket*-médio, o caso levantado foi o de uma empresa brasileira de medicina de grupo, que adquiriu uma operadora focada em na classe média – classe C, intitulada empresa Alfa. Por meio de entrevistas qualitativas, foi levantado o modelo de negócio, assim como foi coletada a base de dados quantitativos necessários para a análise dos clientes de sua carteira, como os dados contábeis além da base de custo e receita por beneficiário.

Sobre o modelo de negócio, foram levantados na literatura e destacados na análise das entrevistas os principais pontos que direcionaram a empresa a construir seu modelo único para o setor. A empresa utilizou o *canvas* do modelo de negócios, preconizado por Osterwalder e Pigneur (2010), e sua aplicação fez com que ela obtivesse resultados financeiros acima da média de mercado. Os relatórios contábeis do tipo "DRE - Demonstração do Resultado do Exercício", disponíveis nos anos de 2013 e 2014, foram confrontados e avaliados para verificar a evolução dos resultados gerais do negócio – a margem bruta (*EBITDA*) foi de 32% em 2014, superior à média do mercado de saúde suplementar brasileiro de apenas 16%, conforme divulgado pela ANS (2015).

Os clientes, pelas bases de dados de beneficiários, foram segmentados e analisados por diversos critérios, tais como o grau de risco, *status* (ativos e excluídos), porte, gênero, faixa etária, tempo médio de carteira (em meses), tipo de cliente ligado à receita (cliente novo, cliente de 1º ano ou

cliente de carteira), setor e atividade econômica (apenas para os clientes corporativos). Nesses parâmetros, foi comparada a sinistralidade, o percentual de composição de beneficiários e o percentual de peso do custo médico.

O principal segmento de porte corporativo da empresa, o pessoa jurídica, representa mais de 70% de todos os beneficiários da operadora estudada. Ele foi analisado em profundidade pelo seu peso relativo na carteira. Dessa forma, foi aplicada a conta de margem absoluta (R\$) por atividade econômica, para separar os clientes com margem positiva dos clientes com margem negativa. O conceito do CLV foi aplicado também para comparar o resultado de 2013 contra o resultado 2014. Foi desdobrado o CLV de pessoa jurídica por atividade econômica.

Assim, para a questão principal desse estudo - como melhorar a mensuração da lucratividade do cliente de baixo custo de uma operadora de saúde, de um modo geral, recomenda-se somente aceitar os clientes com margem bruta absoluta positiva, ou clientes com sinistralidade abaixo de 100%. Dessa forma, obtemos a maior margem absoluta possível dentro da carteira. Entretanto, deve-se também conduzir uma análise na base os clientes com margem absoluta positiva, para melhorarmos ainda mais a margem dentro da carteira. Ou seja, devem-se observar os clientes com margens absolutas positivas que possuem CLV negativo. Isso ajudará a orientar sobre quais beneficiários deve ser aplicado o reajuste de *ticket*-médio necessário.

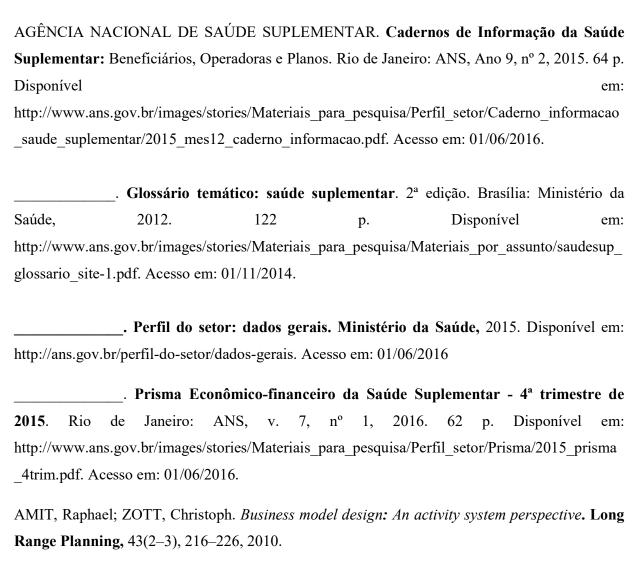
Limitações

Sobre os dados da empresa Alfa, não se obtiveram dados de programas de prevenção de saúde, conforme planejado. Logo, não pudemos segmentar os clientes por esse parâmetro.

Foram obtidos apenas dois períodos completos de dados, o ano de 2013 - no qual estava presente a gestão anterior à compra da empresa Alfa, e o ano 2014, no qual estava presente a atual gestão da empresa Alfa. Um período maior para análise de dados seria ideal para uma melhor avaliação da gestão do negócio.

Para o cálculo do CLV, não foram disponibilizados dados comerciais detalhados por porte, para esse custo ser diferente conforme cada um.

9. REFERÊNCIAS



AMIT, Raphael; MASSA, Lorenzo; ZOTT, Christoph. *The Business Model: Recent Developments and Future Research*. **Journal of Management**. SAGE, 2011. Disponível em: http://jom.sagepub.com/content/37/4/1019. Data de acesso: novembro/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Governo Federal. **Entendendo o SUS.** Disponível em: http://portalsaude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf. Acesso em: 15/05/2014.

CASADESUS-MASANELL, R.; RICART, J.E. From strategy to business models and onto tactics. Long Range Planning, v. 43, n. 2–3, p. 195–215, 2010.

CASADESUS-MASANELL, R.; RICART, J.E. How to design a winning business model. **Harvard Business Review**, v. 89, n. 1-2, p. 100-107, 2011.

CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS. Qual a faixa de renda familiar das classes? São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: http://cps.fgv.br/node/3999. Acesso em: 01/11/2014.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE - CID-10 (2016). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Data de acesso: janeiro/2016.

CUTLER, D.M. Technology, health costs, and the NIH. Harvard University and the National Bureau of Economic Research. Paper prepared for the National Institutes of Health Economics Roundtable on Biomedical Research. Cambridge, MA. September 1995.

EISENMANN, T. *Business model analysis for entrepreneurs*. Working paper 9-812-096. Boston: **Harvard Business School**, April 5, 2012.

EYRING, M.J.; JOHNSON, M.W.; NAIR, H. New business models in emerging markets. **Harvard Business Review,** v. 89, n. 1, p. 88–98, 2011

GIROTRA, K.; NETESSINE, S. Four paths to business model innovation. **Harvard Business Review**, v. 92, n. 7-8, p. 96-103, 2014

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira essencial**. 2a. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

HAENLEIN, M.; KAPLAN, A.M.; SCHODER, D. Valuing the real option of abandoning unprofitable customers when calculating customer lifetime value. **Journal of Marketing**, v. 70, n. 3, p. 5-20, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil: Tabela 2 - Expectativa de vida ao nascer -** Brasil - 1940/2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/defaulttab_pdf.shtm. Acesso em: 02/06/2016.

_____. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - IESS. **Saúde Suplementar em números.** 7. ed., 2015. Disponível em: http://iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=14#.VX3dv0tWtGA Data de acesso: junho/2016

JOHNSON, M. W.; CHRISTENSEN, C.M.; KAGERMANN, H. Reinventing your business model. Harvard Business Review, v. 86, n. 12, p. 50-59, 2008.

KAMAKURA, W. A.; MAZZON, J. A. Socioeconomic status and consumption in an emerging economy. **International Journal of Research in Marketing**, v. 30, n. 1, p. 4-18, 2013. doi:10.1016/j.ijresmar.2011.12.001

KAPLAN, R. S.; NARAYANAN, V. G. Measuring and managing customer profitability. **Journal of Cost Management**, v. 15, n. 5, p. 5–15, 2001.

KINDIG, D.; STODDART, G. What is population health? **American Journal of Public Health,** v. 93, n. 3, p.380-383, 2003. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447747/. Acesso em: 05/06/2016.

KOTLER, P. Administração de Marketing. 10^a. Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

NASCIMENTO, A. M.; REGINATO, L. **Controladoria**: um enfoque na eficiência organizacional. 2º Ed. São Paulo, Atlas, 2009.

NERI, M. C. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, 2008. Disponível em: http://www.cps.fgv.br/cps/classe media/. Acesso em: 01/11/2014.

NEWHOUSE, J. P. Medical care costs: how much welfare loss? Journal of Economic Perspectives, v. 6, n. 3, p. 3-21, 1992.

MATARAZZO, D. C. Análise Financeira de Balanços. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

KARACA-MANDIC, P.; ABRAHAM, J.M.; SIMON, K. *Is the medical loss ratio a good target measure for regulation in the individual market for health insurance?* **Health Economics**, v.24, n.1, p. 55-74, 2015. doi: 10.1002/hec.3002.

MILLER, J. A. Customer Profitability. Wiley InterScience, v. 5, n. 6, p. 63-68, 2008. doi: 10.1002/jcaf.20404.

NERI, M.C. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, 2008. Disponível em: http://www.cps.fgv.br/cps/classe media/. Acesso em: 01/11/2014.

NEWHOUSE, J. P. *Medical care costs: how much welfare loss?* **Journal of Economic Perspectives**, v. 6, n. 3, p. 3-21, 1992.

OFEK, E. *Customer Profitability and Lifetime Value*. **Harvard Business School Background Note 503-019**, 2002. Disponível em: http://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=29218. Acesso em: 01/11/2015.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. *Business model generation*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2010.

PEDROSO, M.C. Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde. 2010. 423f. Tese (doutorado em medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo,

2010. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24052011-115333/publico/MarceloCaldeiraPedroso.pdf. Acesso em: 01/01/2016.

PFEIFER, P.; HASKINS, M. E.; CONROY, R. M. *Customer lifetime value, customer profitability, and the treatment of acquisition spending*. **Journal of Managerial Issues**, v. 17, n.1, p. 11, 2004. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/40604472. Acesso em: 15/11/2015.

PRAHALAD, C.K; HART, S.L. *The fortune at the bottom of the pyramid.* **Strategy + Business**, n. 26, p. 1-14, 2002.

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Vozes da nova classe média**. Caderno 4, Classe Média e Emprego Assalariado. Brasília: SAE/PR, 2013, 114 p. Disponível em: http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Vozes-da-Classe-M%C3%A9dia-Caderno-04.pdf. Acesso em: 01/11/2014

ROBINSON, J. C. Use and Abuse Of The Medical Loss Ratio To Measure Health Plan Performance. **Health Affairs**, v. 16, n. 4, p. 176-187, 1997. doi: 10.1377/hlthaff.16.4.176.

RUST, R. T.; ZEITHAML, V. A.; LEMON, K. N. **O valor do cliente**: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa. São Paulo: Bookman, 2001.

RUST, R. T.; MOORMAN, C.; BHALLA, G. *Rethinking Marketing*. Harvard Business Review, v. 88, p. 94-101, 2010.

SCHODER, D. *The Flaw in Customer Lifetime Value*. **Harvard Business Review**, v. 85, p. 26, 2007.

SILVA, A.S. *et al.* Evolução dos Custos das Operadoras Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. XVIII SEMEAD - Seminários em Administração, 2015. Disponível em: http://sistema.semead.com.br/18semead/resultado/trabalhosPDF/360.pdf Acesso em: 01/07/2016.

STAKE, R. The art of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

STRUIJS, J. N. *et al. Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward abroadly applicable analytical framework.* **Health Policy**, v. 119, n. 4, p. 522 – 529, 2015. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.003.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZOTT, C.; AMIT, R. Business model design: an activity system perspective. Long Range Planning, v. 43, n. 2–3, p. 216–226, 2010.

ZOTT, C.; AMIT, R.; MASSA, L. *The business model: recent developments and future research.* **Journal of Management**, v. 37, n. 4, p. 1019-1042, 2011.

Anexo 01 – Roteiro aplicado da Entrevista

O roteiro da entrevista foi dividido em blocos de assuntos homogêneos, para facilitar a aplicação do pesquisador e compreensão dos entrevistados.

Por que o novo negócio?

- 1. <u>Valor para o cliente</u>: Qual a necessidade percebida no mercado que motivou o desenvolvimento do novo serviço?
- 2. <u>Objetivos</u>: Quais os objetivos da empresa com relação a esse novo serviço?
- Autossustentação: Foi pensado concomitante com outros serviços existentes e novos?
 Quais?
- 4. Robustez: Já existia no mercado? Qual diferencial?
- 5. <u>Market-share</u> esperado: Qual o tamanho do mercado total da região e qual a participação esperada?

Como foi estruturado/implantado o negócio?

- 1. <u>Técnica/Modelo de Negócios utilizado</u>: Como foi concebido o novo negócio? Como foi estruturado?
- 2. <u>Se houve uma técnica utilizada:</u> Quais foram os elementos principais pensados? O que pretendiam?
- 3. Estruturação: Foi embasada em dados e estudos preliminares?
- 4. <u>Forças e Fraquezas:</u> Quais os pontos fortes desse negócio para a empresa? E pontos fracos desse negócio para a empresa?
- 5. Dificuldades: Quais as dificuldades enfrentadas? Existiu barreiras internas? E externas?
- 6. <u>Facilidades:</u> Quais as facilidades que a empresa tem para lidar com esse novo serviço?
- 7. <u>Potencial de crescimento:</u> Existe potencial para expansão no mercado? Até quanto?

Como é feita a mensuração de Resultados?

- 1. Mensuração de resultados: Como vocês medem seus resultados?
- 2. <u>Percepções de stakeholders:</u> Quais as impressões/feedbacks que tem recebido dos seus Fornecedores/Prestadores? Executivos da empresa/Colaboradores? ANS/Governo? Corretoras de Saúde? Clientes? Concorrentes? Parceiros e Mídia?
- 3. Cenário Futuro: Quais os desafios para o futuro desse novo modelo?
- 4. Aprendizado: Quais foram as lições aprendidas?

Como medem a lucratividade de clientes?

- 1. <u>Lucratividade dos clientes</u>: O que consideram um bom cliente? Como enxergam/analisam no mercado os bons clientes?
- 2. Retenção: Como identificam na carteira os bons clientes para empresa?
- 3. <u>Custos</u>: Como controlam a estrutura de custos do negócio? Com relação ao gasto para atrair clientes? Com relação aos custos com os clientes de carteira? Com relação à despesa de funcionamento da empresa?

Anexo 02 – Transcrição das 03 Entrevistas

1) Diretor de Tecnologia de Informação e Processos - Entrevistado A

Duração 45m 27s - Novembro 14

Necessidade percebida que motivou o novo serviço:

"Com o aumento do poder de aquisitivo da população, dos brasileiros de uma forma geral nos últimos anos, houve ascensão e criação da nova classe média brasileira, a classe C. Hoje representa [a classe C] mais de 50% da população. E esse é um fator motivador. Outro fator motivador é que, [entre] os três itens mais desejados pelos brasileiros, a saúde está entre eles, o plano de saúde está entre eles. Então quer dizer, com o aumento da ascensão, com a melhora da situação econômica, você vai tentar obter aquilo que se deseja. Outro item importante que motivou é, a gente viu a empresa focada nesse público [líder no segmento de saúde classe C] mais na região 'X', aqui na nossa região a gente, embora exista concorrência, ela não é tão grande e nem tão forte. Então a gente viu uma oportunidade para isso também. Na nossa empresa a gente não encontrou um produto que tivesse essa característica, ou seja, acho que a gente [no grupo da] empresa Alfa tem produtos para a classe AA, para classe A, para a classe B, mas com o foco só assim na classe C, que pode também pegar a classe D, não tem esse produto, com essa característica."

Alinhamento com objetivos da empresa:

"A gente acredita que sim, pelo seguinte, a estratégia do grupo sempre foi atender todos os públicos, ela sempre quis ser a maior. Se você olhar o portfólio dele, realmente tem produtos para atingir todas as classes sociais, então aí que o alinhamento é grande, uma vez que o maior mercado fica aqui na nossa região, [mas] não que esse produto não vá se espalhar."

Pensado junto com outro serviço, existente ou novo?

"Foi projetado da seguinte maneira, primeiro, qual que é o modelo ideal para atender esse público [classe C]? Qual que é esse modelo ideal? Então, depois desse modelo ideal, é que aí sim, o que a empresa Alfa tem hoje que não precisa criar? Certo? Aí que vem a sinergia.

Primeiro qual o modelo ideal, depois o que a empresa Alfa tem, o que não [tem e] precisa criar, porque não tem nesse modelo igual [ideal]. Essa parte que é igual, não precisa desenvolver. A outra parte precisa ser nova."

O modelo de negócio já existia?

"Olha na verdade assim, se você for olhar o modelo inteiro, nós consideramos que nós estamos fazendo algumas inovações. Mas isso por que? A gente estudo o mercado, estudou o concorrente, as melhores práticas dos melhores concorrentes, então primeiro vem a questão de fazer, de colocar em prática as melhores práticas do mercado [as quais] têm para esse público, [depois] naturalmente utilizar nossa experiência para tentar fazer alguma coisa melhor. Para criar alguns diferenciais, que a gente não encontrou [um modelo ideal na prática], focado nesse modelo [que idealizamos], nesse público."

Quais os diferenciais do modelo?

"A gente acha que o primeiro diferencial é a gente trabalhar em microrregiões, crescer à beça, mas sem perder o foco de manter o produto gerenciando em microrregiões, para que, para ele nunca deixe de ser tão rápido quanto a gente precisa nas tomadas de decisões, especialmente para os controles de despesa, controles de custo, para os processos de venda. Então isso é muito importante, essa questão aí. Outro ponto que é que a gente viu que a gente podia utilizar [é] nessa linha da centralização, a gente pode utilizar a tecnologia muito até para dar essa agilidade regional, mas muito mais para fazer um controle centralizado das performances de todas as microrregiões que a gente criar. Sabe? Então eu acho que isso vai ser o diferencial desse produto também."

Mais algum diferencial?

"Outro diferencial, eu diria que o terceiro, o controle em tempo real dos indicadores. As operadoras de saúde costumam trabalhar, só em BI [business intelligence, ferramenta de gestão de dados], [uma base de dados com] dois meses depois [da data de realização do custo]. A nossa proposta é controlar o custo antes de acontecer."

Tamanho do mercado da região, qual o tamanho e a participação que esperam?

"Olha, primeiro projeto que a gente fez, esse mercado, o tamanho do mercado inteiro, pela abertura, eu não lembro agora. Eu sei da nossa população nessa classe que é mais da metade, eu

não lembro agora a taxa de cobertura só da classe C para eu te falar. Nas outras entrevistas, alguém vai te dizer. A nossa meta aí de 8 anos no primeiro desenho era de chegar em X beneficiários. Esse é o projeto que foi apresentado e aprovado."

Só nessa região?

"Não, no Brasil. Mas isso aí, considerando assim. Somente as indústrias que sejam capazes de aderir a esse produto, pagando o preço muito mais acessível, mas dando a gente condições de fazer um controle de custo adequado, para oferecer esse preço mais acessível. Mas se você perguntar, se esse planejamento será cumprido dessa forma, eu vou dizer - acho que não, tenho quase certeza que não, a gente vai entregar esse ano o que a gente projetou para esse ano. Existem muitos movimentos ocorrendo na empresa que vão acelerar isso demais, entendeu?"

O prometido para esse ano foi quanto?

"O prometido para esse foi executar o projeto-piloto, que foi a empresa comprada e entregue para esse projeto-piloto, executar esse projeto-piloto com uma margem de contribuição de 10%. Essa era uma empresa que dava prejuízo, essa que foi a meta dessa empresa de X beneficiários. Então essa que foi a meta, ou seja, se projeto-piloto não desse certo, o planejamento que a gente entregou ele seria engavetado, mas existiu um planejamento. Existe na verdade. Mas como o projeto apresentou um resultado acima do esperado e antes do tempo, porque o projeto-piloto terminaria, seria de dezembro do ano passado [2013] até desde dezembro desse ano [2014]. No final de julho desse ano [2014], já estava líquido e certo, deu super certo, muito antes do tempo, os resultados apareceram e então com isso, a empresa começou a se movimentar para fazer ele andar mais rápido. Se os movimentos estratégicos da empresa, se ocorrerem, a gente vai conseguir isso andar mais rápido do que o projeto que a gente aprovou."

Como foi concebido esse modelo, como foi estruturado entre vocês?

"Olha, entre nós, para fazer o planejamento futuro muito em cima de indústrias, que assim, são capazes de absorver um custo médico padrão. Um custo médico padrão varia de indústria para indústria, por exemplo, se pegar uma empresa que presta serviço de motoboy. Não dá para cobrar baixo, não tem como cobrar um preço de assistência médica por pessoa numa empresa que o serviço dela é transporte de motoboy, porque os sinistros serão muito altos, é o tipo de empresa que não podemos ter nesse segmento, então assim, a seleção passa por isso. Depois ela passa por tamanho de mercado, onde estão os maiores mercados (...) Onde está esse mercado no

Brasil? Onde estão essas empresas com essas características que a gente considera que são empresas padrão com relação ao custo médico? Não tem nenhuma empresa grande para distorcer o custo (...). Então, a seleção foi assim, critério bem técnico, ou seja, pesquisando essas indústrias lembrando que a gente tem a maior base de dados, independente de ANS, que é uma fonte de informação, IBGE, mas o grupo é uma fonte muito importante. Ela tem uma carteira imensa, uma carteira passada de empresas que não trabalham mais com ela, muito maior do que está ativo, apesar do grupo ser a maior do mercado. Então é muita informação para a gente saber quais são os níveis de custo que a gente está procurando se são factíveis, estão no padrão. Você quer chegar no mesmo custo que o grupo pratica hoje? Não, quer outro. Mas precisa saber se aquela indústria tem um padrão de custo, digamos, dentro de um desvio padrão aceitável dentro daquela indústria. Essa indústria é boa, quando o desvio-padrão é pequeno."

Para se considerar se é bom ou ruim o cliente, qual parâmetro?

"O parâmetro é sempre risco. Risco é, esse custo ele é um custo que admite um produto desse, um preço de venda baixo? Se aquele produto admite, se aquele custo admite um ticket-médio baixo, preciso só pegar o padrão de custo que ocorre num plano mais alto, e chegar na seguinte conclusão: consigo fazer com esse preço desse plano, desse patamar, vou vender esse produto e ter prejuízo. Se eu vender 20% mais barato, eu acho que vou conseguir ter lucro. Se pudesse mudar de plano que eu acho que consigo metade disso aí. De plano, se eu mudar de rede ou de projeto, de gerencialmente médico, e isso é que estamos fazendo, o que estamos praticando no projeto-piloto."

Embasaram-se em dados, estudos preliminares para construir esse modelo?

"Preliminares foram só assim, observação de movimentos de mercado, comprovados com os números que a gente levantou. Observação foi essa que eu dei, do crescimento da população, de concorrente muito forte em outra região, crescendo demais lá. E só vendendo para esse mercado, mostrando que existe a possibilidade com boa margem. Então assim, olhamos o mercado, cadê esse público? Aí a gente foi para os dados reais, dessas instituições que mencionei."

Alguma modelagem específica?

"Não, foi conhecimento de mercado, ou seja, o que está acontecendo? Está aqui. Quais as oportunidades desse mercado? Está na classe B? Não. Onde que está a oportunidade? A oportunidade está aqui, onde não estamos atuando."

Pontos fortes para a empresa?

"Os pontos fortes desse negócio se alinham com a estratégia de cima colocada lá. A empresa quer ser a maior, se ela quer ser a maior, ela sempre quis vender para todas as classes sociais. Esse produto ele tem a probabilidade de ser o maior produto da empresa. Se ela quer isso, ótimo, o produto já está alinhado. Segundo alinhamento, esse produto tem o potencial para ser o maior da empresa, porque tem muitas empresas que para muitas empresas ela dá o plano de saúde para o funcionário, mas ela só trabalha com pessoas de mais alto nível, então ela tem que dar um plano melhor para atrair esse profissional. Mas muitas empresas de varejo, não é isso, ela quer dar o plano de saúde só, mas não pode pagar muito por aquilo e gostaria de ter um bom serviço de saúde. Esse aí é o nosso mercado, o cara não pode pagar muito e precisa pagar um ticket-médio baixo, quer prestar uma boa assistência médica numa rede menor. Isso aí é um mercado grande."

Pontos fracos para a empresa?

"O ponto fraco desse produto é, na verdade eu vou dizer que acho que não tem, mas vou te dar um. O ponto fraco desse produto são mudanças na economia, capazes de começar a mexer no tamanho desse mercado. Então corte de beneficio, quem dá lá um plano para esse pessoal muito assim pode ser que não dê mais, empresas muito pequenas, se vende muito para empresas pequenas, esse beneficio pode começar a ser cortado, então isso é um risco. Outro ponto fraco desse produto, agora recolhendo para fraquezas e questões internas, é o seguinte, ele exige gente especializada para crescer internamente, agora estendendo diretamente em relação à sua resposta, exige pessoas especializadas para fazer funcionar. Então, ele tem um ponto fraco que não é fácil expandir. Porque você só expande esse produto com gente, se você não tiver gente especializada, você não consegue, porque o cara não vai conseguir controlar o custo adequadamente. São medidas que para tomar tem que ter conhecimento. Não consegue fazer os cortes de despesas necessários do dia a dia, não consegue fazer esse monitoramento diário. Sabe? Então esse é o ponto efetivamente fraco. Por outro lado, esse é o lado ruim, é dificil expandir – só com gente especializada."

Essas são as dificuldades hoje que você tem?

Para expandir, essas são as dificuldades que existe. Agora com relação à dificuldade, é que você consegue andar mais rápido se você fizer aquisições, você anda mais devagar se for de forma orgânica, entende? Aquisição não é fácil, é uma coisa que não é simples de fazer, é uma barreira que passa por regulamentação.

Que barreiras?

"Você passa por regulação, você tem que consultar os órgãos governamentais, precisa passar pelo governo, precisa ser aprovado, são processos lentos que às vezes você não consegue executar por empecilhos legais, de regulamentação, de mercado, por questões de domínio de mercado algumas vezes, então essa questão legal ela não é simples de ser vencida. É um entrave."

Outras barreiras, interna?

"Interna a gente tem sim, internamente existe que a empresa não tem cultura para um produto desse tipo. Isso é muito mais uma visão do presidente, de achar que tem que existir, que tem que ocupar esse mercado. Mas o grupo nunca ocupou esse mercado, exige uma cultura dentro da organização para atuar nesse mercado, sabe? Isso aí é difícil ser vencido, então naturalmente você vai bater em quem tem resistências, em falta das pessoas não acreditarem que isso pode dar muito certo. Mas numa visão assim maior, do presidente, são pessoas que acreditam muito no produto, mas porque tem mais facilidade de enxergar a coisa fora do contexto só do próprio status atual, o status quo da empresa."

As principais barreiras externas?

"Barreira comuns externa como concorrentes, gente que você acaba concorrendo como empresas pequenas, que está disposta a quebrar, a sair do mercado, então acontecem coisas desse tipo no mercado de saúde, infelizmente o concorrente de produto regional oferece um produto que ele não vai entregar, aí naquele momento você não vende, ele sai do mercado mas entra um outro, então são algumas dificuldades que ocorrem. Mas eu considero isso menos importante."

Potencial para expansão até quanto?

"Sabemos, o número é aquele que eu te dei, em 8 anos, expandir de X a Y de beneficiários. Eu acho que se a empresa continuar se movendo lá no nível estratégico, no sentido de criar espaço para esse produto crescer."

Como vocês medem os resultados de vocês?

"A gente (...) primeiro, existe um compromisso de entregar uma margem final, o primeiro ponto é esse, o que eu tenho que entregar para dizer que esse produto é viável. Então exige uma ordem financeira que é necessária ser entregue."

Que margem é essa?

"10% do EBITDA /Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization - margem de geração operacional, em português LAJIR - Lucro antes de juros e imposto de renda]. Então quando eu estiver entregando acima disso [dessa margem EBITDA], eu posso baixar preço, eu posso fazer o que eu quiser enquanto estiver entregando essa margem. Agora os indicadores que entregam essa margem não tem nada a ver com o financeiro. São indicadores de controle, de quantidade de internações eletivas, que você faz do total de internações que você tem, quantidade de exames que você pede por consulta, de acordo com a especialidade que o médico trabalha, quantidade de cirurgias por especialidade, tempo médio de internação. São indicadores que, na verdade assim, eles existem no mercado, então quem consegue entregar um indicador com o custo mais baixo? Porque existe uma forma, como a proposta do produto é trabalhar em microrregião, todo mundo da microrregião tem que participar do ônus como do bônus, entendeu? Tanto participa para poder ajudar a entregar o resultado, como se atingir o resultado, se tiver premiação, todo mundo também recebe. Então, num escopo pequeno, não é numa dimensão imensa da [região de uma] empresa, é ali só naquela microrregião. Então existe um empenho muito grande das pessoas que administram, dos médicos, das equipes médicas, de quem tem que fazer regulação, da assistente social, de todo mundo em fazer esse resultado dar, desse resultado acontecer. O [fator] principal da medição desses indicadores é que é diário. É todo dia que se mede. Mede[-se] todo dia. Normalmente as operadoras não trabalham assim. Elas medem muitas coisas depois, pra poder corrigir [todas] essas dificuldades, esses problemas. Para melhorar os indicadores nesse caso, é todo dia. Todo dia. Todo dia a gente sabe qual é o quadro de cada paciente que está internado em cada hospital."

Feedback dos fornecedores, prestadores de serviço?

"Com relação aos prestadores de serviço, na verdade quando você tem pra uma empresa maior, existe até uma certa dificuldade em que sentido. Ele pensa que você vai praticar os mesmos

preços, e não é, um produto desses, ele exige que você faça negociações, de pagar o médico, mas muito assim, se der mais do tempo dele pra você, e não pelo procedimento que ele executa. Ele pode ganhar muito mais, ele pode participar desse contexto, mas se te ajudar a gerenciar sua carteira, entendeu? Se ele quiser a gerenciar, faz parte da sua carteira, proporcionalmente ele será muito melhor remunerado. Mas o modelo de mercado não é muito esse, então nem sempre é fácil você fazer esse tipo de negociação. Mas a gente encontra, existe médicos que ficam fora desse contexto e médicos que querem participar disso, opa, isso é pra mim, eu quero."

Feedback dos médicos?

"De quem quer, é uma oportunidade de ser muito melhor remunerado do que ele era até hoje, mas participando do negócio. Então assim, como se ele fosse sócio do resultado. Ele não é sócio da empresa, mas é sócio dos resultados. Agora o cara que não quer, não, ele não quer mudar a vida dele, ele só quer fazer aquele procedimento e receber mais por ele, esse tipo de médico não serve para esse produto."

Feedback dos executivos e colaboradores do grupo da empresa Alfa?

"Olha, de quem já participou do projeto, assim, ficam muito entusiasmados com o modelo. É que nem todos participaram, poucos participaram do projeto das outras áreas do grupo. Porque uma empresa foi comprada, e o projeto-piloto era fazer essa empresa sair do vermelho e passar a entregar essa margem de resultado que eu te falei, então nesse sentido houve pouca participação. Mas quem participou do desenho do modelo, vou te dar um exemplo de um caso da TI – tecnologia da informação, quem desenvolveu tudo o que a gente vai usar lá, foi a equipe da TI de Grupo da empresa Alfa, não tem outra equipe, só tem a equipe do grupo. Então eles viram o desenho inteiro do processo, do início ao fim. Então assim, eles ficaram muito entusiasmados com a possibilidade de fazer um fluxo totalmente eletrônico, de verdade, mas porque, não é porque o grupo não faz isso porque ela não quer ou é incapaz, é porque tem uma rede muito grande, muito aberta. Mas uma microrregião, num espaço geográfico pequeno, onde a maior parte do serviço é teu, mais de 90% do serviço é seu mesmo, dá para você pegar e fazer um processo todo eletrônico, na guia. Quem é hoje que consegue funcionar sem guia? Ninguém, mas a gente vai conseguir. Então assim, são coisas que são bastante motivadoras nesse sentido. Existe projetos também que a gente desenvolveu aqui para a empresa Alfa que vão ser benéficos para outras áreas, outras áreas que participaram, por exemplo, definindo um novo fluxo de funcionamento para material cirúrgico, mas assim, a pessoa, é lógico que a pessoa ajuda. Mas a motivação é mesmo de quem está trabalhando dentro do projeto. Quem está lá dentro, todas as pessoas que estão lá, todas as áreas, essas certamente estão mais motivadas do que as outras, que tem tanta preocupação, tanta coisa pra ver, tanto produto pra tocar, a empresa tem mais de X beneficiários de saúde, e a pessoa querer dar atenção para poucos da empresa Alfa, não é fácil."

Percepção da agência, da ANS?

"Olha, você tem uma ideia, o último feedback que a gente recebeu da ANS foi bem melhor do que aquele que a gente recebeu quando começou a implantar o processo de mudança. Porque o que aconteceu foi o seguinte, por exemplo, até o quarto mês de mudança, a gente teve que mexer em rede, mexer muita coisa, a gente teve alguns problemas de reclamação de cliente. Então, eles ficaram assim, ficaram 60% maior de que era quando a gente pegou a empresa o número de reclamações na ANS, e a nossa meta era que ficasse a metade do que tinha lá. Mas com as mudanças, foi impossível isso até o quarto mês. No sétimos mês, a gente tinha cumprido a nossa meta, que era a metade do que a gente tinha encontrado, 50% do que a gente tinha achado, de número de NIPS. NIP é o número de reclamações da ANS, quando o cliente faz uma reclamação lá. A gente conseguiu corrigir rápido, atravessar o deserto bem rápido, e obter os resultados que gente queria. Então nesse sentido a relação com a ANS está legal."

Percepção do mercado, dos corretores de seguro?

"Olha, os corretores de uma forma geral, a gente ganha muito porque, primeiro, a marca do Grupo está por trás, então se você fala para o corretor que você tem um produto, que ele é mais restrito, mas ele começa a procurar as empresas que é mais dificil para ele vender do Grupo, mas agora ele vai poder vender o Grupo como marca, porque é um produto mais restrito porém com gestão médica que o Grupo sempre se propôs a entregar e com o preço mais baixo. Então a aceitação é grande, nós é que temos uma limitação hoje, de que o nosso produto só está formatado na nossa região. Então a gente que precisa fazer esse produto, quando ele começar a crescer para mais microrregiões, a gente acredita que vai conseguir vender muito. Porque a aceitação hoje ela é boa, mas tem esse problema para o corretor, quando ele vê quem tem uma empresa para esse escopo de produto, ele vai conseguir vender, se ele não consegue vender um produto maior, tem essa opção que ele já tem em mente. Tem sido super bem recebido, mas tem

limitações para vender quando o escopo da empresa é maior porque estamos em uma microrregião só."

Percepção dos concorrentes?

"Olha, os concorrentes eles tem naturalmente se envolvido como sempre, observado nosso movimento nessa região, eu diria que quem atua na região percebeu mas claramente, acho que o concorrente da outra região percebeu muito, ele que mais sabe trabalhar esse produto está receoso da gente ir pra lá, atuar lá. Mas lógico que tem a possiblidade dele vir atuar aqui. Eu diria que na região, onde a gente fez o projeto-piloto, o concorrente não tem muito o que fazer. A única coisa que ele pode fazer lá hoje é baixar preço, mas tem limite para baixar preço, se a gente é uma empresa grande na organização, eu tenho mais medo na região daqueles concorrentes pequenininhos que eu te falei, no curto prazo, que a gente vai ter que conviver. Mas eu não tenho nenhum receio da região que a gente está, eu acho que a gente é líder e vai ser muito mais líder com o tempo, o concorrente vai ter que procurar outro espaço. A gente tem esse tipo de informação pela força de venda. Eles tem informações que trazem para gente, mas também levam de volta. Lá é onde esse tipo de informação flui, a gente tem noção do que está acontecendo."

Percepção dos clientes?

"Olha, dos clientes, a gente continua na verdade, assim, no nível de atendimento, a gente continua com nível de atendimento igual, mas há a expectativa de ficar muito bom, na minha opinião, é simples. Estamos em novembro, são três meses. Porque, o que acontece, para atender o cliente melhor, a gente resolveu construir um hospital, e o hospital já está com pronto-socorro em funcionamento, reformando o pronto-socorro e construindo o hospital, então fazendo tudo isso e não deixando de atender. Fazer tudo isso gera um transtorno, a gente sabe que está criando um certo nível de transtorno para o paciente, mas a gente vai acabar esse negócio em janeiro. A gente vai conseguir atravessar esse deserto mantendo o mesmo nível de satisfação do cliente, na nossa percepção, agora quando acabar isso, nossas instalações estarão muito melhores, num ambiente que a gente consegue controlar muito melhor, consegue receber o paciente muito melhor, estou super otimista com esse produto nessa região. Em fevereiro e março estará muito melhor."

Percepção da mídia?

"Olha, de mídia, só revista local, nacionalmente, esse movimento que fizemos em na nossa região, ele não tem dimensão para um tamanho do Grupo da empresa Alfa ou outras bandeiras grandes concorrentes. Só em um concorrente local. Mas em nível nacional, ele é um movimento pequeno. Pra você olhar um concorrente de outra região, é muito grande. A gente não tem ainda essa visibilidade, não tem, e também o mercado, a mídia não sabe quanto dinheiro todo a gente está dando. Se soubesse, anunciariam. Mas isso não é muito interessante pra gente, é melhor a gente tomar corpo, ficar mais forte, mais gente treinada para fazer esse produto crescer e deixar ele aparecer depois. A gente não tem interesse, a gente não divulgou nada. A nossa única divulgação foi para ajudar o corretor apresentar a diferença desse produto. O produto justamente com o preço menor, mas com gestão e qualidade médica. Não investimos nada em mídia, no sentido de mostrar isso, não temos interesse. Nosso interesse é só corretor, porque a gente tem facilidade de chegar no corretor pelo histórico do grupo. Por essa facilidade do produto, a gente não ouviu de nenhum corretor que achasse que esse produto fosse dificil de vender, a não pela questão de estar pequeno, de não ter atingindo várias regiões que eu coloquei para você como ponto fraco."

Próximos Desafios?

"Olha, os desafios são: conseguir treinar e qualificar pessoas para poder gerenciar o negócio, para crescer precisa aumentar o nível de automatização — porque pequenininho é fácil, mas pra crescer e replicar é importante como um todo no projeto, acertar nas aquisições — se comprar a empresa errada, ela não vai se adequar ao produto e vai dar prejuízo, fazer crescimento orgânico, escolher adequadamente o crescimento dele, se tiver um público adequado, o hospital é muito bom mas precisa manter a taxa de ocupação se não dará prejuízo, outro desafio seria andar rápido, se não vem o concorrente e ocupará o espaço."

Lições Aprendidas?

"Pensar grande, mas administra pequeno, a região precisa de autonomia. Agilidade é fundamental. Controle do passado não serve, só serve o controle do presente do dia a dia."

Como é a análise do bom cliente?

"Muito ligado ao valor da sinistralidade. Sinistralidade é o valor do custo médico. Temos a melhor base de dados do Brasil no grupo. Você pega assim, por exemplo, a indústria de transporte, você tem um nível de custo ela dá. Aí você olha assim, nunca eu vou conseguir, por melhor que eu gerencie o custo, fazer um preço baixo para essa indústria, não vou conseguir. Aí você pega depois uma outra indústria, fábrica de bebidas, ela vai dar um outro nível de custo. Você vai olhar se esse nível de custo você consegue colocar um preço baixo, se sim, então essa indústria serve."

Como se identifica o bom cliente na carteira?

"Na carteira existente, a gente não precisa entrar nesse nível de análise do mesmo modo que o cliente de entrada. Mesmo que eu tenho um cliente na carteira de uma indústria não boa, se eu trouxer ela pro nível de preço X custo adequado, eu fico com ela. Só que significa o seguinte, pode ser que eu precise que ela pague mais do que o preço que estou vendendo, pra ajustar minha carteira, então o que acontece, fizemos esse trabalho inclusive, esse cara aqui não dá pra vender por esse preço, dá pra vender por esse preço - um pouco maior. Se ele quiser pagar, a gente fica aqui, se ele não quiser, deixa ele ir para o concorrente que ele vai ter uma empresa que vai cuidar dele melhor. Não vai ser eu com o meu produto aqui. Se ele acha que vai ter o mesmo produto como o meu pelo mesmo preço, ele vai ver que não tem condições de ter. Então o que aconteceu, a gente fez esse movimento, para praticamente todas as empresas da nossa carteira. A gente perdeu muito poucos clientes. As empresas concordaram que era adequado pelo o que a gente prestava de serviço, até porque nosso preço é baixo, entendeu? É apenas adequado, aquela indústria, aquela carteira daquela empresa. Aí a análise não vai muito por indústria, vai da própria empresa, que ela já trabalhando contigo. Você analisa a empresa em si."

Você faz algum incentivo para as empresas clientes boas ficarem na sua carteira?

"O incentivo é o seguinte, dizer para ela o que é real, ela fazendo esse tipo de pacto de preço, a gente não tem a intenção, e não tem mesmo, a intenção de praticar no futuro, e já passou o tempo e a gente já não praticou, os níveis de reajuste de inflação médica que as empresas de saúde costumam abordar com os seus clientes, com os clientes empresas. Nesse caso, a gente já está praticando os menores índices do mercado de reajuste, que a ideia seria uma vez que o

preço está estabilizado, está adequado, a nossa proposta é praticar os menores índices de reajuste de inflação médica do mercado, onde a gente trabalha. Essa é a nossa proposta."

Pra vocês controlarem esses custos? Como fazem o controle e como medem?

"Eu tinha falado de indicadores importantes, aqueles como o tempo médio de internação, mas, além disso, o que mais que conta, conta o seguinte, quanto você gasta para fazer uma cirurgia, aí você começa a descer em níveis de custo mais baixo, o quanto daquele é desperdício ou necessário, o quanto é para saúde, o quanto é desperdício do médico. Só que quando você pega, e traz o grupo do médico para participar da gestão como eu te falei anteriormente, aí é mais fácil. Ele começa a ver que ele pode, poxa, ser mais criterioso, mais cuidadoso não apenas com o paciente. Médico para mim deve ser sempre cuidadoso com o paciente, mas não apenas com o paciente, mas também com o que ele está gastando desnecessariamente. Não tem a ver com a saúde do paciente, mas tem a ver com a gestão."

Custo para atrair o novo ciente?

"Na verdade, o custo para atrair o novo cliente, a nossa ideia é, o que a gente investe com relação à comunicação para as corretoras, eu diria para você que isso é um custo marginal, muito pequeno, o custo que se gasta é o custo de mercado, pagar o mesmo nível de comissão que o mercado paga, nem mais, nem menos. Porque a gente chegou à conclusão que o nosso produto é o melhor, para esse segmento, a gente quer ter o melhor produto pra esse segmento e a gente acha que tem o melhor. Então não faz sentido eu pagar a mais, mais para vender, ou seja, com relação às comissões dos vendedores, mas nem menos também. A proposta é pagar o que o mercado paga. O mercado paga por venda, por nível de comissão de cada plano de cada operadora. Isso é fácil de saber, pois todos os corretores sabem, então ficamos sabendo também, assim como o concorrente sabe o nosso também. Esse é o número que é fácil de obter, pois todos sabem. Se ele vai vender, ele precisa saber quanto ele vai ganhar. Ele fala, todos falam você percebe no final que é igual, porque está certo. Não tem como esconder o que cada um paga de comissão."

Como se controla os gastos de administração da empresa, além do custo médico?

"O que acontece aí, só na característica da microrregião, então primeiro a gente tem o beneficio de ter Grupo da empresa Alfa e vou dar um exemplo para você. Para estrutura de funcionamento financeiro, é do Grupo. Então eu trabalho lá na microrregião, mas a estrutura de gestão

financeira, é do Grupo, então dá pra economizar. Eu já entro, cada vez que entro num mercado desse, eu já entro economizando. Por um lado é assim. Pelo outro lado, o que você tem que fazer gestão local, você pega o que numa empresa grande, olha só o inverso, tem que criar vários setores para dar velocidade, que o volume é muito grande, lá não, você pega todos esses setores e transforma num só, você resolve tudo num lugar só. Aí você dá muita agilidade. Uma pessoa resolve do início até o fim. Quando não faz sentido essa agilidade local, vem para a empresamãe, deixa lá vamos economizar esse dinheiro. Quando faz sentido, a gente na verdade agrupa função, aí você consegue trabalhar com menos gente, mais velocidade, a despesa tanto cai no primeiro exemplo que eu te falei, como no segundo."

2) Diretoria Médica – Entrevistado B

Duração: 40m54s - Novembro.14

Necessidade percebida que motivou o novo serviço:

"Na realidade o que nos motivou a desenvolver esse novo serviço é resultado [ruim] obtido no modelo tradicional, em que o usuário tem o serviço de livre escolha, controle mais rígido da utilização, do direcionamento [de utilização de rede], muitas vezes [com] um custo maior sem uma qualidade adequada de entrega. Então, nós entendemos que, além de haver o serviço sendo feito dentro de uma rede fechada, com informação on-line de tudo o que está acontecendo, [isso] nos permita fazer [uma] atuação no mês corrente, garantindo a qualidade do atendimento que está sendo prestado, garantindo o não retrabalho e consequentemente podendo atuar no mês corrente. Nós entendemos, e ao longo desse último ano [nós] pudemos comprovar, que a gente consegue ter um resultado melhor que o modelo vigente [da gestão anterior à compra pelo grupo da empresa Alfa. A avaliação [normalmente nas operadoras de saúde tradicionais vem] depois de três meses [em relação ao mês] que é realizado [o procedimento médico], [logo há uma falta] dos controles fortes da qualidade de serviço e direcionamento."

Alinhamento com objetivos da empresa:

"O grande objetivo é assim, você escolher em qual mercado você vai atuar. Na realidade, [um], nesse negócio não dá pra ser isso, ou você trabalha com o cliente que vai estar utilizando uma rede restrita, porém com acesso adequado, acesso às consultas e cirurgias dentro do prazo que a

ANS exige. Dois, você [deve] vender [um] produto que o cliente não tenha outras opções, por exemplo, de realizações de exames que não seja dentro dessa rede. Assim, [um] você otimiza o recurso, equipamentos ao máximo, ou seja, você ganha em escala, e dois, nós não vendemos nesse negócio [um] produto, por exemplo, com direito à apartamento. Então a gente escolheu o mercado, então na realidade, como eu te falo, isso é um mercado de demanda reprimida do SUS. O cliente vai ter um serviço de qualidade que não é o SUS, mas porém com características melhores do que ele tem hoje no SUS, sem prazo de espera para consulta, cirurgia, porém utilizando de forma regrada."

Pensado junto com outro serviço, existente ou novo?

"Na realidade, para esse negócio, nós não estamos construindo nenhum sistema diferente, exclusivo do que existe hoje dentro do grupo da empresa Alfa. Estamos fazendo adaptações aos modelos existentes, aos do grupo hoje, porém formatando ao [novo] negócio, [mas] que pode ser utilizado [também] para os outros produtos do grupo. [Ou seja], dependendo do querer ou não do gestor desses [outros] negócios [do grupo], ele [o novo modelo] vai estar à disposição [para poder ser utilizado]. Por exemplo, [para] procedimentos de diagnóstico, uma tomografia computadorizada, a ideia é possa ser solicitada pelo médico [diretamente, sem agendamento]. [Saindo da consulta médica] o cliente já vai receber a data, o local e a hora que que ele fará o exame, nesse caso [o cliente] utiliza o equipamento, que é próprio e [logo] não há a necessidade de ter gente agendando [na centra de agendamento de exames da nossa rede própria]. Então você já faz o agendamento direto na agenda do serviço próprio, consequentemente você vai poder utilizar esse equipamento na plenitude dele, não tem ociosidade. Outra coisa importante, isso pode também ser utilizado para outras unidades do grupo, se for o caso [disso] no futuro, [se] isso for utilizado."

Outros diferenciais:

"[Outro diferencial é o] controle da utilização em tempo real. Para isso, todo procedimento vai ter uma senha eletrônica, muito mais para gente conseguir controlar o que está sendo liberado do que pra regular [o acesso ao procedimento do cliente]. Então, [o diferencial é] controle em tempo real de todos os procedimentos. A gestão on-time de todos os procedimentos, [permite que] a hora que apresentar desvio [em relação ao indicador de custo médico esperado], o gestor da área da área [em] que está acontecendo o desvio [é acionado]. Ele tem que ser informado

imediatamente, ele vai ter num processo descrito, [com] o tempo [necessário] que ele [precisa] para responder isso para uma central, a torre de controle. Ela dará pra ele [médico] o problema, e cobra o resultado da ação no tempo acordado no contrato interno. Outra parte que é diferente, a parte da fidelização médica. Nós entendemos que pra esse negócio dar certo, o grande parceiro é o médico. Hoje no modelo atual, nós não [temos] médicos [alinhados com a nossa gestão], nós temos poucos médicos fidelizados. [Normalmente são] médicos que atendem algumas consultas com a gente, que fazem duas ou três cirurgias e também têm uma remuneração que eles achem adequada. Então, na realidade, ele [esse médico não fidelizado] não depende da gente, nós não dependemos dele, mas na verdade ninguém consegue ter resultado [positivo para ambos os lados]. Nesse modelo, o grande objetivo é você ter médicos trabalhando com você, se possível, [pois] você sabe que é difícil ter uma fidelidade quase que integral. Porque assim você consegue remunerá-lo de uma forma mais adequada. Em contrapartida, ele vai estar trabalhando em conjunto dentro do protocolo, que prevê qualidade de atendimento, qualidade da prestação do serviço médico, melhores resultados. E pra isso ele tem uma remuneração, uma bonificação pelo resultado obtido, tanto clínico quanto resultado da empresa.

Esses diferenciais existem no mercado:

"Existe empresas no mercado que fazem alguma coisa nessa linha [como nosso modelo idealizado], que é em outra região, mas ainda de forma não [muito comum]. Nós não chegamos com um processo desenhado de forma formal. O que nós queremos fazer é melhorar o que já existe, isso [se deve] formalizando esse processo, para isso [a gente] contratou uma consultoria de estratégia, que está nos ajudando o desenho de todos esses processos."

Tamanho da região, mercado esperado, participação:

"Hoje no entorno de 52 milhões de famílias estão na classe C. A metade da população brasileira hoje compõe a classe C, estamos falando de uma população de 110 milhões de pessoas. Então a primeira fase desse projeto foi mapear regiões onde nós imaginávamos que nós temos possibilidade de crescimento. Então o grande celeiro é a região X, começamos na cidade Y, a partir de 2015 vamos para cidade W, H, depois zona J, aí fazemos o círculo todo, norte da região X, aí fecha a região X. A perspectiva é em 3 anos, ter aqui algo em X milhões de clientes, com aquisições de clientes, migração de clientes do grupo da empresa Alfa, de produto não

rentável para esse modelo fechado, e aí fazer expansão para o demais regiões, para as grandes capitais. Esperamos atuar no Brasil inteiro, por microrregião. Nesse negócio a gente não prevê ter um produto de abrangência Nacional. Não vai ser o produto que você terá direito de ser atendido em várias cidades, mas é um produto que nós entendemos ter grande chance de sucesso se for tratado como um produto com gestão por microrregião, senão você perde completamente o controle. O grande diferencial desse negócio é o controle."

Como foi concebido esse novo negócio, estruturado:

"A estrutura primeira do negócio foi primeiro entrevistar pessoas com larga experiência com planos de saúde com estrutura verticalizada. Disso gerou uma relação de quase 200 propostas de melhorias e sugestões para a nova estrutura, o nosso gerente de operações tem o modelo de negócio e te enviará. Depois foi contratada uma consultoria de estratégia, fizemos um mapeamento do mercado que iríamos atuar definir as cidades com o perfil de empresas que nós pretendemos conquistar. Então teve empresas que a gente não colocou no nosso perfil, porque não nos interessa. Empresas onde o risco epidemiológico é muito grande, empresa onde o risco de acidente é grande, por exemplo, associação de motoqueiros ou motoboys, ou um trabalho com risco de contaminação química, a gente escolheu qual é o perfil da empresa. Dois: foi definido o tipo de produto, não dá pra você querer vender produto diferenciado com direito à apartamento, com um pouco de rede credenciada, então se quiser comprar um produto assim nós já temos no Grupo um leque grande, claro com um preço maior. Depois de escolher em qual mercado você vai atuar, nós começamos a avaliar cada uma das sugestões que foram elencadas no início para dizer quais são viáveis, pra gente implementar e desenvolver o sistema nesse primeiro momento, separar o que é viável para uma segunda etapa, ou o que não é viável. Foram feitas as escolhas do que a gente iria fazer, o que iria fazer depois e o que não iria fazer. Partir do momento que você fez a escolha, nós tivemos a sorte de vir a aquisição de uma operadora com essas características, então a gente começou a aplicar de forma manual ainda parte daquilo que a gente entendia que fazia sentido para esse negócio. E agora, depois que a gente está experimentando, a gente começou a fazer o desenvolvimento no sistema, então primeiro, porque muitas as vezes as pessoas fazem o sistema e depois implementa o processo, nosso raciocínio foi diferente, primeiro agente faz o sistema, depois a gente testa a operação da forma mais tradicional e manual possível, depois você desenvolve o sistema."

Quais são os principais elementos pensados na estruturação:

"O principal elemento que a gente entende desse negócio é 1: definir qual o mercado que a gente quer, 2: definir quais são os pontos focais e os indicadores vitais que você precisa controlar quase que diariamente para garantir o resultado do negócio, e 3: procurar entregar para o cliente um serviço com a percepção de qualidade muito boa. Porque, o que acontece, como a gente não tem rede para oferecer, a única coisa que você vai oferecer para esse cliente é acesso e bom atendimento, além de qualidade do serviço. Você não tem rede, mas precisa ter uma percepção de valor do cliente, que ele se convença que vai comprar um serviço que não tenha dezenas ou centenas de consultórios, mas você tem que ter essa capacidade de mostrar pra ele que você não vende rede, mas vende acesso. Não vendo volume de consultórios, mas vendo atendimento de qualidade com acesso rápido. E controle, cada microrregião precisa ser seu dono. O dono da 'lojinha', o dono do mercado. Ele é o responsável daquela microrregião, então ele vai seguir os indicadores que são vitais para o negócio. Aquela outra microrregião vai ter o dono, que vai seguir aqueles indicadores, e vai seguir aqueles processos. E aí vai somando todas as microrregiões o resultado do todo, que dará o resultado do negócio."

E vocês se embasaram em algum estudo?

"Na realidade, primeiro a gente fez um estudo da própria utilização da nossa carteira, das características de utilização dela, onde estavam os maiores custos da carteira do grupo, do histórico. A grupo da empresa Alfa é uma empresa de X clientes, então temos um banco de dados de informação. Então a gente conseguiu através desse estudo avaliar, olha, nosso maior custo é da internação. A nossa internação hoje, se ela é, por exemplo, um indicador por mil beneficiários, de 0 a 10, se a gente tivesse em 0,07 a gente teria uma diminuição na nossa curva de 30% da internação. Se isso cair para um indicador abaixo de 0,05, a gente conseguiria trazer esse valor para cá, além do índice de exames X consulta, o índice de taxa média de permanência de internação, a taxa de ocupação dos hospitais. A base de tudo isso é para estudar o comportamento do nosso custo interno, e jogar nos indicadores, fazer a simulação por indicadores que nós imaginamos, indicadores ideais porque já existem hoje na operação daquela concorrente de outra região. Pegamos os nossos indicadores, comparamos com o dele da concorrência, como ficaria nosso resultado?"

Teve alguma modelagem, de algum artigo que vocês se basearam:

"Não, até porque hoje não tem no mercado caso semelhante."

Pontos fortes desse negócio:

"Eu acho que o grande ponto forte desse negócio é o controle. Temos a informação em tempo real. Se você tem o controle, se você tem a informação em tempo real, você consegue atuar de forma precoce. Outro ponto forte é você se diferenciar da concorrência na hora do reajuste. Hoje a maioria das empresas tem uma inflação médica variando em 16% a 20%. Se você consegue controlar o seu custo, você vai ter uma inflação médica abaixo da média da concorrência, ou seja, abaixo de 15% ou 14%. Então você vai ganhar competitividade para reter seus clientes e conquistar novos."

Pontos fracos desse negócio:

"O grande ponto fraco, o maior, são as pessoas com características, perfil e conhecimento para atuar nesse tipo de negócio. O segundo ponto que pode ser fraco é a capacidade que esse negócio vai ter de expansão. A capacidade de você se expandir rapidamente, em várias outras regiões do país. Quando você está numa região metropolitana, num lugar mais fechado é mais fácil. Por isso que é muito importante a gente ter um sistema robusto, bem desenvolvido, para garantir que você vai ter um crescimento sólido. Outro grande risco é a pressa das pessoas, é querer expandir esse negócio de uma forma mais rápida do que dá. O projeto-piloto está dando um EBITDA de 16% para 2014, o que é para o negócio de saúde maravilhoso. E aí temos a pressa, nós precisamos correr, precisamos implantar isso em outras cidades, logo a gente perde a mão. Por isso que a gente segura a ansiedade enquanto não tivermos o sistema implantado, esse teste finalizado. Agora a expansão irá para o lado, irá para outra região, por enquanto não estamos voando muito longe. Com isso a gente vai implantando esse sistema, as ferramentas, a torre de controle, vai fazendo os ajustes. Quando estiver mais ajustado, vamos para uma outra cidade. O grande risco é a ansiedade das pessoas em querer evoluir correndo com esse negócio e começar a fazer bobagem, o outro risco é a velocidade de expansão."

Facilidades para lidar com esse novo serviço:

"Fácil é o seguinte, essa fatia do mercado, as pessoas desse segmento são pessoas que você consegue encantá-las de forma muito mais fácil do que pessoas do topo. A grande facilidade é,

se você entregar um serviço de qualidade, você consegue encantar esse cliente. A outra facilidade que eu vejo, se você trabalha em redes fechadas, fica muito mais fácil de você controlar as ferramentas de gestão, você tem muito mais na sua mão. Se você consegue trabalhar com materiais padronizados, como OPME - Órtese, Prótese, Materiais Especiais, você consegue prever melhor o seu custo no final do mês. Está tudo na sua mão, você não vai ter surpresa de vir de um hospital credenciado uma conta que você não estava esperando. Outra facilidade é que nesse tipo de negócio em rede fechada você não tem sinistralidade. Na realidade você tem seu custo fixo. Na sinistralidade seria assim, por exemplo, surgiu um paciente que foi internado por 20 dias num hospital credenciado, a conta daria R\$ 500.000. Você não sabe quanto vai dar. Se o paciente ficou 20 dias ou 30 dias internado, o custo está lá, como o custo da mão de obra, do enfermeiro que você está pagando, o médico você está pagando, pois ele trabalha por mês, a luz - você não vai ascender mais luzes porque ele está deitado naquela cama. O custo é basicamente uma variável de medicamento que representa mais de 30% do custo total de um hospital. Você tem basicamente um custo, agora o grande segredo desse negócio é você saber gerir seu hospital próprio, isto é, o tempo médio de permanência das internações tem que ser baixo, o paciente tem que rodar muito rápido lá dentro, ou seja, você tem que ser eficiente, o médico tem que ser de boa qualidade para não dar retrabalho - opera, não deu certo, reopera. Então você tem que trabalhar com equipe médica boa, para ele fazer uma vez só e o paciente ir embora. Você tem que ter os processos desenhados do centro cirúrgico, por exemplo, a cirurgia num hospital desses tem que começar às 07h00. Então o Centro cirúrgico tem que funcionar como um relógio, funcionar como uma fábrica."

Potencial de expansão, até quantas vidas dessa fatia da classe C, projeção:

"Projeção que a gente fez para 8 anos, com crescimento vegetativo, seria de X clientes. Em relação ao total da classe C é pouco. Até porque você não está pensando em toda forma de venda, inicialmente quando a gente fez o estudo, não queríamos plano individual - plano de pessoa física, não vamos vender para empresas X, Y, Z, não queremos planos por adesão, não queremos problemas. Queremos planos PJ — Pessoa Jurídica, para esse tipo de ramos de atividade, nós vamos trabalhar com PME — Pequenas e Médias Empresas, para esse tipo de ramos de atividade, não vamos trabalhar com Adesão nem Plano Individual. Só que ao longo dos últimos 12 meses mudou um pouco, a gente está sentindo o plano individual numa rede fechada não é tão arriscado, porque não corre risco desse cliente se perder na rede. Ele está

numa rede que é nossa. Vamos vender para os portes PJ, PME e Individual, mas Adesão ainda não, pois não temos segurança. Porque Adesão tem um risco muito grande, podem entrar clientes que você não tem domínio, você não controla a entidade. Pode entrar gente doente, pode levar processo no final e você ser obrigado a colocar essas pessoas como plano individual."

Como medem os resultados, quais as ferramentas:

"Temos o DRE — Demonstrativo do Resultado do Exercício. Medimos o resultado pela contabilidade da empresa. A mensuração de resultado é a tradicional, receita, despesa, despesa assistencial. A gente mede a sinistralidade, as despesas administrativas, as despesas comerciais, tem o EBITDA [Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization - margem de geração operacional, em português LAJIR - Lucro antes de juros e imposto de renda]. O que você tem depois [é] o CAPEX [Capital Expenditure - em português, despesas de capital ou investimento em bens de capital], que é o montante de dinheiro despendido na aquisição ou introdução de melhorias, [além] do EBITDA]. [Ou seja,] como você avalia o resultado de qualquer empresa."

Feedback dos prestadores de serviço:

"O feedback tem sido bom. O que aconteceu no projeto-piloto, nós tivemos que ajustar o que já existia, nós estamos trabalhando nesse piloto com o legado. O legado não foi vendido com essas características. A gente vai começar a vender com essas características, a partir do momento que tivermos o primeiro hospital construído. Hoje a gente vende sonho, o hospital ainda não está construído, tem lá um leito que foi inaugurado. Era para ficar pronto agora em novembro, acreditando que o centro cirúrgico e a UTI fica pronto até o final de dezembro. Então nós estamos adequando o legado. Então a gente acredita que a partir do momento que a gente começar a vender vidas novas, começa a ter o produto puro. Porém, com o legado, o que a gente tem de feedback de cliente, para a sinistralidade hoje, toda a carteira está com a sinistralidade muito boa. Onde nós tivemos uma insatisfação, foi você mexer com rede. Porque a hora que você vai adequar o legado, você vai ter que fechar coisas que uma parcela de cliente estava acostumada a usar. Isso gerou para gente a suspensão de 08 produtos da ANS no início, e que ontem saiu o resultado nós conseguimos liberar todos. Então teve primeiro teve um boom de reclamação, mas agora teve a queda e a liberação de todos os produtos."

Feedback da ANS, governo:

"Feedback melhor não poderia ser. A própria liberação dos nossos produtos, já é um feedback positivo. Na verdade o feedback da ANS é sempre muito bom. Porque se a gente conseguir implementar um modelo que abrange o maior número de pessoas, pra eles é excelente.

,,

Feedback das Corretoras:

"Sobre as corretoras, na realidade ainda não podemos falar de feedback porque não teve uma divulgação maciça, está numa microrregião fazendo junto com o piloto, o startup de um novo projeto, e a recuperação de uma empresa que foi vendida com dificuldade financeira. Então a princípio a gente apresenta o modelo, que a gente vai trabalhar, eles sempre ficam com um pé atrás, porque já existe outros modelos de rede fechada e que sempre foram caracterizados por não entrega. Então eles acham assim, será que é como aquela empresa ruim da concorrência o que vem por aí? Será que é aquela empresa que não entrega da concorrência disfarçada? Então, daqui um ano quem sabe."

Feedback das Concorrentes:

"O concorrente não sabe muito o que é esse negócio, aqui hoje na nossa, a gente começou a incomodar. Mas como é um negócio que está muito restrito ainda, hoje só de forma regional, só na nossa região."

Feedback dos parceiros e mídia, mesmo com pouca divulgação:

"Nem positivo, nem negativo. Não tem exposição."

Desafios para o futuro:

"Crescer. Crescer de forma sustentável, mantendo o resultado que a gente está conseguindo nesse meio ano. Crescer vai crescer, eu não vejo como não crescer, o desafio é crescer com sustentabilidade mantendo as margens que nós estamos fechando o ano de 2014."

Lições aprendidas:

"Não podemos fechar o olho em nenhum momento. Não podemos achar que estamos nadando em berço esplêndido. Esse é um negócio que temos que olhar todos os dias. Todos os dias você tem que olhar. Porque as lições aprendidas é o seguinte, se você ficar sem olhar os indicadores dois ou três dias, eles desviam. Essa é a grande lição que a gente aprende todo dia lá no piloto. Você fechou o olho, a média de permanência de internação aumenta, o índice de exames por consulta aumenta, a taxa de internação por mil beneficiários aumenta, então tem que olhar. É

por isso que está desenvolvendo uma central de controle, que vai ter gente paga para olhar todo dia. E avisar o gestor que está desviando."

O que vocês consideram um bom cliente:

"Bom cliente seria aquele que não usa o plano [do ponto de vista financeiro, em relação à sinistralidade]. Bom cliente é aquele que paga em dia, que segue as orientações de saúde, que conseguimos colocar nos programas de medicina preventiva, que você consegue fazer com ele utilize de forma ordenada o serviço. Esse é o bom cliente. Agora a gente tem que evitar que entre cliente doente pro negócio, doente eu digo assim, o cara só entrou para usar, é claro que numa carteira de plano pessoa jurídica vai entrar alguém que precisa usar. O só usar é o seguinte, tem um plano PME com somente duas pessoas, três pessoas, sendo que duas pessoas já estão doentes precisando fazer uma cirurgia que vai custar R\$10.000 cada uma, e a pequena empresa paga R\$ 300."

Mas esse cliente fica permanentemente ou sai? Fica retido na carteira muito tempo?

"Ficar ele fica, o doente fica, porque ele precisa usar. O bom cliente seria isso o que já, mas também não adianta escolher o bom cliente. A gente tem que ter a capacidade de fazer uma préanálise dessa carteira que está entrando, para saber se está vendendo bem ou mal. Essa é uma das características que devemos aperfeiçoar. Temos que ter uma análise de entrada da carteira e acompanhamento dessa carteira que entrou, para saber se a gente está vendendo mal, quem vendeu mal e se é frequente vender mal ou foi só uma coincidência, um acidente. Para você ir inclusive eliminando as corretoras ruins."

Como vocês analisam o mercado dos bons clientes:

"A hora que o cliente pede cotação para entrar, geralmente a gente pede relatório para a empresa anterior que ele estava. Pra ver a sinistralidade, qual histórico de utilização, se tem muitos casos de alta complexidade na carteira, até mesmo para a gente conseguir precificar de forma adequada. É dessa forma que hoje o mercado usa. Não tem outra maneira."

Como vocês identificam na carteira os bons clientes?

"Os bons clientes, basicamente, identificamos pela utilização. A utilização de consultas, não quer dizer que ele vá em poucas consultas que ele é um bom cliente. Às vezes, dependendo da patologia que o cliente tem, ele precisa ir muito em consulta. Ele precisa ir 8 vezes ao médico por ano, porque ele precisa ser controlado, como a diabetes, a hipertensão, para ele não

complicar sua condição e ter que internar. O bom cliente é aquele que utiliza de forma correta o plano, se precisa ir em uma consulta, preventiva ou de acompanhamento, tem que ir, mesmo que ele vá 10 vezes ao ano em consulta. Ou aquele cliente que vai 10 vezes num ano para pegar atestado médico, esse é o mau cliente. Esse a gente identifica e informa para sua empresa, olha, seu funcionário vai de 10 a 15 vezes por mês ao hospital apenas para pegar atestado médico. Ele está sendo ruim para o plano, ruim para a empresa por não estar trabalhando, ruim também de novo para empresa na hora de pedir o reajuste anual, porque vamos contar sobre tudo isso que ele está usando."

Como se controla o custo desse negócio, como é feito hoje.

"O controle hoje é manual. Controle do tempo que está internado, de quanto custou a internação, a hora que chega a conta, isso é manual."

Gasto para atrair cliente?

"Hoje é muito pouco, pois ainda a gente vende muito o sonho, porque a gente ainda não tem o produto com o hospital pronto, até comentei hoje com o nosso diretor comercial, a nossa despesa é pequena. Comparada com a do grupo da empresa Alfa, a gente mal tem despesa. Mas vai ter. Em algum momento vamos ter que investir."

Como que atraem novos clientes?

"Muito no trabalho do corpo a corpo, do nosso diretor comercial e das pessoas que estão com ele, visitando as corretoras, indo em reunião das associações de indústrias na região, fazendo evento pequeno para essas associações das indústrias, como um churrasco ou um coquetel. Apenas coisas simples, porque também não dá para investir muito dinheiro nisso, se você não tem um produto bem definido para sair vendendo."

Custos com os clientes da carteira, além do controle pelos indicadores, tem algo a mais?

"Já foi dito, é só o controle, não tem muito o que inventar."

Gastos com o funcionamento da empresa, além de cliente e negócio:

"Orçamento. Na realidade ninguém pode gastar nada que não esteja dentro de uma previsão. O custo é aquilo que é previsível. Vai ter que pintar a parede de uma unidade, vai pintar dentro do que foi orçado para a manutenção. Não está orçado, não vai fazer. Esse é o negócio de controle

de custo muito forte, desde o papel higiênico, não deixar que levem embora, esse é um tipo de coisa que levam, temos o perfil de cliente que leva papel higiênico ou toalha do hospital após uma alta de internação hospitalar."

3) Gerência Operacional / Diretoria de Operações – Entrevistado C

Duração 01h12m06s - Novembro.14

Qual a necessidade percebida no mercado que motivou vocês a desenvolverem esse novo serviço?

"Olha, a verdade é o seguinte, a gente começou por ter uma lacuna no mercado na qual nós não atendíamos, todas as empresas [clientes] que a gente precisava [atender], de um custo [necessário ao cliente] mais baixo, a gente não conseguia fazer [a operação], é isso. Basicamente, [a gente] fazia a gestão por receita, por custo não tinha sido [ainda] imaginado, e quando saia uma empresa [cliente] do nosso grupo, alguma empresa [cliente] com nosso plano mais básico que na época era o plano beta, ela saia [e migrava] para qualquer outra empresa [de saúde] que fosse de um nicho mais básico. Aí, [nós percebemos que] essas empresas [concorrente, operadoras de saúde] trabalham com gestão de custo, aí nós percebemos esse nicho e resolvemos [atuar]."

O que você entende por gestão de custo e gestão de receita?

"Então, gestão de custo na verdade é o seguinte, é quando a gente consegue pegar a receita que a pessoa nos mandou e a gente consegue gerir aquela receita para poder dar saúde para os beneficiários. Quando você fala de gestão de receita, na verdade é o seguinte, você só garante a rede pro beneficiário e depois tudo que escapar daquilo que foi acordado entre as duas partes, eu cobro a mais junto com o reajuste financeiro anual. No final do ano, então, gestão de receita, na verdade eu só ponho receita a mais. A gestão de custo é, além disso, em tese, eu controlo o custo, e controlo o acesso à saúde de maneira um pouco mais regulada e mais restrita para poder não gerar este tipo de reajuste absurdo o final do ano."

Isso para que tipo de cliente?

"Normalmente para o cliente PJ [pessoa jurídica], mas o que a gente descobriu é assim - o cliente PJ quer isso, ele quer muito isso, mas o que nós tínhamos [o] descartado a princípio,

[pois a princípio] os [nossos] estudos eram voltados para pessoa física, por causa da excessiva regulamentação da ANS. Hoje se descobriu que, na verdade, [há] um grande nicho [que] é a pessoa física [e também a pessoa jurídica]. [Esses clientes] que requerem muito isso, eles não querem acesso exacerbado, eles querem lugar seguro que seja bom.

Quais os objetivos da empresa com relação a esse novo serviço?

"O grande mote da empresa é prestar assistência de saúde, em microrregião, com o custo adequado. Ponto. Nossa ideia é nunca dar reajuste muito alto ao nosso cliente [corporativo] e nunca - na verdade, [significa] abrir muito [o acesso [às redes de atendimento mais caras, normalmente credenciadas]. É atuar numa microrregião, onde eu posso combater outras operadoras do mesmo porte."

Mas como são esses objetivos hoje no grupo, pra empresa como o todo, pra holding?

"Para holding é oferecer mais uma linha de produto, que é aquele nosso primeiro problema, oferecer uma linha de produto que ela trate mais a população mais básica. A gente tem muitas linhas de produto, uma até uma sobrepondo a outra. Na parte intermediária [da linha de produtos], a gente fala que atende a classe B que precisava de rede mas não chega a ser [um produto] premium. E [para] a classe [mais] premium, a gente tem muitos produtos, [porém] mais a baixa, que era pra atender população geral [classe C], que a gente chama chão de fábrica, que é o funcionário de linha de frente [nas empresas corporativas], nós não tínhamos essa linha [de produto]. Então, hoje é basicamente complementar essa parte da empresa, que falta na nossa linha [geral de produtos], no nosso portfólio de produtos. [Logo] é fazer uma ampliação mais agressiva com as maiores empresas, que tem uma linha de frente de serviços muito elevada."

Esse serviço foi pensado concomitante com outros existentes ou com algum novo, do que vocês já tinham?

"Não, na verdade não. Na verdade ele foi penado do zero. Nós fizemos muitos benchmarkings com empresas que atuam nessa área [de segmento classe C], como a própria Empresa Y, Empresa Z, e o nosso conhecimento interno, de processos nossos que baixavam os custos de medicina, de processos que a gente conseguisse baixar a frequência também [de procedimentos médicos, como exames e consultas] e como nós podíamos compartilhar esse risco, e [logo] foi pensado do zero. Nós fizemos alguns benchmarkings, e nós pensamos num projeto, baseado num

estudo de quais regiões precisariam disso [desse produto], de quais empresas precisariam disso, aonde seria esse foco, se esse foco existia ou não, partimos dessa premissa. Agora esse problema, a gente acha que tem esse nicho de mercado, a gente fez vários estudos, várias informações complementares pra chegar nesse resultado. Mas nós fizemos à parte [do nosso grupo da] empresa [que compramos como projeto-piloto]. Em tese, é um projeto que veremos até 31 de dezembro [de 2014], ele atua como [um] projeto-piloto. Quando [for] finalizar tudo, finalizar [a] instalação do sistema, finalizar todas ideias que nós preconizamos, em tese tem que largar [como projeto e decidir pela sua continuidade como modelo de negócio] até 31 de dezembro e entregar o resultado do ano."

E começou quando?

"28 de fevereiro [de 2014]."

Foi quando começou o projeto?

"O estudo [preliminar, de benchmarking] nós demoramos de agosto de 2013 e finalizamos em janeiro [de 2014]. O que acontece, nós entregamos o projeto em janeiro [de 2014], mas apresentamos em dezembro [de 2013] (...) para [o grupo da] corporação (...) O projeto finalizado é este, e vamos precisar de um ano para instalar. (...) Surgiu uma oportunidade de um local, nós conseguimos de maneira apartada da companhia [tocar o projeto], agora [temos espaço e liberdade] para testarmos todos as nossas ideias sem contaminação de dados [do grupo], ou sem contaminação de processos [do grupo e] e de maneira exclusiva na empresa Alfa em dezembro [de 2013] (...) [praticamente] nós assumimos o risco na empresa Alfa em dezembro [de 2013], de começarmos [a levar o negócio] mesmo não tendo finalizado o projeto. Mas [a sorte é que] já estava quase finalizado, estava bem nos finalmente, em dezembro [de 2013], [logo] a gente começou na empresa Alfa, fazendo uma sobreposição aí [do projeto com a decisão da compra pelo grupo empresa Alfa]."

Você disse que fez algum estudo com benchmarking. Então esse produto já existia no mercado?

"Sim. Ou não, assim dessa forma [como desenhamos] não."

Então qual o diferencial dele?

"O que existe hoje, a gestão como ela é feita [como desenhamos], ela não existe [no mercado]. Sem benchmarking, mas assim, na região N existe algo parecido como pós-SUS mesmo (...) que é dar só o [serviço] necessário, que o SUS não dá de complemento. Apesar da legislação [brasileira] dizer que [o SUS] dá tudo, é mentira, [pois] o SUS, quando chega da média para alta complexidade, ele não existe [é um sistema deficitário]. Tem fila de dois anos pra tomografia, quatro anos pra cirurgia ortopédica, cinco anos pra fazer [uma] mamografia, então ele dá tudo e não dá nada. A consulta básica geralmente dele é muito forte [no SUS], tem pro dia seguinte, principalmente aqui na nossa região (...), mas o complemento [de serviços mais complexos] não tem, então a oportunidade surge nesta parte (...) a empresa concorrente nesse setor na região N era muito focada nesse complemento [pós-SUS], com um plano um pouco mais elevado [que o serviço do SUS] (...) na nossa região, uma outra empresa concorrente era focada em gestão de fila [de atendimentos]. Então o que ela faz de fato não é fazer uma gerência da carteira em si, mas sim gerar fila. Ela enrola o paciente para fazer uma cirurgia, e isso era permitido até pouco tempo, até há uns dois anos isso era permitido [pela ANS]. Essa empresa foi vendida, fazia um EBITDA de 5% a 6%, mas começou a ter problemas no resultado por essa gestão de filas (...) mas agora [com a mudança da legislação da ANS], [essa empresa concorrente] começou a receber um monte de reclamação de NIP."

O que é NIP?

"NIP é uma notificação, investigação preliminar da ANS, onde qualquer pessoa pode reclamar de um plano de saúde. A ANS vai investigar se está descumprindo a regra ou não, e aí tem dois desdobramentos: ou vira uma RVE - Reparação Voluntária e Eficaz, ou seja, [quer dizer] você errou, mais depois você conseguiu reverter, ou vira um núcleo - se você errou, mais não corrigiu [o problema do cliente que reclamou via notificação à ANS], e o pior de tudo, você ainda tentou enganar o operador {da ANS}, tentou enganar a operação {da ANS}, prejudicou o paciente burlando uma regra da ANS, aí você vai para um processo jurídico e toma uma multa. E aí tem que pagar procedimento, [além de] uma multa de R\$ 80.000 a mais. Então, a empresa concorrente [citada na resposta cima] começou a baixar muito [o valor do plano]. Aí começou a ter muito problema em relação a isso, porque ela [não conseguia entregar o serviço prometido

e] fazia essa gestão de fila [de atendimentos, sem se preocupar com a entrega de fato]. Antigamente, há um dois anos, não tinha [uma] regra para [se] fazer [cumprir] data, podia fazer clínica médica [com espera] em 10 dias. Hoje em dia, a lei foi reduzida a sete [dias, pela ANS], então ela [a empresa concorrente] fazia esse negócio de fila muito bem [no passado], [porém] começou a perder resultado, por isso se vendeu (...) Então (...) eu considero o grande salto, é o fato da gente ter começado do zero [o nosso modelo], a gente conseguiu rever alguns processos e alguns sistemas eletrônicos. Hoje em dia, você não tem nenhuma empresa da área da saúde no planeta, que você tenha o dado on-line [dos clientes, com relação ao custo médico]. A gente vai, pela primeira vez na área da saúde [a lidar bem com dados]. (...) [Sobre] a área da saúde, ela foi a que começou primeiro com pesquisas, (...)com dados, [mas] e é a última que está entrando na parte da era de dados on-line, para visualizar o que está acontecendo no momento.

E essas empresas do benchmarking citado não fazem uma gestão on-line?

"Nenhuma delas fazem. Na verdade hoje, nem o sistema americano (...) não faz, na Europa não tem nenhum [representante encontrado], nem no sistema francês, nem no inglês, nem no alemão, que são os três referentes. O canadense [também] não [o] faz, na Índia é muito primário, mas também não se faz isso. (...)

E em quanto tempo se recebe esse dado on-line, existe algum delay?

"Zero. Na verdade, o delay é o tempo virtual que eu quero determinar, tudo que o cara [o cliente] quiser agendar ou tudo que o médico fizer, ele gera uma senha virtual, um autorizador virtual. Então [se] você ligar pro call center e marcar - eu quero uma consulta com o ginecologista, aquilo gera uma senha, que vai me dar [o autorizador virtual]. (...) [por exemplo], os três primeiros dígitos significam especialidades [da] consulta eletiva, (...) A especialidade, por exemplo, é ginecologia, então já sei que ele marcou, então na hora eu já tenho isso apurado no meu BI [business intelligence] ou no meu sistema gerencial. Depois tem uma segunda vez, quando chega o dia e a hora, se ele passou a carteirinha dele na hora [da consulta] ou se ele passou lá e tirou uma foto [por biometria, identificação], ou colocou as digitais - que são as biometrias de conferência, ele dá baixa [no sistema, pela senha identificada]. Se não, ele coloca só agendamento, então na hora eu vou saber se ele marcou, o quanto eu tenho agendado no mês seguinte, e se as pessoas compareceram ou não na hora, se elas chegarem na recepção e não compareceram. Eu sei que ele [o cliente] não compareceu, ou se compareceu."

O que vocês conseguem com isso?

"Aí eu consigo tirar de 30 dias [de espera de visualização de dados] (...) para on-line, dados na hora, porque eu tenho um custo muito estabilizado."

Todos os custos você consegue medir on-line?

"Sim, inclusive a gente fez a premissa de 85% dentro de casa, então tudo 85% da rede própria como centro de custo, que aí tem um nível delicado, mas assim 85% dentro de casa - então 85% de meus custos apurados são fixos, então eu só multiplico pela frequência, e os credenciados vão procurar parceiros, e pra ser credenciado nosso ele tem que instalar um módulo de informática, nas máquinas dele que quando ele passar algum cliente na empresa Alfa dê a baixa. Conseguimos cobrir então 100% e mesmo, que não seja 85% que é a nossa rede própria da frequência dos eventos, que eu estou olhando on-line."

Qual o tamanho do mercado total da região que vocês esperam e qual a participação, também que vocês esperam, vocês conseguiram analisar o tamanho do mercado total e a participação em geral?

"A gente fez um levantamento, no Brasil nos chegaríamos num market-share de X% no final de oito anos. A gente projetou para 8 anos, também nem sei o porquê de 8 - nem 5, nem 10 - foram 8 anos, nos chegaríamos se eu não me engano a quase X número de pessoas. O objetivo da empresa Alfa é esse, em 8 anos pelo o tamanho de X número de pessoas, quase o tamanho que o grupo todo à qual pertence tem hoje. Mas o mercado hoje ele tem para o segmento C, tem, se eu não me engano, 35 milhões de beneficiários cobertos por plano de saúde, com grande potencial da população migrando pra isso um dia, cerca 50 ou 60 milhões terem plano de saúde, sendo que no Brasil ainda não tem. Aí se tirar uns 30 milhões, olha só, esse o mercado tem um potencial para crescer o segmento, tem um potencial para crescer ai para ele triplicar nos próximos 15 anos."

Então quanto que dá no total?

"Dá quase uns 90 milhões, isso de segmento C."

Quanto está coberto a classe C?

"Sobre classe C, a estimativa mais próxima que eu vi é que 20% da classe C hoje tem cobertura de plano de saúde. Quando a gente pensa em grandes centros [de populações] a estimativa sobe

para 40% a 50%. Mas saiu do grande centro, a estimativa é quase nula, basicamente no interior do Brasil, mesmo no interior da nossa região, o SUS ainda é muito forte, pois apenas ¼ da população geral no Brasil só é coberta por planos de saúde."

Como foi concebido o novo plano, como foram estruturados os conceitos dele?

"Os conceitos na verdade, a gente começou a pesquisar não só o benchmarking do que eles estavam fazendo atualmente, mas de tudo quanto era ideia nova que tinha abaixado o custo [médico, de alguma forma]. Nós fizemos [pesquisa] no mercado da Índia, da França, da Alemanha, de Portugal, da Inglaterra, dos Estados Unidos, Canadá, no México, do Chile, nós saímos pesquisando tudo, alguns fomos pessoalmente, na América do Sul fomos pessoalmente. Os que estavam dentro do Brasil (...) fomos conhecer no Rio de Janeiro, uma operadora somente de classe C, a gente foi em algumas no nordeste (...) nós chegamos a ir na maior empresa concorrente que identificamos. Nós pegamos todas as ideias que tínhamos, aí nós utilizamos o Canvas [modelo de negócio por Osterwalder e Pigneur, 2010] para fazer a descrição de como nos faríamos, como seria organizada as ideias que nós tivemos, e aí começamos a mensurar tudo de perto, de tudo o que a gente pegou e planejou, o quanto sairia de investimento e quanto conseguiria baixar do custo atual. Em vias de fato, usamos a modelagem para fazer, o Canvas, aí a partir desse princípio, nós organizamos, e daí nós fomos apurando e depurando o que nós conseguiríamos ou não conseguiríamos fazer. Esse ano, nós passamos testando para chegar a esse modelo final, e olha, tem que ser por microrregião. Nós fizemos isso muito mais testando do que as vias de fato, alguns conceitos foram muito mais teste do que via de fato teórico. Na teoria, a gente achou que não precisaria ser por microrregião, [mas na prática] nós combinamos que era melhor terem microrregiões, e cada microrregião tem um dono para que a operação fique na mão. Se a gente fizer uma célula muito grande, você perde o tino da operação, você perde o controle."

Quais são os elementos que melhoraram?

"Na verdade, era pra melhorar a qualidade de atendimento, e aí uma grande premissa nossa, a gente não vende rede, mais vende atendimento. Em tese, a gente, não vou ter que dar 10 hospitais a mais, no hospital você vai ser atendido em meia hora. Então a nossa grande ideia, era fornecer um plano de saúde que não necessariamente desse rede, mas que desse muito forte atendimento. Então, nós estamos vendendo serviços, nós vamos vender o atendimento para o

beneficiário final e com ganho de custo para o empresário contratante. Então, de tudo o que a gente fez, girou em torno destas três premissas, e a ideia era chegar no final com tudo isso instalado, com todas as ideias tanto na parte de sistema que aí entra naquela parte de controle on-line até a parte de atendimento, inclusive tendo controle sobre o tempo de espera e o tempo de atendimento e o tempo de reclamação, que seria o nosso reflexo de como está indo a qualidade de atendimento."

Você falou que utilizou o CANVAS, teve além do benchmarking. Teve mais algum embasamento teórico ou em dado ou algum outro estudo preliminar que vocês fizeram?

"No geral não, o que acontece é que a equipe ela é parcialmente a mesma desde julho [de 2013], existiu um desafio da gente atender uma grande empresa cliente, a empresa Gama [de perfil classe C], dentro do próprio grupo (...) então a holding da empresa Alfa criou uma equipe [para tocar o projeto do cliente empresa Gama] (...). Foi levantado que a classe C no Brasil está crescendo muito, e aí, como uma diretriz, o CEO pede para que seja criado um grupo que estude especificamente a classe C no Brasil e como nós poderemos atender. Então, é criado um grupo de estudo, um segundo grupo que, em tese, não tinha nenhum relacionamento com o primeiro [da empresa Gama]. Ele vai estudar e projetar a classe C, e que tinha, por ventura eu e demais pessoas, comandando outras pessoas. Naquela época, em julho de 2013 também, surge a oportunidade de se comprar a empresa Alfa. Sobre a empresa Alfa, eu e diretor médico fomos lá ver se ela era viável ou não como operadora (...) então o que acontece, começa com essas três vertentes como ideia, existe um grupo específico estudando [classe C], que aí foi da onde veio depois vieram outras pessoas colaborarem [na empresa Alfa]. Um outro grupo que já mexia e tentava manipular a empresa Gama muito parecida com a marca – ironicamente, esse cliente tinha o mesmo número de clientes que a empresa Alfa tinha de vidas na nossa região, e já estávamos estudando a [compra da] empresa Alfa como possibilidade. Dessas três vertentes, como ela se torna [o novo projeto] na empresa Alfa (...) é o seguinte: quando nós estávamos estudando a empresa Alfa, a gente descobre que se a gente colocasse o nosso padrão de plano básico da holding dentro da empresa Alfa, as mensalidades dela subiriam em 20%. Então, se usasse o padrão [básico] que existia dentro do grupo da empresa Alfa, ou seja, a missão incorporada sairia de mal para pior."

Em função do que isso?

"Porque mesmo reduzindo a frequência, porque o plano básico do grupo tinha frequência de utilização de consulta menor, utilização de exames um pouco menor, utilização de internação menor. Os custos médios do plano básico do grupo, que é a nossa operadora de custo mais baixo, eram muito elevados, era tão elevado que mesmo baixando a frequência se eu colocasse os custos médicos do plano básico do grupo dentro da empresa Alfa, mesmo baixando a frequência, ela estourava. Ela ia estourar, muito mais o custo do que o necessário, aí acontece que e feito uma recomendação pra essa empresa Alfa, pra olha só, poder comprar pode, só não pode juntar com a holding [no sentido de gestão], se não vai ser pior. Então, ele resolve prosseguir com o negócio, aí ficam uns seis meses de diligência, fica lá [na empresa], vai ver imposto, vai ver a parte contábil, vai ver se o buraco não é maior do que parece. Ficam os seis meses de diligência, e aí em dezembro [de 2013] é decidida a compra ou não. A exemplo do cliente "Gama" [o qual tinhas características de público classe C] é a cara que eles não dão certo dentro do grupo da empresa Alfa, por uma série de falta de controle, por uma rede extremamente aberta, por até por um comportamento ruim. A empresa Gama não dá certo, ele estoura a mensalidade do plano básico dele, ele vai num controle entre 85% a 86% [de sinistralidade], mas depois com a virada do [novo] sistema [de gestão], a gente acabou perdendo com um pouco. Acaba perdendo [informação], e ele começa a virar em torno de 98% e 97% [a sinistralidade]. Então, se descobre que o cliente "Gama" não dá certo, ou seja, não dá certo dentro do grupo, se o colocasse somente na empresa Alfa, ele a pioraria. Aí, esse grupo intermediário, que estuda a classe C, que por ventura tinha as mesmas pessoas quase [que passaram a ser colaboradores da empresa Alfa], parte da formação das mesmas pessoas, a gente comunica, olha só, dentro da grupo não funcionou, e na empresa Alfa, que teria um perfil de segmento C, e tem bastante gente que paga preço médio muito baixo, ele não funcionaria. Então, em julho/agosto [de 2013] a gente já tinha como determinante, que não podemos fazer nem dentro e nem podemos pegar o modelo que está aqui para transformar [modelo antigo da empresa Alfa.. Então a gente começa os estudos independentes. Daí a gente para [para projetar], e aí a gente acaba usando como modelagem o CANVAS, [mas] tinha alguns outros modelos [de negócio] (...). [Havia] vários modelos que a gente poderia usar para o projeto, e aí deles, o que eu achei mais intuitivo, fácil e colaborativo foi o CANVAS. Eu já tinha usado com alguns processos de desenhos de projeto na verdade. Alguns eu já tinha afinidade (...), mas o resto do grupo não. O CANVAS se desenha muito mais fácil, e pra gente começar a tocar ele apartado, a gente conseguiu a visualizar ele muito melhor."

E as empresas que não deram certo, como a empresa Gama, ela saiu, se regenerou.

"Ela permanece e pior, não se regenera mesmo depois de um ano dando cerca de um aumento de 14%. Nossa recomendação do grupo de gestão da empresa Gama era não continuar, mas a empresa resolveu dar 14% e assumir o risco que conseguiria."

E remodelaram o processo?

"Não, fizeram a mesma coisa, reajustaram 14% achando que ia reverter, o que não reverteu. Isso foi a nossa recomendação — teria que ser no mínimo 25% de reajuste sobre o modelo que nós estávamos operando, [isso] se não mudasse o modelo. Então, não mudaram o modelo, e eles continuam operando da mesma forma, hoje a empresa Gama chega a 101% - 102% [de sinistralidade]. Saiu de 92% [de sinistralidade], no começo estava em 85% ou 86% [de sinistralidade], e depois que a gente trocou o sistema que ampliou muito o acesso a todo mundo, e vai pra 90% [de sinistralidade]."

Qual sistema?

"O legado, sistema da operadora, ela opera seus beneficiários, ela que faz a liberação, ela monta o cadastro, onde faz apuração fiscal, financeira, faturamento, custo. O sistema é novo, o antigo era muito ferramenta fiscal, engessado, por isso não tinha muita liberalidade e quando vira um sistema novo, acontece que a gente para de visualizar até a última camada de custo. A gente visualiza até uma parte, porque parte do sistema ele faz automático, apuração contábil. Antigamente, era manual, então a gente tinha que ver até o final, cada custo. Hoje em dia não, hoje em dia a gente imputa a quantidade e o restante da cadeia ele faz sozinho, em tese ele faz deixa rápido. Na teoria, ele deixa mais rápido as liberações, mas também perde um pouco do controle operacional dele, se ele tiver algum erro lá, por exemplo, sair multiplicando ao invés vez de (...) R\$ 0,07, se ele estiver pagando R\$ 0,11 [para uma determinada taxa], você não vai acertar isso nunca. Se ele altera um multiplicador, você implica num aumento de custo absurdo, em negociação você acaba pagando a mais, e até hoje eu nunca descobri ninguém [que seja cliente] que devolveu dinheiro pagando a mais para operadora. Ainda mais na área da saúde, {em] que tudo é variável de tudo (...)."

Por que o controle de custo fugiu, se o sistema novo é automatizado?

"Parte automatizado. Ele foi automatizado de forma errônea, quando se viu, no sistema aconteciam coisa muito ruins. Eles trocam o conceito de custo. Então, aprovação de custos na área da saúde, são basicamente cinco coisas: ou é consulta, ou exame, ou procedimento, ou internação ou honorário medico, e cada um deles tem um agrupamento. Mais nem um limite é tão nítido."

Qual a diferença de exame e procedimento?

"Consulta e procedimento tem uma área que é cinza, a gente não sabe muito bem onde começa e termina a outra. Entre exame e procedimento é a mesma coisa, entre internação e honorário é a mesma coisa. Então, tem uma parte que ela é cinza, que a gente não sabe. Só que o que acontece, em vez de virar o sistema com os mesmos conceitos, eu automatizo, então são novas automatizações, são novos fluxos para liberação que eu começo a trocar controle que não existiam. Eu também troco o conceito que se era utilizado antigamente, por exemplo, endoscopia digestiva com biopsia, esse eu sei que ficava com procedimento. Quando vira o sistema, esse conjunto foi para exame. Então, ele troca isso, que nem honorário medico (...) por exemplo, ele colocava tudo na internação, honorário médico era só o que pagava pro médico-cirurgião. Ele começa a colocar o pacote de honorário medico e tira de internação. Tira de um lugar, põe no outro, por exemplo, [médico] anestesista, sempre foi pago, sempre foi pago circulante de sala [de cirurgia], sempre foi pago instrumentado [de cirurgia], só que isso entrava no custo da internação. Aí quando vira o sistema novo, eu coloco tudo novo, inclusive meu conceito de custo. Então, eu não sei se minha internação baixou ou aumentou o custo, se foi porque eu troquei o conceito que eu estou alocando hoje uma coisa que não era dela nela, se meu honorário médico subiu porque eu estou alocando coisas novas ou se porque são novos procedimentos que foram criados. Você não consegue comparar com o passado, eu viro tudo de uma vez só (...) e provou não ser a melhor estratégia."

Quais são os pontos fortes da empresa Alfa?

"O ponto mais forte dele, na verdade que eu acho mais difícil de ser copiado, é o sistema em si, esta base de gestão on-line é outro ponto forte, controlar o fluxo é outro ponto forte, e microrregião é o terceiro ponto forte. São, para mim, os três maiores pontos fortes. Você tem a operação na mão. Você consegue não só acompanhar o fluxo, como controlá-lo, tem toda uma

equipe sua, 85% da sua equipe é fidelizada a você. Então, você consegue chamar atenção ou mudar os rumos pra onde os custos estão indo, porque tem pessoas que tem influência direta, pode ser na microrregião, você consegue delimitar quais são seus concorrentes, e você consegue delimitar uma rede de atendimento pra aquela região, o que me deixa coberto de alguns outros custos. Por exemplo, se você fala que seu plano de saúde é nacional e você for atendido por ventura pelo SUS, que é o sistema de saúde público, ele vai cobrar isso de você e ponto [vai existir um repasse do sistema público para a operadora privada, existe essa lei brasileira que a garante]. Mas você tem plano de saúde, quando o plano de saúde está escrito 'nacional' e não escrito 'regional', quer dizer que o SUS pode cobrar de você em qualquer ponto. (...) quando fala de microrregião (...) o plano de saúde é regional, ele atende cidade A e B, se você cair na cidade C e tiver que se internar pelo SUS, essa conta não vem pra gente [como repasse público via SUS]. Então, vou ser menos exposto a multas, menos expostos a regulação, não no sentido de regulamentação de uma pessoa ir lá fiscalizar, [pois] fiscalização existe. Você é menos exposto a regulação nacional, os planos nacionais tem uma regulação diferente, são de leis diferentes. Um plano que microrregional, a gente consegue melhorar para ser regionalizado me dá essa vantagem, o controle de uma região cuja a população é mais estável, então não é uma população nacional mutante, temos uma população regional mais estável, numa microrregião estável. Um responsável por microrregião é uma das coisas mais fortes - o sistema que gera essa senha virtual, aparentemente é um truque simples, mas fazer isso num sistema de uma operadora, você tem que criar esses códigos, criar esses autorizadores virtuais para todos os procedimentos. Hoje na área da saúde tem cerca de 93 mil procedimentos. Então, isso não é uma coisa rápida de se fazer, mesmo que a ideia seja copiável. Então a pessoa teria que sacar a ideia e depois fazer isso, e a terceira é o fato de eu ter 85% do custo médico dentro da minha rede, funcionando como centro de custo que é a operação na mão. São as três coisas mais fortes."

Quais são os pontos fracos?

"O maior ponto fraco ele é regional, a regionalidade me protege, mas ele impede uma expansão rápida. Eu não consigo expandir de maneira tão rápida, como eu gostaria. Ela me limita o fato de ser regional limita as vendas, o corretor fala - eu tenho 1.000 vidas no total [para cotar] na região X e na região que a empresa Alfa atua. Aí nós respondemos que não atendemos àquela região X, você vai ter que dividir suas vidas [para parte da região que atendemos e para a outra parte que não atendemos]. Aí acaba que, apesar de cobrar um preço mais barato pra ele na

nossa região, em vez de ele cotar 1.000 vidas e conseguir um desconto global ele vai cotar com a gente 800 vidas, o preço vai vir baixo mas ele vai ter as vidas apartadas, e isso pro RH é um pesadelo ter que gerenciar múltiplos benefícios. O plano regional limita um pouco a expansão, é um dos pontos mais fracos. Outro ponto mais fraco e a gente não conseguir virar a gestão, é conseguir aplicar todos os nossos conceitos que nós tivemos e testamos durante um ano, dentro de um ambiente controlado, conseguir fazer e aplicar esses mesmo conceito pra outras regiões, em outros locais. Cada vez que eu abro uma microrregião [há complicações], quando eu faço uma coisa nacional é mais fácil, colocado [como regra] nacional e todo mundo vai seguir essas leis, e acabou. Quando eu faço para regional, eu coloco umas leis numa determinada região, e pra fazer sucesso na outra eu tenho que aplicar essas leis, exige um esforço muito grande, então conseguir virar gestão. Nós tivemos um ano pra fazer virar essa gestão, viramos o resultado em menos tempo, mas na gestão nós fazemos acertos finais pra finalizar agora em dezembro [de 2014], e entregar o próximo resultado, não o resultado final, mas de tudo o que nós implantamos, o que deu certo, o que não deu certo. Fazer virar essa gestão em um outro local, com o mesmo sucesso, transpor essas ideias é mais difícil, é o desafio."

Quais as dificuldades enfrentadas internas, externas:

"Internas, nós temos várias barreiras. Nós temos algumas barreiras externas mais tardiamente, mas no início nós temos barreiras internas, como a empresa Alfa é um projeto-piloto, e ela não era uma empresa lucrativa [antes de ser comprada], era uma empresa de uma margem [de lucro deficitária de] -15% a -12%. Nós tivemos, na verdade, uma resistência interna dessa empresa de não entrar no grupo, pois o grupo já não estava indo tão bem, já está tendo indícios de uma recessão corporativa, e aí eles não queriam investir numa coisa que estava dando prejuízo, para apostar numa suposta empresa que ia conseguir fazer uma virada, de uma coisa que era basicamente nova. A gente não ia copiar o modelo da concorrência, nós não íamos copiar o modelo chileno, a gente queria fazer uma coisa especificamente nova enquanto, enquanto estivéssemos lá. Então, nós tivemos poucos apoiadores, [mas] nós tivemos apoio do CEO do grupo (...) O projeto foi submetido e aprovado. Mas foi muita resistência interna, neste sentido. Depois nós encontramos resistência, porque quando começamos a virar, as pessoas achavam que nós não estávamos fazendo a coisa de maneira correta, achavam que a gente podia estar alterando os resultados [como positivos] lá dentro, etc. — [ou seja], maquiando os números, para que a gente mantivesse a empresa lá dentro [do grupo]. E que se a gente se mantivesse lá dentro,

o que seria provisório, no final a gente entregaria o buraco do mesmo jeito, o resultado negativo. Aí a gente conseguiu provando a consistência do resultado, quando nós fizemos o terceiro mês, quarto, quinto com o mesmo padrão de reajuste, de custo, de resultado, aí foi se tornando verdade. Não porque as pessoas continuam, a descrença é mais fácil de semear do que a crença. A crença eu preciso provar nela, que eu consigo fazer, a descrença eu invento uma mentira e ela se espalha, até porque a mentira é mais interessante. A gente teve alguma resistência interna e temos ainda, porque algumas ideias do que nós fazemos vão contra o que a corporação acredita como gestão de saúde, vão exatamente contra. Então uma coisa que se bradava muito, e que o nosso plano básico do grupo, não se podia ter um custo médio de internação menor do que R\$ X mil. Menor do que isso, você estaria ou prejudicando o paciente ou escondendo resultado. Nós conseguimos provar que a gente consegue fazer uma média de quase a metade desse valor (...) acabaram ainda tendo uma certa desconfiança em relação do resultado. Externa, agora, nós começamos a perceber uma reação do mercado local. A concorrente principal que atuava na região começa a reagir, a outra concorrente secundária também começa a reagir, a querer baixar mais os preços, mas para eles baixarem os preços ao nível do nosso praticado, eles estão fazendo algumas coisas que as empresas [clientes,] que saíram da gente e acabaram nessa concorrente que cobriu a nossa oferta, querem [agora] retornar para gente, (...) eles estão pedindo um reajuste mais alto [por conta da ineficiência operacional], e as empresas [clientes] estão voltando [para nós]. Aí você vê uma movimentação de querer fazer um plano regional, de querer a oferta do nosso, agora mais no meio para o final do projeto eles começaram a ficar incomodados [os concorrentes]."

Quais as facilidades que você tem para lidar com o serviço:

"(...) é porque o pessoal acredita. As pessoas que estão lá no grupo, por ser um grupo pequeno e enfrentar adversidades, eu acho que isso criou uma união, relativamente ímpar, e todas as pessoas que estão lá ou acreditam ou já trabalharam com o segmento C, então elas tem uma facilidade para implantação deste tipo de serviço. Todos eles ou moravam ou tem história de vida que originou no segmento C (...) [ou seja, havia alguma relação com o público-alvo, classe]."

As pessoas são os colaboradores de lá?

Isso, colaboradores, tantas as pessoas que estão lá, quanto as pessoas da direção, eles se identificam com o público-alvo, e querem fazer valer. A pessoa que atende (...) o próprio funcionário tem pai e mãe que é atendido pelo plano da empresa Alfa, tem vizinho que é atendido, então eles acreditam em dar, em oferecer para a população essa parte como serviço, mesmo de retorno à sociedade. Isso tem muito forte, é uma facilidade muito grande de a gente conseguir implementar, e fazer como que as pessoas entendam o objetivo final. É logico que não é filantrópico, a gente explica isso, mas é uma oportunidade de oferecer um produto bom, numa empresa que estava falindo, isso é uma facilidade, acho que é a maior facilidade, o grupo em si.

Para essa região você tem mais alguma expansão?

"Tem, hoje nós temos X mil vidas e a gente consegue chegar Y mil vidas, fazendo um marketshare de 45% passar para quase 50% ou 60% na população coberta na região."

Como vocês medem o resultado hoje?

"Hoje, [para medir] o resultado a gente usa um DRE [Demonstração do Resultado do Exercício]. Para medir a gente usa um resultado, ele é centralizado e validado, nosso resultado é contábil, ponto. Não é a sinistralidade, que seria só o custo médico versus receita, a gente mede na verdade o DRE, então a gente mede a eficiência na cadeia, então o resultado final que a gente usa é o EBITDA. [Logo,] a gente usa como resultado a margem que a empresa deixa. As operadoras de saúde normalmente não usam a DRE como margem de empresa, eles usam muito a sinistralidade, o resto eles consideram como consequências inadministráveis (...) a gente usa na verdade a cadeia inteira, que e a despesa comercial, despesa administrativa, a sinistralidade em si, sobre contra prestações efetivas [de receita], [consideramos] PEONA [Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados, valor estimado para cobrir eventuais despesas não esperadas], que a regulamentação nacional obriga que nós depositamos [um valor] baseado no número de beneficiários que a gente tem, e [além do custo do] SUS – que seria o que o SUS cobra da gente (...)."

E a operadora holding não faz esse controle contábil?

"Não, contábil não, a holding faz [o controle] sobre sinistro (...), então o que a holding faz e só contra prestações efetivas, o que seria a receita que entra mais a venda de serviços, que são as receitas que entram externas, sobre o custo médico apurado dos beneficiários ativos."

E não considera despesas administrativas no controle gerencial?

"Eles não consideram nem despesas administrativas e nem despesas comerciais como resultado, nem PEONA, nem SUS, nem custo jurídicos - então tudo isso é excluído, porque aí no final às vezes pode haver um sinistro bom, e o resultado [final] não compartilha [positivamente]. Hoje nosso sinistro gira em torno de 68% e 69%, com resultado em torno de 15% de EBITDA [margem operacional]." Quando o grupo da empresa Alfa tinha um sinistro em torno de 71%, a margem EBITDA rodava de 3% a 5% "

Feedback que vocês tem tido de prestador, de fornecedor de vocês?

"A gente conseguiu uma melhora importante, não é assim, em relativo acho que tem muita coisa pra melhorar, mas a empresa Alfa estava falindo, então a gente conseguiu um feedback muito bom. A gente conseguiu um feedback muito bom do mercado, a aceitação desse tipo de produto, que é um produto focado no caso para atender a população e ponto. A gente não vai dar acesso no Brasil todo, mais vai atender a população em 80% do tempo, que é caminho casa-trabalho, trabalho-casa, nós não vamos atender quando tiver viajando fora desse local, onde ele vive 90% da vida dele, ele não vai ter cobertura fora, porque é regional o plano. A gente tem tido um feedback bem positivo do mercado, em torno disso, a gente teve dos beneficiários que ficaram com um feedback muito positivo com a melhora do resultado, com a melhoria do atendimento, porque a gente pegou aí também um ponto que eles pararam de liberar cirurgias, pararam de vender, pararam de fazer tudo porque eles não tinham dinheiro pra pagar as pessoas. Eles estavam começando a atrasar os salários médicos, tinha tanta insatisfação interna dos funcionários, das pessoas que trabalhavam para eles (...) então, nessa virada a gente consegue fazer isso, a gente consegue dar lucro, a gente pegou um desafio muito grande, mas a gente conseguiu variar o desafio e a percepção do pessoal foi muito boa."

E desses seus prestadores foi isso...

"Tanto dos prestadores, que também quando você começa a pagar em dia eles, você começa a negociar como parceria, para todos os prestadores que nós não tivemos é parceiros, nos renegociamos os prestadores no contrato de parceria. Olha só, nós vamos de dar tanto, se nos passarmos disso, a gente dá 10% do valor da conta, por exemplo, tanto pros prestadores quanto pros provedores. Um bônus, então todos eles trabalham no sistema de parceria. Se você tiver, lógico, indicadores de qualidade e indicadores financeiros, se você alcançar a sua qualidade, e

nós alcançarmos os indicadores financeiros, nossas metas para fazer o exame, você vai receber o seu bônus. O seu salário, você recebe a sua conta você vai receber, é dez mil reais, beleza, seu bônus pode chegar até 5 mil reais, se você bater é isso, se você não bater é isso. Tira sempre de qualquer prejuízo, baixar resultado, o salário é garantido, a gente não mexe, então se o acordado é dez mil, você vai ganhar os dez mil, se eu acordei 100 mil reais com o prestador pra atender o número X de pessoas, ele vai tirar o 100 mil, e não ganha o bônus, ele desconta o bônus, que é uma maneira também de estabilizar o nosso resultado, quando tiver surpresa nos sabemos que isso vai acarretar num custo menor em DA [despesa administrativa], é o que estabiliza bem o ambiente de trabalho."

E os executivos da empresa, os colaboradores, qual foi o feedback deles hoje?

"Os colaboradores estão felizes, eles recebem em dia, e isso é importante, e a política de bônus atrai muito as pessoas, porque a política de bônus é você compartilhar tanto o ônus como o bônus, então você partilha o risco. As pessoas que toparam fazer, você vê que são as pessoas que tem mais experiência. Quando você pega o nosso corpo clínico médico, quando a gente propõe para eles isso, os jovens não querem. Os jovens preferem muito mais ter a irresponsabilidade da caneta, ou seja, eu não tenho o risco compartilhado, do que ter o risco compartilhado. Você pega nossos médicos, eles são mais velhos que os médico do grupo, porque eles sabem exatamente aonde eles podem chegar, o que ele pode fazer - ele confia muito mais. Eu acho que ele ganha mais na empresa Alfa do que no grupo. Se ele somar o bônus, ele vai ganhar mais do que no grupo, 30% a mais do que ele ganha no grupo. Se ele ganha [por exemplo] \$40 mil no grupo, com a gente ele ganha \$60 mil, se ele conseguir fazer a gestão. Como a experiência dele em tratar pacientes é maior, eles acabam garantindo. Mas tanto a parte administrativa."

E o administrativo também tem bônus, os colaboradores?

"Também tem bônus, todos os colaboradores hoje também tem bônus. Não todos, mas os que influenciam indiretamente nos resultados, também tem bônus e isso agrada muito eles."

Feedback da ANS, órgãos públicos?

"A ANS quer estudar a gente como case, porque a gente vinha num nível de reclamação, nós não tivemos esse nível de reclamação elevada até o meio do ano, porque nós estávamos tocando muito mais em virar o resultado do que cuidar da qualidade, no sentido de reclamação da ANS, e à partir do meio do ano a gente foca, olha só, agora a gente está virando um resultado, nós

não fazemos investimento pra ter a qualidade compatível com os nossos resultados, e aí nós começamos a fazer alguma coisa para melhorar a qualidade. Estudou com as nossa reclamações, nós temos a reversão, estudou usando a própria ANS, o que mais eles reclamavam, aonde mais eles reclamavam, aí nós começamos a tratar isso, aí você tem uma reversão nas reclamações absurda, a gente faz isso. De uma reclamação de quase 30 meses, passa a ter sete a oito meses da ANS, feedback positivo."

E as corretoras hoje que operam no mercado, que vendem os planos?

"É a corretora, lá ela tem esse histórico, como pararam de vender, ficou muito tempo amortizado. Mais a corretoras depois do lançamento, houve um alvoroço muito grande e tinha também um receio, que a empresa Alfa, porque nós usamos a empresa Alfa como plataforma, voltasse a fazer o que eles tinham locado no passado que era vender um monte e não pagou nenhuma comissão a nenhum corretor, então teve esse alvoroço muito grande, mais tinha esse receio. O receio foi vencido aos poucos, mas a gente vê um alinhamento muito grande com o projeto. Para todo mundo que a gente faz como o projeto é novo e ele não tem precedentes aqui, nós temos que ensinar para ele aqui o que nós estamos vendendo, nosso objetivo final, pros corretores, ainda a gente não consegue fazer uma política de bônus. Ele traz o cliente, esse cliente fica dentro da meta de sinistro no final te dão um bônus. A gente não consegue fazer isso com eles. Mas a nossa ideia no futuro é compartilhar o risco inclusive com quem vende. Que é a parte de entrave. Mas hoje é assim, corretores, prestadores, provedores, e a própria parte administrativa está muito bem. Porque o trabalho ficou mais organizado, para gente instalar o sistema solo, tinha [antes] três sistema de informática, isso reduz a carga de trabalho. A gente organizou uns processos que evitam retrabalho, a gente conseguiu dar uma reduzida no retrabalho deles, fazem [de maneira] mais positiva, isso gera menos reclamação na ponta, para de ir beneficiário lá fazer 'barraco' na frente da empresa, porque não teve algo liberado - isso estressa muito o colaborador, quando a gente tem isso daí. O pai dele vai tentar acessar e ele não consegue, [pois] tem muitos colaboradores que tem pai, mãe, irmão que trabalha na região, que tem hoje o plano da empresa Alfa. Então isso melhorou bastante o ambiente lá dentro."

Falando dos concorrentes (...) qual o feedback que vocês tem?

"Eles não estão gostando. O que a gente tem de feedback deles é que eles tem tentado fazer plano regionais, mas o que acontece fazer um plano regional, nós queremos dar um plano

regional. Olha só, tem um hospital, não é um hospital no modelo da empresa Alfa, tem que ter um hospital de 100 leitos para cada cem mil vidas. No modelo da empresa Alfa, não posso ter qualquer 100 leitos, tem que ter 100 leitos onde a enfermeira ela recebe por bônus, a conta médica está empacotada e está com gerência sobre a equipe médica, então tem um gerente médico da empresa Alfa que está encaminhado e que tem metas para cumprir, a própria construção em si, a gente tem enfermaria de três leitos organizadas numa determinada disposição perto de uma determinada farmácia, para que esse o hospital rode muito mais rápido que antes. O próprio centro cirúrgico está sendo construído para fazer alta rápida, o centro cirúrgico tem um índice de produção mais elevada, então não é só 100 leitos, então eles estão tentando fazer, mas eles não conseguiram fechar as contas, tanto é que eles fizeram algumas tentativas de um plano regional, que eles começaram a vender a X hoje eles estão reajustando para mais de 40% o valor inicial e a gente continua mantendo o mesmo \$X, muito mais por conveniência. Porque a gente consegue hoje na microrregião vender mais barato do que a \$X, a gente pode chegar hoje a vender X (-) 10%. A gente não vende porque os concorrentes que tentaram baixar [os preços] estão subindo, então não tem sentido baixar a nossa margem agora."

E dos parceiros e da mídia, como que vocês tem sido percebido, o feedback?

"A mídia é bom, a empresa Alfa ganhou um prêmio de inovação e saúde, que vai ser entregue dia 21, agora [novembro], e a mídia tem dado um bom retorno, principalmente via local. A gente não ganhou um corpo para ter uma mídia maior, mas a mídia local e as revistas especializadas, especializadas em saúde ganhou o prêmio de inovação na gestão, por causa dos resultados obtidos. A gente virou uma empresa que estava essencialmente no vermelho, virou positivo, com a melhora da qualidade em frente a ANS que é o órgão regulador de saúde."

Onde que é esse prêmio?

"É daqui da nossa região, eu não me lembro qual que é a associação (...) o que nos deixa, que foi uma visibilidade boa."

E os desafios para o futuro para esse novo modelo?

"É o desafio japonês, é a réplica. Tem que replicar, é a parte mais desafiadora, a gente não pode ser um hospital qualquer, eu posso pegar um hospital qualquer e fazer um credenciado, uma parceria com credenciados. Até posso, mas eu não vou ter as minhas metas cumpridas, e se eu

não cumprir aquelas metas que eu chamo de indicadores vitais, por exemplo uma internação de 0,06 beneficiários por 1.000 da carteira, 30% só de internação clínica, 70% só de cirúrgica, tem que ficar em média cada paciente no hospital 2,6 dias [de internação] - se eu não tiver nenhuma estrutura física, nenhum corpo clinico, o corpo de enfermagem, como de fisioterapia, agendado para isso, a gente não vai conseguir rodar. Então replicar é instalar o modelo, nosso maior desafio é replicar enquanto expandir. Replicar, estabilizar o ambiente e depois expandir, então isso é um pouco mais lento o que nós gostaríamos que fosse, para sair certo, senão, não sai. Então replicar é o maior desafio."

E hoje tem mais algum desafio?

"Tem, que é enfrentar a concorrência, o nosso maior concorrente hoje é a Empresa X, ela tem um modelo que ainda não atende o nível de qualidade de serviço da nossa região, mas ele tem um modelo de custo muito interessante. Há a possibilidade de ele vir para cá, enfrentar a gente, não é pequena para os próximos dois anos. Se a gente não criar corpo suficiente pra impedir que eles invadam aqui, para gente conseguir uma expansão boa, a gente pode ter a nossa expansão extremamente limitada. Para enfrentar concorrentes, ainda a réplica é o desafio interno."

Que é superar as barreiras?

"Superar as barreiras internas, fazer desse produto uma crença e fazer com que as pessoas daqui, que tem pessoas extremamente inteligentes e extremamente capazes no mercado, mas eles têm que mudar alguns conceitos."

E as lições aprendidas de tudo isso, o balanço?

"O balanço é positivo, eu particularmente nem vou falar. Pessoalmente, eu tinha uma série de ideias que eu não conseguia aplicar, então consegui operacionalizar a ideia - é uma lição fantástica, eu tinha bastantes ideias, bastantes números, bastante histórico levantado, mas eu não conseguia operacionalizar. Bom, isso era um ponto, e eu consegui aprender com algumas pessoas que estão nesse mercado desde muito tempo, tem anos de trabalho. Um dos nossos executivos tem 60 anos e há quarenta ele trabalha nesse mercado. Outro tem 55, e há 30 anos está na operação saúde, específico classe C. No meu caso, eu sou ainda novo, tenho 35 anos de vida, [já] eles tem 35 anos de trabalho - aprender a lidar não só com esse público, mas ao personalizar as ideias e as experiências que eles [os executivos] tem, da onde está dando errado,

e o porquê está dando errado, na operação ou no levantamento de dados, é fantástico. Então, são medidas que dá pra fazer sim, e precisa mudar, e precisa mudar – senão, fracassa."

O que vocês consideram um bom cliente?

"É um cliente parceiro, como nós temos uma estrutura de custo extremamente instável, isso minimiza, amplia muito o número de clientes que eu possa receber, então hoje um bom cliente é aquele que é parceiro, que compra a ideia da regionalidade e compra a ideia da assistência saúde, com alta qualidade e não com serviços espalhados. Entendeu, então pra mim hoje um bom cliente é esse."

Como vocês analisam no mercado esses bons clientes? Como faz para identificar esse bom ciente?

"A gente vê os clientes que estão com sinistralidade alta por aí, em que tão em busca de novas soluções, são clientes que normalmente eles já rodaram várias operadoras de saúde".

Normalmente pessoas jurídicas?

"Isso, normalmente pessoas jurídicas, já ficou no grupo da empresa Alfa, e hoje a gente sabe que as pessoas físicas são muito interessantes pra gente, como neste ano nós conseguimos controlar como uma deflação médica, então nas contas reais quando a gente vai fazer a fórmula de inflação, geralmente os custos. Nós, como este foi o primeiro ano renegociamos os contratos com bônus, não tivemos inflação, tivemos uma deflação, a gente sabe que consegue rodar com uma inflação médica de reajuste de 7% a 8 %. Hoje, a ANS dá pra pessoa física 9%, e como ele vai ter o mesmo input do restante [outros portes da carteira], a gente descobriu que se ele paga uma receita maior, então, se a gente conseguir fazer rodar a pessoa física, vai ser uma receita maior para uma ajuda de custo, isso pra gente é fantástico. E o cliente PJ — Pessoa Jurídica, a gente precisa para dar volume, o cliente pessoa física apesar de tudo, ele não dá volume, regionalidade, pessoa física é muito espalhada. Olha, pega cerca de dez mil [clientes] em uma certa região, tem um consultório lá e aí eu consigo viabilizar o pessoa física. O pessoa jurídica, ele é bom se ele for parceiro, muito mais se ele comprar a ideia, não tanto na questão de risco. Então ele tem que comprar a ideia, e o [cliente] pessoa física ele consegue aumentar a nossa margem nesse sentido."

Como você identifica na carteira os bons clientes hoje?

"Na carteira, a gente vê no mercado, mas na carteira a gente tem bons clientes os que estão regionalizados, que são parceiros, que quando a gente tem algum conflito agem com parceria. E

nós temos uma série de métricas também de metas a serem alcançadas pelos clientes, não só pela gente. Então, o cliente tem que cumprir o determinado script, com uma série de metas para gente."

Por exemplo?

"Por exemplo, nessa carteira, tem que pagar em dia - é uma meta. O cliente tem que pagar em dia, isso é considerado um bom cliente. Nós temos uma série de parceiros, microrregionalizados, tem um controle de fluxo de caixa absurdo. Então, o fato de ele pagar em dia é uma meta pra mim, porque eu sei que eu aloquei mais, eu aloquei minha folha de pagamento, num dia em que eu determinei alocar, não que o repasse tenha sido feito, mas quando o fluxo de caixa, ele tem uma alta, uma baixa, ele tem uma alta e ele é separado para pagar as pessoas, para pagar a obra, para pagar a reforma, pra pagar o novo tomógrafo que a gente comprou, então, pra gente não ficar no negativo no fluxo de caixa durante o mês. Então o cliente que paga em dia é uma meta. O cliente que aceita ser redirecionado é outra meta, o que aceita fazer um downgrade é outro. O que cumpre, o que tem a sinistralidade boa é outro."

O que é downgrade?

"É quando ele tem o produto avançado, como a gente pegou já, uma coisa pronta, uma operadora pronta, que a gente não criou do zero, são as pessoas que tem acesso diferenciado, tem acesso em outras regiões, por exemplo, num hospital classe A, que é totalmente fora do nosso escopo. O cliente que aceita pegar esse pessoal que vai nesse hospital classe A – é um exemplo extremo, não é o caso, mas assim, os [clientes] que tem acesso a 6 ou 7 hospitais na região, falar que vai para o nosso hospital, o produto vai ficar para você mais barato. Mas a gente prefere que ele seja mais barato do que o nosso hospital, do que ele estar mais caro e a gente não ter controle fora do hospital, assumindo o risco. O cliente que topa sair de um produto mais abrangente, pra um produto menor, a gente dá um downgrade, então ele também tem uma série de scripts pra corrigir e pra cumprir, que aceita o direcionamento, que compartilha o risco com a gente. Se cai numa determinada região, fala, olha, eu vou te dar esse hospital, mas eu vou de dar esse hospital que não está dentro do nosso foco, para atender você porque está perto, mas se alguém internar aqui, quando tiver condições clinicas, a gente vai fazer pro nosso hospital, e precisa continuar o tratamento. Tem um script pra gente identificar um bom cliente PJ. No caso do PF, é essencialmente a reclamação. Pessoas-fisicas - esse cliente aumenta muito a

reclamação frente à ANS, como ele não tem o RH que possa mediar uma solução pela empresa para um possível conflito, ele vai direto para o órgão regulador. Então os clientes pessoas-físicas que nos procuram, procuram SAC, procuram a ouvidoria, quem nos dão a honra para a gente atender uma reclamação dele, para gente é considerado um bom cliente. O que vai direto para ANS, acaba virando um problema, porque ele acha que é uma via fácil de reclamar."

Como vocês controlam hoje a estrutura de custos que vocês fazem além da DRE, a parte contábil, como vocês gerenciam custo?

"A parte contábil ela é como a gente mensura a meta final, seria o nosso principal indicador o contábil. É o contábil e a ANS, porque a ANS é o órgão controlador nosso, se a gente tiver com uma qualidade boa, já que a ANS apura a qualidade de atendimento, e uma lucratividade alta, para gente é ótimo. Se a gente tiver um desses dois ruins, todos os restantes dos indicadores são invalidados. Então, se eu tiver uma lucratividade baixa, mas eu estou com um índice de internação baixo, com um custo médio baixo, alguma coisa está errada, então eu não estou dando lucro, então está errado, ou se o contábil está dando um lucro altíssimo, mas se eu estou campeão de reclamação na ANS, então eu sei que não estou dando acesso básico aos meus pacientes, os dois são os principais indicadores, é lógico. Duas principais metas da empresa, mas a gente controla o custo em si com uma série indicadores que a gente determina, são três indicadores: indicadores vitais, indicadores de qualidade, indicadores de apoio. A gente faz o controle com a gestão dia a dia, então a gestão do custo ela é feita diariamente baseado naqueles indicadores. Então, nós controlamos todas as pessoas que estão internadas, tá, então tem os indicadores de internação que são aqueles que eu falei, que a meta de internação, tempo médio de internação hospitalar e etc. Quantidade de pacientes clínicos, quantos pacientes vão pra UTI, então esses são os acompanhados diariamente. Como se diz diariamente, alguém pega a lista de todas as pessoas que estão internadas no hospital, no nosso hospital não cabem, os 15% que estão fora porque a meta é 85%, e bate com a gente, porque essas pessoas que estão internadas para ver se elas tem, porque o motivo de estar internadas, todos os dias a pessoa vai lá depois do almoço, e é feito o levantamento. Me dá previsões de alta, previsões de pessoas que vão pra UTI, das que estão saindo da UTI, então a gente faz esse controle, ele é diário e constante. A gente faz a mesma coisa com exames, as mesmas coisas com as consultas, só que os exames e as consultas elas são mais periódicos. A gente fecha uma semana pra fazer esse controle. O uso de qualidade é a mesma coisa, de qualidade a gente vai acompanhando se não no nosso PF a gente está vendendo em meia hora, e se algum ponto da semana cedeu meia hora, a gente faz uma reunião, pra acertar fluxo, pra acertar controle, e aí envolvido diretamente a diretoria pra fazer esse tipo de acerto, a gente não deixa passar um dia ou dois. Acha que é ocasional."

Qual é o gasto pra atrair cliente hoje?

"O gasto pra atrair clientes. Hoje a gente tem feito investimento maior, apesar a nossa despesa começar a rodar em torno de 1%, hoje em dia está rondando em torno de 3%, nós usamos basicamente o marketing local, a gente pegou um empresa de marketing local pra fazer esse investimento. A diretriz ela vem do grupo, que produto nós podemos usar, o que nós podemos falar ou não da empresa, esse aí é um alinhamento corporativo, mas onde nós vamos produzir, onde nós vamos divulgar, onde nós vamos gastar dinheiro com marketing, ela vai variar de região pra região. Por exemplo, na cidade X, a gente gasta muito com outdoor. Mas, por exemplo, na cidade Y, os outdoors deles (...)a propaganda é muito mais eficiente. O nosso diretor comercial também utiliza muito em na cidade Y, como porta a porta, então a gente tem gasto de maneira mais eficiente, ele sabe que revista os empresários daquela região leem, se eles gastam para fazer uma apresentação para associação de RH da região X, para mostrar os conceitos de um novo produto. Então, o gasto rodado é em torno de 3%, e a nossa meta é chegar a 5%, da receita, é chegar a 5%, mas com vendas, hoje como as vendas não estão no volume, a gente complementa, a gente hoje não tem um gasto comercial muito elevado, como pagamento de comissões, a gente tem complementado o que nós não gastamos, nos representa estar gastando com comissão, a gente tem gasto com comercial, mais com uma imprensa local o que reduz pra gente o custo brutalmente. A gente também, por exemplo, usa muito a rede social, porque classe C gosta de rede social, eles são os maiores utilizadores de todas as redes sociais, a gente tem usado muito propaganda através de mobile, eles usam muito mais mobile que comparativamente com a classe B. 0,8% da classe B usa de mobile – acesso à internet com celular, já na classe C -1,3%, no geral. Celular ou Ipad, mais provavelmente celular, porque Ipad é muito caro - eles acessam muito mais. O fixo é para a classe B, porque eu descobri que está muito maior o consumo [de telefonia fixa] para classe B do que o própria a classe C, a qual tem mais em dispositivos móveis. A classe C é maior, no geral, a classe C usa muito mais a Internet em termos de horas do que a própria classe B, ou A ou B. A gente consegue uma propaganda virtual, que reduz muito o nosso custo também, é mais barato."

Em relação ao custos dos clientes da carteira, para vocês reterem, como que estão?

"Na verdade, para reter a gente não tem um custo efetivo, faz parte do processo, somente demonstrar a gestão de como eles se comportavam antes, como se comporta depois, o próprio investimento do modelo fala por si só. É logico, a padronização das clínicas - a empresa Alfa Clínicas, a padronização do layout dos hospitais, que aí entra como despesa da própria rede própria, ela funciona como propaganda. O controle de custo funciona como uma propaganda muito forte. Então hoje o que se gasta efetivamente, é lógico normalmente a gente faz, às vezes é um cliente muito grande a gente faz um coffee break para conhecer as novas instalações, a gente faz também uma gestão muito focada no que o cliente quer. No sentido, quando me passam pra fazer uma análise de um empresa, se descobre o que a empresa Alfa gostaria de ter daquela empresa e o que a empresa precisa ver que ela ainda não conhece, então toda a apresentação que a gente faz no processo de gestão da empresa, a gente foca o marketing dentro da empresa. Sempre tem esse apoio aí."

Qual o custo de funcionamento da empresa?

"Os custos e as despesas. A vantagem de ser guiado por um DRE [Demonstrativo de Resultado do Exercício] macro, é que a gente controla não só os custos, mas a gente controla a parte de despesa é muito forte, então a gente controla todos os gastos, qualquer gasto que passou acima de \$4 mil reais, é acompanhado, qualquer gasto, aí pode ser médico, pode ser de folha de papel, pode ser com clips, a gente monitora e faz gestão do custo. Passou de R\$4.000, qualquer despesa ela é direcionada, ela é acompanhada, pra ver se o custo está aumentando ou diminuindo. Deveria ter diminuído, porque, por exemplo, eu gasto boleto, papel com boleto, minha população ela reduziu porque eu limpei parte da carteira, e parte da carteira desistiu, então saiu X mil e foi para X (-) Y mil [pessoas], eu tenho que ter reduzido gasto com boleto. Se eu não reduzi, onde está o erro? Então, este custo com despesa a gente acompanha, acima de R\$4.000 a gente acompanha. Abaixo de R\$4.000 é acompanhado sim, no sentido de se tiver desvio, se chegou numa conta mais alta do que se costuma a chegar, a gente tem acompanhamento de todas as conta. A gente o controla também, desvio se aumentou ou reduziu, é relativo, quanto a gente pagou num mês e quanto está pagando agora, os de R\$4.000 é acompanhado neste sentido,

deveria ter abaixado ou aumentado, quando é abaixo dos \$4 mil a gente não faz isso. A gente só faz se aumentou, se aumentou a gente quer descobrir o porquê aumentou, aumentou 50%, saiu \$300 foi para R900, a gente abre essa conta e vai descobrir com o responsável dessa conta porque essa diferença pra \$900, a gente controla esses desvios diários também."