

"A FEA e a USP respeitam os direitos autorais deste trabalho. Nós acreditamos que a melhor proteção contra o uso ilegítimo deste texto é a publicação online. Além de preservar o conteúdo motiva-nos oferecer à sociedade o conhecimento produzido no âmbito da universidade pública e dar publicidade ao esforço do pesquisador. Entretanto, caso não seja do interesse do autor manter o documento online, pedimos compreensão em relação à iniciativa e o contato pelo e-mail bibfea@usp.br para que possamos tomar as providências cabíveis (remoção da tese ou dissertação da BDTD)."

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE E ATUÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

CONTRIBUIÇÃO PARA ESTRUTURAÇÃO DE MODELO DE
INFORMAÇÕES PARA EMPRESAS OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE: UM ENFOQUE DE GESTÃO ECONÔMICA

Josemar Ribeiro de Oliveira
Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro

SÃO PAULO
2003

Prof. Dr. Adolpho José Melfi
Reitor da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Tereza Leme Fleury
Diretora da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro
Chefe do Departamento de Contabilidade e Atuária

Prof. Dr. Fábio Frezatti
Coordenador do Programa de Pós – Graduação em Ciências Contábeis

JOSEMAR RIBEIRO DE OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÃO PARA ESTRUTURAÇÃO DE MODELO DE
INFORMAÇÕES PARA EMPRESAS OPERADORAS DE PLANOS DE
SAÚDE: UM ENFOQUE DE GESTÃO ECONÔMICA**

Dissertação apresentada ao Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Orientador: Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro

SÃO PAULO

2003

Dissertação defendida e aprovada no Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Reinaldo Guerreiro
Presidente

Prof. Dr. Carlos Alberto Pereira
Membro

Prof. Dr. Antonio Benedito Silva Oliveira
Membro

Oliveira, Josemar Ribeiro

Contribuição para estruturação de modelo de informações para empresas operadoras de planos de saúde: um enfoque de gestão econômica / Josemar Ribeiro de Oliveira. -- São Paulo : FEA/USP, 2003. 168 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2003
Bibliografia.

1. Gestão econômica 2. Planos e programas de saúde I. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP II. Título.

CDD – 658.151

Dedico este trabalho a todos os meus familiares e, principalmente, a meus filhos Josemar Júnior e Izabela, minha esposa Kênia e minha mãe Joana. Agradeço o carinho, amor, dedicação e apoio. Sem eles, com certeza não teria conseguido.

“Obrigado”.

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu a vida, e a Nossa Senhora Aparecida, pela proteção.

Ao Professor Dr. Reinaldo Guerreiro que, com sua sabedoria, paciência e conhecimento profundo do tema desta dissertação soube me direcionar para a sua finalização.

Agradeço aos Professores Drs. Carlos Alberto Pereira e Dr. Antonio Benedito Silva Oliveira que, como membros da banca, não se limitaram apenas à detecção dos problemas e sim mostraram o caminho para a solução, indo além do que se espera de uma banca de qualificação: obrigado.

Ao Bel. Ernando Cabral Machado, diretor das Faculdades Integradas de Rondonópolis-MT, por ter acreditado em mim.

À União de Escolas Superiores de Rondonópolis, por ter possibilitado financeiramente este Mestrado.

A todos os Professores da Universidade de São Paulo dos quais fui aluno, por terem ido além da simples transmissão de conhecimentos.

A todos os colegas de Mestrado, em especial aos amigos Marco Antonio Gomes de Almeida e César Schmidt Gonçalves, pelo companheirismo e amizade a mim dispensados.

À Maria Lúcia - Malú (Fipecafi), Lair (Unirondon) e Belinda (Usp) por serem exemplos de competência, dedicação, disponibilidade e simpatia.

A meu amigo Carlos Alberto Guinâncio Coelho e aos meus irmãos Maria Eleuza, João, Elisabete, Eliana e Rodrigo, bem como aos cunhados (as) e a minha sogra dona Cilda: nada que eu disser conseguirá definir a gratidão que sinto por suas atitudes: obrigado de coração!

**“Programados para aprender e
impossibilitados de viver sem a
referência de um amanhã, onde quer que
haja homens e mulheres há sempre o que
fazer, há sempre o que ensinar, há
sempre o que aprender.”**

Paulo Freire

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo contribuir com a estruturação de um modelo de identificação, acumulação e informações de resultados, sob a abordagem da gestão econômica, para empresas operadoras de planos de saúde, situadas na região Centro-Oeste do Brasil. Segundo os dados da Agência Nacional de Saúde, a regulamentação do setor trouxe um aumento nos custos e na concorrência, aumentando a necessidade de informações por parte dos gestores deste tipo de empresa. Foram efetuados uma pesquisa exploratória na região delimitada para estudo, visando compreender o ambiente existente, e um estudo de caso analítico para a concepção do modelo. Este estudo foi efetuado em uma organização de médio porte situada na região Sul do Estado de Mato Grosso, sendo analisadas as formas de acumulação de resultados e os relatórios existentes no período de 2002, e, em seguida, proposto o modelo desenvolvido nesta pesquisa. As reflexões indicam que o modelo de informações concebido, baseado na gestão econômica, oferece níveis mais elevados de detalhes do processo de mensuração da prestação de serviço destas organizações do que outros modelos e, em consequência, permite aos gestores conhecerem o resultado segmentado por área, por produtos e até mesmo por clientes. Assim, a aplicação do modelo proposto procura cobrir uma lacuna existente no relacionamento da contabilidade com a gestão das empresas existentes no ambiente operacional estudado e delimitado pela região. Espera-se que a geração de relatórios voltados para os usuários internos, melhore a qualidade nas informações e contribua para o gerenciamento da organização e cumprimento de sua missão, permitindo-lhe enfrentar o ambiente interno e externo com maior possibilidades de sucesso.

ABSTRACT

This study aims to contribute to the structuring of a model for identifying, accumulating and providing information about the results of health insurance companies located in the Central West of Brazil, from the approach of economic management. According to data by the National Health Agency, the regulation of the sector brought about a rise in costs and competition, increasing informational needs by the managers of this kind of companies. An exploratory research was carried out in the region chosen for this study with a view to understanding the existing environment, as well as an analytic case study in order to develop the model. The latter was held in a medium-sized organization located in the South of Mato Grosso and analyzed the forms in which results were accumulated and the statements that existed in 2002. Next, the model developed in this research was proposed. Reflections indicated that the conceived information model, based on economic management, offers more detailed information for the service-rendering measurement process of these organizations than what is offered by other models, which consequently allows managers to get to know the result divided by area, by products and even by clients. Thus, the application of the proposed model seeks to fill up an existing gap in the relation between accounting and the management of companies in the operational environment that was studied and delimited by the region. We expect that the creation of reports oriented towards internal users will improve information quality and will contribute to the organization's management and the accomplishment of its mission, allowing it to face the internal and external environments with greater chance of success.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1.01	Gráfico Faixa Etária dos pesquisados	28
Ilustração 1.02	Gráfico com Sexo dos pesquisados	28
Ilustração 1.03	Gráfico do Estado Civil dos pesquisados.....	29
Ilustração 1.04	Gráfico Composição da família.....	30
Ilustração 1.05	Gráfico Renda Familiar.....	30
Ilustração 1.06	Gráfico Nível de Satisfação.....	31
Ilustração 1.07	Gráfico Motivação de utilização de plano de saúde	32
Ilustração 1.08	Gráfico Classificação quanto ao número de beneficiários.....	33
Ilustração 1.09	Gráfico Qualificação do contador.....	34
Ilustração 1.10	Gráfico Forma de prestação do serviço contábil	34
Ilustração 1.11	Gráfico Utilização da contabilidade.....	35
Ilustração 1.12	Gráfico Informações geradas pela contabilidade.....	36
Ilustração 1.13	Gráfico Utilização das informações contábeis	36
Ilustração 1.14	Gráfico Apuração de resultados	37
Ilustração 1.15	Gráfico Relatórios para usuários internos	38
Ilustração 1.16	Gráfico Satisfação com os relatórios internos	38
Ilustração 1.17	Gráfico Necessidades de informações	39
Ilustração 1.18	Gráfico Custeio utilizado	40
Ilustração 1.19	Entidades Funcionais (Efs) da OPS em estudo	48
Ilustração 1.20	Relacionamentos da Operadora.....	49
Ilustração 1.21	Interação de serviços para a geração de atendimentos.....	49
Ilustração 1.22	Gráfico de composição dos custos da OPS estudada.....	54
Ilustração 2.01	Cenário do Setor	64
Ilustração 2.02	Participação No Sistema - Usuários.....	73
Ilustração 2.03	Compilação das Pesquisas Sobre Nível de Satisfação	75
Ilustração 2.04	Classificação e segmentação das operadoras de planos de assistência à saúde - 2002	77
Ilustração 2.05	Classificação dos planos de assistência à saúde - 2002	80
Ilustração 3.01	Tipos De Gestão Empresarial e seus Elementos	89
Ilustração 3.02	Eficácia : definição e requisitos.....	94
Ilustração 3.03	Quadro comparativo entre eficiência e eficácia	95
Ilustração 3.04	Cadeia de Formação do Resultado Econômico	96
Ilustração 3.05	Conceito de resultado e desempenho	105
Ilustração 4.01	Modelo de Decisão Genérico	111
Ilustração 4.02	Planos de Entidades de uma OPS	116
Ilustração 4.03	Várias Dimensões das Informações.....	117
Ilustração 4.04	Planos de Entidades para Operadoras de Planos de Saúde	118
Ilustração 4.05	Estrutura do Modelo de Informações.....	120
Ilustração 4.06	Plano de Contas	121
Ilustração 4.07	Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão Organizacional.....	124
Ilustração 4.08	Matriz de identificação e acumulação de resultados – Dimensão Produtos e Serviços	125

Ilustração 4.09	Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão Usuários	125
Ilustração 4.10	Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede de atendimento (credenciada).....	126
Ilustração 4.11	Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede de atendimento (própria).....	127
Ilustração 4.12	Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede	131
Ilustração 4.13	Modelo de mensuração, identificação e acumulação de resultados	133
Ilustração 4.14	Resultado por Entidades.....	133
Ilustração 4.15	Resultado econômico global da operadora.....	135
Ilustração 4.16	Resultado Econômico por Tipos de Serviços.....	136
Ilustração 4.17	Resultado Econômico por Produtos.....	137
Ilustração 4.18	Resultado Econômico por Clientes.....	138
Ilustração 4.19	Relatórios do resultado econômico pela dimensão organizacional – Áreas funcionais	139
Ilustração 4.20	Relatório do resultado econômico pela dimensão organizacional – Atividades	140
Ilustração 4.21	Relatórios de resultado econômico pela dimensão organizacional – Eventos.....	141
Ilustração 4.22	Relatório do resultado econômico pela dimensão organizacional - Transações.....	141
Ilustração 4.23	Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Tipo de Pagamento	142
Ilustração 4.24	Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Forma de Contratação	143
Ilustração 4.25	Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Tipo de Cobertura.....	143
Ilustração 4.26	Relatório do Resultado econômico por tipos de Clientes- Faixa Etária.....	144
Ilustração 4.27	Relatório do Resultado Econômico por tipos de Clientes-Sexo.....	145
Ilustração 4.28	Relatório do Resultado Econômico por tipos de Clientes-Estado Civil	145
Ilustração 4.29	Resultado econômico por tipos de Clientes -Participante.....	146
Ilustração 4.30	Benefícios pretendidos com a proposição do modelo	147

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.01	Quantidade de Operadoras por Região	22
Tabela 1.02	Faixa Etária dos pesquisados	27
Tabela 1.03	Sexo dos pesquisados	28
Tabela 1.04	Estado Civil dos pesquisados.....	29
Tabela 1.05	Composição da família	29
Tabela 1.06	Renda Familiar	30
Tabela 1.07	Nível de satisfação.....	31
Tabela 1.08	Motivação de utilização de plano de saúde.....	31
Tabela 1.09	Classificação quanto ao número de beneficiários	33
Tabela 1.10	Qualificação do contador	33
Tabela 1.11	Forma de prestação do serviço contábil.....	34
Tabela 1.12	Utilização da contabilidade.....	35
Tabela 1.13	Informações geradas pela contabilidade	35
Tabela 1.14	Utilização das informações contábeis.....	36
Tabela 1.15	Apuração de resultados.....	37
Tabela 1.16	Relatórios para usuários internos	37
Tabela 1.17	Satisfação com os relatórios internos	38
Tabela 1.18	Necessidades de informações.....	39
Tabela 1.19	Custeio utilizado.....	39
Tabela 1.20	Usuários pelo tipo de pagamento	52
Tabela 1.21	Tipos de Planos existentes – por segmentação	52
Tabela 1.22	Dados dos usuários segundo tipo de contratação	52
Tabela 1.23	Demonstrativo dos planos por faixa etária - Existentes.....	53
Tabela 1.24	Dados dos usuários segundo sexo	53
Tabela 1.25	Quantidades de Procedimentos	53
Tabela 1.26	Quadro de composição dos custos no período de dez/2002	54
Tabela 1.27	Composição das Receitas e Despesas.....	55
Tabela 2.01	Evolução da medicina de grupo em 04 anos.....	72
Tabela 2.02	Estrutura Medicina de Grupo ano 2002.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC= *Activity Based Costing*

ABRAMGE = Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ANS= Agência Nacional de Saúde

CDC= Código de Defesa do Consumidor

CNSP= Conselho Nacional de Seguros Privados

CONANGE= Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de
Medicina de Grupo

CONSU= Conselho de Saúde Suplementar

CRM= Conselho Regional de Medicina

EF= Entidade Funcional

FUNENSEG= Fundação Escola Nacional de Seguros

GECON= Gestão Econômica

IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE= Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

IRB= Instituto de Resseguros do Brasil

MIAR= Modelo de Identificação e Apuração de Resultados

OPS= Operadoras de Planos de Saúde

PROCON= Proteção e Defesa ao Consumidor

RDC= Resolução da Diretoria Colegiada

RN= Resolução Normativa

SINANGE= Sindicato Nacional de Medicina de Grupo

SUS= Sistema Único de Saúde

SUSEP= Superintendência de Seguros Privados

UTI= Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 REFERENCIAL METODOLÓGICO	16
1.1 Problema de pesquisa e objetivos do trabalho.....	16
1.1.1 Situação Problema.....	16
1.1.2 Objetivo geral	19
1.1.3 Objetivos específicos.....	19
1.2 Importância.....	20
1.3 Delimitações da pesquisa	21
1.3.1 Espaço geográfico	22
1.3.2 Espaço setorial	22
1.3.3 Espaço temporal.....	23
1.3.4 Porte das empresas	23
1.4 Metodologia da pesquisa para atendimento ao objetivo	24
1.4.1 Método.....	24
1.4.2 Método Dedutivo	25
1.5 Pesquisa de Campo	26
1.5.1 Resultados da pesquisa com os usuários	27
1.5.2 Resultados da pesquisa junto às operadoras.....	32
1.6 Estudo de caso analítico	41
1.6.1 Desenvolvimento	44
1.6.2 Caracterização do estudo de caso	45
1.6.3 Características operacionais da empresa pesquisada	46
1.6.4 O problema da empresa.....	50
1.6.5 Coleta de dados.....	51
1.6.6 Estrutura de Custos e Receitas.....	54
1.7 Produto final do trabalho.....	55
1.8 Uso do produto da dissertação.....	56
1.8.1 Benefícios	56
1.8.2 Utilidade	56
1.8.3 Comunicação e utilização empresarial.....	56
1.8.4 Difusão Acadêmica	57
1.8.5 Instrumento de Gestão.....	57
CAPÍTULO 2 O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE	59
2.1 Breve panorama histórico.....	60
2.2 Caracterização dos estratos do setor	64
2.2.1 Cooperativas médicas.....	65
2.2.2 Empresas de medicina de grupo	67
2.2.3 Seguradoras.....	69
2.2.4 Os números do setor.....	72
2.3 Entendimento do ambiente de negócios das OPS	76
2.3.1 O funcionamento de uma operadora	76
2.3.2 Tipos de planos de saúde.....	77

2.3.3	Formulação de preços de planos de assistência à saúde.....	80
CAPÍTULO 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....		85
3.1	Considerações preliminares.....	85
3.2	Gestão econômica.....	86
3.2.1	Conceito de gestão.....	86
3.2.2	Tipos de gestão empresarial.....	88
3.3	Conceitos importantes.....	89
3.3.1	Preço de transferência.....	89
3.3.2	Lucro econômico.....	91
3.3.3	Custo de oportunidade.....	92
3.3.4	Eficácia.....	93
3.3.5	Processo de geração do lucro.....	95
3.3.5.1	Responsabilidade pela geração do lucro.....	96
3.3.5.2	Papel dos gestores.....	97
3.3.5.3	Informação para gestão.....	98
3.4	O resultado econômico como medida da eficácia empresarial.....	99
3.4.1	Considerações preliminares.....	99
3.4.2	Medida da eficácia empresarial.....	103
3.5	Modelo de gestão.....	106
CAPÍTULO 4 MODELO PROPOSTO.....		109
4.1	Aspectos do modelo de decisão.....	110
4.2	Aspectos do modelo de mensuração.....	111
4.3	Aspectos do modelo de sistema de informações gerenciais.....	113
4.3.1	O modelo de Identificação.....	114
4.3.2	O modelo de Acumulação.....	115
4.4	Modelo de identificação e acumulação aplicado às operadoras.....	117
4.4.1	Definição do Plano de Entidades.....	118
4.4.2	Definição do Plano de Contas.....	121
4.4.3	Definição do Plano de Eventos.....	122
4.5	Modelo de informações para gestão econômica de uma OPS.....	123
4.5.1	Matriz do Modelo.....	123
4.5.2	Modelo de Informação.....	132
4.5.2.1	Modelo de Informação de Resultados por entidades.....	133
4.6	Modelo de informações econômico-financeiras.....	134
4.7	Modelo de relatórios por dimensões.....	139
4.7.1	Dimensão organizacional.....	139
4.7.2	Dimensão Produtos e Famílias de Produtos.....	142
4.7.3	Dimensão clientes.....	144
CONCLUSÃO.....		148
BIBLIOGRAFIA.....		151
GLOSSÁRIO.....		160
APÊNDICES.....		163

INTRODUÇÃO

A regulamentação do setor de comercialização de planos de saúde trouxe uma grande influência para a rentabilidade das empresas que nele atuam, na medida em que as empresas se viram diante da eminência de atender várias demandas que se tornaram obrigatórias, demandas estas que exigem novas capacidades para assegurar o sucesso administrativo, dentre elas, a de utilizar informações de natureza econômica que permitam conhecer a rentabilidade de seus serviços e produtos.

Diante deste contexto, torna-se fundamental o uso de informações que consigam reduzir o nível de incerteza dos processos decisórios, pois a informação deverá proporcionar o conhecimento dos impactos dos eventos envolvidos na prestação do serviço e sua valorização.

Assume-se que a gestão econômica seja um meio para se atingir a geração destas informações, pois permite melhor compreender o processo produtivo, dando subsídios para a melhoria da eficácia das organizações através da mensuração dos impactos de cada evento econômico ocorrido, subsídios estes necessários para a gestão das empresas operadoras de planos de saúde.

A necessidade de uma gestão eficaz tornou-se imprescindível nas empresas operadoras de planos de saúde que, após a regulamentação do setor, passaram a atuar em um mercado mais competitivo, tendo em vista que esta regulamentação exige um padrão mínimo de assistência à saúde. Desta forma, o usuário, tendo mais opções de escolha, irá optar pelo plano que lhe oferecer melhor situação de custo benefício, pois a assistência mínima é garantida por lei.

Dentro dos aspectos de interesse de investigação desta pesquisa, a Contabilidade Gerencial é um campo que merece ser investigado e pode ser utilizado para implantação desta gestão, contribuindo com os administradores no gerenciamento de seus processos, por meio de informações econômicas decorrentes das ações empreendidas pela empresa.

As empresas operadoras de planos de saúde, devido aos impactos conjunturais, tais como flutuação cambial e regulamentação do setor, estão passando por dificuldades financeiras, fato que pode ser constatado na mídia. Exemplificando,

a Folha de São Paulo do dia 03.02.2003 traz uma reportagem intitulada “A debilidade financeira aflige e enfraquece os planos de saúde”, informando que 30% das OPS cadastradas junto à agência reguladora atravessam dificuldades financeiras, principalmente as de pequeno porte.

As operadoras situadas em regiões de menor desenvolvimento, como é o caso da região Centro-Oeste, são alvo de especial atenção, tendo em vista que, conforme dados da ANS, em sua maioria, são de pequeno porte e não possuem um sistema de gestão adequado para o cumprimento de sua missão.

A informação, para estas empresas, assume cada vez mais relevância, devendo ser ampla, precisa, atualizada e rápida, de forma a tornar-se imprescindível às necessidades dos tomadores de decisão que convivem em ambientes onde as relações econômicas, sociais e conjunturais adquirem maior complexidade, e decisões importantes devem ser tomadas a todo instante.

Assim, a contabilidade caracteriza-se por ser o veículo mais adequado de comunicação das informações, pois possui conceitos científicos necessários à gestão, bem como permite a respectiva evidenciação aos usuários, de forma a garantir a confiabilidade das informações, subsidiando o processo de gestão.

Considerando a importância das informações fundamentadas nos conceitos de gestão econômica, que visam auxiliar o processo de tomada de decisões e, em face do seu caráter inovador para as organizações, decidiu-se, neste trabalho, buscar compreender as mudanças que um modelo baseado nestes conceitos é capaz de provocar nas informações contidas nos relatórios gerenciais existentes nestas organizações.

Este trabalho versa sobre a contribuição para a estruturação de modelos de identificação, apuração e informação dos resultados dessas empresas, desenvolvendo, para isto, uma pesquisa de campo para detectar o nível de interação da contabilidade com a gestão das empresas localizadas na região Centro-Oeste do Brasil e, com isso, fundamentar a existência do problema de pesquisa.

Em seguida, foi desenvolvido um estudo de caso analítico para se ter um conhecimento sobre o funcionamento operacional deste tipo de empresa com o objetivo de confirmar que a empresa estudada pode representar a configuração operacional de uma empresa operadora de plano de saúde. Elaborou-se uma pesquisa

bibliográfica dos conceitos de gestão econômica existentes na literatura, para fundamentar teoricamente a proposição do modelo. Espera-se, a partir disto, evidenciar a aplicabilidade da contabilidade para o entendimento e controle dos eventos ocorridos nessas organizações, visando à apuração dos resultados e uma gestão que busque a continuidade delas.

Para o desenvolvimento e a concretização da pesquisa explicitada nesta parte introdutória, o estudo será apresentado em capítulos internamente subdivididos, de forma a delimitar os assuntos abordados, conforme segue.

O Capítulo I trata do referencial metodológico e das questões de pesquisa com o objetivo de validar os procedimentos adotados. Buscou-se explicitar os recursos utilizados para coleta de dados, bem como a forma como o material coletado será analisado, justificando a escolha de tais instrumentos.

O Capítulo II apresenta o entendimento do ambiente de negócios de uma operadora de planos de saúde, bem como o funcionamento da atividade de assistência suplementar de saúde, com a configuração deste setor através do histórico, organização, regulamentação e funcionamento.

O Capítulo III trata do referencial teórico, no qual será revisada a literatura existente, com reflexões sobre gestão, gestão econômica, lucro econômico, custo de oportunidade, preços de transferência, visando dar suporte ao desenvolvimento desta dissertação.

No Capítulo IV, é concebido um modelo de informações que evidencia os resultados dos produtos e serviços dessas organizações por entidades.

CAPÍTULO 1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Neste capítulo, busca-se demonstrar a fundamentação das questões de pesquisa, bem como a organização do trabalho efetuado, fundamentando sua existência, a relevância do problema e a necessidade de se propor uma solução.

Considerando as expectativas de que a competição gerada pela regulação do setor de planos de saúde tende a se tornar cada vez mais acirrada para as empresas operadoras, tanto em nível doméstico quanto em nível nacional, a proposta desta pesquisa é propor uma estruturação de modelo de informações para estas empresas, especificamente as situadas na região Centro-Oeste do Brasil, pois possuem algumas peculiaridades, tais como a carência de médicos, de clínicas e de hospitais com tecnologia mais avançada.

Para conhecer a realidade destas empresas na região supracitada, optou-se por uma pesquisa de campo, cuja formatação passará a ser apresentada no tópico a seguir.

1.1 Problema de pesquisa e objetivos do trabalho

Este tópico procura caracterizar o tema e o problema a ser estudado, o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

1.1.1 Situação Problema

O ambiente econômico no setor de suplementação da saúde, onde estão inseridas as operadoras de planos, tornou-se, no final do século XX e início do século XXI, palco de rápidas mudanças provenientes da regulação e regulamentação do setor. O dinamismo no nível de competitividade entre empresas, nos avanços tecnológicos, na geração de incertezas políticas e econômicas, nas mudanças dos hábitos e da expectativa de vida da população, impõe às organizações deste setor decisões rápidas, racionais e acertadas, numa visão empresarial que deve ir além da iniciativa de colocar um produto no mercado com retornos imediatos.

A empresa é condicionada a definir e a divulgar claramente sua verdadeira missão para que os esforços de todas as áreas e de seus responsáveis sejam direcionados para o seu objetivo maior. Como consequência do dinamismo de atuantes ambientais, estas organizações, além de atender a missão à qual se propuseram, precisam fazê-lo buscando sua continuidade, através do conhecimento e do domínio de variáveis controláveis e daquelas supostamente incontroláveis.

Dentro deste processo de readaptação das ciências à nova ótica mundial, quanto ao reconhecimento do poder e valor da informação, a Contabilidade deve se harmonizar com as necessidades de seus usuários, passando a interferir no resultado gerado, através do poder de seus relatórios gerenciais.

O surgimento da contabilidade remonta, segundo alguns historiadores, a milhares de anos, a partir de seu uso, como instrumento, pelos primeiros pastores no controle quantitativo de seus rebanhos.

Neste sentido, Iudícibus (2000, p.30) observa:

Alguns historiadores fazem remontar os primeiros sinais objetivos da existência de contas aproximadamente a 4.000 anos a.C. Entretanto, antes disso, o homem primitivo, ao inventariar o número de instrumentos de caça e pesca disponíveis, ao contar seus rebanhos, ao contar suas ânforas de bebidas, já estava praticando uma forma rudimentar de Contabilidade.

O aparecimento da moeda expandiu e ampliou esse uso. Com o passar do tempo, o escopo da contabilidade evoluiu, passando de acompanhadora da evolução do patrimônio para mensuradora do lucro com vistas ao fornecimento de informações que auxiliem a tomada de decisões.

Nesse cenário, em que o lucro torna-se o “divisor de águas” entre empresas contínuas e aquelas fadadas à descontinuidade, encontram-se as empresas operadoras de planos de saúde com sua importância econômico-social, paralelamente às suas necessidades prementes de controles racionais de seus recursos, e de mensuração e avaliação correta do resultado gerado.

Ao que tudo indica, a simplicidade aparente não se materializa e os relatórios gerenciais parecem não atender satisfatoriamente aos usuários da informação contábil. Fato este comprovado pela pesquisa primária efetuada neste trabalho.

Uma teoria deve, supostamente, estar em consonância com os problemas do mundo real, pois, segundo Popper (1972, p.59), “as teorias são ‘redes estendidas’

para capturar o que se convencionou chamar de ‘o mundo’, para racionalizá-lo, explicá-lo e dominá-lo”.

Se isso for verdade, há de se envidar esforços no sentido de investigar cientificamente o contexto em que o fenômeno se apresenta, buscando compreendê-lo e explicitá-lo, propiciando, dessa forma, bases adequadas para o seu tratamento teórico e prático.

Percebe-se que muitos estudiosos têm apresentado contribuições cuja validade deve ser avaliada. É possível até que algumas confusões práticas que se configuram no *mundo real* decorram da observação de uma particular contribuição desses teóricos. Não é improvável também, por outro lado, que a extensa base conceitual existente já ofereça os mecanismos necessários à solução do problema, estando ausente apenas uma adequada estruturação lógica de tais mecanismos.

A preocupação com a estruturação de instrumentos voltados para a eficácia da empresa operadora de planos de saúde consubstanciou-se na identificação e acumulação de resultados segmentados por entidades para melhorar as informações, tornando-as mais consistentes e, por conseguinte, melhorar o processo de tomada de decisão, tendo em vista a confirmação desta necessidade por parte dos gestores das empresas localizadas na região pesquisada.

Parece pertinente, portanto, a concepção de um modelo de informações materializado em forma de relatórios gerenciais para as empresas operadoras de planos de saúde, objetivando revelar alguns aspectos essenciais que envolvem resultados, analisando as dimensões da informação a partir de um raciocínio emanado dos conceitos de gestão econômica.

A pesquisa exploratória demonstrou que os gestores das operadoras de planos de saúde situadas na região Centro-Oeste, configuradas no item 1.4.2 deste capítulo, necessitam de um modelo de identificação e acumulação de resultados concebido pela contabilidade e capaz de gerar relatórios gerenciais que os auxiliem no processo de tomada de decisões. Derivado deste problema surge a questão de pesquisa para a dissertação:

. Quais são as informações de natureza econômica que melhoram a qualidade da gestão das operadoras de planos de saúde?

Para responder esta questão é fundamental conhecer quais são as entidades em que se pode identificar, acumular e informar resultados econômicos em uma Operadora de Planos de Saúde.

1.1.2 Objetivo geral

O objetivo fundamental deste trabalho é oferecer uma contribuição para a estruturação de um modelo de informações para empresas operadoras de planos de saúde, modelo este com enfoque na gestão econômica, e analisar como sua utilização, baseada nestes conceitos, pode modificar as informações geradas pela contabilidade destas empresas.

1.1.3 Objetivos específicos

Procura-se atender aos seguintes objetivos específicos:

- a) Oferecer, a estudantes de contabilidade e profissionais que atuam no setor de comercialização de planos de saúde, modelos de relatórios gerenciais que possam ser usados na gestão como contribuição ao perfeito entendimento do comportamento dos resultados por áreas de funcionamento nas empresas situadas na região Centro-Oeste e, por analogia, nas demais empresas operadoras situadas em outras regiões;
- b) Para os empresários, como forma de conceituação, conhecimento, análise e interpretação de seus resultados, visando à obtenção de vantagem competitiva;
- c) Caracterizar o setor de saúde suplementar em seus estratos;
- d) Estabelecer modelos de relatórios gerenciais segmentados por entidades, propondo a utilização do custo de oportunidade para mensurar os preços de transferências entre as áreas.

Os relatórios gerenciais propostos mostram os resultados de cada área de responsabilidade pela execução do que foi planejado e criam a necessidade de prestação de contas dos resultados obtidos, indicando os níveis de eficiência e eficácia do desempenho de cada área.

Padoveze (2000, p.197) afirma:

Além dos relatórios dos resultados por centros de lucros, é imprescindível ter informações adicionais para o constante posicionamento dos gerentes. Desta forma, juntamente com os relatórios em valor dos resultados, deveremos apensar uma quantidade mínima de informações que continuamente alimente os administradores setoriais sobre a sua área.

A afirmação do autor ratifica a importância da geração de relatórios segmentados por área.

Os relatórios gerenciais, na visão de Santos (2000, p.217), objetivam:

[...] relatar o desempenho de um negócio de uma atividade qualquer. O relatório que mede o desempenho da atividade é traduzido em períodos, tais como: minuto, hora, dia, mês, trimestre, ano etc. O objetivo principal do relatório é o de subsidiar o processo de tomada de decisão por parte da gerência.

Como a pesquisa exploratória detectou a existência da necessidade de geração de relatórios gerenciais para serem utilizados no processo decisório, julgou-se oportuno trazer esta citação mostrando o objetivo dos relatórios gerenciais.

1.2 Importância

Este trabalho é importante em decorrência das mudanças no ambiente econômico e da atitude governamental, no Brasil, em adotar a regulação do setor de comercialização de planos de saúde.

No senso comum, poder-se-ia imaginar que a regulação deste setor minimizaria a concorrência, no entanto esta continua a existir e motiva as empresas a investir nos sistemas de informação, principalmente nos relatórios gerenciais para a mensuração dos resultados como caminho à continuidade de suas operações. Somente o conhecimento detalhado das áreas que compõem as empresas operadoras de planos de saúde e do resultado gerado por elas pode fundamentar as tomadas de decisões.

A importância do tema adquire, atualmente, maior destaque, em virtude do acirramento da competição no setor de suplementação de saúde, já contextualizado no início deste capítulo. Tanto isso é verdade que a ANS afirma: no ano de 2002, os negócios do setor chegaram a 16,6 bilhões de dólares, o equivalente a 3,32% do PIB brasileiro, existindo hoje, no país, um total de 2.300 operadoras cadastradas na

Agência Nacional de Saúde – ANS. Outro fator que torna importante o estudo deste setor é o total de usuários que, em 2002, era de 41,6 milhões de beneficiários, a população da Venezuela aproximadamente.

Os gestores adquirem o hábito incorreto de se satisfazer com informações limitadas e menos criteriosas. As mudanças ambientais que caracterizam o setor de saúde suplementar acabam por estabelecer padrões rigorosos de comportamento dos agentes (usuários, prestadores de serviço, operadoras etc.), nos quais qualquer desvio pode implicar na descontinuidade da operadora. Nesse sentido, os relatórios gerenciais passam a ocupar o espaço de recurso fundamental nas estratégias empresariais.

O modelo conceitual em discussão pretende destacar aspectos relevantes a serem considerados nas aplicações práticas em contextos particulares, ressaltando-se, é claro, as necessárias adaptações em cada caso específico e que também há carência de estudos em relação à segmentação por entidades das áreas das empresas.

É notório, porém, que os relatórios gerenciais ocupam espaço considerável na vida das organizações, não apenas em função de suas respostas formais aos problemas estruturados, mas, principalmente, em função de suas respostas aos problemas não estruturados, mediante apoio ao processo de decisão dos gestores. Conforme alerta Ijiri (*apud* RICCIO, 1989, p.151):

[...] é um fato completamente aceito em Lingüística e Psicologia que a linguagem tem efeito real sobre o pensamento e a percepção do indivíduo. Nesse sentido, o Sistema de Informação Contábil oferece os meios para que o tomador de decisões organize suas experiências e pensamentos.

Nesse caso, pretende-se, com a análise do sistema em questão, não só oferecer uma contribuição para o desenvolvimento de procedimentos formais, mas, sobretudo, elementos fundamentais que alicercem o processo mental de decisão dos gestores das operadoras de planos de saúde.

1.3 Delimitações da pesquisa

Neste tópico, passar-se-á a discutir a delimitação da pesquisa para que o leitor possa entender o grau de sua abrangência.

1.3.1 Espaço geográfico

A proposta de pesquisa exploratória fica limitada ao âmbito da região Centro-Oeste do Brasil, pois, em outras regiões, ao se aplicar os mesmos métodos, poderá ser encontrada outra situação, tendo em vista questões relacionadas ao próprio desenvolvimento da região, tanto em questões econômicas como culturais e tecnológicas.

Foram enviados os questionários para setenta e cinco empresas cadastradas na Agência Nacional de Saúde em 2002, do estrato Medicina de Grupo e de Cooperativas. A tabela abaixo evidencia a distribuição de operadoras, destes segmentos, por região.

Tabela 1.01 Quantidade de Operadoras por Região

OPS com Registro na ANS- Cooperativas Médicas e Medicina de Grupo			
Região	Qtd	%	
Sudeste	678	58,45	
Sul	197	16,98	
Nordeste	166	14,31	
Centro-Oeste	75	6,47	
Norte	44	3,79	
Total	1.160	100	

Fonte: Cadastro de Operadoras - Dezembro 2002

O total de questionários recebidos até a data da tabulação equivale a 50,67% do total da amostra, ou seja, foram enviados setenta e cinco questionários e recebidos trinta e oito, constituindo-se em uma amostra significativa da população pesquisada.

1.3.2 Espaço setorial

Por ser um ramo composto por diversos segmentos, que serão detalhados no capítulo 2, sendo tratados como estratos, escolheram-se as operadoras que se configuram em cooperativas e empresas de medicina de grupo como base para a pesquisa exploratória. Neste setor, encontram-se empresas de grande porte e com

larga aceitação e penetração no mercado brasileiro, o que lhes dá credibilidade em termos de referência, caso específico da Unimed nesta pesquisa.

Para a elaboração do estudo de caso analítico escolheu-se uma operadora de planos de saúde que presta serviços médicos e odontológicos utilizando-se de rede própria e de rede credenciada.

1.3.3 Espaço temporal

O espaço temporal entre duas datas, para a pesquisa exploratória, foi delimitado considerando-se o ano de 2002. Para a revisão bibliográfica, além das dissertações, livros e artigos já publicados, foram considerados artigos disponibilizados em publicações nos jornais de grande circulação e na Internet em 2003 e, para o estudo de caso analítico, dados coletados junto à empresa, tanto no ano de 2002 como em 2003. O estudo de caso será contextualizado no tópico 1.5 deste capítulo.

1.3.4 Porte das empresas

Pelas razões de credibilidade necessária requerida para o estudo a ser efetuado, em função dos números apresentados, escolheu-se trabalhar com empresas devidamente inscritas junto à Agência Nacional de Saúde - ANS.

O segmento ao qual pertence o grupo de empresas selecionado representa um grande percentual do mercado de planos de saúde. Segundo a própria ANS, as cooperativas médicas, juntamente com as empresas de medicina de grupo, representam 50,43% do total de usuários atendidos pelo sistema suplementar.

A maioria das empresas localizadas na região pesquisada é composta por empresas de pequeno porte, cujo enquadramento se baseia em números de usuários, item que será apresentado no capítulo de caracterização do mercado de planos de saúde.

Pela pesquisa exploratória foi possível detectar que a maioria das empresas localizadas na região de pesquisa é de pequeno porte, conforme demonstrado na tabela 1.09.

1.4 Metodologia da pesquisa para atendimento ao objetivo

Para iniciar esta dissertação, primeiramente, foi efetuada uma pesquisa para descrever o ambiente operacional das operadoras localizadas na região Centro-Oeste do Brasil, pesquisa esta que serviu para a caracterização do problema e, em seguida, passou-se a desenvolver os procedimentos metodológicos do trabalho. A metodologia teorizada a partir deste tópico visou demonstrar a solução do problema que é a proposição de um modelo de informações para as operadoras de planos de saúde.

1.4.1 Método

O desenvolvimento do estudo proposto se deu a partir da definição do problema de pesquisa e do método de trabalho, com base na observância das fases do processo de pesquisa citadas por Martins (1998, p.16-17): “[...] objeto do estudo, revisão bibliográfica, fixação dos objetivos da pesquisa, planejamento da pesquisa, coleta de dados, análise dos resultados e apresentação do relatório final”.

Segundo Stubbs & Delamont (1976, *apud* LUDKE & ANDRÉ, 1986, p.15), “A natureza dos problemas é que determina o método [...]”, então se o problema é a falta de informações e se objetiva propor um modelo de informações, logo a pesquisa inicial detectou o problema e o problema apontou para o método dedutivo e para uma pesquisa qualitativa.

Sendo o método dedutivo escolhido como o mais apropriado, necessário se faz utilizar-se de uma pesquisa bibliográfica a respeito do assunto gestão e resultado econômico. No entendimento de Ruiz (2002, p.138):

Método é o conjunto de normas padrão que devem ser satisfeitas, caso se deseje que a pesquisa seja tida por adequadamente conduzida e capaz de levar a conclusões merecedoras de adesão racional [...] a rigor, porém, reserva-se a palavra método para significar o traçado das etapas fundamentais da pesquisa.

A metodologia bibliográfica foi usada para referendar, discutir, ampliar e consolidar o entendimento e o conhecimento científico sobre o assunto, desprezando o conhecimento vulgar.

Como entendimento do conhecimento científico, Ruiz (2002, p.92) afirma: “A ciência é fruto da tendência humana para procurar explicações válidas, para questionar e exigir respostas e justificações positivas e convincentes”.

Para tanto, será preciso conhecer claramente as principais definições de gestão econômica que estão relacionadas ao problema de pesquisa detectado.

Sendo de conhecimento do pesquisador a existência do problema de gestão relacionado com as empresas operadoras de planos de saúde, através da mídia e da incipiência de pesquisas sobre o assunto, fez-se primeiramente uma pesquisa bibliográfica para entender e caracterizar o mercado de planos de saúde, pesquisa esta motivada pelo fato de que, no senso comum, se relaciona plano de saúde com seguros e, na verdade, existem tipos de planos que não se configuram como seguros e, sim, se apresentam como contratos de prestação de serviços, com o pagamento ocorrendo após a prestação do serviço e baseado em uma tabela previamente acordada.

Ainda sob o prisma do conhecimento comum, plano de saúde também está fortemente associado ao nome UNIMED. Logo, esta pesquisa baseou-se na literatura existente sobre o setor, nas leis normatizadoras e na própria experiência para caracterizar este setor e seus segmentos.

1.4.2 Método Dedutivo

O método que se procurou utilizar foi o método dedutivo, que permite conclusões lógicas, ou seja, conclusões suportadas pelos conceitos de gestão econômica e que leve a constatações com margens de erro reduzidas, podendo ser consideradas como científicas. Ruiz (2002, p.33) explica que “o pensamento é dedutivo quando, a partir de enunciados mais gerais dispostos ordenadamente como premissas de um raciocínio, chega a uma conclusão particular ou menos geral”.

A pesquisa, para efeito metodológico, foi dividida em etapas, sendo que primeiramente escolheu-se um segmento de operadoras de planos de saúde, optou-se

por empresas do estrato cooperativas e medicina de grupos e, para seleção das empresas, foram consideradas aquelas que preenchiam os pré-requisitos previstos no item 1.3.4.

Na segunda etapa, foi realizada a aplicação de uma pesquisa de campo visando conhecer a realidade das empresas escolhidas e, em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica para analisar as contribuições científicas existentes sobre gestão econômica, preço de transferência, custo de oportunidade e sobre o método de identificação e acumulação de resultados, cujo objetivo foi sustentar teoricamente as afirmações efetuadas durante o decorrer da elaboração deste trabalho.

Passou-se à aplicação de um estudo de caso analítico cujo objetivo foi conhecer a lógica operacional da empresa para facilitar o estabelecimento de modelos de relatórios gerenciais que possibilitassem a geração de informações úteis para a organização.

A escolha de um segmento do setor de comercialização de planos de saúde se fez necessária apenas para se trabalhar com uma homogeneização de procedimentos.

A escolha de empresas operadoras do estrato de cooperativas e medicina de grupo, situadas na região Centro-Oeste do Brasil, deveu-se ao fato de elas apresentarem um ponto particularmente importante, no que diz respeito à necessidade de informações específicas, pois ambas trabalham com modalidades de planos de pré e pós-pagamento e utilizam rede própria e credenciada para prestar o atendimento, o que não ocorre, por exemplo, com uma empresa de autogestão que só possui planos pré-pagos, inclusive com o desconto sendo feito no salário do empregado, quando o plano não é patrocinado pela própria empresa e além do que não possuem rede própria de atendimento. Esta contextualização ficará bastante clara no próximo capítulo.

1.5 Pesquisa de Campo

A pesquisa de campo efetuada objetivou conhecer o ambiente, as características do setor delimitado, para se entender a realidade existente e fundamentar as questões de pesquisa, objetivando caracterizar o problema, na região pesquisada.

Houve uma inquietação por parte do autor desta dissertação em conhecer qual a relação entre a contabilidade e a gestão dessas empresas, principalmente em relação às informações geradas e a utilização delas por parte dos tomadores de decisões.

Esta pesquisa exploratória foi de cunho descritivo, pois objetivou conhecer a realidade do mercado de planos de saúde na região estudada, em relação aos seguintes aspectos: porte das empresas, quantidades de usuários, perfil dos usuários que mais utilizam os serviços, perfil e qualificação dos contadores e, principalmente, a utilização da contabilidade por estas empresas.

Foram encaminhados os questionários (apêndice B), via internet, para as empresas situadas na região Centro-Oeste, sendo que foram respondidos 38. Os dados obtidos foram analisados e interpretados de maneira quantitativa e expressos mediante símbolos numéricos, como, por exemplo, o total de operadoras que utilizam as informações contábeis para tomarem decisões.

Foram enviados, via *e-mail*, os questionários (apêndice A) às operadoras selecionadas para a pesquisa, visando conhecer o perfil do usuário; retornaram 277 (duzentos e setenta e sete) questionários.

No tópico a seguir, analisar-se-ão, primeiramente, os dados coletados dos questionários aplicados aos usuários e, em seguida, os aplicados às operadoras.

1.5.1 Resultados da pesquisa com os usuários

Passar-se-á a analisar os dados da pesquisa exploratória efetuada com os usuários de planos de saúde, visando mostrar o grau de satisfação deles em relação ao seu plano de saúde, bem como traçar o seu perfil. Esta pesquisa junto aos usuários de planos de saúde teve como objetivo caracterizar a importância do tema e do próprio setor.

a) Faixa etária

Tabela 1.02 Faixa Etária dos pesquisados

O p ç õ e s	F r e q . A b s o l u t a	F r e q . R e l a t i v a
1 8 - 2 9 a n o s	6 6	2 3 , 8 3 %
3 0 - 3 9 a n o s	1 2 5	4 5 , 1 3 %
4 0 - 4 9 a n o s	8 2	2 9 , 6 0 %
5 0 - 5 9 a n o s	4	1 , 4 4 %
a c i m a 6 0 a n o s		0 , 0 0 %
T o t a l	2 7 7	1 0 0 , 0 0 %

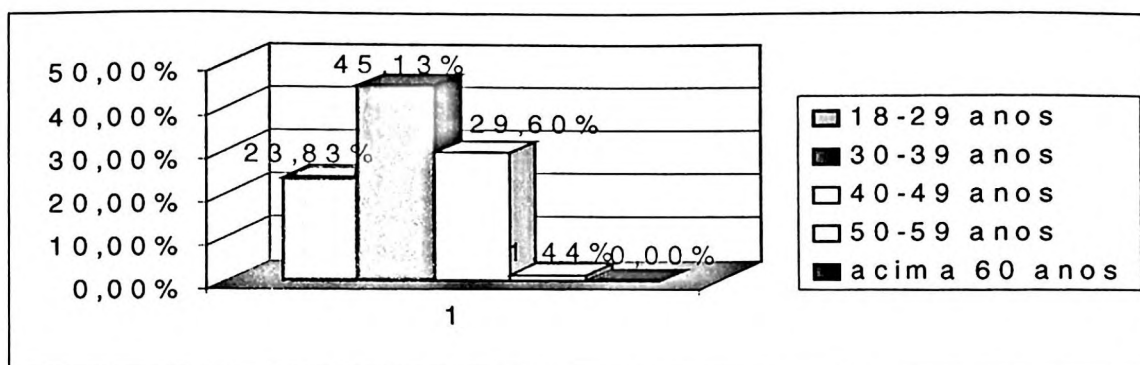


Ilustração 1.01 Gráfico Faixa Etária dos pesquisados

As respostas a essa questão revelam que 45,13 % dos usuários entrevistados estão na faixa etária entre 30 a 39 anos e a maioria, ou seja, 68,96% deles, possui menos de 39 anos.

b) Sexo

Tabela 1.03 Sexo dos pesquisados

O p ç õ e s	Freq .A b s o l u t a	Freq .R e l a t i v a
M a s c u l i n o	9 4	3 3 .9 4 %
F e m i n i n o	1 8 3	6 6 .0 6 %
T o t a l	2 7 7	1 0 0 .0 0 %

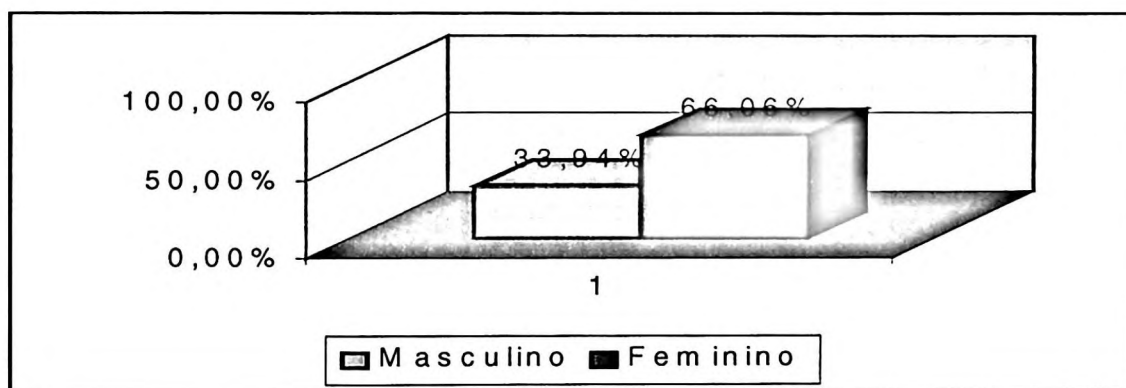


Ilustração 1.02 Gráfico com Sexo dos pesquisados

Dos entrevistados, a maioria é do sexo feminino, ou seja, 66,06%. Percebeu-se, nesta pesquisa, que as mulheres estão mais propensas a responder o questionário e que demonstram estar mais preocupadas com a situação da assistência à saúde de seus familiares.

c) Estado Civil

Tabela 1.04 Estado Civil dos pesquisados

O p ç õ e s	F r e q . A b s o l u t a	F r e q . R e l .
S o l t e i r o	7 4	2 6 . 7 1 %
C a s a d o	1 2 8	4 6 . 2 1 %
S e p a r a d o	5 1	1 8 . 4 1 %
V i ú v o	2 4	8 . 6 6 %
T o t a l	2 7 7	1 0 0 . 0 0 %

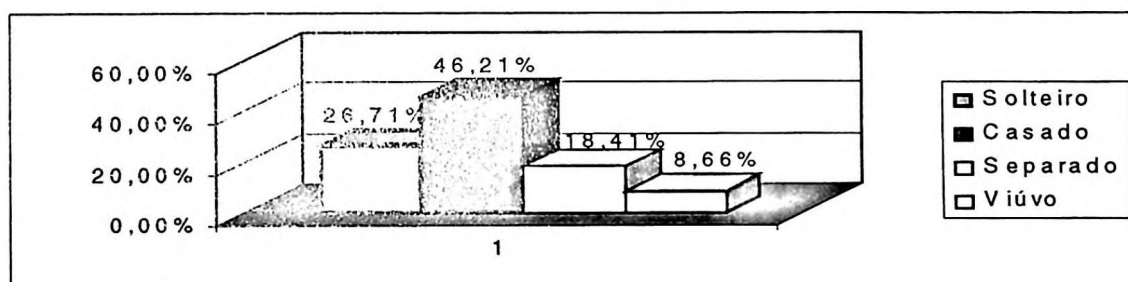


Ilustração 1.03 Gráfico do Estado Civil dos pesquisados

Verificou-se, através das respostas, que as pessoas entrevistadas, em sua maioria, são casadas ou vivem com outra pessoa. Este fato pode caracterizar o estilo de vida das pessoas que são usuárias do sistema.

d) N° de pessoas na família

Tabela 1.05 Composição da família

O p ç õ e s	F r e q . A b s o l u t a	F r e q . R e l a t i v a
01 Pessoa	3	1,08%
02 Pessoas	32	11,55%
03 a 04 Pessoas	140	50,54%
05 ou + Pessoas	102	36,82%
T o t a l	277	100,00%

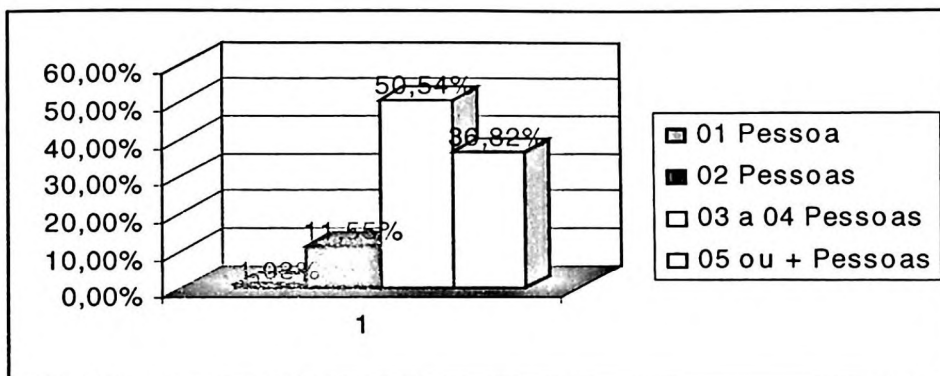


Ilustração 1.04 Gráfico Composição da família

Segundo os dados coletados, 63% dos entrevistados possuem mais de 2 pessoas na família, o que demonstra que, além do titular, existe, no mínimo, um dependente por usuário, logo ratifica-se a necessidade de segmentar as informações por usuários e, dentro da segmentação de usuários, o tipo de participante.

e) Renda Familiar

Tabela 1.06 Renda Familiar

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
até 01 Sal. Min	0	0,00%
de 01 a 05 Sal.Min	141	50,90%
de 06 a 10 Sal.Min	94	33,94%
de 11 a 20 Sal.Min	35	12,64%
Mais de 20 Sal.Min	7	2,53%
Total	277	100,00%

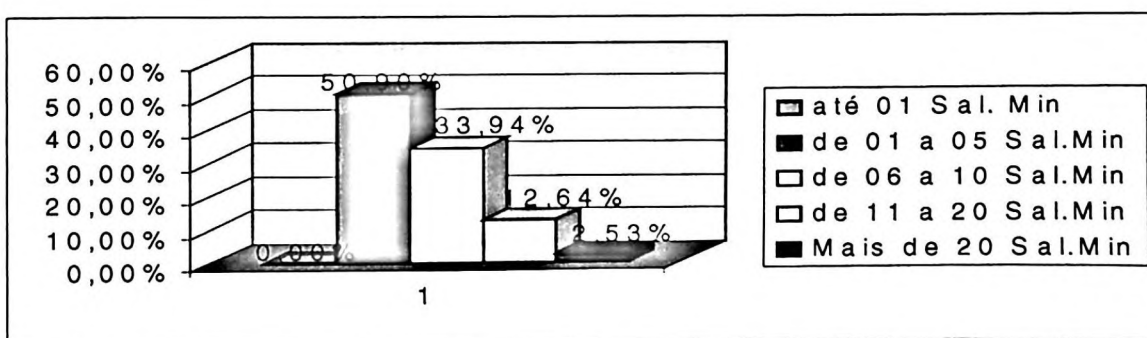


Ilustração 1.05 Gráfico Renda Familiar

A grande maioria das pessoas entrevistadas recebem menos de 5 salários mínimos. Isto demonstra que esta maioria possui uma faixa baixa de salário, constatando-se portanto que, na região pesquisada, qualquer aumento que ocorra no

valor das mensalidades pode vir a comprometer o orçamento familiar dos usuários, fato este que justifica que o governo passe a regular os índices de reajuste do setor.

f) Nível de Satisfação

Tabela 1.07 Nível de satisfação

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
Satisfeito Completamente	77	27,80%
Satisfeito Parcialmente	138	49,82%
Insatisfeito Parcialmente	24	8,66%
Insatisfeito	38	13,72%
Total	277	100,00%

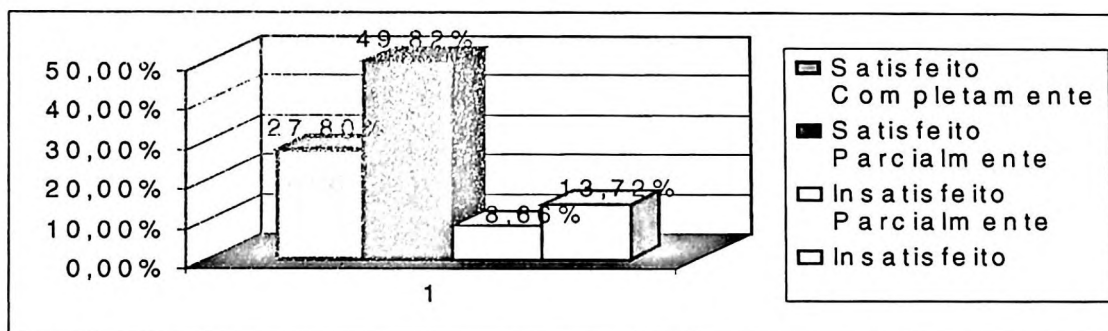


Ilustração 1.06 Gráfico Nível de Satisfação

As respostas revelaram que 77,62% das pessoas entrevistadas se consideram parcial ou totalmente satisfeitas com o seu plano de saúde. Vinte e sete por cento apenas estão satisfeitos, o que demonstra existir um problema de gestão em relação à prestação deste serviço, pois a busca da satisfação do usuário, em tese, deve ser a meta a ser objetivada.

g) Motivo de escolha de um plano de saúde

Tabela 1.08 Motivação de utilização de plano de saúde

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
Inoperância do Sistema Público	106	38,27%
Busca de Melhores condições	19	6,86%
Preço do Serviço Particular	114	41,16%
Forma de Pagamento Pré	38	13,72%
Total	277	100,00%

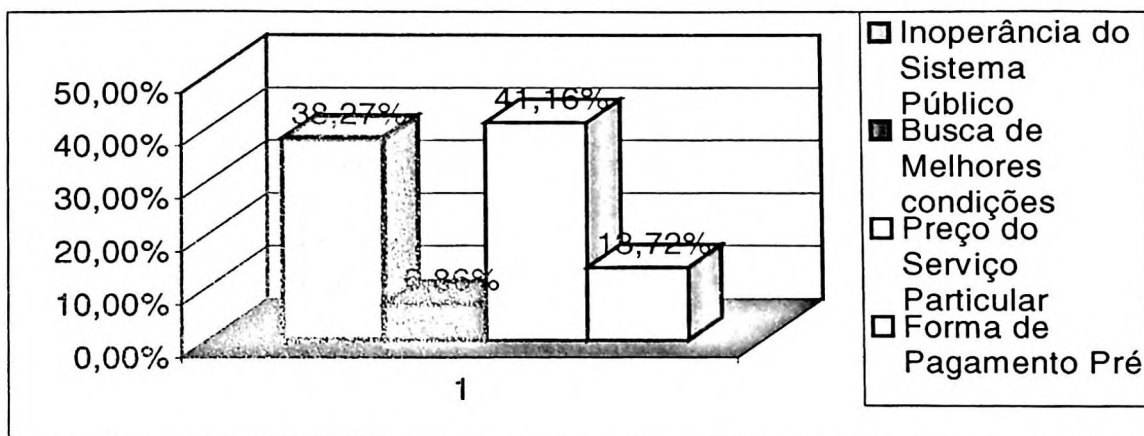


Ilustração 1.07 Gráfico Motivação de utilização de plano de saúde

Pelas respostas, 90,32% das pessoas entrevistadas alegam ter optado pelo sistema de planos de saúde tendo em vista que o sistema público se encontra inoperante, logo verifica-se, com base nestas informações do usuário, o apelo social que o tema desta dissertação possui, pois 38,27% consideram o sistema público inoperante e 41,67% foram motivados pelos elevados preços do atendimento particular. Portanto, oitenta por cento das pessoas, ao escolherem um plano de assistência suplementar de saúde, buscam a garantia de seu bem estar e de sua família por não acreditarem que o governo seja capaz de fazê-lo.

A pesquisa feita com os usuários não teve o objetivo de responder o problema, ou seja, de trazer solução; esta pesquisa junto aos usuários contribuiu para a justificação do problema de pesquisa e caracterização da importância do tema, pois, por exemplo, os problemas de satisfação ou não do usuário denotam a necessidade de decisões por parte da administração, o que está relacionado ao trabalho, pois possibilitou o conhecimento do ambiente de pesquisa.

1.5.2 Resultados da pesquisa junto às operadoras

Foi aplicado um questionário às operadoras de planos de saúde da região cujo objetivo foi constatar a forma como estas empresas utilizam a contabilidade e qual o grau de participação desta no processo decisório das empresas.

Passar-se-á a analisar os dados coletados junto às operadoras para auxiliar a compreensão do ambiente de negócios deste segmento da economia, obviamente limitado ao campo de estudo.

a) Números de Beneficiários

Tabela 1.09 Classificação quanto ao número de beneficiários

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
até 20.000 usuários	27	71,05%
de 20.000 a 100.000 usuários	8	21,05%
Acima de 100.000 usuários	3	7,89%
Total	38	100,00%

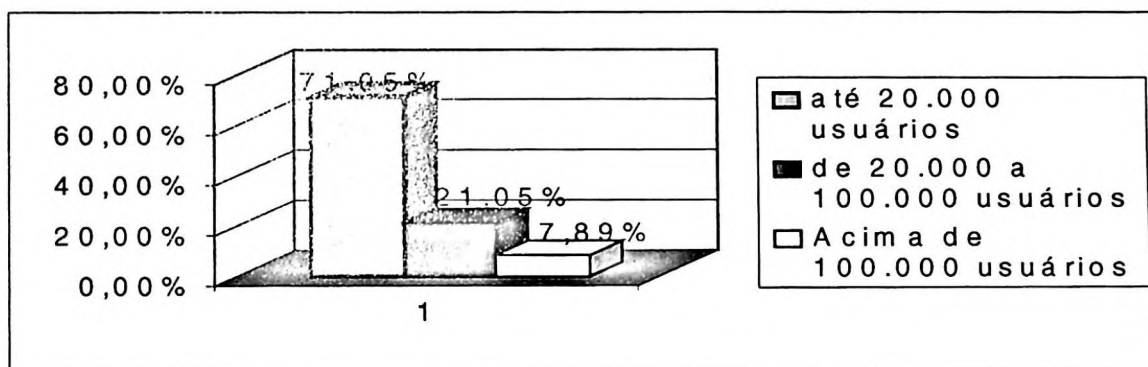


Ilustração 1.08 Gráfico Classificação quanto ao número de beneficiários

Em relação ao número de beneficiários, item utilizado pela agência reguladora para enquadramento do porte das operadoras, esta pesquisa revelou que a maioria (71,05%) das empresas da região pesquisada possui um número inferior a vinte mil usuários, o que as classifica como operadoras de pequeno porte.

b) Qualificação do contador

Tabela 1.10 Qualificação do contador

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
Técnico	14	36,84%
Nível Superior	18	47,37%
Pós Graduado	6	15,79%
Total	38	100,00%

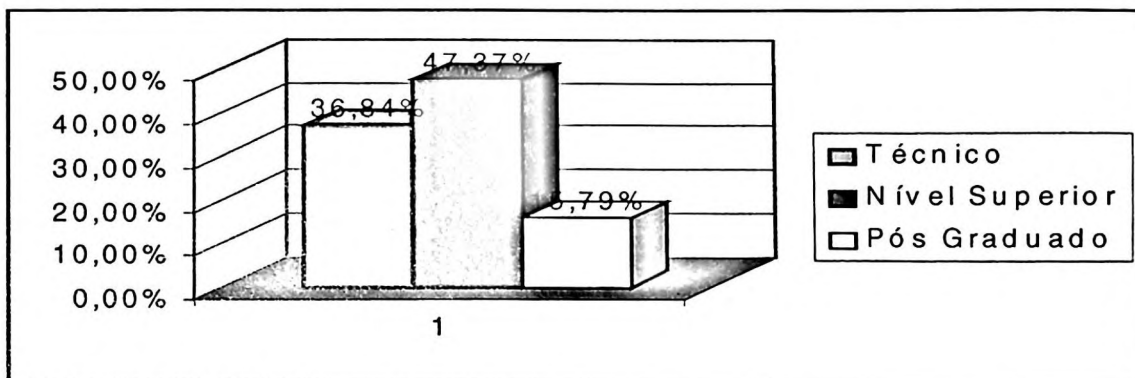


Ilustração 1.09 Gráfico Qualificação do contador

De acordo com a pesquisa efetuada e, em conformidade com o gráfico anterior, a qualificação apresentada pelos contadores deste tipo de organização é boa, pois 63,16% dos contadores possuem nível superior ou especialização. Portanto, acredita-se que o problema de interação entre a contabilidade e a gestão da empresa é passível de ser resolvido, pois esta qualificação ajudará no processo.

c) Realização do Serviço Contábil

Tabela 1.11 Forma de prestação do serviço contábil

Opcões	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
Totalmente desenvolvida na empresa	6	15,79%
Parcialmente desenvolvida na empresa	27	71,05%
Totalmente desenvolvida fora da empresa	5	13,16%
Total	38	100,00%

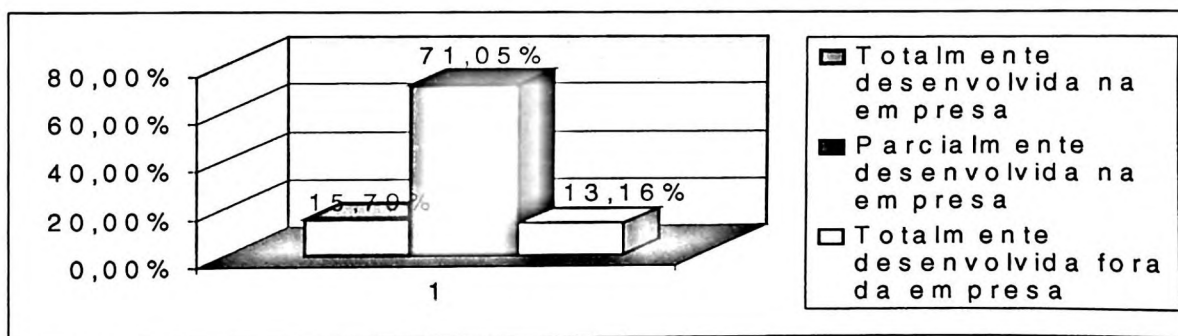


Ilustração 1.10 Gráfico Forma de prestação do serviço contábil

A minoria, ou seja, 15,79%, dos usuários possui a contabilidade totalmente integrada e sendo realizada dentro da própria operadora. Este fato contraria uma tendência adotada pelas empresas em realizar a contabilidade dentro da empresa

d) Principal Utilização da Contabilidade

Tabela 1.12 Utilização da contabilidade

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Controle Tributos	11	28,95%
Relatórios Obrigatórios	20	52,63%
Relatórios Gerenciais	7	18,42%
Total	38	100,00%

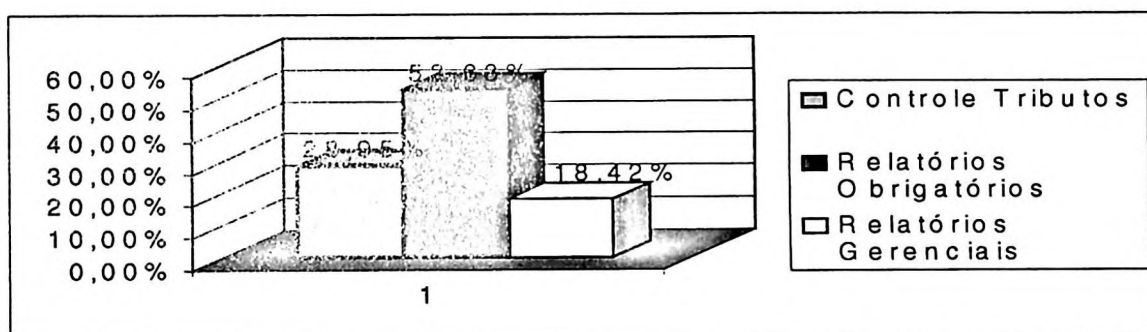


Ilustração 1.11 Gráfico Utilização da contabilidade

A principal utilização da contabilidade por parte das empresas está na elaboração dos relatórios obrigatórios e no controle de tributos e encargos, totalizando 81,58% das operadoras entrevistadas.

e) Fornecimento de Informações pela Contabilidade

Tabela 1.13 Informações geradas pela contabilidade

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Totalmente útil ao processo de decisão	12	31,58%
Parcialmente útil ao processo de decisão	20	52,63%
Inútil ao processo de decisão	6	15,79%
Total	38	100,00%

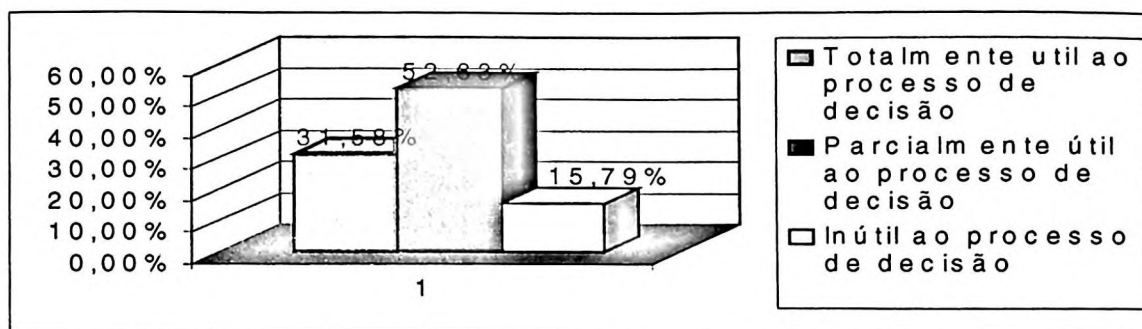


Ilustração 1.12 Gráfico Informações geradas pela contabilidade

Embora a contabilidade esteja sendo, em sua maioria, desenvolvida dentro das empresas, mesmo que parcialmente, as informações ainda não são utilizadas no processo de tomada de decisão, pois, como revela a pesquisa, 68,42% das operadoras consideraram que as informações contábeis não são utilizadas no processo de decisão. Acredita-se que este fato ocorra em face do perfil informativo dos relatórios contábeis que visam aos usuários externos e ao atendimento da legislação, o que ratifica a necessidade de se elaborar um modelo de informações que privilegie os usuários internos e o processo decisório.

f) Utilização das informações contábeis na gestão

Tabela 1.14 Utilização das informações contábeis

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Sim	12	31,58%
Parcialmente	17	44,74%
Não	9	23,68%
Total	38	100,00%

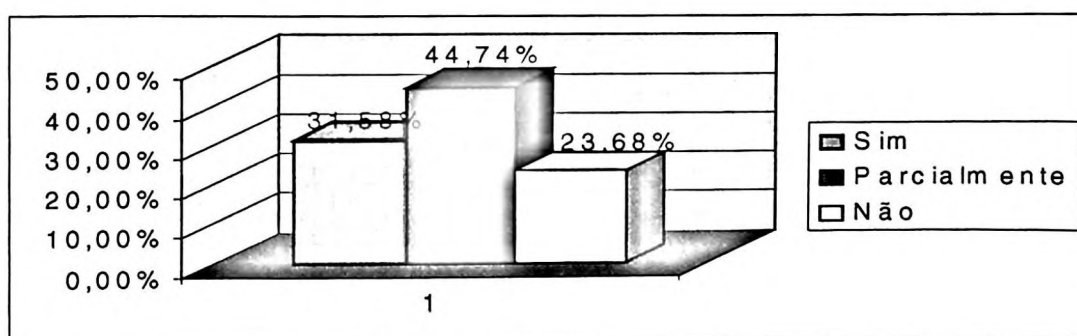


Ilustração 1.13 Gráfico Utilização das informações contábeis

A maioria das empresas pesquisadas não utiliza os relatórios contábeis no seu processo de gestão e, as que responderam que utilizam, o fazem de maneira parcial,

ou seja, a contabilidade não está totalmente integrada com o processo decisório.

g) Forma de apuração dos resultados pela contabilidade

Tabela 1.15 Apuração de resultados

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Globalmente	28	73,68%
por áreas	6	15,79%
Por Clientes	2	5,26%
Por Produtos	2	5,26%
Total	38	100,00%

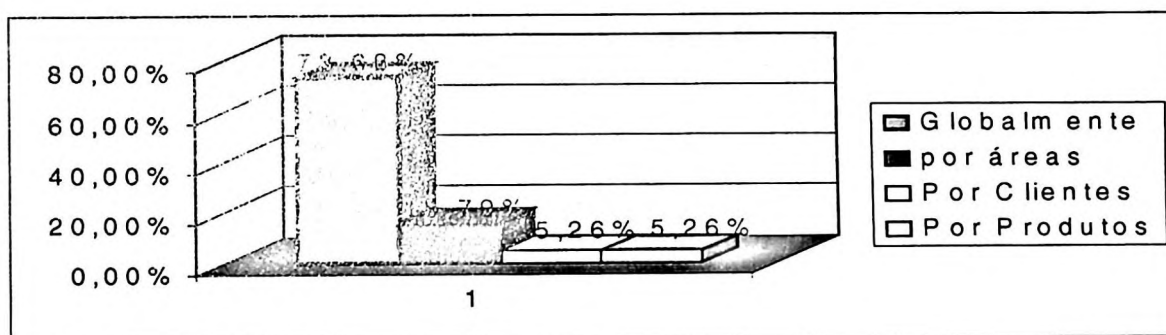


Ilustração 1.14 Gráfico Apuração de resultados

Constata-se, pois, através das respostas, que a contabilidade, na maioria das empresas entrevistadas, apura apenas o resultado global das operações e as demonstra através dos relatórios contábeis obrigatórios.

h) Geração pela contabilidade de relatórios para usuários internos

Tabela 1.16 Relatórios para usuários internos

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Não geram	9	23,68%
Poucos relatórios	12	31,58%
Geram	17	44,74%
Total	38	100,00%

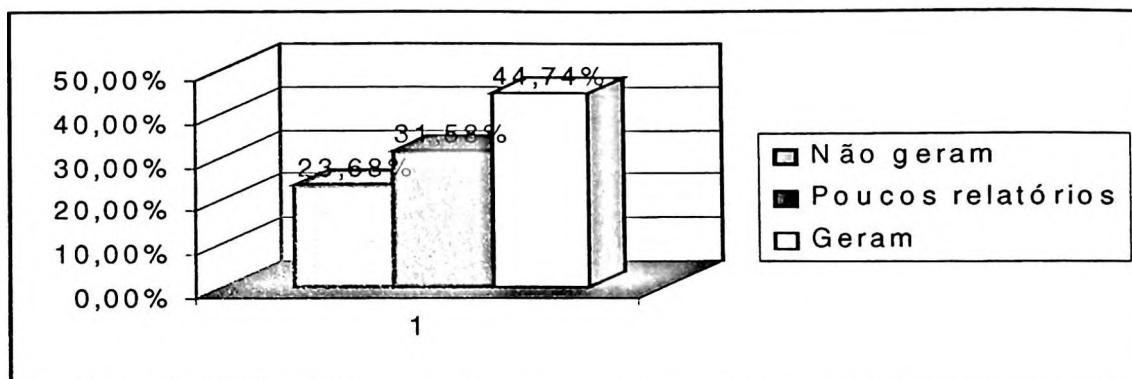


Ilustração 1.15 Gráfico Relatórios para usuários internos

A contabilidade, na maioria das empresas, não está gerando relatórios com objetivo de fornecer informações aos usuários internos, confirmando, mais uma vez, a necessidade de geração deste tipo de informação.

i) Quanto à satisfação com os relatórios internos gerados

Tabela 1.17 Satisfação com os relatórios internos

Opcões	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Satisfazem Totalmente	7	18,42%
Satisfazem Parcialmente	13	34,21%
Não Satisfazem	18	47,37%
Total	38	100,00%

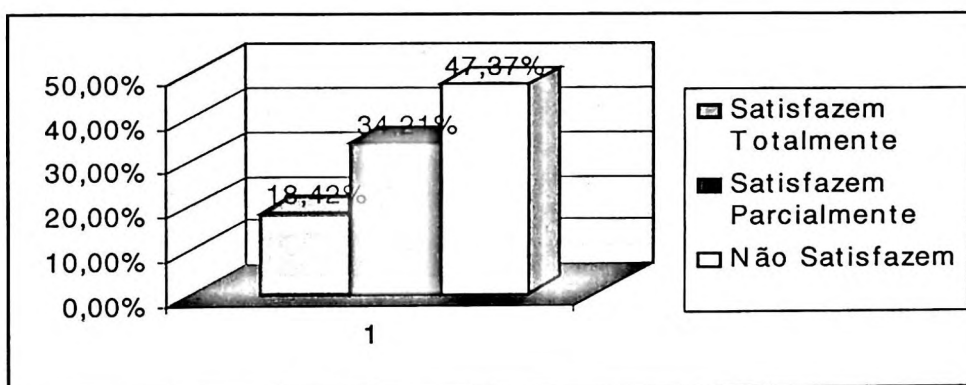


Ilustração 1.16 Gráfico Satisfação com os relatórios internos

Embora a contabilidade das empresas entrevistadas esteja elaborando alguns relatórios gerenciais, ou seja, cujo objetivo é o usuário interno, não estão conseguindo satisfazer a necessidade de informação desses usuários.

j) Quanto às atuais necessidades de informações

Tabela 1.18 Necessidades de informações

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Resultados por produtos	8	21,05%
Resultados dos serviços	13	34,21%
Resultados dos conveniados	17	44,74%
Não possuem necessidade	5	13,16%
Total	38	100,00%

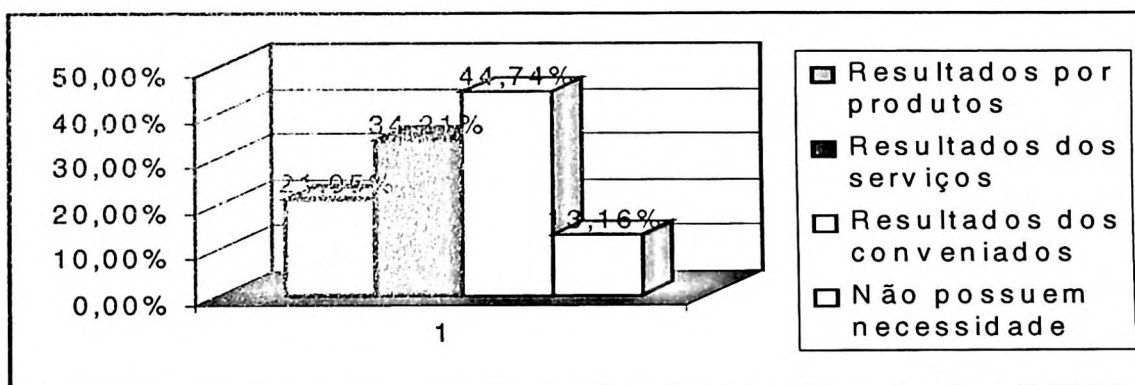


Ilustração 1.17 Gráfico Necessidades de informações

Pela pesquisa, observou-se que os gestores necessitam de informações de seus resultados segmentados e não apenas o fornecido pela Demonstração do Resultado do Exercício.

k) Método de Custeio utilizado

Tabela 1.19 Custeio utilizado

Opções	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Direto ou variável	3	7,89%
Absorção	29	76,32%
Pleno	6	15,79%
A bc	1	2,63%
Total	38	100,00%

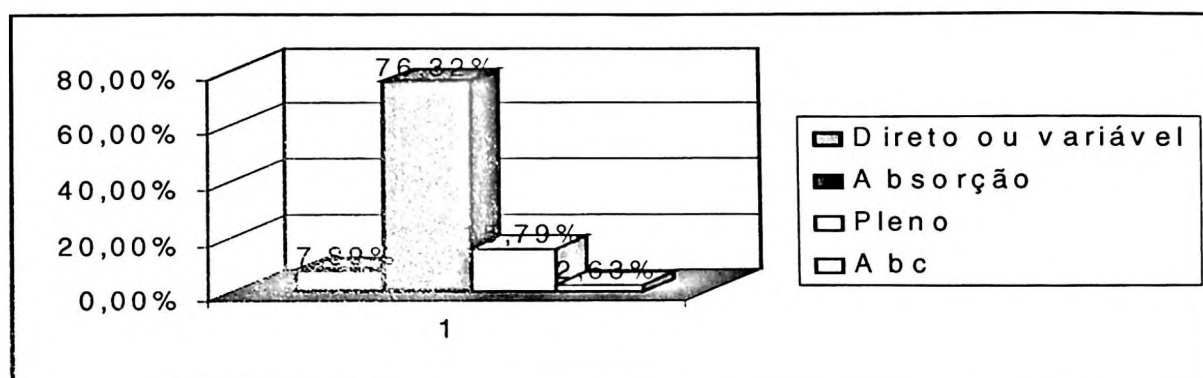


Ilustração 1.18 Gráfico Custeio utilizado

As respostas demonstram que 76,32% das empresas pesquisadas adotam o custeio por absorção, 15,79% adotam o custeamento pleno, 7,89% informaram utilizar o método variável e, 2,63%, o método por atividades ABC.

Nesta pesquisa exploratória, demonstrou-se a relação da contabilidade com as empresas da região pesquisada. Portanto concluiu-se que os gestores das empresas que atuam neste segmento, na área geográfica delimitada, necessitam de informações que dêem suporte às suas decisões.

A pesquisa exploratória evidenciou que as empresas situadas na região pesquisada não utilizam a contabilidade no auxílio de sua gestão no que a contabilidade tem de mais útil: a informação.

Portanto, pela pesquisa efetuada, demonstrou-se que existe a necessidade de aplicação da contabilidade gerencial no ambiente pesquisado, notando-se que está faltando para estas empresas um modelo de identificação, de acumulação e de informações que possibilite aos tomadores de decisões analisar os resultados obtidos em cada entidade e não apenas os seus custos. Logo, a pesquisa exploratória foi fundamental para a caracterização do problema a ser resolvido através da proposição de um modelo baseado nos conceitos de gestão econômica cuja fundamentação teórica será discutida no capítulo 3.

Após a pesquisa exploratória passou-se à solução do problema que é a proposição de um modelo de informação específico para as empresas operadoras de planos de saúde, cuja metodologia será caracterizada no próximo tópico.

1.6 Estudo de caso analítico

Na seção que agora se inicia, na primeira parte, conceituar-se-á o que vem a ser um estudo de caso, e revelar e tecer comentários sobre os instrumentos que foram utilizados para a coleta de dados. Na parte seguinte, explicar-se-á o processo de análise do material coletado, deixando bem claro que o objetivo deste estudo de caso não é a aplicação do modelo que será proposto no capítulo 4 deste trabalho e sim um entendimento do ambiente onde poderá ser aplicado o modelo.

O estudo de caso é um dos vários modos de realizar uma pesquisa. Outros modos incluem experiências vividas, histórias, e a análise de informação de arquivo. Cada estratégia tem vantagens e desvantagens que dependem de três condições: 1) o tipo de foco da pesquisa; 2) o controle que o investigador tem sobre eventos comportamentais atuais; e 3) o enfoque no contemporâneo ao invés de fenômenos históricos.

Em geral, estudos de casos se constituem na estratégia preferida quando o "como" e/ou o "por quê" são as perguntas centrais, tendo o investigador um pequeno controle sobre os eventos, e quando o enfoque está em um fenômeno contemporâneo dentro de algum contexto de vida real. Estudos de caso podem ser classificados de várias maneiras: analíticos, explicativos, expositivos. Porém o que se irá tratar, neste trabalho, é um estudo de caso analítico que é semelhante ao conceito de levantamento e análise de uma situação existente.

Os objetivos desta dissertação encaminham à pesquisa qualitativa, como descritas por Bogdan & Biklen (1994, p.47), “[...] envolve a obtenção de dados descritivos, colhidos no contato direto do investigador com a situação estudada, preocupado mais com o processo do que o produto e procurando retratar a perspectiva dos participantes”.

Entre as várias formas que uma pesquisa qualitativa pode assumir, optou-se pela abordagem de um estudo de caso, devido ao seu potencial para estudar como os problemas ocorrem no ambiente real, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador.

Esta técnica de pesquisa vem ganhando crescente aceitação na área de pesquisa sobre contabilidade. São encontrados estudos de caso na área de

administração onde a estrutura de uma determinada indústria/empresa pode ser investigada. Então, como embasamento para a concepção do modelo de identificação e acumulação de resultados, apóia-se na afirmação de que a estratégia de estudos de caso pode contribuir como fundamentação e representação do ambiente operacional das demais empresas operadoras. O estudo de caso deste trabalho está baseado na obra de Yin (2001, p.35) que estabelece os métodos de um estudo de caso:

Preparação: Dentre as etapas que serão vistas, a Preparação é de grande importância, na medida que construímos um alicerce do estudo, analogamente a uma casa: se esta possui um alicerce sólido ou com falhas, afetará na medida distinta toda a estrutura da casa. Assim é com o estudo de caso, se a preparação não for suficientemente sólida e falhas forem apontadas sem serem tratadas todo seu estudo irá se comprometer.

Desenvolvimento da teoria: O estudo de caso é uma construção apropriada sob várias circunstâncias. Primeiro, que um estudo de caso é análogo a um experimento, e muitas das mesmas condições que também justificam uma experiência justificam um estudo de caso. Tanto na simplicidade, quanto em passos para uma construção positiva. Assim, uma razão para se adotar um estudo de caso é quando representar uma peça cuidadosamente testada em uma teoria bem formulada. A teoria mostra um jogo claro de proposições como também as circunstâncias dentre as quais é acreditado que as proposições são verdadeiras. Firmar o desafio ante a teoria, sabendo o que ela pode significar, pode exprimir um conhecido através da própria teoria adotada.

O caso pode ser usado para determinar então se as proposições da gestão econômica estão corretas. Desta maneira, o caso pode representar uma contribuição significativa para o conhecimento do modelo a ser proposto. Tal estudo pode ajudar até mesmo a refocalização de investigações futuras, levando a repensar principalmente a fase de reconexão dos dados investigados.

Diante dos objetivos já traçados, a seleção do caso requer um cuidado muito grande, pois não se trata de uma mera escolha visual ou perceptiva, por isso deve estar apoiada na seleção daquilo que se quer focalizar, e o que se busca focalizar, neste trabalho, é o ambiente operacional de uma OPS, visando facilitar a compreensão deste ambiente e de suas necessidades informativas.

Optou-se por adotar um estudo de caso analítico para a concepção do modelo de informações, tendo em vista que, muitas vezes, o que se mostra no mundo real pode ser diferente daquilo que uma análise fictícia sobre um dado determina.

Primeiramente irá se dar uma visão geral do projeto de estudo de caso. O estudo foi efetuado em uma operadora situada na cidade de Rondonópolis – Mato Grosso que foi escolhida em virtude da facilidade de acesso aos dados e por possuir

os dois tipos de prestação de serviços, os pré-pagos e os pós-pagos, e rede credenciada e própria de atendimento.

As principais informações que foram buscadas junto à empresa em estudo foram relacionadas às demonstrações existentes fornecidas pela contabilidade e sua lógica operacional. Depois de definido o objeto de pesquisa do estudo de caso, foi elaborada uma solicitação ao Diretor Presidente da operadora buscando a autorização para a realização da pesquisa.

Foram definidos como pessoas a serem entrevistadas: o Diretor Presidente, o Gerente Geral, o Gerente Financeiro e o Contador. Estas pessoas foram escolhidas por estarem diretamente relacionadas com a geração e utilização de informações contábeis.

As entrevistas que foram efetuadas, de forma não estruturada, com os gestores da organização escolhida para o estudo de caso, seguiram o seguinte roteiro para a coleta dos dados necessários à elaboração da pesquisa.

a) Setor Administrativo:

- 1) Verificar a existência de um sistema informatizado.
- 2) Verificar a existência de controles e relatórios financeiros.
- 3) Verificar quais informações são geradas e como são coletados e arquivados os dados financeiros.
- 4) Verificar a atual função da contabilidade para a organização.
- 5) Conhecer a estrutura organizacional da empresa.
- 6) Conhecer a forma como são tomadas as decisões na organização.

b) Setor Comercial:

- 1) Identificar a maneira como são comercializados os planos de saúde.
- 2) Identificar quais planos efetivamente têm mais procura de atendimento.
- 3) Conhecer o comportamento da demanda dos produtos e serviços para a empresa.
- 4) Conhecer os tipos de usuários.
- 5) Conhecer os componentes da rede credenciada.
- 6) Verificar as características de embalagem dos produtos.

c) Setor de Prestação de Serviços:

- 1) Conhecer quais serviços são prestados pela empresa.
- 2) Identificar como se desenvolve a prestação de serviços.
- 3) Verificar quais os pontos na prestação de serviços.
- 4) Identificar o método de custeio utilizado e quais os custos relevantes.
- 5) Conhecer quais serviços de apoio são realizados.
- 6) Verificar a necessidade de equipamentos para a aplicação do modelo.

1.6.1 Desenvolvimento

A coleta de dados foi realizada pessoalmente pelo autor da dissertação que esteve durante os meses de outubro a dezembro de 2002 acompanhando o fluxo de informações e a realidade operacional da empresa e, à medida que novos dados foram necessários para o desenvolvimento da pesquisa, voltou-se novamente para se realizar a coleta.

Este tópico apresenta a aplicação do método de estudo de caso analítico, sendo que este visou dar suporte ao processo de concepção do modelo conceitual de mensuração, identificação e acumulação de resultados para empresas operadoras de planos de saúde.

Optou-se por fazer o estudo de caso antes de se propor o modelo de informações para se ter conhecimento da realidade operacional de uma empresa operadora de planos de saúde.

O modelo a ser proposto no capítulo 4 está fundamentado neste estudo de caso analítico realizado e que foi determinado pelo problema caracterizado na pesquisa de campo. Com base, então, na pesquisa inicial e na pesquisa bibliográfica sobre as características do mercado de planos de saúde, constata-se que um estudo de caso único é representativo da lógica operacional das demais operadoras da região estudada.

Com base no exposto, fica determinado o âmbito da pesquisa através desta técnica, pois serão analisados os aspectos importantes e necessários para o desenvolvimento do modelo.

Em relação ao desenvolvimento de um estudo de caso relacionado com esta situação, Martins & Lintz (2000, p.37) esclarecem:

A importância de determinar o âmbito da pesquisa e estabelecer os contornos do estudo decorre do fato de que nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno. A seleção de aspectos mais relevantes e a determinação do recorte são, pois, cruciais para atingirmos os propósitos do estudo e chegarmos a uma compreensão mais completa sobre a situação estudada.

Portanto, o estudo de caso não visa à solução do problema e sim caracterizar o ambiente no aspecto operacional para dar condições de elaboração de um modelo de informações para estas empresas.

1.6.2 Caracterização do estudo de caso

O estudo de caso foi realizado em uma empresa de prestação de serviços médicos que possui serviços próprios prestados através de atendimentos ambulatoriais, e serviços contratados ou terceirizados na cidade e região, bem como em todo o país, por meio do sistema ABRAMGE, com cobertura de exames, consultas, tratamentos e internações.

Sua receita total provém das contraprestações pagas pelos beneficiários segurados dos planos de pré-pagamento e do recebimento da prestação de serviços da rede própria aos usuários dos planos de pós-pagamento.

A empresa foi criada em abril de 1985, com 30 médicos cooperados que, vislumbrando o crescimento da cidade onde está localizada e pela expansão da utilização de cooperativas, se entusiasmaram pelo sistema e tiveram como objetivo inicial o de ampliar o leque de opções de saúde entre todas as camadas da população.

Apesar das dificuldades iniciais, a empresa sobreviveu, ampliando sua sede, construindo postos de atendimento nas cidades vizinhas, sendo elas: Jaciara, Pedra-Preta, Juscimeira, Dom Aquino, Poxoréo, Guiratinga, Primavera do Leste, Itiquira, ou seja, nas principais cidades da região sul de Mato Grosso, além da implantação de uma rede médico-hospitalar própria, composta por um laboratório, uma farmácia, uma unidade ambulatorial e um hospital com quatro enfermarias com 10 leitos, com ar-condicionado, banheiro, mesa para refeição, uma equipe de enfermagem à disposição 24 horas e 12 apartamentos individuais com banheiro, ar-condicionado,

frigobar, camas elétricas, lâmpadas com luminosidade ajustável, tv com canal a cabo, cama para acompanhante e um auxiliar de enfermagem exclusivo para os apartamentos. E possui, ainda, dois quartos exclusivos para pediatria.

As alas possuem uma central de inalação com ar comprimido: rede canalizada com ligação nos quartos para inalações e aspirações, caso o paciente não possa se locomover. O centro cirúrgico possui duas salas de cirurgia equipadas com modernos e avançados aparelhos. A empresa possui ainda uma unidade de terapia intensiva. Todo esse investimento gerou um aumento significativo em seu faturamento, que alcançou o valor de mais de 8 milhões em 2002 e um número de 27.570 usuários em dezembro do mesmo ano, sendo 15.601 segurados pelo pré-pagamento e 11.969 usuários de planos de pós-pagamento.

A empresa em estudo é líder de mercado na região, mesmo existindo, na cidade, algumas empresas de tradição que atuam neste setor, tais como Unimed, Sul América Seguros entre outras.

1.6.3 Características operacionais da empresa pesquisada

Em relação à segmentação, a empresa está voltada para o atendimento aos diversos tipos de planos: empresariais, individuais, de pré-pagamento e serviços prestados.

A empresa procura priorizar os planos empresariais, tendo em vista que os custos operacionais são menores, pois existe um único controle, uma única fatura, o relacionamento se dá com o representante da área de RH da empresa contratante e, quanto maior for o número de usuários, menor o preço, pois o risco é menor.

No entanto, caso o usuário saia da empresa inicial é possibilitada a transferência de plano coletivo para plano individual, sendo mantido o cumprimento das carências se a transferência for feita no prazo de 30 dias.

Com a regulamentação do setor, para efeito de posicionamento e diferenciação, a empresa procurou criar produtos que atendessem à legislação em relação ao padrão mínimo de atendimento (Plano de Referência), no entanto não ficando presa apenas a este padrão e sim apresentando alguns diferenciais, tais como ampliação do período de utilização da UTI, redução da carência de alguns

procedimentos, entre outros, todos visando acompanhar a mudança de perfil do consumidor.

Além disso, a empresa usa muito bem a imagem de que possui a melhor oferta de médicos e serviços de saúde da região, utilizando, para isso, um serviço de marketing terceirizado com um investimento de cerca de 1% do faturamento em propagandas na mídia regional, conforme dados coletados na área comercial.

Educação cooperativista, qualidade na prestação de serviços aos usuários e garantia de maior número de benefícios possíveis aos cooperados são os conceitos que norteiam as ações da empresa. Além disso, existe o próprio foco em benefício à comunidade, estando subjacente a filosofia de que, investindo na educação da comunidade, as pessoas ficam menos doentes e geram menos custos para as organizações.

Quanto aos pontos de atendimento, trata-se de dois: um para emergência 24 horas localizado no prédio ambulatorial, onde também ocorre o atendimento e emissão de guias aos usuários e o outro no hospital. São plantonistas seis especialistas: um clínico, um pediatra, um ortopedista, um cardiologista, um cirurgião e um anestesista, além dos enfermeiros e atendentes.

No auxílio ao atendimento de urgência existe uma ambulância equipada com os recursos de uma UTI, à disposição 24 horas, para os planos que oferecem este tipo de cobertura. A operadora também dispõe de uma farmácia para prestação de serviços aos seus usuários, funcionários e médicos cooperados. Aos usuários e funcionários só é dado o desconto se for comprovado o atendimento por um médico do quadro. Havendo a indisponibilidade do remédio, é solicitada, ao médico cooperado, a possibilidade de substituição e, se não for possível, a farmácia se responsabiliza pela aquisição, gerando com isso comodidade ao usuário, e garantindo, portanto, a complementaridade do tratamento.

Segundo os dados colhidos junto ao Diretor Administrativo, a operadora, para subsidiar todos estes serviços, manter a qualidade do corpo clínico cooperado e possibilitar a cobertura dos riscos, utiliza, para os planos de pré-pagamento, a estratégia de diferenciação de qualidade na prestação dos serviços, o que impacta no resultado.

Em relação aos planos de pós-pagamento, a empresa busca se diferenciar

pelo menor preço, isto sendo possível em face do compromisso dos médicos cooperados em trabalhar com uma tabela de honorários abaixo do mercado, tendo em vista a fidelização de seus serviços por parte da operadora que poderia utilizar a rede credenciada, no entanto o faz somente quando necessário ou por escolha do usuário. A operadora em estudo é formada por setores que, para o presente trabalho, irão se identificar como entidades funcionais –Efs. Entre estas entidades funcionais existem as que prestam o atendimento direto de saúde, as de apoio à saúde e as de apoios administrativos e financeiros. A ilustração a seguir identifica o conjunto das Entidades Funcionais –Efs da empresa em estudo.

Efs de Saúde	Efs de Apoio à Saúde	Efs de Apoio Adm e Financeiro
Ambulatório	Atendimento	Compras
Hospital	Farmácia	Vendas de Planos
Laboratório	Nutrição e Dietética	Financeira
	Imagenologia	Documentação e Comunicação
		Informatização

Ilustração 1.19 Entidades Funcionais (Efs) da OPS em estudo

As verificações e análises em torno de um desenho conceitual para o modelo de informações gerenciais proposto nesta pesquisa considerarão os fluxos de serviços e movimentações de recursos e mensuração do resultado econômico nestas entidades funcionais.

As ilustrações a seguir evidenciam as interações dos vários serviços existentes na empresa estudada que serão utilizados para as análises de funcionamento do modelo de informações a ser concebido.

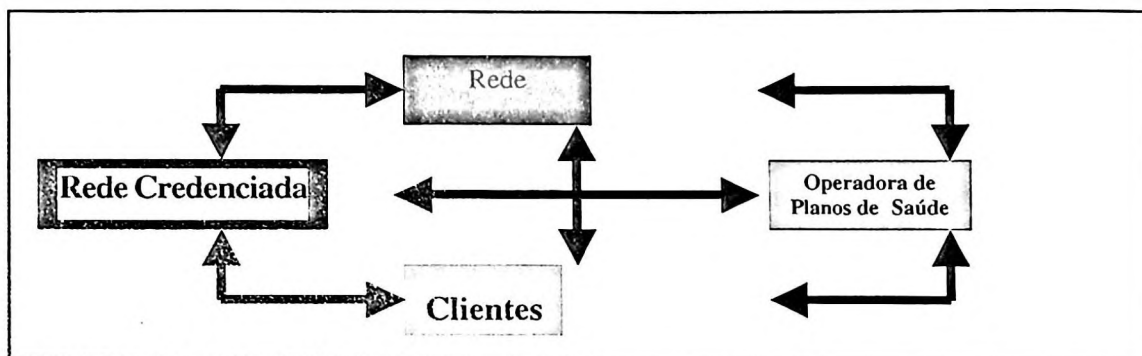


Ilustração 1.20 Relacionamentos da Operadora

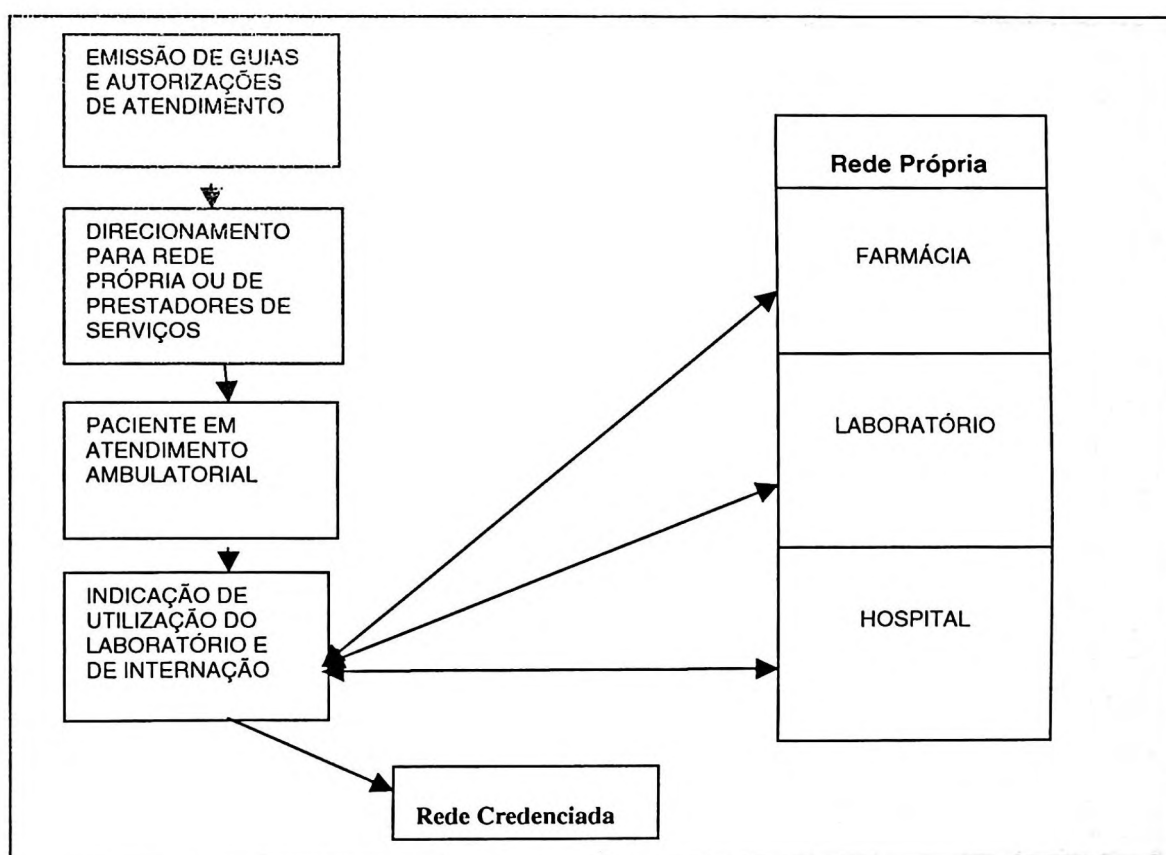


Ilustração 1.21 Interação de serviços para a geração de atendimentos

Durante o período de observação das atividades que ocorriam na empresa em relação ao funcionamento, detectou-se que o usuário, espontaneamente, se dirige até a entidade funcional de atendimento para obtenção de guias de consultas ou autorização para exames e internação. Em conformidade com o seu tipo de plano é encaminhado para a rede credenciada ou própria. Se for enviado para a rede credenciada, após a emissão da guia e atendimento, o prestador de serviços tem até o

dia 10 do mês subsequente para entregar as guias cujo pagamento ocorrerá no dia 20.

Para atender à aplicação do preço de transferência entre as entidades funcionais, considerar-se-á o atendimento ocorrendo em rede própria; portanto, após a emissão da guia de consulta, o usuário é encaminhado para a especialidade desejada e é confeccionado o prontuário. Este procedimento pode terminar com a consulta ambulatorial e diagnóstico da patologia do usuário, ou serem solicitados exames complementares, internação e cirurgia se for o caso.

O atendimento ambulatorial constitui-se em uma estrutura de consultórios médicos, onde se espera solucionar o problema apresentado pelo usuário sem a necessidade de internação.

A internação é uma das razões de existência da rede própria de atendimento para os serviços de pós-pagamento e de redução de custos para os de pré-pagamento. Os casos que requerem um atendimento mais aprofundado deverão ser atendidos com a internação que possui uma estrutura hoteleira, com cuidados de enfermagem diurnos, apta para auxiliar na restauração da saúde do paciente.

1.6.4 O problema da empresa

A OPS em análise atendeu à solicitação para se fazer o estudo de caso, tendo em vista que a diretoria não estava contente com os resultados auferidos pela empresa e não dispunha de relatórios gerenciais adequados para analisar os resultados dos serviços prestados.

As receitas eram facilmente identificadas, mas os dados sobre resultados eram precários em face do ambiente de prestação de serviços de saúde possuir algumas características específicas derivadas da sua lógica operacional. Daí surge o problema da empresa, que é a necessidade de informações gerenciais mais adequadas que viessem a privilegiar a margem de contribuição de cada serviço prestado e de cada plano, principalmente os planos de pré-pagamento.

Espera-se que, com o modelo a ser proposto em conformidade com os conceitos de gestão econômica, seja possível a geração de informações mais adequadas.

A diretoria também gostaria de decidir entre manter a rede própria: ambulatório, laboratório e hospital ou ampliar a rede credenciada, adotando um gerenciamento sobre ela, para isto necessita de informações específicas sobre a rede de atendimento.

Assim, o modelo de identificação e acumulação de resultados com base na gestão econômica será estruturado buscando responder a estes questionamentos da empresa.

Neste estudo de caso, foram feitos vários levantamentos dos pontos fortes e fracos da organização, avaliação das estruturas dos negócios e análise do portfólio de planos oferecidos. Dessa avaliação resultou a necessidade de conhecimento das margens reais de lucratividade de cada linha de serviços (rede própria ou credenciada), de cada produto e melhoria dos processos organizacionais através da formalização de um processo de gestão, pois a empresa sequer tinha um manual de procedimentos.

Do ponto de vista da gestão da empresa, informações relacionadas aos resultados de cada área/produto seriam necessárias, pois estas não eram oferecidas pela estrutura existente. Em relação aos custos dos serviços prestados pela empresa em estudo, verificou-se, através dos registros contábeis, que praticamente todos são variáveis e não apresentam um volume de produção pré-determinado.

Existem os custos fixos que são conjuntos, pois os gastos com a estrutura de atendimento estão relacionados aos diversos planos e serviços existentes, uma vez que, em uma enfermaria, podem estar internados usuários de distintas faixas etárias e de planos distintos e isto traz uma enorme complexidade ao sistema de custos, sob a ótica do cálculo do custo unitário por serviço.

1.6.5 Coleta de dados

Após discussão das premissas e objetivos do trabalho, partiu-se para a análise dos dados existentes na operadora, visando propor o modelo de informações. Os dados apresentados são reais, coletados no período de outubro a dezembro de 2002. A empresa comercializa sete produtos distintos de planos, cujas informações estão demonstradas nas tabelas a seguir:

Tabela 1.20 Usuários pelo tipo de pagamento

Sistema de Informações de Gestão Econômica		
Pré-Pagamento	Pós -Pagamento	Total
11.969	15.601	27.570
43,41 %	56,59%	100%

Fonte: Banco de dados da operadora

A operadora, embora possua 27.570 usuários, é classificada pela ANS como de pequeno porte em face de possuir menos de 20.000 usuários de pré-pagamento.

Tabela 1.21 Tipos de Planos existentes – por segmentação

Sistema de Informações de Gestão Econômica			
Segmentação Assistencial	Individual/Familiar	Coletivos	Total
Ambulatorial	367	738	1.105
Hospitalar e Ambulatorial	1.710	2.373	4.083
Hospitalar e Ambulatorial com Obstetrícia	2.837	9.976	12.813
Hospitalar	36	42	78
Hospitalar com obstetrícia	164	112	276
Odontológico	892	3.290	4.182
Referência	1.576	3.457	5.033
Total	7.582	19.988	27.570

Fonte: Banco de dados da operadora

Esta informação coletada indica a segmentação por tipos de planos existentes, demonstrando a diversidade de informações com que se pode gerar relatórios.

Tabela 1.22 Dados dos usuários segundo tipo de contratação

Sistema de Informações de Gestão Econômica		
Individual	Coletivo	Total
7.582	19.988	27.570
27,50%	72,50%	100,0%

Fonte: Banco de dados da operadora

Este tipo de segmentação pode ser utilizado para demonstrar o resultado por tipo de contratação.

Tabela 1.23 Demonstrativo dos planos por faixa etária - Existentes

Sistema de Informações de Gestão Econômica		
Faixa Etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
00 a 18 anos	6.868	24,91
19 a 29 anos	5.688	20,63
30 a 39 anos	4.769	17,30
40 a 49 anos	4.157	15,08
50 a 59 anos	2.762	10,02
60 a 69 anos	1.723	6,25
70 anos acima	1.603	5,81
Total	27.570	100,0

Fonte: Banco de dados da operadora

Tabela 1.24 Dados dos usuários segundo sexo

Sistema de Informações de Gestão Econômica					
Tipo	Individual		Coletivo		Total
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	M/F
Frequência Absoluta	3.137	4.445	9.716	10.272	27.570
Frequência Relativa (%)	11,38	16,12	35,24	37,26	100,0

Fonte: Banco de dados da operadora

Segundo levantamento efetuado no banco de dados da área de atendimento, encontrou-se que, na rede própria da empresa, foram apresentados os seguintes procedimentos, no período, referentes aos planos de pré-pagamento, conforme tabela abaixo:

Tabela 1.25 Quantidades de Procedimentos

Sistema de Informações de Gestão Econômica		
Procedimento	Quantidade	
	Pós	Pré
Consultas	2.940	1.764
Exames Complementares	1.140	684
Internações Enfermaria	187	111
Internações Apartamento	106	63
Internações UTI	9	6
Cirurgias	96	57

Fonte: Banco de dados da operadora

1.6.6 Estrutura de Custos e Receitas

Os custos e receitas totais da empresa em relação aos atendimentos em rede própria dos segurados foram coletados junto à contabilidade da empresa e apresentam-se da seguinte forma:

Tabela 1.26 Quadro de composição dos custos no período de dez/2002

Sistema de Informações de Gestão Econômica			
Entidade	Variável-Sp	Variável -Pp	Fixo Identificado
Hospital	238.475,65	377.921,94	213.022,71
Ambulatório	123.762,05	71.815,84	92.142,36
Laboratório	83.797,27	56.372,12	46.518,74
Almoxarifado	0,00	0,00	7.998,08
Credenciados	99.924,62	867.861,17	0,00
Total	545.959,59	1.373.971,07	359.681,89
Total Geral			2.279.612,55

Fonte: Banco de dados da operadora

O gráfico, a seguir, demonstra a participação de cada tipo de custo no total dos custos da empresa.

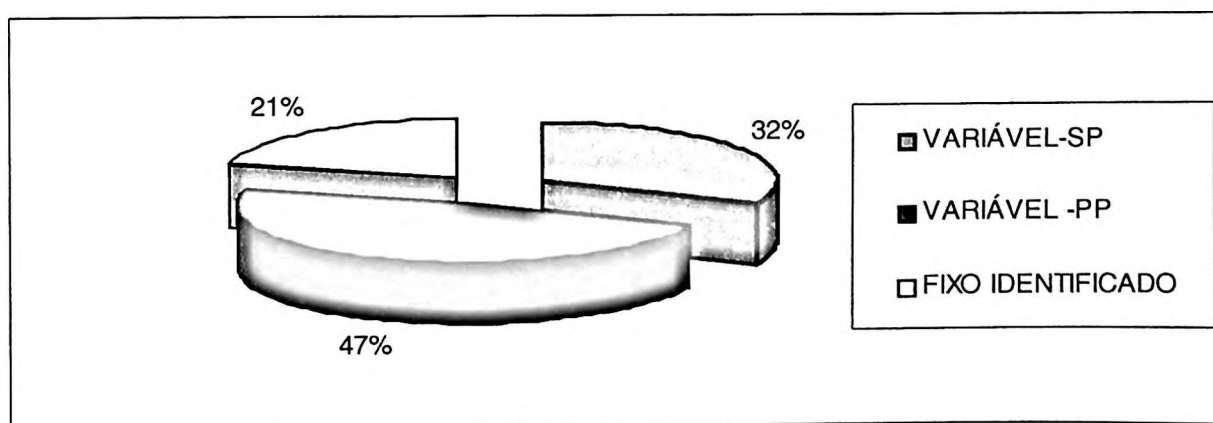


Ilustração 1.22 Gráfico de composição dos custos da OPS estudada

Fonte: Banco de dados da operadora

As receitas obtidas segmentadas pelos tipos de serviços e as despesas operacionais foram as demonstradas em conformidade com a tabela a seguir:

Tabela 1.27 Composição das Receitas e Despesas

Sistema de Informações de Gestão Econômica	
Receitas	Valores
Receitas Planos Pré Pagamento	1.779.642,99
Receitas de Exposto Não Usuários	67.850,40
Receitas Sp	1.278.243,83
Hospital	993.934,87
Laboratório	141.982,61
Rec.Financeira	884,16
Ambulatório	142.326,35
Total Geral	3.126.621,38
Despesas	Valores
Administrativas	329.401,62
Comissões	56.062,19
Impostos e Taxas	221.243,82
Financeiras	66.916,65

Fonte: Contabilidade da Operadora

1.7 Produto final do trabalho

O produto final deste trabalho, como conclusão da pesquisa, é a proposição de um modelo de informações, concebido em conformidade com a realidade operacional detectada através do estudo de caso analítico, sob a base conceitual da gestão econômica, técnica utilizada tendo como embasamento a confirmação do problema através da pesquisa inicial. É um modelo que se pretende oferecer para que sirva como procedimento inicial, como fonte de conhecimento e marco inicial para mensuração dos resultados dos eventos ocorridos em empresas operadoras de planos de saúde e acumulados pelo modelo proposto, não somente para aquelas situadas na região de pesquisa, mas também para todas as demais organizações do setor.

As empresas pesquisadas demonstraram precisar conhecer o resultado dos produtos e serviços que oferecem, especialmente num ambiente de produtos bastante diversificados, como forma de identificar e proceder às modificações que necessitam ser implementadas, visando à sua manutenção dentro deste setor de grande importância para a sociedade.

1.8 Uso do produto da dissertação

1.8.1 Benefícios

Todo o trabalho a ser desenvolvido nesta dissertação baseia-se na seguinte premissa: as empresas operadoras de planos de saúde devem conhecer a real participação das áreas, dos produtos e serviços e clientes/usuários no resultado global da organização, através dos relatórios gerenciais de forma a permitir que decisões sejam tomadas acertadamente.

1.8.2 Utilidade

A conclusão oferecida deve atender à premissa contida no item antecedente, ou seja, o item 1.7.1, bem como responder aos quesitos formulados no item 1.3., e ser utilizado como ferramenta útil pelos profissionais da contabilidade e áreas afins, encarregados da elaboração, acompanhamento e controle das informações gerenciais, visando ao objetivo final que é a constatação do resultado das entidades existentes em uma operadora de planos de saúde.

A pesquisa deve ser utilizada como uma resposta a problemas e pode se tornar um padrão de desenvolvimento para o gestor destas organizações. A pesquisa pode afetar o padrão de procedimento administrativo, à medida que o administrador aprende a sua utilidade.

1.8.3 Comunicação e utilização empresarial

Para os empresários, espera-se, deve ser uma ferramenta que possa ajudá-los não só a detectar resultados segmentados por áreas e principalmente por tipo de produto, mas também entidades que podem estar afetando a eficácia da empresa ou a qualidade de seus serviços e, por conseguinte, a sua competitividade no mercado,

mas, sobretudo, mostrar o verdadeiro papel da contabilidade, que é a geração de informações.

Pretende-se que o modelo proposto seja implantado pela empresa objeto do estudo de caso analítico para que seja testado e, em seguida, encaminhá-lo não só para as empresas que se configuram como de medicina de grupo através da ABRAMGE, como também encaminhá-lo à Confederação das Unimeds do Centro-Oeste para ser analisada a viabilidade de sua implantação piloto, através do seu presidente o Sr. Alexandre Moraes dos Santos.

1.8.4 Difusão Acadêmica

O trabalho apresenta-se como contribuição aos ensinamentos da contabilidade, voltada para a controladoria, buscando otimizar os resultados globais, via otimização da partes, e incentivando a pesquisa de estudantes, professores, pesquisadores, como forma de contribuição para o estímulo e desenvolvimento do estudo do modelo de identificação e acumulação de resultados e dos próprios conceitos de gestão econômica.

1.8.5 Instrumento de Gestão

Os sistemas de informações, e especialmente o sistema de informações contábeis, devem ser voltados exclusivamente para geração de informações que possam ajudar a alavancar as decisões, no sentido do atendimento aos objetivos organizacionais:

- Como forma de mensurar a participação de cada entidade na formação do resultado global das organizações operadoras de planos de saúde.
- Como forma de estruturação do modelo de informações aplicado às empresas estudadas.
- Como forma de geração de informações úteis ao processo de tomada de decisão.

Este trabalho propõe-se a dar esta contribuição, para que gastos não sejam realizados e recursos consumidos sem uma medida de sua exata participação no conjunto dos resultados esperados.

O consumo de um recurso deve estar voltado à geração de outros recursos, acrescido de valores que lhe permitam obter retorno satisfatório, contribuir para novos investimentos e, dentro do processo de continuidade das organizações, alavancar suas atividades. De nada adianta a operadora possuir um plano de saúde que não traga o retorno desejado ou possuir uma estrutura de rede de atendimento própria cujo custo final é maior do que o da rede credenciada.

CAPÍTULO 2 O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

O mercado de planos de saúde no país compõe-se de diversos estratos: autogestão, cooperativas, empresas de medicina de grupo, seguradoras, além de empresas que operam com planos administrados e hospitais. Estas empresas diferem entre si por diversos aspectos, desde filosóficos até mercadológicos, passando pelo fato de serem constituídas com ou sem fins lucrativos e indo até o público-alvo: grupos fechados ou abertos, produtos e serviços ofertados, entre outros.

As empresas de autogestão são aquelas cuja atividade-fim não é a comercialização de planos. Estas empresas administram os planos oferecidos aos seus empregados, que podem ser atendidos por serviços próprios, rede credenciada e/ou livre escolha. Normalmente apresentam nível de cobertura maior do que a concorrência podendo transferir parte do risco para terceiros, em especial seguradoras, através do seguro *stop-loss*¹.

Enquanto a autogestão gera todo o plano, há empresas que terceirizam a sua administração, embora retendo o risco total ou parcial dos sinistros para si. São empresas que possuem os chamados planos administrados, regidos por um sistema de pós-pagamento, conforme Médice (1991), que remunera o gerenciamento do plano através de uma taxa fixa ou variável.

Há vários tipos de operadoras que prestam este tipo de serviço, entre as quais também seguradoras cooperativas e empresas administradoras de redes de prestação de serviços de saúde.

Existe, ainda, o grupo que atua com o fator risco e que não se limita à cobertura de uma única empresa. É composto pelas cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras, que coexistem no mercado de planos de saúde, juntamente com hospitais/clínicas que oferecem seus planos específicos.

De fato, observa-se que, mesmo estas operadoras, algumas vezes, dispõem, na própria empresa ou no grupo, de planos livres de riscos, planos administrados ou de custo operacional.

Esta pesquisa limitar-se-á a três segmentos deste mercado: as cooperativas

¹ *Stop-Loss* é um tipo de seguro que cobre o excedente gasto em sinistro até o limite contratado.

médicas, as empresas de medicina de grupo e as seguradoras, sendo que o estudo de caso será aplicado em uma empresa vinculada ao sistema ABRAMGE, que contempla serviços de pré e pós-pagamento e utiliza rede médico-hospitalar credenciada e própria, o que se acredita irá proporcionar uma visão ampla da atuação deste tipo de empresa.

2.1 Breve panorama histórico

Segundo Andreazzi (1991), o Estado brasileiro sempre forneceu atendimento médico, porém, desde o início do século passado, as grandes corporações estabeleciam os seus próprios serviços, por verificarem algumas necessidades específicas: o processo seletivo de trabalho, o controle do absenteísmo e uma política de pessoal mais atraente.

Com a modernização das empresas e a desburocratização, iniciou-se uma tendência à transferência deste serviço para outras empresas especializadas, sendo os contratos firmados em regime de pré-pagamento por captação. Definia-se uma quantia fixa por trabalhador, paga mensalmente, independente da utilização dos serviços médicos.

Segundo Andreazzi (1991), o primeiro plano de saúde surgiu com o hospital e maternidade Modelo, em 1954, estabelecido com as indústrias Villares e o Tribunal de Justiça de São Paulo. Entretanto, não parece haver consenso quanto ao seu início no país. Alguns autores afirmam que o primeiro plano teria surgido com o grupo da Policlínica Central, em 1956, quando se estabeleceu atendimento inicial para 100 empregados de uma fábrica ampliando-se, posteriormente, a outras empresas, porém sem grande expressividade.

Talvez, em função disso, a ABRAMGE considere que a medicina de grupo tenha surgido em 1960, na região do ABC paulista (as cidades de Santo André, São Bernardo e São Caetano). De fato, independentemente da fonte, parece haver consenso de que a origem se deu em São Paulo, onde profissionais da área médica se uniram formando os primeiros *grupos médicos*, buscando atender à necessidade de serviço médico-hospitalar diferenciado aos funcionários de grandes empresas.

Segundo Oliveira & Teixeira (1981), em 1964, a Previdência Social iniciou financiamentos de assistência médica para as empresas, através de convênios, sendo a Volkswagen a primeira a se beneficiar desta política. Assim, a empresa assumiu a responsabilidade da prestação de assistência médica em contrapartida de uma dispensa de contribuição ao sistema nacional de assistência.

Esta prática evoluiu em dois sentidos: para prestação de serviços diretos e para sublocação de grupos médicos autorizados, o que favoreceu o crescimento da medicina de grupo até 1979, quando, segundo Gonçalves (1983), não foram mais homologados os convênios-empresa.

Neste ínterim, em 1967, criou-se a primeira cooperativa Unimed, em Santos, buscando oferecer uma alternativa que não se caracterizasse pelo mercantilismo das empresas de medicina de grupo e pelo atendimento previdenciário deficiente (IRION, 1999, p 21). Este tipo de grupo de médicos foi proliferando por diversas regiões do país, tornando-se o grupo mais forte de cooperativas médicas, conforme Médice (1991), a ponto de, ao se pensar em planos de saúde ou em cooperativa médica, pensar-se em Unimed.

Como cada cooperativa é independente das demais, deve-se destacar que o surgimento dos movimentos cooperativistas médicos do país não se deu sob a hegemonia da visão *unimediana*, existem outras cooperativas, inclusive dissidentes, que foram se integrando e assumindo sua sigla e imagem. No entanto, a Unimed, hoje, representa a maioria das cooperativas médicas do Brasil.

Na mesma época, houve a instituição do seguro saúde, através do Decreto-lei nº 73/66, porém as seguradoras não puderam operar com o seguro, dado que não houve regulamentação deste. Apenas em 1976, dez anos depois, é que o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, órgão máximo do setor de seguros, que traça as políticas deste mercado, emitiu a Resolução CNSP nº 11/76 que possibilitava àquelas empresas iniciar as suas operações neste ramo. Nesta resolução, o seguro foi denominado seguro de *Reembolso de Assistência Médica e/ou Hospitalar*, dando direito aos segurados de livre escolha de atendimento: eles escolhiam o médico ou hospital pelo qual seriam atendidos, pagavam a consulta e/ou tratamento, recebendo o reembolso do montante pago.

Segundo Andreazzi (1991, p.162), houve uma certa demora por parte das seguradoras em operar com a modalidade:

Dadas às características do seguro, não houve grande interesse por parte das sociedades seguradoras de iniciarem suas operações nesta modalidade. Mesmo assim, em 1977, a COMIND tornou-se a primeira seguradora a operar com este seguro, seguida pelo ITAÚ no ano seguinte. Só em meados da década de 80 houve a entrada de atuais grandes companhias no ramo, tais como BRADESCO em 1984 e SUL AMÉRICA em 1986, propiciando um maior crescimento do setor.

Portanto, percebe-se que, pelo fato de tal seguro funcionar em caráter de livre escolha, as seguradoras tiveram um certo receio de iniciar a sua comercialização, o que só ocorreu após anos de estudos do mercado.

Em 1988, surgiu a possibilidade de as seguradoras oferecerem uma lista de referência médica para os segurados, não se restringindo ao reembolso. Embora a regulamentação não tenha eliminado a obrigatoriedade de livre escolha, possibilitou-se que, através do referenciamento, o preço deste estrato do setor se tornasse mais competitivo, devido possibilitar menores custos para a empresa em função do seu poder de barganha para reduzir os montantes cobrados. Isto implicava também maior oferta de serviços aos segurados.

A década de 90 revelou uma expansão ainda maior de empresas operadoras de planos de saúde, sendo que as empresas de medicina de grupo permaneceram liderando o setor em quantidade de empresas e em números de beneficiários. Tal expansão se deu em face da falência do modelo econômico do regime militar, quando a crise econômica no Brasil se agravou, sendo manifestada com destaque no descontrole inflacionário. Ao mesmo tempo, a sociedade se mobilizava, exigindo democracia, liberdade e eleição direta para presidente, o que permitiu que, em 1989, a população pudesse eleger, soberanamente, o Presidente da República, com a Constituição de 1988 em vigor. Esta situação de ingerência governamental é caracterizada por Filho (1998, p.47):

Os planos de estabilização fracassaram e a inflação anual teve um aumento de mais de 2000% em 1993, obrigando o governo federal a manter a política econômica recessiva, limitando investimentos e cortando verbas públicas nos setores sociais, inclusive na saúde.

Este corte de verbas nos investimentos nos setores sociais trouxe, como conseqüência, uma insuficiente expansão dos sistemas de saneamento e uma

ineficácia da educação sanitária, trazendo como resultado a proliferação, por todo o país, de doenças e epidemias evitáveis, como os surtos de dengue e cólera.

O Governo Federal buscou alternativas através de contínuas reformas em seus Ministérios (Saúde e Previdência Social) e diversas tentativas de reorganizar, de forma racional, as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva.

No entanto, acredita-se que a oposição, composta por empresários da saúde, que organizavam *lobbies* (grupos de pressão) atuantes no Congresso Nacional e nas Assembléias Legislativas defendendo os interesses da iniciativa privada, dificultavam tais implementações.

As empresas de assistência à saúde suplementar, naquela época, obtiveram um extraordinário grau de desenvolvimento e a fiscalização por parte do Governo Federal e do Ministério da Saúde, nesta área, passa a ser insuficiente. Assim, as empresas vigoraram com contratos de planos de saúde de acordo com cada massa que queriam atingir, através da seletividade de contratos.

Mediante os inúmeros problemas que surgiram neste intervalo, devido à falta de estrutura, em 03 de junho de 1998, o Congresso Nacional aprova a Lei nº. 9656/98, regulamentada por resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), que teve como objetivo organizar e normalizar todos os planos.

Assim, neste século que se inicia, as operadoras passam a ser co-responsáveis com a saúde dos usuários que atendem, e estes podem comparar antes de decidir por um plano ou outro, já que todas as operadoras são obrigadas a oferecer, no mínimo, aquilo que determina a Lei 9656/98.

A possibilidade de escolha por parte do usuário em face da obrigatoriedade de assistência mínima (plano referência) aumentou a competitividade e os custos do setor, aumentando ainda mais a necessidade dos gestores por informações úteis para serem usadas no processo decisório.

O mercado de planos de saúde, portanto, atravessa uma fase de dificuldades, pois a regulamentação provocou uma competitividade muito acirrada que os responsáveis pela gestão destas empresas não estavam preparados para enfrentar, uma vez que, antes da regulação do setor, bastava optar pela seletividade dos usuários e pelo reajuste das contraprestações.

Este setor da economia, embora as pessoas continuem a aderir aos diversos

planos de saúde, passa por uma turbulência em face da transição de um mercado totalmente livre para um regulado, e inclusive sob forte controle, tornando premente a adoção de uma gestão sobre o resultado das empresas que nele atuam. A figura a seguir demonstra o cenário atual do setor de planos de saúde:

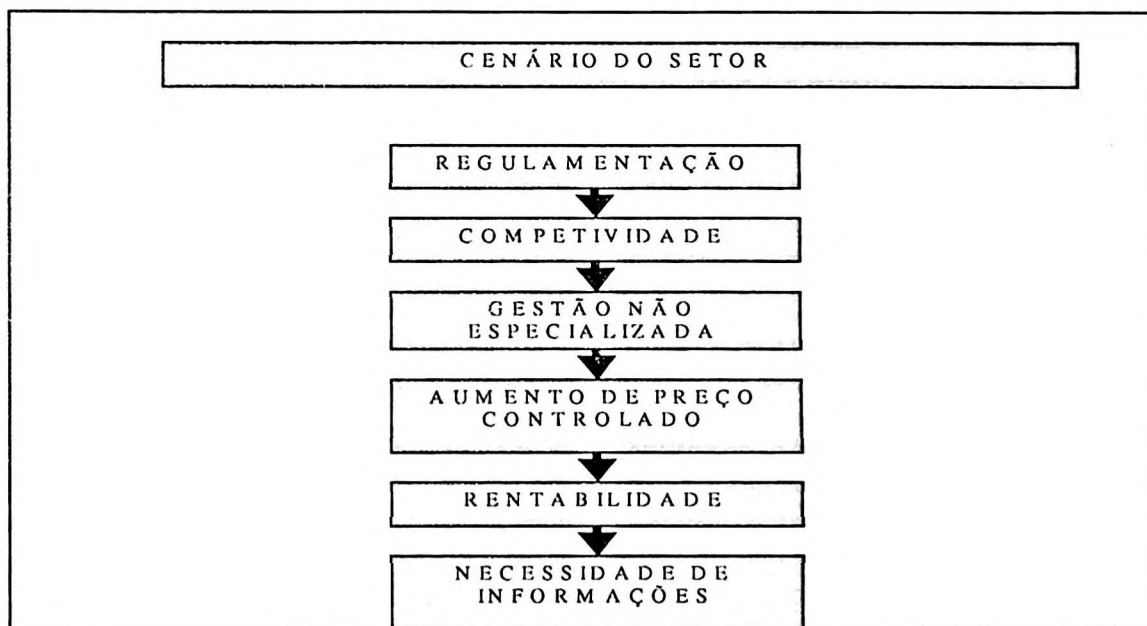


Ilustração 2.01 Cenário do Setor

A ilustração acima demonstra os impactos que o setor de saúde suplementar vem sofrendo, pois a regulamentação trouxe um acirramento na competitividade, ressaltando a necessidade de uma gestão mais especializada frente ao controle regulador do estado em relação aos reajustes dos preços e aumento dos seus custos, gerando uma necessidade de informações sobre a rentabilidade de seus produtos e serviços.

2.2 Caracterização dos estratos do setor

Neste tópico caracteriza-se o estrato do setor de planos de saúde, pois existe uma idéia de que todas as empresas que atuam neste setor comercializam seguros de saúde e se configuram como seguradoras, porém, na verdade, existe uma

estratificação por tipo de operadora e por tipo de planos comercializados. Portanto objetiva-se caracterizar estas segmentações do mercado de suplementação da saúde.

2.2.1 Cooperativas médicas²

As cooperativas são sociedades de pessoas constituídas para prestar serviços a seus associados, denominadas de cooperados, com vistas ao proveito comum e sem objetivo de lucro. A quantidade de cooperados varia de acordo com o tamanho da cooperativa, podendo possuir número ilimitado, desde que superior a vinte pessoas físicas. Os cooperados, ao entrarem na cooperativa, integralizam capital chamado de quotas. Embora os montantes investidos por cooperado sejam diferentes, a cooperativa rege-se pelo princípio democrático de gestão interna: cada cooperado tem direito a apenas um voto em sua assembléia geral.

Entre os princípios que regem as cooperativas, pode-se destacar a adesão voluntária, o retorno das sobras, ou seja, nas cooperativas, ao contrário das sociedades por ações, a remuneração decorre do próprio trabalho dos cooperados-sócios e não por sua participação no capital. Quando ocorrem sobras ou têm-se prejuízos, os valores são distribuídos entre eles, na proporção de seu trabalho.

Outro princípio importante é a educação cooperativista, pois não se pode apenas colocar as pessoas para integrarem uma cooperativa, principalmente aquelas com menor grau de instrução, sem lhes dar condições de entender o funcionamento, os deveres e obrigações de cada cooperado, pois, se as cooperativas agirem desta forma, alguns cooperados não se sentirão donos do negócio e poderão inclusive reivindicar direitos trabalhistas inexistentes na relação cooperativa e cooperado.

Irion (1999, p.23), no caso específico do sistema Unimed, aponta mais três princípios: o do bem social - assistência médica é um bem da sociedade; o da profissão liberal - a medicina é praticada como profissão liberal; e o dos honorários integrais, ou seja, a cooperativa apenas é intermediária, pois cobra, no atendimento, uma taxa de administração do cooperado, não podendo descontar dos honorários qualquer tipo de compensação, exceto os previstos em lei como é o caso da retenção

² Para maiores detalhes legais a respeito de cooperativismo vide Lei 5.764 de 16.12.71 e Lei 6.981 de 30.02.82, disponíveis no *site* da unimed: www.unimed.com.br.

de impostos.

Independente destes princípios gerais, cada cooperativa possui seu próprio estatuto e objetivos específicos, podendo inclusive adotar uma política de verticalização, através da aquisição de hospitais e clínicas para prestação de serviços médico-hospitalares.

No caso da Unimed, cada empresa é chamada de singular, agrupando-se em federações ou confederações que propiciam não a eliminação de sua autonomia, mas sim a criação de vantagens competitivas, através de auxílio mútuo. A maior abrangência geográfica dos contratos é um dos benefícios da integração.

O maior órgão integrador, a Confederação Nacional (Unimed do Brasil), exerce o papel de normatizador do sistema, sendo considerado como o espaço onde as lideranças nacionais decidem sobre planos e estratégias. De acordo com a Unimed Brasil, a missão do sistema é definida como:

Agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal ético e quantitativo de sua profissão com adequadas condições de trabalho e remuneração justa; propiciar à maior parcela possível da população um serviço médico de boa qualidade personalizado e a custo compatível.³

O grupo Unimed possui também uma constituição própria de outubro de 1994, cujo principal avanço foi a revisão na estrutura de poder, descentralizada em pólos tecnológicos, mapeando o Brasil, no âmbito da saúde, em primeira mão, em seis regiões.

Com esta regionalização, cada cooperativa passou a ter área de atuação específica, estabelecida em estatuto, podendo ser ampliada ou reduzida ao longo de sua existência. A recomendação da Lei de cooperativismo de que, em cada região, exista uma única cooperativa gera uma postura monopolista por parte dessas empresas, conforme crítica de Czapski (1971).

Esse monopolismo se agrava com outro aspecto legal também - a Lei 5.764/71 estabelece, em seu art. 2º, parágrafo 4º, que agentes de comércio e empresários que operam no mesmo campo econômico da sociedade não podem ingressar no quadro das cooperativas. Se não podem ingressar, não poderiam se manter. Assim, algumas singulares exigem que seus cooperados atuem, exclusivamente, em sua cooperativa, não devendo exercer atendimento de planos de

³ Disponível no site www.unimedbrasil.com.br, acessado em 19/01/2003.

concorrentes, por estarem indo contra seu próprio negócio.

Esta é uma postura que gera discordância tanto por parte da concorrência quanto por alguns cooperados que não compartilham desta visão, sem contar que, quanto mais se atende a população, melhor para a sociedade.

Por outro lado, se fosse seguida a filosofia subjacente ao citado artigo da Lei, o contrário também não deveria ser observado, ou seja, uma cooperativa possuir negócio do mesmo campo econômico da sociedade. Entretanto, a própria Lei possibilita a participação em sociedades não cooperativas para atendimento de objetivos acessórios ou complementares à sua atividade.

Esta possibilidade legal permitiu a expansão da estrutura do sistema Unimed. Assim, o chamado Complexo Empresarial Cooperativo Unimed compõe-se não apenas das singulares, federações e confederações, mas de inúmeras outras empresas, das quais se pode destacar: a USIMED do Brasil, a Fundação CEU - Centro de Estudos Unimed, a Universidade Unimed, a Unimed Seguradora, a Unimed Administração e Serviços, a Unimed Sistemas, a Unimed Produtos e Serviços Hospitalares e a Unimed Corretora de Seguros. Como mencionado por Andreazzi (1991), o sistema Unimed expande-se em "*uma série de empresas capitalistas*", sob uma "*base decisória cooperativista*".

2.2.2 Empresas de medicina de grupo

A Portaria nº 3.232, de 27 de junho de 1986, do Ministério do Trabalho, define empresa de medicina de grupo como toda pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que se dedique à prestação de assistência médico-hospitalar mediante contraprestações pecuniárias, sendo vedada à cobertura de um só evento. Pode prestar a referida assistência com recursos próprios ou através de rede credenciada.

Para a *American Public Health Association* (apud CZAPSKI, 1971:14), a medicina de grupo pode ser definida como "qualquer grupo de 03 ou mais médicos formalmente organizado, para prestação de serviços médicos odontológicos com a renda proveniente do exercício profissional distribuída segundo um plano pré-estabelecido".

As atividades pecuniárias destas empresas, ou seja, a prestação de serviços do tipo pré-pagamento, são reguladas pela Agência Nacional de Saúde – ANS, e o exercício profissional da medicina pelo SUS - Sistema Único de Saúde e CRM - Conselho Regional de Medicina, além do PROCON, que teve sua atuação otimizada após o Código de Defesa do Consumidor.

Existe também uma auto-regulamentação efetuada pelo CONAMGE- Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo, criado em fevereiro de 1990, que estabeleceu um código de ética⁴ para o segmento. Este entrou em vigor em abril de 1990, também como resposta às questões competitivas levantadas pela sua, até então, não regulamentação. Entretanto, nem todas as empresas pertencem ao sistema constituído pela ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo, órgão representativo criado em 1996, pelo SINAMGE - Sindicato Nacional de Medicina de Grupo e pelo já citado CONAMGE.

Assim como as cooperativas do sistema Unimed obtiveram a possibilidade de cobertura nacional atendendo usuários das singulares, as empresas de medicina de grupo também o fizeram, pois as empresas participantes do sistema CONAMGE/ABRAMGE/SINAMGE podem oferecer cobertura de âmbito nacional em seus planos, mesmo não possuindo unidades em determinadas regiões. Trata-se do programa "Urgência ABRAMGE" que possibilita o atendimento fora do domicílio do beneficiário em hospitais e prontos-socorros do sistema (conforme dados da revista Medicina Social da ABRAMGE, nº 126, nov.96, contracapa), para os casos de urgência. Há ainda outros sistemas de empresas que auxiliam a prestação de serviços nacionalmente para operadoras com atuação regional.

Segundo a ABRAMGE, o convênio-empresa não possui qualquer tipo de carência e a medicina de grupo ainda desenvolve programas de medicina preventiva.

De acordo com Czapski (1971), a medicina de grupo é o sistema de assistência médica que mais incentiva a prática de medicina preventiva, visando, entre outros aspectos, à redução dos seus custos.

Apesar do histórico levantado, é importante frisar que as empresas de

⁴ Vide Andreazzi (1991:216) para visão genérica do Código de Ética, que aborda questões tanto de relacionamento mútuo quanto de critérios para os planos. De fato, atendem a alguns dos aspectos abordados pelo Código de Defesa do Consumidor, além de necessidades próprias para as empresas se tornarem competitivas.

medicina de grupo não são fenômeno exclusivo do Brasil, mas sim mundial. Nos Estados Unidos são denominadas HMO- *Health Maintenance Organizations*, com peculiaridades inerentes àquele país. Por esta razão, conforme destacado por Médice (1991), as empresas de medicina de grupo brasileiras não podem ser classificadas como as americanas, por se apresentarem, em alguns casos, como um misto de atendimento tanto grupal quanto individual, utilizando serviços de terceiros como rede própria concomitantemente, o que não ocorre nos Estados Unidos, facilitando lá a classificação em três modalidades. Segundo Médice (1991, p.19), as HMO são classificadas em:

Staff Model - HMO com seus próprios hospitais ou estabelecimentos de saúde e assalariamento de médicos, o Group Model - HMO que contrata ou credencia diretamente outros estabelecimentos de saúde ou grupos de médicos e Individual Practice Association- HMO que contrata consultórios médicos individuais pagando-lhes por captação.

No que se refere ao tipo de prestação, há empresas que possuem serviços próprios ou que, com predominância, contratam serviços. O primeiro grupo representava em 2001, segundo dados da ABRAMGE, 46% do total deste segmento.

2.2.3 Seguradoras

Estas operadoras de seguro saúde fazem parte do Sistema Nacional de Seguros Privados, cujo órgão normativo máximo é o CNSP, Conselho Nacional de Seguros Privados, que também define a política de seguros para o país.

Constituem ainda o Sistema, entre outros, a SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, como órgão executor da política traçada e fiscalizador das atividades, a qual estabelece, por exemplo, algumas exigências mínimas para os produtos das empresas; os corretores de seguros, que são os intermediários oficiais para a comercialização de seguros; e o IRB - Instituto de Resseguros do Brasil, que funciona como segurador das seguradoras, fornecendo maior proteção à atividade. Pode-se acrescentar ao estrato de seguros a FUNENSEG - Fundação Nacional de Seguros - instituição educacional do sistema, que auxilia na formação técnica e profissional desse estrato.

As seguradoras são Sociedades Anônimas que podem operar com diversos tipos de seguros, enquadráveis nos ramos elementares (que englobam seguros de

bens, responsabilidades e danos pessoais), vida (que inclui o ramo vida propriamente dito) e saúde⁵. Para atuar nos dois primeiros ramos, além da necessidade de a empresa possuir capital mínimo inicial e obter autorização específica, necessita atender, ao longo de suas operações, a critérios de reservas e solvência preestabelecidos.

No caso do ramo de saúde, é suficiente operar em vida e dispor de uma apólice de garantia abrangente, de cobertura mais abrangente, e que deve ser oferecida a todos os seus clientes. Ainda quanto aos produtos oferecidos pelas empresas, há a obrigatoriedade de que sejam submetidos à SUSEP para análise, incluindo-se suas bases técnicas, o que pode gerar alterações tanto de cunho técnico quanto jurídico.

Além disso, a legislação estabelece três especificidades quanto ao estrato das seguradoras, as quais interferem na gestão das empresas: livre escolha obrigatória (seguro de saúde), corretagem e não acumulação com outras atividades.

A obrigatoriedade de oferta de livre escolha de médicos e hospitais funciona como vantagem para o consumidor que, independentemente do plano adquirido dispõe da possibilidade de reembolso em todos os planos, o que não acontece em todos os casos com a oferta da concorrência.

A possibilidade de livre escolha da utilização de médico e/ou hospital faz com que se multiplique a rede de atendimento médico, podendo inclusive haver reembolso para despesas ocorridas no exterior, o que agrega valor aos produtos destas empresas. Entretanto, o limite de reembolso estabelecido em alguns inibe sua utilização, pelo fato de o consumidor desembolsar valor superior ao reembolsável, repercutindo de modo desfavorável para a empresa.

No que se refere à corretagem, a legislação brasileira impõe sua obrigatoriedade. Embora alguns interpretem que o seguro só possa ser vendido através de corretor, de fato não é esta a limitação legal. A venda direta é possível, desde que se direcione percentual de comissão de corretagem à FUNENSEG para investimento no aperfeiçoamento do estrato e divulgação do seguro.

A terceira limitação legal implica a restrição da atividade da empresa ao setor de seguros. Para as que atuam com o seguro de saúde, significa não poder acumular a

⁵ Esta definição toma por base a classificação definida no Decreto 61.589/67.

prestação direta de serviços de saúde. Os motivos para isto advêm do seu objetivo primordial estar relacionado à proteção financeira.

A consequência desta limitação é uma certa desvantagem competitiva, uma vez que a ausência de estrutura própria de prestação de serviços tornaria este segmento mais liberal⁶, dado não possuir controle direto dos custos de saúde, pois nesta atividade, mesmo possuindo hospitais/clínicas, os custos podem ser apenas estimados, já que não é possível antever com certeza a quantidade e qualidade dos tratamentos requeridos pelos segurados. Isto não representa, porém, portas fechadas quando a seguradora se encontra dentro de um grupo cujo *holding* possui estrutura diversificada. Andreazzi (1991) exemplifica com o caso da Unimed, que possui uma seguradora dentro do grupo juntamente com hospitais/clínicas de singulares específicas.

No segmento das empresas de medicina de grupo, existe a *Golden Cross* que possui também uma seguradora, além de outras operadoras, como a Amil. Assim, uma verticalização de um grupo pode eliminar esta restrição legal. Entretanto, o mesmo não acontece com seguradoras menores.

Para as seguradoras de pequeno porte existe a possibilidade de contratação de resseguro. Conforme informações do IRB, em janeiro de 2002, havia cerca de 20 seguradoras contratantes para suas operações com saúde. Iniciado em 1994, o resseguro de saúde tem respaldo da experiência das resseguradoras internacionais, para as quais o IRB tem repassado o risco. O resseguro oferecido é o não proporcional específico e/ou agregado.

Enquanto o primeiro estabelece uma perda por evento, o segundo estabelece a perda ao final de um exercício, em função de parâmetros previamente contratados. A abertura deste tipo de resseguro propicia também que outras empresas, tais como as de medicina de grupo ou mesmo cooperativas atuem com resseguro. Entretanto, como não podem fazê-lo de forma direta, utilizam seguradoras, contratando seguro que é repassado ao IRB. Este instrumento possibilita uma mudança de perfil do mercado, pois as concorrentes passam a se tornar parceiras. O resseguro ainda

⁶ Para Andreazzi (1991:238), os grupos mais liberais seriam os compostos pelas empresas de autogestão e os planos administrados, que teriam as coberturas definidas e bancadas pelas próprias empresas que oferecem o benefício. Esta posição também é sustentada pelas empresas e periódicos do setor.

possibilita que as empresas aumentem sua participação no setor, ampliando sua aceitação de risco e operações no país.

2.2.4 Os números do setor

Tendo em vista que o Estado se apresenta muito ineficaz ao desenvolver seu papel de garantidor das políticas e das condições de saúde da população, conforme demonstrado na figura 1.02, tem-se como consequência uma participação de 44,23% da medicina de grupo no sistema de saúde existente, cobrindo em torno de 41,6 milhões de beneficiários.

O campo de atuação das empresas operadoras de plano de saúde suplementar vem cada vez mais se expandindo, conforme tabela 2.01, inclusive criando um grau elevado de necessidade da existência deste tipo de organização por parte do próprio Estado, em face da grande quantidade de pessoas beneficiadas e do grau de satisfação dos usuários já comprovados através de pesquisas.

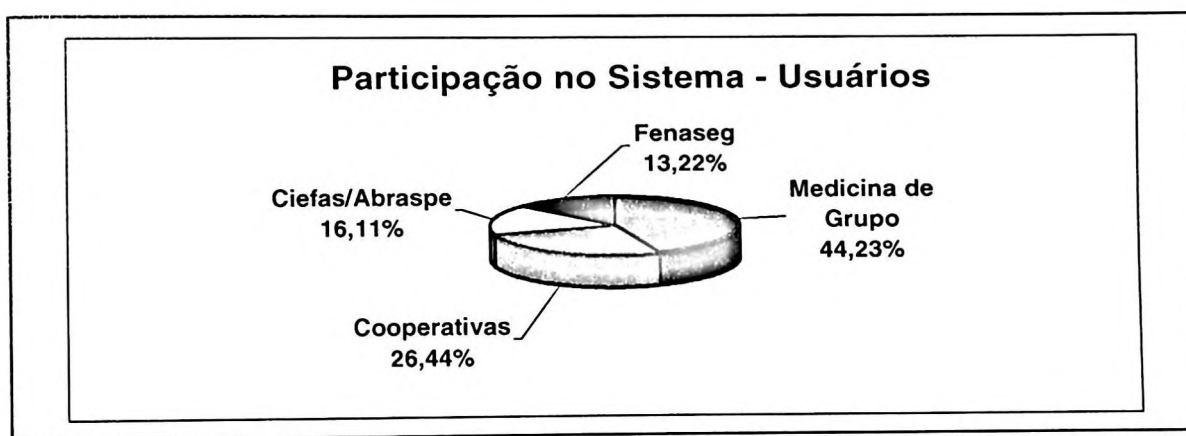
Tabela 2.01 Evolução da medicina de grupo em 04 anos

ITENS	1998	1999	2000	2001
EMPRESAS & BENEFICIÁRIOS				
Grupos Médicos, cerca de	740	840	860	860
Grupos Médicos filiados	300	300	320	320
Beneficiários cobertos	18,3 milhões	18,0 milhões	18,4 milhões	18,4 milhões
Beneficiários Planos Empresa, aproximadamente.	14,64 milhões	13,5 milhões	14,3 milhões	14,5 milhões
Beneficiários Planos Pessoa Física, aproximadamente.	3,66 milhões	4,5 milhões	4,1 milhões	3,9 milhões
Empresas contratantes dos planos de saúde de seus funcionários Funcionários e dependentes	48.500	47.500	48.000	49.000
ATENDIMENTO				
Consultas médicas	90,6 milhões	90,9 milhões	94,2 milhões	95,3 milhões
Internações Hospitalares	1,81 milhão	1,85 milhão	2,03 milhões	2,14 milhão
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA				
Injetado no Sistema, em R\$	4,57 bilhões	5,18 bilhões	5,65 bilhões	6,2 bilhões
Valor médio por beneficiário/ano, em R\$.	249,75	287,78	307,07	337,00
Valor médio por beneficiário/mês, em R\$.	20,81	23,98	25,59	28,10

Fonte: Abramge - SP

A tabela anterior descreve a evolução da constituição deste tipo de empresa que contava com 740 grupos médicos em 1998 passando para 860 em 2000, o mesmo ocorrendo com a movimentação financeira que evoluiu de 4,57 bilhões de reais para 6,2 bilhões em 2001.

Outro ponto importante de se verificar é a quantidade de beneficiários cobertos pelo sistema suplementar, conforme se destaca na figura a seguir, o que ratifica a importância do setor, não só para a economia, como também para a satisfação das necessidades da sociedade brasileira.



(Cobertura aproximada de Beneficiários: 41,6 milhões)

Ilustração 2.02 Participação No Sistema - Usuários

Fonte: Abramge-SP

Para atender a todo o contingente de beneficiários, a medicina de grupo, no ano de 2002, contou com a seguinte estrutura, demonstrado na tabela 2.02, a seguir⁷:

Tabela 2.02 Estrutura Medicina de Grupo ano 2002

RECURSOS HUMANOS		SERVIÇOS REALIZADOS	
Médico CLT	22.700	Milhões de exames Laboratoriais	82,65
Médicos Credenciados	83.500	Milhões de exames radiológicos	13,6
Funcionários paramédicos e Adm.	64.500	Milhões de exames Ultra-som	5,4
Profissionais de serviços auxiliares	160.000	Milhões de ex.eletrocefalograma	1,12

continua

⁷ Conforme dados apresentados no seminário da Abramge- SP em 10/05/2002.

continuação

RECURSOS FÍSICOS			
Hospitais próprios e coligados	250	Milhões de eletrocardiograma	3,97
Hospitais credenciados	3.800	Milhões em fisioterapia	13,33
Leitos Próprios	23.500	Mil de quimioterapia	150
Leitos credenciados	350.000	Milhão de radioterapia	1
Centro de diagnóstico	2.850	Milhões de outros exames	11,9
ATENDIMENTO			
Consultas médicas/ano	95,3 Milhões		
Consultas por Beneficiário/ano	5,18		
A OMS preconiza	4,00		
Setor público realiza	1,8		
Internações Hospitalares	2.140 Milhões		
Partos (total)	394 mil		

Fonte: Abramge – SP

Os dados acima demonstram com clareza a importância da atuação do serviço particular de saúde, pois assume-se que, em se mantendo a atual política governamental voltada ao setor de saúde, se pode inferir que o Estado não conseguirá suprir a demanda existente. Os planos de saúde desenvolveram-se no país na esteira do fracasso do Estado em promover o atendimento à saúde de todos, conforme manda a Constituição, e hoje ocupam amplo espaço, conforme já demonstrado, prestando assistência médica a um quarto da população brasileira. Sua boa aceitação é revelada em pesquisas variadas de institutos e entidades diversas, nas quais se verifica um elevado grau de satisfação de seus usuários.

Entre as 20,1 milhões de pessoas atendidas nas duas semanas anteriores à entrevista promovida por recente pesquisa do IBGE, por encomenda do Ministério da Saúde, 35,5% delas haviam usado plano de saúde nos últimos 30 dias, e 86,2% avaliaram como “bom” ou “muito bom” o atendimento recebido⁸. Em amostra colhida pelo Datafolha no último trimestre de 2000, registram-se 84% das pessoas ouvidas classificando os planos como ótimo/bom.

⁸ Conforme informações no site: www.ibge.gov.br, acesso em 14/10/2002.

No ano 1999, o IBOPE constatou que 82% se manifestaram satisfeitos com os planos de saúde. Também é de 1999 a pesquisa da Toledo & Associados para a Rádio Bandeirante de São Paulo, com 79% das pessoas portadoras de planos de saúde manifestando-se satisfeitas ou muito satisfeitas.

Em 1997, o Ibope registrou a aprovação de 89%; e, nesse mesmo ano, a Fiesp/Ciesp, juntamente com o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de São Paulo, apurou, entre empresas do setor, 56,73% com convênios de medicina de grupo para os seus empregados, sendo que 80% delas definindo como bom o nível de satisfação com os convênios médicos.

Foi efetuada, no âmbito deste trabalho, uma verificação do nível de satisfação dos usuários das empresas participantes da pesquisa de campo. A figura a seguir, elaborada pelo autor desta dissertação, demonstra a compilação da pesquisa efetuada por este trabalho e as demais pesquisas.

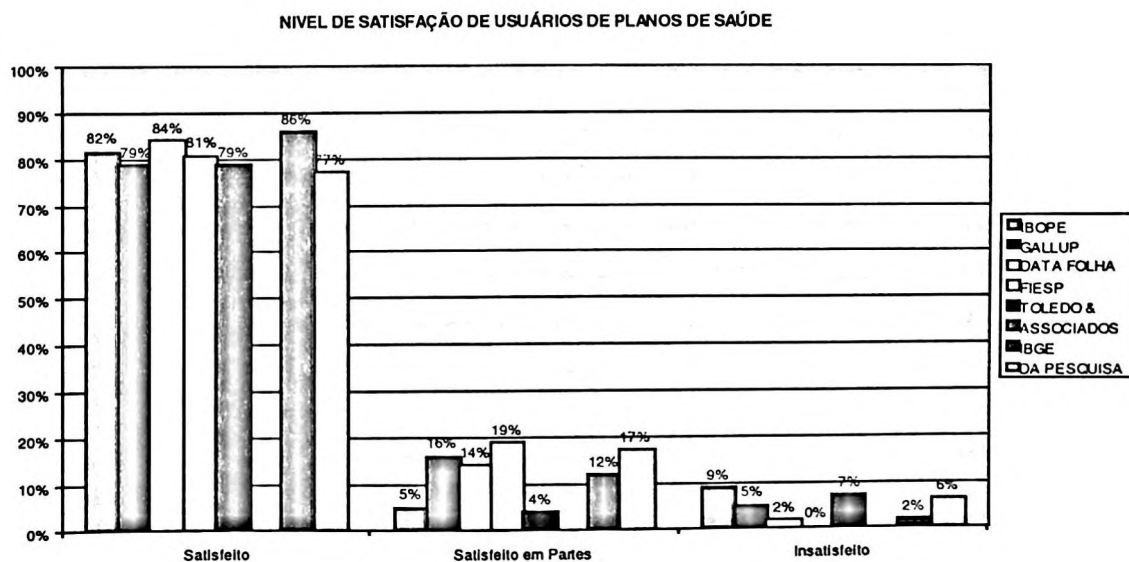


Ilustração 2.03 Compilação das Pesquisas Sobre Nível de Satisfação

Na análise da ilustração anterior, fica demonstrado que o nível de satisfação encontrado na região onde se realizou a pesquisa é equivalente à média nacional. Na média de todas as pesquisas, verifica-se que 81,14% das pessoas entrevistadas se encontram satisfeitas com o seu plano de saúde e, na região da pesquisa, esse índice é

de 77%. Portanto, este segmento da economia é de grande importância para a sociedade brasileira, e estudar a aplicação da contabilidade neste setor é uma das contribuições desta pesquisa.

2.3 Entendimento do ambiente de negócios das OPS

2.3.1 O funcionamento de uma operadora

Operadoras⁹ de planos de assistência à saúde são organizações que administram, comercializam ou disponibilizam planos de assistência à saúde, atuando com rede própria de atendimento médico-odontológico ou com rede credenciada, oferecendo aos consumidores os planos de assistência particular à saúde.

O plano de saúde constitui-se em uma forma de proteção. A atividade básica é de intermediação financeira, na qual, diferente da atividade bancária, as pessoas não têm a posse do dinheiro “investido”.

Ao adquirir um plano, o beneficiário paga prestações mensais que lhe propiciarão cobertura para eventos definidos contratualmente. Contudo, estes montantes pagos devem ser mensurados de forma adequada, pois a empresa deve constituir uma estrutura financeira que possibilite a ela cumprir com suas obrigações.

Como a ocorrência de sinistros é incerta, aleatória, os valores pagos devem ser calculados com bases estatísticas, observando-se a probabilidade de ocorrência. Pelo exposto, fica claro que estas empresas operam também com a filosofia do mutualismo: todos pagando os sinistros de alguns. Este mutualismo traz o compartilhamento do risco e dos custos entre os participantes, a empresa pode assumir maiores riscos quanto maior for a massa segurada de que ela dispõe.

Embora exista a crença de que as empresas é que custeiam o tratamento, não é isto, na verdade, o que acontece. Elas administram as despesas do grupo segurado: avaliam o risco que o grupo está assumindo e cobram de forma prévia uma taxa para

⁹ Define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de assistência à saúde (Cf. parágrafo único, artigo 1º, resolução RDC nº 39).

administração do risco. Caso não precisarem bem o seu serviço, incorrem em despesas e custos maiores do que as receitas, tendo prejuízo na atividade.

Com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Como a forma de gestão das operadoras, bem como o acesso aos serviços cobertos pelos planos, seja em rede própria ou rede credenciada, está relacionada com os valores dos prêmios cobrados, com o risco assumido pela empresa e com o nível de reservas garantidoras a serem constituídas, apresenta-se, na ilustração a seguir, um resumo da classificação e segmentação das operadoras.

Classificação	Segmentação
Cooperativas Médicas Medicinas de Grupo Instituições Filantrópicas	SPP- Segmento primário principal SPP/SUS- Segmento primário principal/SUS SPS- Segmento primário subsidiário SSP- Segmento secundário principal SSS- Segmento secundário subsidiário ST-Segmento Terciário
Cooperativa Odontológica Odontologia de Grupo	SP- Segmento próprio SM- Segmento misto ST- Segmento Terciário
Autogestão	Unipatrocinada Multipatrocinada Não patrocinada
Administradoras	Administradora de planos Administradora de serviços
Seguradoras	Administradora de Planos

Ilustração 2.04 Classificação e segmentação das operadoras de planos de assistência à saúde - 2002

Fonte: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

2.3.2 Tipos de planos de saúde

Os planos privados de assistência à saúde oferecidos pelas operadoras

seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica, submetem os contratos de forma diferenciada à legislação.

A Lei reconhece a diferença entre os contratos negociados exclusivamente por um indivíduo para si e para a sua família e aqueles negociados para grupos maiores de pessoas.

Um contrato assinado entre um indivíduo e uma Operadora de planos de saúde para assistência do titular do plano é determinado como plano individual, e se for assistência do titular e de seus dependentes é denominado de familiar.

Planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante é denominado de coletivo com patrocinador; inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parte da mensalidade.

Plano contratado por pessoa jurídica com a mensalidade sendo paga pelo beneficiário diretamente à operadora é denominado como coletivo sem patrocinador.

Os Planos podem ser classificados, quanto à data de assinatura, em: *contrato novo*, sendo o contrato celebrado depois da vigência da Lei 9.656/98; todos os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999 têm de ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação; e em *contrato adaptado*, que é o contrato antigo adaptado às normas estabelecidas na lei 9.656/98. O contrato adaptado tem de ter registro na ANS e está totalmente submetido à nova legislação.

São contratos antigos os contratos celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 que não foram adaptados às novas regras estabelecidas.

Os contratos antigos não podem ser mais comercializados, eles permanecem válidos apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis (sua transferência é vedada a terceiros sob qualquer pretexto) e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. É permitida somente a inclusão de novo cônjuge e filhos. Os planos podem ainda ser classificados quanto ao tipo de cobertura assistencial. Cobertura assistencial é a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos) a que um usuário faz jus pela contratação de um plano de saúde.

Independente da forma de contratação - contrato individual ou coletivo - desde a entrada em vigor da Lei 9.656/98, para evitar futuras negativas de assistência, é obrigatório constar de forma clara, no contrato, a cobertura assistencial que está sendo oferecida.

De acordo com a legislação, um plano de saúde pode oferecer dois tipos de cobertura: a cobertura integral do Plano Referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico).

A lei não impede, contudo, a comercialização de planos com coberturas e características superiores às do Plano Referência, como aqueles com diferentes condições de acomodação ou com cobertura para procedimentos não obrigatórios como, por exemplo, as cirurgias estéticas. O termo cobertura também é utilizado para especificar a abrangência geográfica onde o beneficiário poderá ser atendido.

A cobertura geográfica que deve ser especificada no contrato, pode alcançar um município (abrangência municipal); um conjunto de municípios; um estado (cobertura estadual); um conjunto de estados; ou todo o país, a chamada cobertura nacional. O plano de saúde também é diferenciado pela forma de organização da rede de serviços que deve garantir a cobertura assistencial contratada. A organização não altera o tipo de contratação nem o tipo de cobertura.

A modalidade apenas define como se organiza a rede de serviços que deve garantir ao consumidor - individual ou coletivo - a cobertura assistencial contratada. A fim de dar um panorama geral das múltiplas possibilidades de formatação desses produtos, apresenta-se a ilustração a seguir:

Item	Classificação	Legislação relacionada
Forma de Contratação	Individual / Familiar Coletivo Empresarial Coletivo por Adesão	M.P. nº 2177-44
Forma de utilização	Serviço Próprio Serviço Credenciado Reembolso	Lei nº 9656/98
Segmentação Assistencial	Ambulatorial Hospitalar Hospitalar com Obstetrícia	Resolução RDC nº 4
Abrangência geográfica	Nacional Grupo de Estados Estadual Grupo de Municípios	Resolução RDC nº 4
Acomodação Hospitalar	Enfermaria Apartamento	Lei nº 9656/98
Planos Coletivos	Com vínculo empregatício Sem vínculo empregatício	Resolução RDC nº 28
Mecanismos de regulação	Co-participação Franquia	Resolução CONSU nº 8

Ilustração 2.05 Classificação dos planos de assistência à saúde - 2002

Fonte: Agência Nacional de Saúde - ANS

Conforme análise da ilustração anterior existem vários outros fatores, além do assistencial, como a forma de contratação e utilização, abrangência geográfica, tipo de padrão de acomodação quando da internação hospitalar, forma de contratação coletiva e mecanismo de regulação de demanda em que os planos podem ser segmentados, originando uma grande variedade de possibilidades de classificação.

2.3.3 Formulação de preços de planos de assistência à saúde

Não é objetivo deste trabalho definir uma forma de precificação de planos de assistência à saúde, no entanto, para se entender o funcionamento do ambiente de negócios, se faz necessário demonstrar como ocorre a precificação dos produtos por ela oferecidos. Embora o estabelecimento do preço de um plano não seja um dos objetivos desta pesquisa, serão feitas algumas considerações sobre este tópico.

O correto estabelecimento do preço de um plano de assistência à saúde, seja para a sua criação, adaptação ou manutenção no mercado, é vital para as empresas e exige uma minuciosa modelagem do produto para que os mesmos reflitam a

evolução do sistema de medicina supletiva nos aspectos jurídicos, técnicos, administrativos, econômicos e mercadológicos.

Tendo como marco referencial básico a promulgação da Lei nº 9.656 em 03/06/1998, necessita-se conhecer todos os aspectos impostos pela legislação do setor que, direta ou indiretamente, têm influência sobre o produto, pois as coberturas, limites, carências e exclusões dos produtos constituem-se em pontos essenciais para a determinação do seu preço.

Além desses, existem vários outros fatores, como a forma de contratação e utilização, abrangência geográfica, tipo de padrão de acomodação quando da internação hospitalar, forma de contratação e mecanismo de regulação de demanda em que os planos podem ser segmentados, originando uma grande variedade de possibilidades. Em relação à Lei nº 9.656, Toro da Silva (1998, p. 46) escreve que:

A presente regulamentação, com todos os seus defeitos, tem o mérito de reconhecer as diferenças existentes entre o papel da livre iniciativa, de forma subsidiária na área da Saúde, e aquele destinado ao Estado, este sim responsável de forma ampla, ilimitada, universal, em face do princípio esculpido no art. 196 da Constituição Federal. Constata-se que o legislador reconhece que a saúde, apesar de não ter preço, é cara, sendo que alguém deverá suportar a conta.

O autor destaca a responsabilidade do Estado em garantir a saúde da população e esta obrigação não pode ser transferida para a livre iniciativa, exigindo a cobertura de uma gama muito elevada de procedimentos. Juridicamente, a responsabilidade será sempre do Estado.

São fatores importantes para a determinação do preço: a análise da sinistralidade por idade, sexo e procedimento, além de outros aspectos técnicos como a visão futura da evolução dos custos e da inflação, o envelhecimento da população, as faixas etárias adotadas, os mecanismos de regulação de demanda e a abrangência geográfica.

A Lei 9.656/98 tornou obrigatório o estabelecimento dos preços dos produtos através da realização de cálculos atuariais, os quais contemplam, além dos custos passados e o custeio das despesas totais de administração, a provisão futura de evolução dos custos num ambiente de inflação da saúde, o envelhecimento da população beneficiária, o risco de aumento de custos, de utilização (sinistralidade) ou ambos, suas formas de diluição e repasse, e o dimensionamento de provisões técnicas

que propiciam garantias financeiras à operadora, mantendo-a solvente ao longo do tempo.

Considerando que os contratos individuais/familiares possuem índices de reajustes de preços determinados pelo Governo e que as empresas contratantes estão em contínuo processo de redução de gastos, a visão futura da evolução dos preços dos planos de saúde, obtida nos processos de avaliação atuarial, se faz cada vez mais necessária.

Planos de saúde podem ter várias tabelas de preços, adequadas à realidade de cada operadora e/ou contratante. Contudo, a predominância no mercado está nas tabelas por faixa etária, uma vez que os gastos com assistência à saúde estão relacionados com a idade do beneficiário.

A variação máxima permitida por lei, entre a primeira e a última faixa etária, é de seis vezes. Essa normativa, que veio a impedir algumas práticas consideradas “abusivas”, está gerando, na prática, um subsídio das pessoas mais novas para as mais velhas. A boa técnica atuarial para planos abertos com custeio anual recomenda que os riscos não sejam subsidiados. Como os gastos e o risco nas últimas faixas etárias são muitos superiores aos das primeiras, o desempenho financeiro da operadora pode vir a ser agravado, no futuro, com o envelhecimento da população e a não inclusão do número esperado de jovens nos planos.

Outro aspecto técnico a ser considerado para a precificação de um produto é a adoção, ou não, de mecanismos de regulação na demanda dos serviços oferecidos sob a forma de co-participação (ou fator moderador) e/ou franquia. Valores muito altos, mesmo que permitidos por lei, poderão inviabilizar o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, impedindo as ações de prevenção e de diagnóstico precoce, piorando a situação da doença, o que se reverterá, no futuro, em gastos maiores ou descrédito do plano. Por outro lado, valores muito baixos, não servirão para nada, pois não irão cumprir o seu papel inibidor de consumo.

Outro item de influência direta no preço do produto está relacionado à abrangência geográfica de cobertura do produto, uma vez que grandes centros, hospitais e clínicas de excelência em saúde e regiões de pouca oferta de serviços ou com dificuldade de credenciamento poderão gerar preços maiores.

Para se formatar um plano de saúde deve-se levar em conta, também, a forma como o mesmo é administrado, quais os custos relacionados a essa administração, a forma de gestão dos produtos e o acesso aos serviços de saúde.

Outro fator determinante no valor do preço, diz respeito à forma de pagamento aos prestadores (por procedimento, capitação, pacotes etc.).

As formas de gerenciamento do plano, com a necessidade de prévias autorizações para a liberação de determinados procedimentos, adoção de auditorias prospectivas, concorrente e retrospectiva, realizadas antes, durante e depois, respectivamente, nos eventos de alto custo, alta complexidade e mais suscetíveis a fraudes e implantação de sistemas informatizados que permitam uma completa gestão da saúde, também se constituem em fatores de relevante impacto sobre os valores dos prêmios mensais.

Existem muitas variáveis econômicas que interferem no valor do preço do produto, e sob as quais a operadora tem pouca ou nenhuma interferência. Pode-se citar, como exemplo, a variação cambial, o nível de renda da população, o crescimento econômico, dentre outros.

Outro fator preponderante na precificação dos produtos está relacionado à inflação da saúde, cujas causas principais estão relacionadas ao aumento da utilização (consumo), causada, com bastante destaque, pela ação do médico, quando da solicitação de serviços de apoio diagnóstico, da facilidade de acesso a informações na área médica e da busca de uma segunda, ou até, terceira opinião por parte dos beneficiários, e pelas indústrias produtoras de equipamentos médico-hospitalares e medicamentos.

Cabe à empresa decidir seu posicionamento estratégico, ou seja, onde posicionar seu produto em termos de qualidade e preço (KOTLER, 2000) e, ao comprador, eleger qual o melhor produto a ser adquirido, trabalho esse que, em termos de coberturas, foi simplificado quando o Governo padronizou os produtos, tornando-os amplos e completos. Se o governo definiu os benefícios a serem cobertos, a variável dependente desse modelo passou a ser o preço.

Infere-se que o mundo, cada vez mais, caminha para uma competição perfeita, onde o preço é determinado pelo mercado (COGAN, 1999), cabe aos administradores das operadoras gerenciarem os seus custos, estabelecerem suas

estratégias de preços e identificarem, em seus concorrentes, quem efetivamente adota os critérios técnicos aqui abordados para a formação do preço, para poderem compará-los de maneira eficaz.

Em virtude de todos os aspectos aqui mencionados, acredita-se que estabelecer um preço competitivo dos planos de assistência à saúde irá possibilitar a permanência do produto no mercado e, por consequência, atender aos interesses das operadoras, dos prestadores de serviço e dos consumidores. A partir de então, a gestão deste tipo de empresa será facilitada, uma vez que se estará analisando produtos tecnicamente precificados.

Para a realização deste trabalho considera-se que os preços praticados estão dentro dos parâmetros da lei e do mercado, correspondendo a um preço que possa fazer face aos custos de sua utilização.

CAPÍTULO 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Considerações preliminares

As mudanças implantadas nas empresas nos últimos anos não ficaram restritas às alterações de produtos e novas tecnologias de produção. No aspecto de gestão, de forma ampla, não foi diferente. Entre muitas áreas de conhecimentos específicos da Administração, enquanto ciência, os conhecimentos de tomada de decisão e de sistemas de informações sofreram grande impacto diante do tenso processo de mudanças na gestão empresarial, exigidos pelas novas condições de ambiente de negócios vividas pelas empresas.

A Contabilidade, como ciência, recebia o impacto das dinâmicas mudanças ambientais e a prática contábil deveria ser adaptada às novas exigências informativas. O cenário era que, embora muito rica em sua base conceitual, a Contabilidade se desenvolvia com finalidades distantes do atendimento às necessidades informativas da gestão empresarial e, diante destes fatos, críticas não foram poupadas pelos usuários da informação.

Nas últimas décadas, pesquisadores e profissionais da área contábil, começaram a conceber conceitualmente novos modelos de sistemas de informação, que pudessem atender às necessidades dos usuários da informação contábil. Kaplan (1988), Cooper & Kaplan (1988), Shank & Govindarajan (1988), entre outros pesquisadores americanos, apresentaram muitas restrições à metodologia tradicional de custeio e de informações, passando a divulgar uma proposta de um "novo" sistema de custeio que permite associar custos com medidas de desempenho, denominado "*Activity Based Costing*" ou Custeio Baseado em Atividades.

No método de custeio baseado em atividades, conforme Nakagawa (1994, p.39), "assume-se como pressuposto que os recursos de uma empresa são consumidos por suas atividades e não pelos produtos que ela fabrica", isto é, os produtos resultam da execução das atividades consideradas necessárias ao processo de transformação. Trata-se de uma metodologia que visa facilitar a análise de custos relacionados com as atividades que mais impactam o consumo de recursos de uma

empresa, e não um enfoque voltado aos insumos e ao produto, característico da metodologia tradicional.

Neste mesmo período, inicia-se, na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, por intermédio do Departamento de Contabilidade e Atuária e da FIPECAFI - Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis Atuariais e Financeiras, fundação ligada à FEA/USP, em conjunto com seus professores, pesquisadores e alunos do programa de pós-graduação em Controladoria e Contabilidade, a concepção de um sistema de contabilidade gerencial denominado GECON - Sistema de Informação de Gestão Econômica, que se constitui em um modelo gerencial que contempla o sistema de gestão e o sistema de informações da empresa, incorporando o conceito de mensuração de resultados baseado em atividades, semelhante ao conceito do ABC, porém com o foco no resultado de cada evento que compõe a atividade e não nos custos das atividades.

O Sistema de Informação de Gestão Econômica, conforme Catelli & Guerreiro (1992, p.11), “[...] está voltado à mensuração dos resultados econômicos das atividades empresariais”, estruturando-se a partir de um conjunto de premissas fundamentais.

Neste capítulo, tem-se por meta principal apresentar os conceitos de Gestão Econômica que serão utilizados no trabalho para a proposição do modelo de informações para ser utilizado pelas operadoras de planos de assistência à saúde impactando nos relatórios gerenciais a serem disponibilizados, objetivo deste trabalho.

3.2 Gestão econômica

3.2.1 Conceito de gestão

Conforme pode ser verificado em Ferreira (2002, p.347), encontra-se o significado da palavra *gestão*, derivada do latim *gestione*, como ato de gerir; gerência, administração. No mesmo dicionário, para a palavra *administração*, derivada do latim *administratione*, encontra-se, entre muitos significados, o que diz ser a ação de administrar, gestão de negócios públicos ou particulares, e função de

administrador; gestão, gerência. Como se pode perceber, as palavras, gestão e administração são sinônimas para a língua portuguesa.

Nakagawa (1987, p.50), pesquisando o significado da palavra *gestão* na língua inglesa, *manage*, encontrou um sentido mais dinâmico, que lhe permitiu concluir que gerir é o ato de conduzir. Seu entendimento final é o de que “gestão é a atividade de se conduzir uma empresa ao atendimento do resultado desejado (planejado) por ela apesar das dificuldades”.

Cruz (1991, p.38) define gestão ou administração “como o processo de tomada de decisão, baseado em um conjunto de conceitos e princípios, que visa garantir a consecução da missão da organização”. No seu entendimento, deve-se analisar a gestão de forma mais ampla, envolvendo as variáveis internas e externas da organização, identificadas quanto à sua controlabilidade, o quanto representam em oportunidades e ameaças, e assim escolher o caminho mais adequado para que a empresa possa cumprir sua missão, otimizando os seus pontos fortes e procurando neutralizar ou minimizar os seus pontos fracos.

Dos ensinamentos adquiridos com Catelli (2002), depreende-se que a gestão está associada à tomada de decisão e ao fazer as coisas acontecerem de forma a alcançar os seus objetivos.

Para Guerreiro (1989, p.229):

A gestão pela atuação a nível interno da empresa, no sentido de otimizar as relações recursos-operação-produtos/serviços, considerando nesse esforço o comportamento das variáveis dos ambientes externo e interno que impactam a empresa e os atributos dos recursos possuídos.

Encontra-se, no entendimento do autor, a visão sistêmica da ação do gestor, ou administrador, no sentido de fazer as coisas acontecerem - tomar decisões - otimizando os recursos, mesmo diante das dificuldades internas e externas do ambiente da empresa.

Para este trabalho, entende-se que o mais importante é o sentido amplo do significado da utilização da palavra gestão ou administração e dentro da premissa de que a gestão empresarial faz parte de um processo dinâmico de tomada de decisões, pela própria concepção de empresa como sistema aberto, sempre objetivando alcançar algum resultado pretendido e planejado, visando à eficácia empresarial.

3.2.2 Tipos de gestão empresarial

Conforme Catelli (2001, p.289), na gestão das transações econômicas podem-se identificar três tipos de gestão: gestão operacional, gestão financeira e gestão econômica. Essa subdivisão não ocorre de forma totalmente independente, uma vez que todas as transações apresentam essa dimensão, e há ocorrências operacionais, financeiras e econômicas. O que é relevante, de fato, nesta subdivisão conceitual é a possibilidade de se proceder a uma avaliação mais ampla de cada transação da empresa.

Entende-se, por gestão operacional, a gestão voltada para a execução das atividades da empresa. A gestão operacional não se encontra restrita à área de produção/serviços da empresa, mas disseminada por todas as suas áreas, considerando-se como operacional a função específica de cada uma dessas áreas, ou seu modo de desempenhar as suas atribuições.

A gestão financeira tem enfoque nos problemas de fluxo de caixa e liquidez da empresa, de forma a permitir a tomada de decisões em termos de programação e fluxo financeiro. A gestão econômica, conforme Mosimann *et al.* (1993:31), "é o conjunto de ações orientado por resultados mensurados segundo conceitos econômicos".

No seu entendimento, a gestão econômica atua como consolidadora da gestão operacional e financeira, uma vez que todas as atividades numa empresa devem estar voltadas para o resultado econômico.

Na figura a seguir, pode-se visualizar os tipos de gestão e suas características de avaliação.

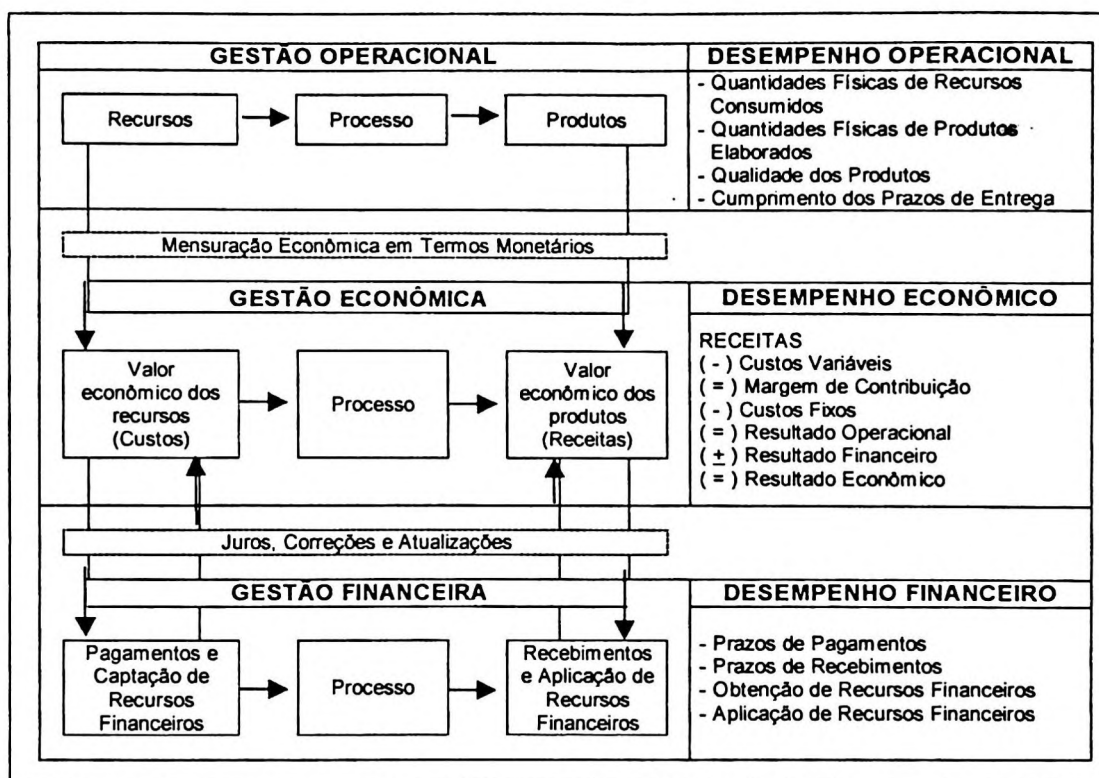


Ilustração 3.01 Tipos De Gestão Empresarial e seus Elementos

Fonte: Pereira (1993, p. 112, adaptado pelo autor)

A figura demonstra as características de avaliação dos tipos de gestão, onde se destaca a avaliação da gestão econômica através do desempenho econômico.

3.3 Conceitos importantes

Neste tópico serão destacados, sem a pretensão de esgotar o assunto, alguns conceitos fundamentais de gestão econômica que nortearão a presente dissertação.

3.3.1 Preço de transferência

O modelo de preço de transferência do sistema de gestão econômica a ser utilizado neste trabalho baseia-se no conceito de custo de oportunidade e estrutura-se a partir da premissa de que o valor dos serviços transacionados entre as entidades

funcionais deveria refletir o valor do benefício possível de ser auferido na melhor alternativa econômica de obtenção dos bens e serviços demandados.

Por melhor alternativa econômica, deve-se entender aquela que possibilite à Operadora de Planos de Saúde um maior incremento de resultado econômico.

Assim, a melhor alternativa será sempre escolhida à luz dos resultados possíveis de serem atingidos, a partir das opções de uso alternativo do produto/serviço de uma determinada entidade funcional, lembrando que o produto de uma área constitui o recurso ou insumo da área que o recebe.

Deste modo, o valor do produto/serviço transferido corresponde ao benefício que seria gerado pela melhor alternativa preterida em favor da ação escolhida ou imposta pela opção do usuário do plano de saúde.

A OPS dispõe de duas alternativas: utilizar a rede própria (produzir os serviços internamente) ou utilizar a rede credenciada (adquirir o serviço no mercado). O benefício da decisão de prestar o serviço corresponde ao valor da melhor alternativa desprezada, ou seja, ao menor preço de mercado do serviço.

Esse valor constitui uma receita para a EF- entidade funcional "transferidora" e um custo para a EF "receptora" do serviço prestado. Para exemplificar como isto ocorre, suponha-se uma OPS composta de quatro Entidades Funcionais- Efs: Planos de Pré- Pagamento, Pós Pagamento, Laboratório e Hospital. A Ef Laboratório atende os usuários de pré-pagamento tendo como base o seu seguro saúde, em detrimento do atendimento aos usuários de pós-pagamento que iriam pagar pelos serviços prestados.

No exemplo, a Ef laboratório, ao prestar o serviço ao usuário de pré-pagamento, deixa de atender um usuário de pós-pagamento e de auferir uma receita correspondente. Supondo que, se o usuário optasse pela rede credenciada, a OPS tivesse que pagar R\$ 150,00 pelos serviços, este valor corresponderia ao custo de oportunidade dos serviços transferidos e representaria:

- a) uma receita para a Entidade Funcional Laboratório ("transferidora"); e
- b) um custo para a entidade plana de Pré-pagamento ("recedora").

O usuário de planos de saúde tem alternativas diferentes de escolha e essa possibilidade, embora não esteja sob o controle dos gestores da organização, imputa custos diferentes à prestação de serviços e, em consequência, resultados distintos.

“Tradicionalmente” as operadoras apenas reconhecem os custos dos serviços prestados pela entidade laboratório e não reconhecem a receita gerada pelo custo de oportunidade, baseando-se apenas nos custos e apresentando sérias limitações quanto ao seu uso para fins gerenciais, em virtude de não incorporarem as principais noções relacionadas ao conceito de preço de transferência. Esta afirmação encontra respaldo na pesquisa de campo efetuada neste trabalho.

Considerando a missão das entidades funcionais (áreas) e as alternativas de que dispõem para alcançá-la, entende-se que o preço de transferência dos recursos transferidos entre as entidades deve corresponder ao seu custo de oportunidade, correspondendo ao menor preço de mercado desses recursos. Em relação à validade de utilização do preço de mercado para determinar o preço de transferência, Oliveira & Pereira (2001, p.15) esclarecem:

[...] Como o melhor uso alternativo dos recursos pode ser encontrado internamente (produzir) ou externamente à empresa (comprar), o menor preço de mercado desses recursos constitui uma base objetiva, segura e validada pelo mercado para a determinação de preços de transferência.

Portanto, concordando com os autores citados, o modelo de preço de transferência baseado no custo de oportunidade, dentre os existentes¹⁰, é o que reúne melhores condições para sustentar as transações internas entre as atividades de prestação de serviços de saúde suplementar, promovendo ações voltadas para a otimização dos seus resultados econômicos e, conseqüentemente, dos seus níveis de eficácia.

3.3.2 Lucro econômico

Lucro econômico é o incremento da riqueza líquida durante um dado período de tempo, em que os ativos e passivos são avaliados pelo fluxo de benefícios líquidos futuros.

¹⁰ Para melhor entendimento acerca dos diversos modelos de preços de transferência recomenda-se ler artigo de Antonio Benedito Silva Oliveira e Carlos Alberto Pereira que discorre sobre este tema no sistema de Gestão econômica (1999, p 08-11).

Guerreiro (*in*: CATELLI, 2001) enfatiza a existência de uma grande parcela de subjetividade na determinação do lucro econômico, tendo em vista a utilização de certa dose de expectativa acerca do futuro.

Somente com a mensuração correta dos impactos econômicos das transações é possível apurar um resultado que espelhe a verdadeira variação da riqueza nas organizações, em um dado período de tempo. Guerreiro (*in*: CATELLI, 2001, p.88) relaciona dez características do lucro econômico que o diferem do lucro contábil:

- a) Maior subjetividade;
- b) Apuração pelo incremento no valor presente do patrimônio líquido;
- c) Os ativos são avaliados pelo valor presente do fluxo de benefícios futuros;
- d) O lucro deriva do aumento do patrimônio líquido da entidade;
- e) Ênfase em valores;
- f) Reconhecimento de ganhos realizados e não realizados;
- g) São efetuados ajustes devidos a mudanças nos níveis de preços dos bens na economia;
- h) “Amarração” do lucro à condição de aumento da riqueza, independentemente da condição de distribuição de dividendos;
- i) Reconhecimento do *goodwill*;
- j) Utilização de regras e conceitos econômicos.

Esta diferenciação entre o lucro contábil e econômico, trazida pelo autor, é de extrema importância, uma vez que o conceito de lucro contábil já se encontra no domínio público. Logo, explicar o que seja lucro econômico através da diferenciação deste do conceito de lucro contábil, facilita a sua compreensão.

3.3.3 Custo de oportunidade

Um dos objetivos principais na geração dos relatórios para gestão econômica das OPS é a contemplação do conceito de custo de oportunidade na obtenção do resultado da organização. Logo, a correta compreensão deste conceito em muito ajudará no entendimento dos objetivos desta dissertação, para tanto, passar-se-á a citar os conceitos dos autores pesquisados.

Segundo Pereira & Oliveira (*in*: CATELLI, 2001, p. 415),

O custo de oportunidade corresponde ao valor de um determinado recurso

em seu melhor uso alternativo. Representa o custo da escolha de uma alternativa em detrimento de outra capaz de proporcionar um maior benefício, ou seja, é o custo da melhor oportunidade a que se renuncia quando da escolha de uma alternativa.

Os mesmos autores ressaltam alguns pontos importantes implícitos ao conceito de custo de oportunidade:

O custo de oportunidade de um fator representa, economicamente, seu verdadeiro valor; O problema da decisão consiste na escolha de uma entre duas ou mais alternativas viáveis de uso dos recursos; usos alternativos dos mesmos recursos podem propiciar diferentes resultados; o que é sacrificado quando da opção por uma alternativa é a possibilidade de obtenção de melhores resultados em outras oportunidades. (PEREIRA & OLIVEIRA *in*: CATELLI, 2001, p.416)

Existe, portanto, uma diferença entre o custo de oportunidade relacionado ao uso de determinado recurso e o de sua obtenção. Na obtenção, o custo de oportunidade é determinado pela melhor alternativa disponível para obtê-lo no mercado, que corresponde ao menor preço de mercado à vista. No caso de uma OPS que utiliza rede própria, é o menor valor cobrado pelos serviços através da rede credenciada ou pela rede própria pelos serviços prestados aos usuários de planos de pós-pagamento.

O custo de oportunidade, numa decisão de uso do recurso, corresponde à melhor alternativa encontrada no mercado para utilizá-lo, ou seja, o maior preço de mercado encontrado. Tomando como exemplo o aspecto financeiro das contas do Balanço Patrimonial, o custo de oportunidade dos Passivos é a maior taxa de aplicação obtida no mercado, já o custo de oportunidade para os ativos é a menor taxa de captação obtida no mercado.

3.3.4 Eficácia

Eficácia empresarial é uma medida normativa de alcance dos resultados, ou seja, é a medida da capacidade da empresa de cumprir sua missão e assegurar sua continuidade num ambiente dinâmico. Segundo o sistema de gestão econômica, a continuidade da empresa estará assegurada quando o valor econômico gerado for maior que o valor econômico consumido no processo produtivo. Segundo Guerreiro (1995, p.56), a eficácia empresarial depende principalmente dos seguintes fatores:

- **Produtividade:** diz respeito à otimização de volumes de bens e serviços demandados, considerando uma capacidade instalada.
- **Eficiência:** diz respeito ao consumo ótimo de recursos por unidades produzidas, dados os volumes de produção de bens e serviços demandados pelo mercado.
- **Satisfação dos agentes envolvidos na cadeia de relacionamento:** diz respeito ao atendimento das necessidades dos diversos agentes com os quais a empresa se relaciona, contemplando a satisfação dos clientes com a qualidade, prazo de atendimento, preços dos produtos, etc.
- **Adaptabilidade do processo decisório dos gestores:** diz respeito à capacidade dos gestores de agir em um ambiente em constantes e profundas modificações, de aproveitar as oportunidades oferecidas pelo mercado, de fornecer respostas rápidas aos desafios e ter rapidez na tomada de decisão, entre outros aspectos.
- **Desenvolvimento:** diz respeito à melhoria constante e à excelência em todos os aspectos da empresa, contemplando adoção de novas tecnologias, novos processos e técnicas, treinamento e capacitação dos recursos humanos, enfim, ao aumento do estoque de conhecimento e competência da empresa.

A ilustração a seguir apresenta os diversos fatores que contribuem para a eficácia empresarial.

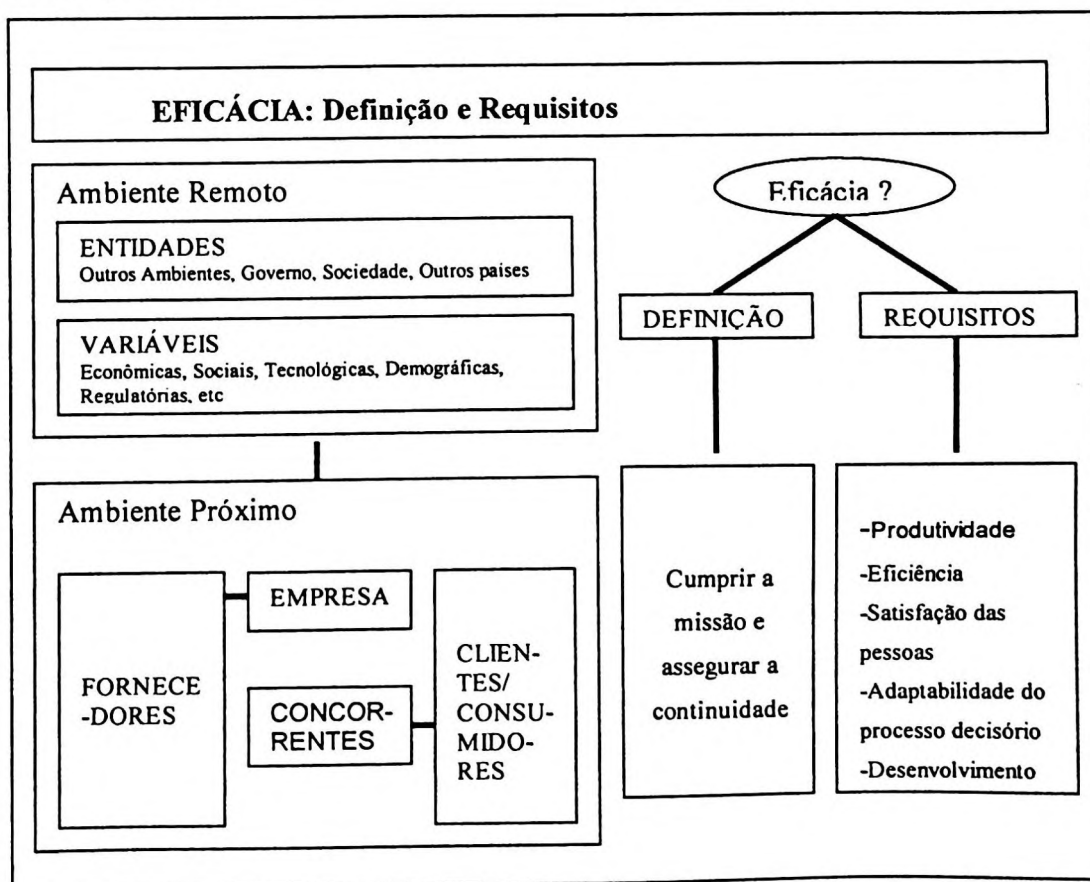


Ilustração 3.02 Eficácia : definição e requisitos

Fonte: Catelli (2002)

Como as empresas constituem-se em um sistema aberto, constata-se, pela figura acima, que, além dos requisitos fundamentais destacados por Guerreiro (1995), a eficácia empresarial depende das relações da empresa com o ambiente próximo e remoto.

Pode-se inferir que a eficiência é um requisito da eficácia. Para um melhor entendimento das diferenças entre os conceitos de eficiência e de eficácia, desenvolveu-se a ilustração 3.03.

EFICIÊNCIA	EFICÁCIA
Consumo ótimo de recursos por unidades produzidas	Maximizar resultados
Ênfase nos meios	Ênfase nos resultados
Fazer corretamente as coisas	Fazer as coisas corretas
Resolver problemas	Atingir objetivos
Salvaguardar recursos	Otimizar a utilização dos recursos
Cumprir tarefas/obrigações	Cumprir a missão e assegurar a continuidade

Ilustração 3.03 Quadro comparativo entre eficiência e eficácia

3.3.5 Processo de geração do lucro

Conhecer o processo de formação do lucro é uma questão fundamental para o Modelo de Gestão Econômica. O lucro é formado a partir da execução do conjunto de atividades da empresa.

O Modelo de Gestão Econômica tem como princípio fundamental que as atividades não devem ser entendidas apenas como consumidoras de recursos, mas sim como geradoras de resultados econômicos, já que, além de gerar custos (consumos de recursos), geram também receitas. Os gestores da empresa não deveriam se prender apenas à informação de quanto custa uma atividade. As atividades, quando visualizadas também como um processo de geração do lucro, ganham maior importância gerencial.

A análise do resultado econômico de uma atividade propicia a identificação da maior ou menor contribuição desta atividade na formação do lucro global da empresa.

Neste contexto, podem-se identificar quais as atividades mais lucrativas e que

devem ser mantidas; quais as atividades que provocam resultado econômico negativo, mas devem ser mantidas por um posicionamento estratégico da empresa; e quais atividades poderiam ser feitas fora da empresa.

3.3.5.1 Responsabilidade pela geração do lucro

Os resultados individuais contribuem para o resultado global da empresa, e a maximização do resultado global passa pela otimização dos resultados individuais, isto é, o resultado é gerado tomando-se por base a execução das atividades da empresa. Neste contexto, é importante entender que uma atividade não gera apenas custos, mas sim resultados econômicos.

Para a sua operacionalização uma empresa realiza diversas atividades, pertinentes às suas necessidades e atividade econômica agregadas em setores, departamentos ou unidades administrativas, definindo sua estrutura organizacional normalmente por funções ou especializações.

No Modelo de Gestão Econômica, procura-se estruturar a empresa em áreas de responsabilidade, centros de resultado e centros de custos. Na ilustração 3.04, demonstra-se a cadeia de formação do resultado econômico.

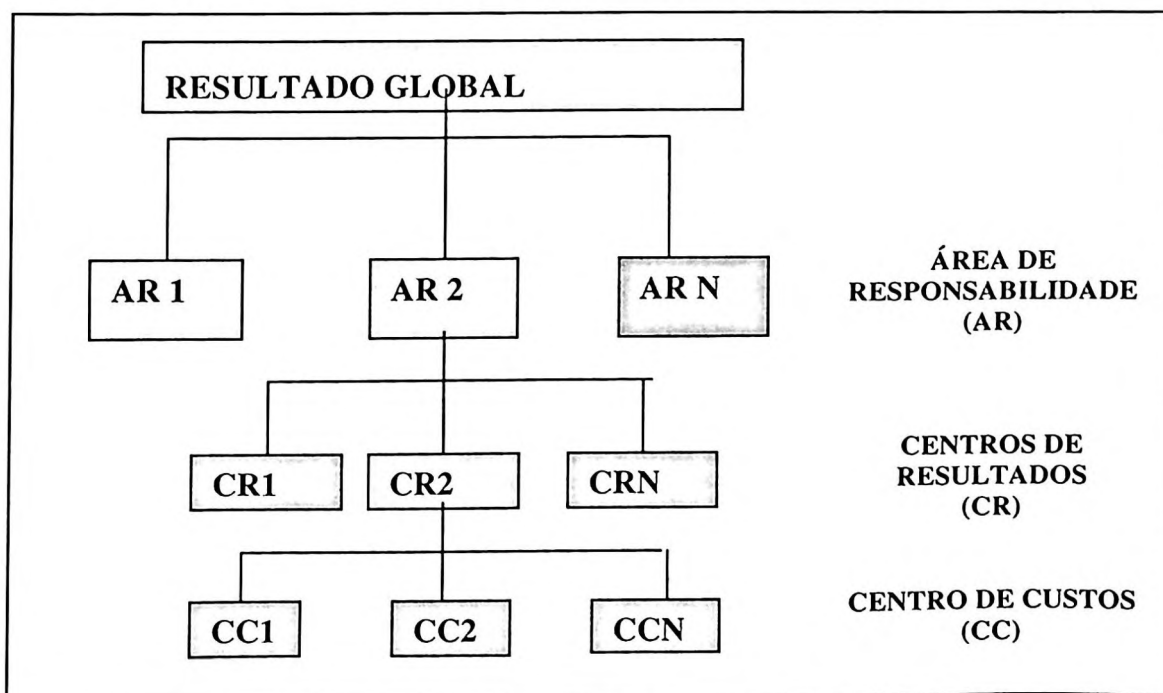


Ilustração 3.04 Cadeia de Formação do Resultado Econômico

Fonte: Cruz (1991)

Por intermédio desse tipo de estruturação, conforme Cruz (1991, p.97),

É possível conhecer os resultados gerados por atividade e por área o que torna fundamental tanto para a obtenção de informações para tomada de decisão, quanto para avaliação de desempenho (eficiência e eficácia dos gestores).

Esta estruturação também permite a identificação da responsabilidade dos gestores na geração do resultado econômico. Uma área de responsabilidade possui sua própria missão e tem, sob sua responsabilidade, um ou mais centros de resultado, que são unidades de acumulação de receitas e custos.

Por meio do controle e da avaliação de desempenho de cada área de responsabilidade, aplicando o conceito de custo de oportunidade discutido no item 3.3.3, pode-se identificar a contribuição de cada uma delas na maximização do resultado global.

3.3.5.2 Papel dos gestores

O Modelo de Gestão Econômica não espera que os gestores de cada área atuem de forma apenas independente diante do processo de planejar, executar e controlar. O gestor, neste modelo, tem uma postura proativa, o que significa dizer que ele faz as coisas acontecerem, ele é um empreendedor que contribui de modo eficaz para o resultado econômico global da empresa.

Embora atue de forma independente na área sob sua responsabilidade e seja o responsável direto pelos resultados operacionais, financeiros e econômicos dessa área, ele se preocupa com o reflexo desses resultados nas demais áreas, e tem uma preocupação sobre como seu desempenho influencia as ações de outros gestores e também de como as variáveis fora de seu controle podem afetar o seu desempenho. Cada gestor, segundo Cruz (1991, p.99):

É responsável pelos seus resultados econômicos e financeiros devendo, portanto, ter a respectiva autoridade para a gestão desses resultados, ou melhor, sobre os fatores que os "impactam" (...) os gestores só devem ser responsabilizados pelos eventos que estão sob sua autoridade.

Portanto, os gestores, no Modelo de Gestão Econômica, necessitam conhecer como estão sendo desenvolvidas as atividades sob sua responsabilidade e autoridade

e também como o resultado econômico de sua área está contribuindo com o resultado econômico global da empresa.

Espera-se assim encontrar, no sistema de informações, uma base adequada para a avaliação de desempenho da sua área.

Sobre a avaliação do desempenho dos gestores, Cruz (1991, p.99) entende que:

O desempenho dos gestores deve ser avaliado com base no processo de planejamento e controle, significando que os resultados obtidos devem ser comparados aos resultados previstos. Dessa forma a eficácia do gestor está ligada ao cumprimento de metas previamente determinadas. Medir sua eficácia significa avaliar seu desempenho em relação ao desempenho esperado.

O conhecimento pelos gestores da amplitude do seu papel na empresa levamos, segundo Vasconcelos (1994, p.25), "a se envolverem em todas as fases do processo decisório, sabendo da sua participação para o resultado global e que o resultado da sua área específica está sendo avaliado separadamente".

3.3.5.3 Informação para gestão

A informação é um recurso valioso e necessário para os gestores de uma empresa. Diante dessa necessidade, o Modelo de Gestão Econômica busca fornecer informações confiáveis, úteis, no momento adequado de sua utilização e na regularidade solicitada, de maneira que facilite e dê segurança ao gestor no seu processo de tomada de decisão.

Conforme Catelli & Guerreiro (1992, p.11), "informação útil é aquela que atende as necessidades específicas dos gestores, segundo as áreas em que atuam, operações que desenvolvem e conceitos que lhes façam sentido lógico".

Entendem os autores que o sistema de informações deve atender eficientemente às necessidades informativas dos gestores, com conceitos gerenciais fortes e suficientes que permitam realizar suas atividades com segurança. Conceitos estes que esclareçam, entre muitas situações citadas: soma de moeda de diferente poder aquisitivo ou utilização de moeda forte; reconhecimento do valor econômico de bens, direitos e obrigações ao longo do tempo, trabalhando com todos os valores

em termos presentes; reconhecimento de resultado financeiro em todas as atividades operacionais; reconhecimento de que o resultado se forma a partir da operacionalização das atividades; e conceitos de avaliação de desempenho que possam produzir uma aferição correta das áreas e produtos, sem critérios de rateio de gastos e despesas fixas.

O sistema de informações deve motivar os seus usuários à tomada de decisão e à eficácia, utilizando uma base de mensuração e de apuração de resultados que obtenha o valor econômico, o mais correto possível, dos recursos necessários e utilizados e, ao mesmo tempo, dos produtos e serviços, com critérios lógicos e racionais.

3.4 O resultado econômico como medida da eficácia empresarial

3.4.1 Considerações preliminares

Os objetivos empresariais são derivados da missão da empresa. Missão no sentido de justificar a razão da existência da empresa e que difere da missão dos seus proprietários e acionistas. Portanto, a missão da empresa, representando seu objetivo maior e de natureza permanente, é capaz de sustentar todos os demais objetivos empresariais decorrentes das atividades da empresa e das pessoas que conduzirão o negócio.

São esses objetivos que estabelecerão a base para o relacionamento da empresa com o seu ambiente e, quando a empresa alcançar todos os seus objetivos, pode-se dizer que atingiu a sua missão, isto é, cumpriu a razão de sua existência.

Ackoff (1975, p.15) associa os objetivos empresariais à função administrativa de planejamento, possuindo um ciclo que se inicia com uma *projeção de referência* com o significado de tentar especificar qual será o futuro da empresa para que se planeja, se nada de novo for realizado.

Em um segundo momento, com base na projeção de referência, surge a projeção desejável, que indica onde a empresa quer chegar e quando ela deseja atingir esse ponto. No seu entendimento, atingir todas as situações desejadas é uma tarefa difícil para os planejadores, assim, determinar até que ponto a empresa pode se

aproximar de suas aspirações, é a grande tarefa de planejamento.

A descrição de até onde a empresa acredita poder chegar, para alcançar suas aspirações, é denominada de uma projeção planejada. Finalizando o ciclo, o autor afirma que essas projeções envolvem a descrição de possíveis estados futuros da organização e a determinação de até que ponto eles são desejáveis. Estados futuros ou resultados de comportamento pretendidos são objetivos. Para ele, os objetivos empresariais devem ser especificados e traduzidos em metas, e essas são objetivos a serem conseguidos em prazo certo, dentro do período coberto pelo planejamento.

Os objetivos empresariais, derivados da missão da empresa, podem ser classificados em dois tipos: objetivos sociais e objetivos econômicos. Segundo Kohn (1977, p.48), esses elementos são encontrados nos objetivos naturais de uma empresa, que geralmente são:

1. Proporcionar satisfação das necessidades de bens e serviços: as empresas conseguem atender melhor as necessidades da sociedade do que faria o esforço individual. Na medida em que uma empresa consegue realizar sua função de fornecedora de produtos e/ou serviços no formato desejado pela sociedade, a sociedade reconhecerá seu esforço e lhe dará preferência.
2. Proporcionar emprego produtivo para todos os fatores de produção: todos os recursos que a empresa busca no ambiente e que são necessários às suas atividades e na produção de seus produtos e/ou serviços, devem ser utilizados da maneira mais adequada, tendo como base a relação custo/benefício na determinação do emprego mais produtivo para esses fatores de produção.
3. Aumentar o bem-estar da sociedade por meio do uso econômico dos fatores de recursos: entregando à sociedade produtos e/ou serviços essenciais, a empresa torna-se um agente de melhorias no bem-estar geral da sociedade e, em muitas situações, melhor do que qualquer outro tipo de organização.
4. Proporcionar o retorno justo aos fatores de entrada: cada fator de produção utilizado pela empresa deu sua contribuição no seu processo de transformação de produtos e/ou serviços. A sociedade espera que a empresa proporcione uma justa compensação por esta contribuição, dentro dos critérios de julgamento de valor da sociedade e pelos mecanismos de mercado, mediante equilíbrio entre a oferta e a procura.
5. Proporcionar um clima em que as pessoas possam satisfazer uma porção de necessidades humanas normais: conforme o autor, esse objetivo se traduz da seguinte forma - as pessoas tornam-se membros de empresas porque estas constituem um meio que lhes permite realizar certos benefícios materiais e sociais mais facilmente.

Se um indivíduo passa uma boa parte de seu dia trabalhando em uma empresa, é porque ele espera encontrar condições que lhe permitam realizar-se como pessoa e viver dignamente. Como seres humanos, todos os indivíduos necessitam de

algo mais do que simplesmente compensação monetária pelo seu tempo e serviços com que contribuem quando aplicados produtivamente. As pessoas esperam derivar certas satisfações básicas a partir da natureza do trabalho que as envolve.

Ansoff (1977, p.32) apresenta os objetivos empresariais como "regras de decisão que habilitam a administração a orientar e medir o desempenho da empresa no sentido da consecução dos seus propósitos" e os classifica em econômicos e sociais ou não-econômicos. O seu entendimento, em relação aos objetivos empresariais, está delineado nas seguintes premissas:

- Os objetivos econômicos estão associados à maximização da eficiência do seu processo global de transformação de recursos e os objetivos não-econômicos ou sociais, associados à interação dos objetivos individuais de cada participante nas atividades executadas pela empresa.
- Por formar o principal conjunto de metas claramente definidas, os objetivos econômicos se constituem no maior fator de influência sobre o comportamento da empresa, visto que são usados pela administração como orientadores de mecanismos de controle.
- Maximizar o retorno em longo prazo com relação aos recursos utilizados nas suas atividades empresariais é, para a empresa, o principal propósito.
- Quanto aos objetivos sociais, embora esses objetivos provoquem mudanças e limitem o comportamento da administração, eles exercem uma influência secundária.

Além dos objetivos propriamente ditos, Ansoff (1977) afirma existirem dois tipos de influência sobre o comportamento da administração: responsabilidades e restrições. Responsabilidades resultantes das obrigações assumidas pela empresa e restrições por intermédio das regras de decisão que excluem certas alternativas do campo de ações possíveis da empresa.

A questão dos objetivos empresariais, econômicos e sociais, apresenta muitas discussões acaloradas, com múltiplas tendências de pensamento e todas fundamentadas em importantes teorias do comportamento humano, administrativas, econômicas e sociológicas. Não é objeto deste estudo aprofundar o questionamento sobre esse tema, apenas se irá registrar a classificação e assumir a premissa de que os objetivos econômicos são suficientes para gerar o resultado econômico necessário à manutenção da continuidade da empresa e o cumprimento de sua missão, que é a razão de sua existência.

Na exposição dos objetivos empresariais com relação à eficácia empresarial, embora reconheçam a existência dos objetivos sociais, os autores citados assumem os objetivos econômicos como os mais importantes.

Concorda-se com os autores pesquisados, pois assume-se que, se os objetivos econômicos não forem alcançados, será impossível alcançar os objetivos sociais, pois estes dependem do primeiro.

No entendimento dos pesquisadores da gestão econômica, os objetivos econômicos fazem parte das premissas básicas do sistema, mas em equilíbrio com os objetivos sociais.

Na gestão econômica, todas as atividades de uma empresa apresentam resultado econômico e espera-se que este resultado seja suficiente, no mínimo, para repor os recursos consumidos, já que só assim a empresa poderá esperar a garantia de continuidade.

Catelli & Guerreiro (1994, p. 4) não deixam nenhuma dúvida quando afirmam que:

[...] a garantia de continuidade da empresa só é obtida quando o valor econômico dos bens e serviços que a empresa produz e oferece ao mercado é superior ao valor econômico dos recursos (bens e serviços) que a empresa obtém do mercado e consome nesse processo produtivo de agregação de valor.

O pressuposto da continuidade é de grande importância, uma vez que está associada à possibilidade de a empresa cumprir seus propósitos básicos e a sua missão, que são seus objetivos maiores e permanentes.

A capacidade de a empresa garantir sua continuidade, nas condições do ambiente em que atua, e cumprir a sua missão é o que se pode conceituar como eficácia empresarial. Como se espera que, para a garantia de sua continuidade, as atividades realizadas pela empresa alcancem resultados líquidos no mínimo suficientes para repor os recursos consumidos no processo de transformação de tais atividades, o resultado econômico desejado pelas empresas tem as características de um resultado otimizado por seus gestores e na forma de lucro, isto é, as receitas ou economias obtidas com a atividade são superiores aos custos, com exceção de atividades de objetivos estratégicos assumidos pelos gestores e que, normalmente, apresentam características de resultado em longo prazo.

3.4.2 Medida da eficácia empresarial

Nos trabalhos elaborados por Guerreiro (1989), Cruz (1991), Mauro (1991), Pereira (1993 e 2000) e Peleias (1992 e 2002), encontram-se discussões e pesquisas no estudo dos conceitos de resultado como medida da eficácia empresarial. Cada um dos trabalhos traz uma contribuição conceitual sobre o assunto, demonstrando assim a sua magnitude.

Cruz (1991), quando faz o estudo do conceito de resultado, apresenta-o como um importante instrumento para a atuação da gestão econômica. Seu estudo faz, inicialmente, um registro de que o conceito de resultado tem origem na teoria econômica e por meio da teoria contábil, que desenvolveu conceitos para sua mensuração e foi adaptado às necessidades gerenciais.

Em seguida, analisa o conceito de resultado em relação às atividades empresariais sob os aspectos:

1. contábil ou tradicional, visando sua utilização no atendimento do usuário externo à empresa;
2. gerencial ou sua aplicação à gestão econômica.

Entende-se ser o aspecto gerencial ou a sua aplicação à gestão econômica uma importante contribuição conceitual para este trabalho.

Conforme Cruz (1991, p.87), no enfoque gerencial, o conceito de resultado é um importante apoio à administração, já que se encontra voltado para dois objetivos:

1. *Otimização do resultado*

Com esse objetivo o resultado toma forma de parâmetro para o processo decisório, em função de algumas premissas que devem ser consideradas:

- a) A necessidade da eficácia empresarial;
- b) A eficácia econômica como aspecto fundamental da eficácia empresarial;
- c) A necessidade de um parâmetro para tomar decisões econômicas;
- d) A necessidade de um parâmetro para a avaliação de desempenho.

2. *Avaliação de desempenho*

Aqui o objetivo é aplicar o conceito de resultado na mensuração da eficácia organizacional e na avaliação de desempenho dos gestores, no nível interno do

processo administrativo.

O estudo de Mauro (1991), em relação ao conceito de resultado, inicia-se por uma ampla exposição do resultado sob o ponto de vista contábil, concluindo com uma citação de Guerreiro (1991, p.198) que manifesta sua opinião afirmando "que a teoria e a prática contábil devem caminhar para um consenso em torno de um único conceito de lucro o qual estivesse o mais próximo possível do conceito de lucro econômico."

O conceito de lucro econômico amplia o conceito de lucro contábil e também o conceito de lucro estabelecido pelos economistas. Em seguida, o autor faz um estudo sobre o processo de obtenção do resultado como um processo físico de consumo ou desgaste de recursos em favor da obtenção de produtos e serviços por meio da gestão operacional, gestão financeira e gestão econômica. Ainda dentro desse enfoque, Mauro (1991) analisa o conceito de resultado frente às noções de produto e atividade, associando o resultado econômico ou resultado da atividade ao seu desempenho, e margem de contribuição ao resultado com produtos. Na ilustração 3.05, o autor resume todos esses conceitos.

Segundo Mauro (1991, p.123), "a idéia de resultados só pode ser concebida à luz da noção de gestão", pois entende que o esforço de gestão tem por objetivo disponibilizar recursos a partir de oportunidades identificadas e criar as condições necessárias para que a empresa alcance os resultados pretendidos.

Neste contexto, o autor faz um estudo sobre o conceito de gestão, modelo de gestão, processo de gestão, estabelece premissas para o melhor entendimento da natureza dos resultados e faz uma proposta de estrutura adequada para a apuração dos resultados sob o ponto de vista da eficácia empresarial, finalizando o seu estudo.

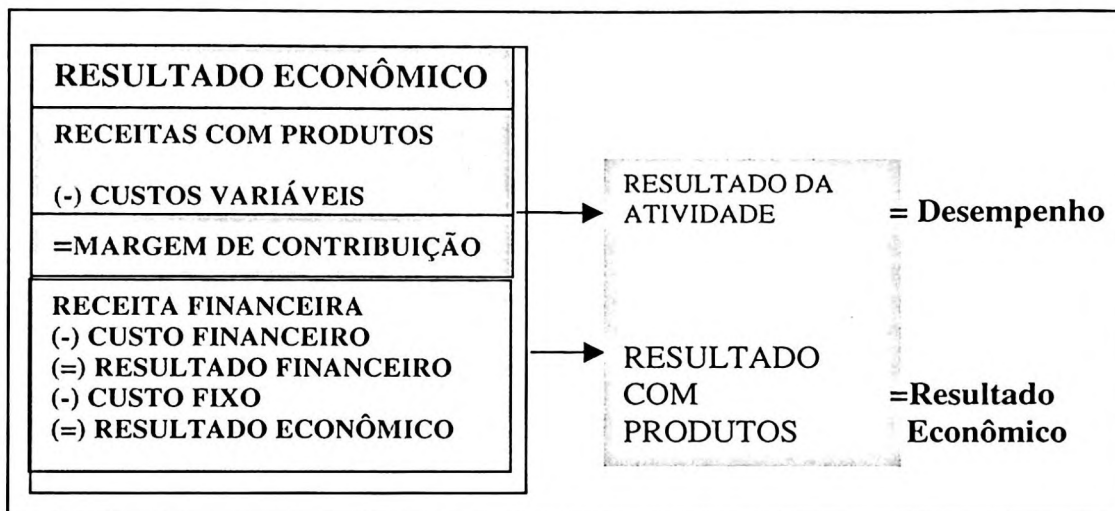


Ilustração 3.05 Conceito de resultado e desempenho

Fonte: Mauro (1991, p.122)

Conforme Pereira (1993, p.72), para a empresa garantir sua continuidade e o cumprimento de sua missão “é necessário que mantenha certo equilíbrio interno e externo, bem como entre os seus objetivos sociais e econômicos”. No seu entendimento, o lucro constitui-se em um dos objetivos da empresa e em medida da eficácia organizacional.

Este entendimento adquirido pelo autor está consolidado, em seu estudo, nos seguintes pontos:

1. Os lucros representam o incremento da riqueza da empresa, do seu patrimônio ou do seu valor.
2. Os lucros expressam a qualidade das relações da empresa com seus ambientes interno e externo.
3. Os lucros refletem as condições de sobrevivência, desenvolvimento, adaptabilidade, produção, eficiência e satisfação.
4. Os lucros têm um caráter preditivo da eficácia.
5. Os lucros evidenciam a responsabilidade da empresa no uso de recursos escassos de forma eficiente e eficaz.
6. O conceito de lucro apresenta vantagens adicionais para expressar a eficácia empresarial, porque:
 - a) expressa a contribuição das atividades e áreas que desenvolvem a eficácia empresarial;

- b) permite constituir modelos flexíveis de análise e decisão econômicas;
- c) requer bases de mensuração de forma a expressar o mais corretamente possível uma realidade.

Diante dos pontos enfocados, é do entendimento de Pereira (1993, p.80) que o lucro mensurado sob o enfoque econômico traz:

[...] Além de apropriado para mensuração dos níveis de eficácia organizacional, permite que sejam concebidos modelos flexíveis de decisão econômica, possibilitando uma atuação gerencial eficaz sobre as atividades empresariais, no sentido da otimização das suas contribuições aos resultados globais da organização.

Catelli & Guerreiro (1992, p.11) afirmam que "o lucro corretamente mensurado é a melhor e a mais consistente medida da eficácia da organização". Com esta importante premissa, os pesquisadores do Sistema de Gestão Econômica buscaram um conjunto de elementos conceituais para a correta mensuração do lucro e também do patrimônio da empresa, já que entendem que "o valor do patrimônio líquido tem que expressar o efetivo valor da empresa e não quanto custa ou quanto custou".

Da análise dos trabalhos pesquisados pode-se concluir que a melhor medida da eficácia da empresa é o resultado econômico. Quanto a este resultado adotado como medida da eficácia empresarial, aos usuários desta informação resta apenas ficarem atentos à recomendação de Catelli & Guerreiro (1994, p. 6) de que, em uma administração por resultados econômicos, o resultado econômico deve atender aos seguintes requisitos: 1. Ser corretamente mensurado; 2. Ser otimizado e por ações dos gestores; 3. Ser efetivado.

3.5 Modelo de gestão

Toda e qualquer empresa possui, de forma explícita ou não, um conjunto de normas de conduta, crenças, hábitos e valores que são respeitados como regras ou leis de comportamento disseminado em todos os níveis hierárquicos e áreas funcionais da empresa, de maneira que influenciam todos os gestores e participantes no processo de tomada de decisão, tanto nos aspectos operacionais como nos aspectos estratégicos.

Para os estudiosos das organizações, esse fenômeno é analisado como a representação da cultura organizacional de uma empresa, que tem origem no reconhecimento da existência da organização informal paralela à organização formal, sendo esta a organização prevista e normalizada para todos os participantes internos e todos do ambiente externo que se relacionam com a empresa.

É característica da organização informal estabelecer normas de conduta que definem os padrões de comportamento aos quais as pessoas devem se ajustar, constituindo-se uma legislação específica de usos e costumes que influenciam as ações individuais e coletivas.

Maximiano (1995, p.36) relata que as normas de conduta nascem de um acordo tácito ou explícito entre os membros da organização, e podem definir vários aspectos da vida em grupo, como a qualidade e quantidade do que se vai produzir, a disposição para colaborar ou não com a administração, o comportamento ético ou o horário em que se vai realmente trabalhar. No seu entendimento, as normas de conduta representam um dos elementos mais importantes da cultura organizacional, que compreende também valores, rituais, crenças, hábitos e outros condicionantes do comportamento das pessoas. As crenças são as convicções que influenciam o comportamento das pessoas e os valores são as apreciações individuais que revelam as preferências das pessoas segundo suas convicções, de acordo com suas verdades, tendências e influências sociais a que estão submetidas.

O Modelo de Gestão Econômica reconhece esta característica das empresas no que é denominado de Modelo de Gestão. Conforme Cruz (1991, p.39), o Modelo de gestão consiste em um "conjunto de normas, princípios e conceitos que tem por finalidade orientar o processo administrativo de uma organização, para que esta cumpra a missão para a qual foi constituída". Prossegue caracterizando o modelo, prevendo que este deve considerar a missão da empresa, as características pertinentes ao ramo de negócio, os aspectos ambientais e que o modelo é influenciado pelas crenças e valores dos gestores.

Segundo Guerreiro (1989, p.230), o "Modelo de Gestão é caracterizado como um subsistema do Sistema Institucional", constituindo-se em um conjunto de princípios e definições que acaba influenciando todos os demais subsistemas do sistema empresa, mas, de forma direta, o Sistema de Gestão. No seu entendimento

esse conjunto de princípios observados deve assegurar:

A redução do risco do empreendimento no cumprimento da missão e a garantia de que a empresa estará sempre buscando o melhor, em todos os sentidos; O estabelecimento de uma estrutura de operação adequada que possibilite o suporte requerido às suas atividades; A orientação geral dos esforços através de um estilo e filosofia de trabalho que criem atitudes construtivas; A adoção de um clima motivador e o engajamento de todos, principalmente dos gestores, em torno dos objetivos da empresa e das suas atividades; A aferição se a empresa está cumprindo a sua missão ou não, se foi feito o que deveria ter sido feito em termos de produtos, recursos humanos e esforços, e se, o que não foi, está sendo corrigido ou aperfeiçoado; O conhecimento do comportamento das variáveis relativas aos ambientes externo e interno e suas tendências, do resultado da avaliação de planos alternativos de ação e das transações/eventos ocorridos em cada período e de onde e no que as coisas não correram satisfatoriamente.

Diante dos conceitos pesquisados, entende-se que o Modelo de Gestão de uma empresa deve conter, com a maior clareza possível, o conjunto de normas de conduta ou de diretrizes básicas para que os gestores da empresa possam assegurar, em suas respectivas áreas e funções, resultados que garantam o cumprimento da missão de suas próprias áreas e também para contribuir com a missão global da empresa.

CAPÍTULO 4 MODELO PROPOSTO

O modelo proposto nesta pesquisa para aplicação nas organizações que comercializam planos de saúde propõe a identificação, acumulação e apuração de resultados nestas entidades com base na gestão econômica, identificando e acumulando custos e receitas das transações ocorridas, tanto de intermediação de planos de pré-pagamento como na prestação de serviços de pós-pagamento através da rede própria¹¹ de atendimento.

Busca-se apresentar um modelo genérico de identificação e acumulação de resultado que atenda ao sistema de apuração patrimonial de uma operadora de Planos de saúde.

O modelo de identificação e acumulação de resultados, segundo Parisi (1995, p.68), “é um conjunto coordenado de atividades que, dentro de uma estrutura lógica, identifica, coleta e acumula dados dos diversos eventos econômicos de uma organização.”

As entidades e a sociedade não podem ser vistas separadamente. Para otimizar o sucesso das entidades e da própria sociedade deve ser dada uma abordagem sistêmica às atividades desenvolvidas pela organização, o que permitirá uma interação entre as partes, pois uma funciona como fonte de suprimento da outra, tanto de produtos e serviços, como de informações.

Pelo dinamismo do ambiente, em constante mutação, as entidades devem antecipar-se às mudanças ocorridas na sociedade.

A missão dos gestores é garantir a eficácia da empresa. Segundo Guerreiro (1999), uma gestão eficaz busca garantir a continuidade da empresa, proporcionando-lhe o desenvolvimento e a otimização de seus resultados, sob quaisquer circunstâncias que influenciem seu desempenho hoje e no futuro.

Para que uma organização atinja a eficácia e, em consequência, cumpra sua missão, metas e objetivos, é necessário otimizar seus fins com um uso mínimo de recursos.

¹¹ Conforme art.2º da RDC nº 39, de 27/10/2000, define-se como rede própria de atendimento todo e qualquer recurso físico-hospitalar de propriedade da operadora, de entidade controlada pela operadora ou de entidade controladora da operadora.

As organizações configuram-se como clientes/fornecedoras umas das outras, como elos de uma corrente. A eficácia desta corrente (ciclo econômico) depende da eficácia de cada elo (entidades), pois o enfraquecimento de uma destas obras e ações pode comprometer a eficácia de todas as outras.

Os requisitos da eficácia são: a missão, a continuidade e os resultados, espelhando as condições de sobrevivência, desenvolvimento, adaptabilidade, produção, eficiência e satisfação das entidades com as quais a empresa se relaciona. Uma empresa pode ser considerada eficaz quando supre as necessidades do ambiente externo, cumprindo sua missão e garantindo sua continuidade, através de seus resultados.

4.1 Aspectos do modelo de decisão

Conforme estabelecido no capítulo 3, o resultado econômico é visto como a melhor medida de eficácia empresarial, sendo que o desempenho dos gestores é avaliado pelo resultado econômico que atingem, em relação ao previamente estabelecido.

Uma OPS que adota rede própria de atendimento pode formar várias unidades tomando decisões desconectadas da visão do todo organizacional, sendo necessário que o modelo de apuração de resultados estabeleça, a partir da perspectiva do modelo de decisão dos gestores das áreas, uma medida única que reflita a performance das pessoas e o resultado da área.

As diversas áreas que formam uma OPS que possui rede própria de atendimento seriam avaliadas com base em seu resultado econômico, pois se espera que o volume de gastos aplicados em cada procedimento e serviço seja menor que a receita produzida.

O resultado econômico propicia uma medida do nível de contribuição, que cada área faz, para o resultado global da organização. Em vez de se tomar decisões baseadas no volume de custos que a área ou a atividade absorve, o que ocorre em quase todas as operadoras pesquisadas, se tomariam decisões baseadas no nível de eficácia produzido.

Dentro dessa perspectiva, esta dissertação propõe um modelo genérico de decisão, com as seguintes características:

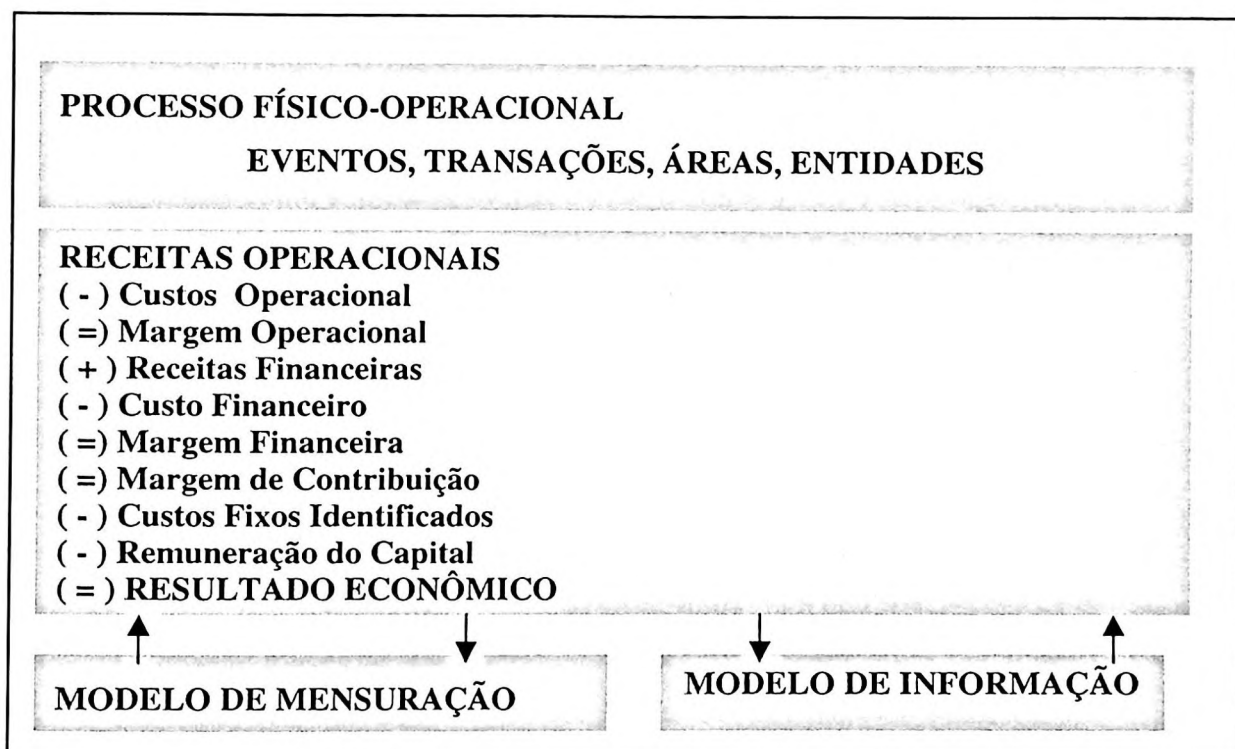


Ilustração 4.01 Modelo de Decisão Genérico

Assim, cada área tem seu próprio modelo de decisão em que, embora traduzindo o como fazer de cada setor, as decisões seguem uma perspectiva única, qual seja, o resultado econômico.

4.2 Aspectos do modelo de mensuração

O Modelo de Mensuração é o processo de atribuir valor e/ou ponderar as variáveis identificadas como relevantes para uma determinada necessidade. Para que isso se realize corretamente, a fim de que o valor atribuído ao evento seja o mais correto possível, é necessário que o modelo se utilize de conceitos que possam refletir esse objetivo, prevalecendo às técnicas que representem os atributos nos aspectos qualitativos e quantitativos do evento.

Portanto, pode-se entender que um Modelo de Mensuração é um conjunto de

procedimentos cujo objetivo é fornecer a base adequada para a mensuração de eventos, de acordo com as necessidades do modelo de gestão da empresa.

A complexidade do processo de mensuração, conforme Cruz (1991, p.43), "está na correta identificação dos atributos que se pretende relacionar e na validade do sistema numérico utilizado, como representativo da inter-relação entre os atributos dos objetos ou eventos" e, no seu entendimento, para uma melhor compreensão dessa complexidade é necessário que sejam considerados alguns requisitos como a validade ou representatividade e a confiabilidade da mensuração obtida.

Validade no sentido de garantia de que a mensuração é uma representação correta da relação real dos atributos de um evento, nos aspectos físicos e econômicos, e a confiabilidade na mensuração depende de fatores subjetivos, já que está diretamente ligada às ações e reações dos gestores individualmente, tais como: forma de interpretação de ocorrências, conhecimento e experiência do gestor sobre os atributos e eventos mensurados e seus critérios utilizados no julgamento individual.

É fundamental para o Modelo de Mensuração o estabelecimento de medidas adequadas e eficazes que expressem os objetivos empresariais como metas e os resultados como medidas de desempenho em relação a essas metas.

Conforme Cruz (1991, p.45), "o Modelo de Mensuração estrutura-se a partir das definições dos modelos de decisão e informação sobre que eventos mensurar, quais são os componentes de cada evento e quais políticas devem estar refletidas".

Portanto, pode-se entender que o Modelo de Mensuração tem origem na necessidade de se avaliar as alternativas de ação disponíveis para os gestores no seu processo de tomada de decisão e, ainda, o resultado econômico das decisões tomadas.

Neste contexto, o Modelo de Mensuração influencia o Modelo de Decisão e o Modelo de Informação, no sentido de que mensura a informação de uma determinada alternativa que servirá de base para o gestor no processo de tomada de decisão, como também é influenciado pelo Modelo de Decisão e de Informação, em relação às exigências solicitadas pelo gestor, no sentido de modificar o seu posicionamento diante de novas variáveis ambientais que podem introduzir novas demandas e incertezas no seu processo de decisão.

Percebe-se que o esforço dos estudiosos da ciência contábil e da própria ciência tem sido o de acompanhar e evidenciar, após a aplicação de regras de mensuração específicas, qual seria a variação do patrimônio líquido entre dois momentos.

Uma outra grande preocupação acadêmica gira em torno da conceituação apropriada pelo lucro. Neste trabalho, concorda-se com a abordagem dada pela gestão econômica, a mensuração do lucro, na qual são considerados os impactos dos recebimentos líquidos futuros esperados para os ativos ao invés de considerar uma visão de custos não expirados.

Neste contexto, Guerreiro (*in*: CATELLI, 2001, p. 84-85) disserta:

A principal tarefa na mensuração do lucro econômico consiste em comparar o valor capitalizado dos recebimentos líquidos futuros no início e no fim do período. O lucro somente aparece quando existe um incremento do valor capitalizado. O lucro, medido dessa forma, corresponde à quantia máxima que o proprietário da empresa pode retirar para consumo e ainda manter o capital do empreendimento intacto. O problema da mensuração do lucro é, portanto, inseparável da avaliação do ativo, (...) há muito tempo, a relação entre o lucro e o capital é parecida com a relação entre o fruto e a árvore. Como não existe dificuldade em separar o produto da árvore, então não há dificuldade em distinguir o lucro do capital que o produziu.

Acredita-se que, ao se utilizar o custo de oportunidade no preço de transferência entre as entidades funcionais de uma OPS, se estará contribuindo para a avaliação justa das áreas.

4.3 Aspectos do modelo de sistema de informações gerenciais

As empresas buscam utilizar um modelo de acumulação de identificação e acumulação de recursos que atenda às características do seu processo produtivo e às necessidades de informação dos gestores e que represente um elo entre os sistemas físicos, organizacionais e de informações. É este modelo ideal que deve ser buscado para a apuração do resultado das empresas.

O modelo proposto preocupa-se em espelhar este modelo ideal para as empresas operadoras de planos de saúde, além de respeitar a abrangência e as necessidades informativas dos gestores. Ele é composto de duas partes: o Modelo de Identificação e o Modelo de Acumulação.

4.3.1 O modelo de Identificação

Segundo Hendriksen (1999), há necessidade de identificação do momento da ocorrência da receita de uma transação, para depois associá-la aos custos incorridos para obtê-la. Tradicionalmente, o ponto de transferência é a venda; no modelo proposto ocorre a necessidade de identificação da receita quando houver agregação de recursos, e não apenas por ocasião da venda.

Parisi (1995, p.69) afirma que o modelo de identificação deve ser organizado com as seguintes funções:

- 01- **Reconhecimento da Transação** – A empresa deve ser vista como entidade econômica, capaz de gerar lucro a todo o tempo, abrangendo todas as atividades envolvidas para a geração da riqueza. O resultado deve ser apurado após cada evento que impactar o patrimônio da empresa, como compra, estocagem, manutenção, produção e venda. A realização da receita se dá quando da geração da riqueza e os custos não identificados com os produtos ou serviços devem ser reconhecidos com base na competência do período.
- 02- **Classificação da Transação** – Envolve a identificação da transação sob três aspectos: Em relação ao evento econômico (plano de eventos), em relação à natureza econômica dos recursos (plano de contas) e em relação ao destino da transação (plano de entidades).
- 03- **Registro da Transação** – Após o reconhecimento e a classificação da transação, deve esta ser registrada segundo o método de escrituração das partidas dobradas.

Todo recurso econômico consumido ou gerado pela empresa ou por uma de suas atividades está relacionado a um evento, que possui as seguintes características: alteram a situação patrimonial, são previsíveis, dizem respeito ao desempenho das organizações e seus efeitos são mensuráveis monetariamente. Os principais eventos econômicos de uma empresa estão relacionados com os objetivos fim de suas atividades como: venda, produção, finanças, compras etc.

O modelo de identificação de custos e receitas deve contemplar o plano de entidades, para propiciar o relacionamento do evento à sua unidade causadora, pois é de suma importância que o sistema seja capaz de identificar as entidades acumuladoras de custos e receitas, propiciando maior controle e possibilitando a avaliação de desempenho.

A transação deve ser classificada, dentro do modelo, segundo a natureza econômica dos recursos envolvidos, segregada em um plano de contas que deve ser

elaborado visando atender aos objetivos e premissas de apuração dos eventos, à classificação de grupos e subgrupos, conta e subcontas, com terminologia clara que indique os recursos envolvidos e com flexibilidade suficiente para acatar necessidades de alterações futuras.

4.3.2 O modelo de Acumulação

O Modelo de Acumulação é gerado a partir do Modelo de Identificação e contempla a forma de acumulação das transações através de duas funções: a) coleta e inserção de dados de forma organizada e b) armazenamento dos dados identificados segundo o evento, destino, natureza e período de tempo.

A inserção dos dados se dá exatamente através do reconhecimento, classificação e registro. A acumulação dos dados se dá através dos agentes acumuladores como evento, conta, entidade, objeto ou tempo que, na seqüência do processo de acumulação, evidenciam o resultado econômico. A seqüência do processo de acumulação de resultado pode ser assim evidenciada:

$$\boxed{\sum T = E1 \rightarrow \sum E1 = A \rightarrow \sum A = Et \rightarrow \sum Et = Em}$$

Onde:

T = Transação;

E1 = Evento;

A = Atividade;

Et = Entidade;

Em = Empresa.

Analisando a expressão acima, percebe-se que a soma das margens de contribuição das transações forma a margem de contribuição do evento; a soma das margens de contribuição dos eventos forma a margem de contribuição da atividade; a soma das margens de contribuição das atividades de um Departamento forma a margem de contribuição do Departamento; e a soma das margens de contribuições dos diversos Departamentos de uma empresa forma o resultado econômico da

empresa.

Neste trabalho, obedecendo às características operacionais de uma organização que opera planos de saúde, propõe-se um modelo que irá identificar, acumular e informar as receitas e despesas/custos e, conseqüentemente, o resultado por entidades; e a soma dos resultados de cada entidade gerará o resultado da empresa. A figura a seguir representa a visão sistêmica do modelo proposto.

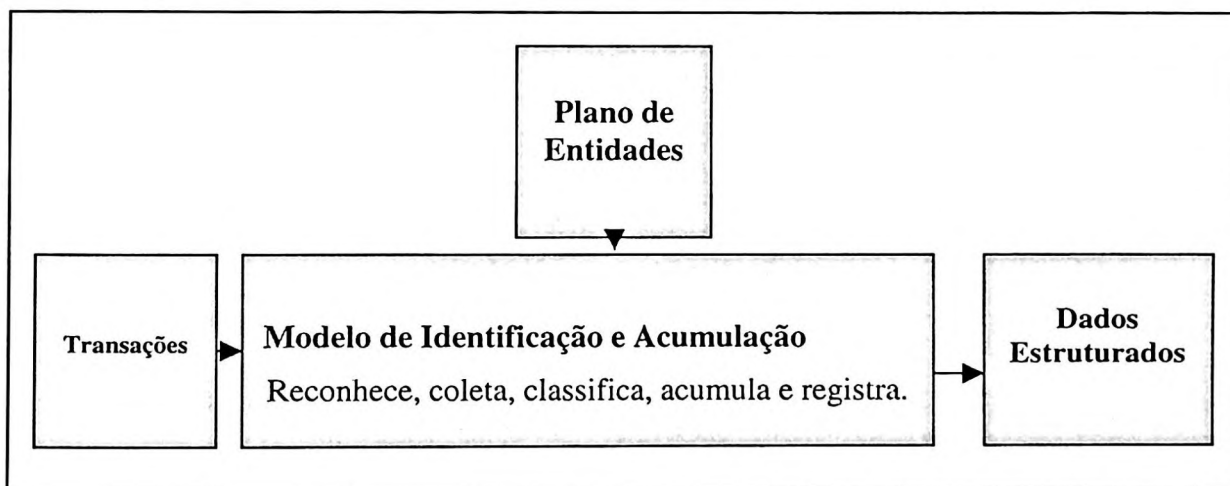


Ilustração 4.02 Planos de Entidades de uma OPS

Fonte: Adaptado de Parisi (1995, p.80)

O modelo de acumulação tem a função de acrescentar os resultados das transações aos demais objetos de avaliação no processo de gestão empresarial. Estes resultados podem ser agrupados por produtos e famílias de produtos, as margens dos eventos e transações podem ser acumuladas de forma matricial, por tipos de atendimento, se por rede própria ou rede credenciada e, ainda, por faixa etária de usuário.

As operações de uma operadora de planos de saúde são segmentadas normalmente por tipo de planos, tais como: pré-pagamento ou pós-pagamento, e por tipo de clientes, levando-se em consideração principalmente a sua faixa etária. Outra segmentação comum em empresas operadoras de planos de saúde é pelo tipo de prestação de serviços, ou seja, pela rede própria de atendimento ou pela rede credenciada. Estas segmentações indicam uma necessidade de avaliação e, portanto, a solução proposta neste trabalho é considerar cada segmentação desta como um

objeto específico de acumulação de resultados, possibilitando uma flexibilidade na análise de suas contribuições.

Assim, os atributos das diversas unidades de acumulação, quando correlacionados com os atributos das transações, definem diversas possibilidades de acumulação de resultados, sem modificar a representação da realidade físico-operacional da empresa descrita no capítulo 2 deste trabalho. Portanto, estas possibilidades de acumulação originam diversas dimensões da informação, conforme demonstrado na figura abaixo:

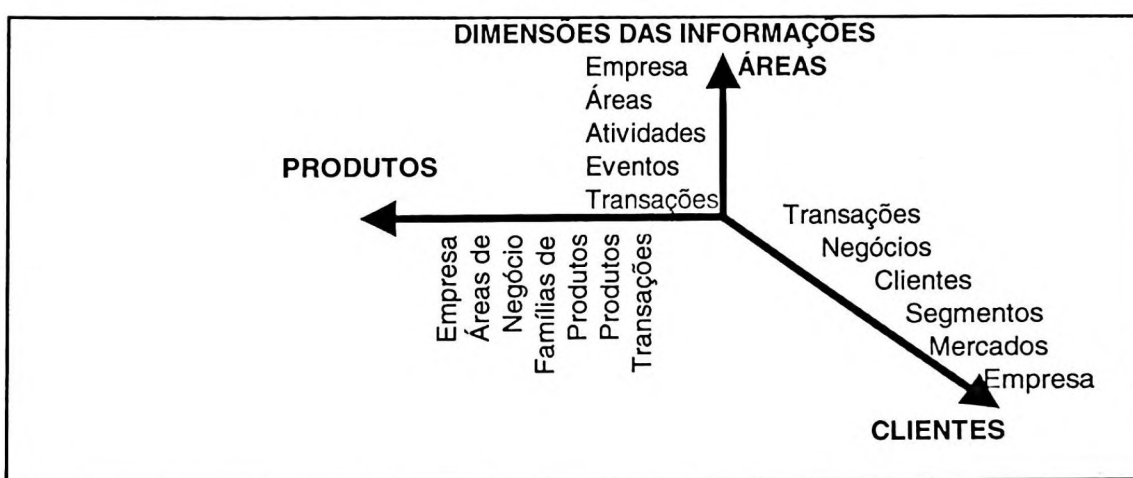


Ilustração 4.03 Várias Dimensões das Informações

Fonte: Pereira (2000, p.295)

A ilustração anterior estabelece com simplicidade a comunicação dos resultados de uma maneira que venha a favorecer o entendimento por parte dos usuários. Esta maneira simples de demonstrar a informação tem sustentação na afirmativa de Iudícibus (2000, p.77) de que uma informação "deve ser exposta da forma mais compreensível possível, para que o usuário possa, efetivamente, entendê-la e utilizá-la de forma cabal nas tomadas de decisões".

4.4 Modelo de identificação e acumulação aplicado às operadoras

Neste tópico, estabelecer-se-á o modelo de identificação e apuração de resultados para empresas operadoras de planos de saúde.

4.4.1 Definição do Plano de Entidades

O modelo de identificação de resultados deve contemplar a relação entre os recursos econômicos envolvidos numa transação e pelo menos uma entidade da empresa relacionando o evento com a sua unidade causadora e, posteriormente, localizar as variáveis desse evento e os aspectos físicos e funcionais da atividade em questão. Portanto, o conjunto de unidades causadoras e de aspectos físicos e funcionais é definido como plano de entidades.

Conforme Parisi (1995, p.75), "Entidade é qualquer unidade da empresa que tem a capacidade de acumular, por destino, custos e receitas". Analisando o conceito do autor, pode-se afirmar que uma entidade recebe e acumula resultados dos eventos ocorridos nas entidades e pode ser de natureza funcional, ou seja, um departamento, um setor ou uma área. Pode ser também um objeto como um produto, lotes de produtos, serviços próprios ou serviços credenciados.

Segundo o mesmo autor, a amplitude do plano de entidades dependerá do nível de informações desejado pelo gestor e do sistema organizacional da empresa.

O plano de entidades possui uma importância significativa relacionada com a controlabilidade e com a utilização do sistema de informações para uma gestão por resultados, pois permite não só a acumulação de custos como também de receitas, permitindo assim determinar a localização da entidade que possui melhor performance e do agente causador do evento. A ilustração a seguir estabelece o plano de entidades desenvolvido para empresas operadoras de planos de saúde.

Dimensões	Organizacional	Produtos/serviços	Usuários	Rede de Atendimento
ENTIDADES	Empresa	Planos	Faixa Etária	Hospitais
	Áreas	Plano Individual	Sexo	Clínicas
	Atividades	Plano Familiar	Estado Civil	Consultórios
	Eventos	Plano Coletivo	Região	Laboratórios
	Transações	Plano Empresarial	Categoria	Imagemologia
	-	n	n	n

Ilustração 4.04 Planos de Entidades para Operadoras de Planos de Saúde

Passar-se-á a analisar as dimensões previstas no plano de entidades estabelecido na ilustração anterior. No nível organizacional aparecem as divisões de acumulação operacional da maior entidade que é a própria empresa operadora até a menor entidade de acumulação que é a transação ocorrida.

Dentro da dimensão organizacional, este trabalho estudará e colocará uma proposta de modelo de identificação e apuração de resultados por áreas, tais como áreas de compra de materiais hospitalares, área financeira (contas a receber e a pagar), área de estocagem de medicamentos e materiais hospitalares.

No nível de produtos, aparecem, como entidades, os planos de saúde que são oferecidos por uma OPS. A aplicação do MIAR nesta dimensão é apenas até o nível de acumulação para apuração da margem de contribuição, pois é difícil identificar custos fixos aos produtos a não ser por critérios arbitrários de rateios e também não se pode remunerar o capital dos ativos disponíveis, isto sendo possível apenas por atividades, áreas e empresas.

Analogamente ao nível de produtos, o plano de entidades para uma OPS na dimensão usuários é aplicado até o nível de acumulação para obtenção da margem de contribuição. Nesta dimensão poderão ocorrer diversas segmentações para serem exploradas e demonstradas no modelo de informação (relatórios gerenciais) proposto neste trabalho.

Na dimensão rede de atendimento, o plano de entidades para a rede credenciada irá aplicar o modelo de identificação e acumulação de resultados acumulando como receita o valor de mercado que a rede cobraria quando do atendimento particular, ou seja, o maior valor de mercado, já para a rede própria será considerada como receita o valor pago à rede credenciada pela mesma prestação de serviços, ou seja, o custo de oportunidade que é a alternativa desprezada pela rede própria e se configura no mesmo valor que a operadora deveria pagar se utilizasse a rede credenciada.

Com base no plano de entidades é que se irão gerar os modelos de informações (relatórios gerenciais) estruturados por cada dimensão. A ilustração a seguir demonstra esta estrutura.

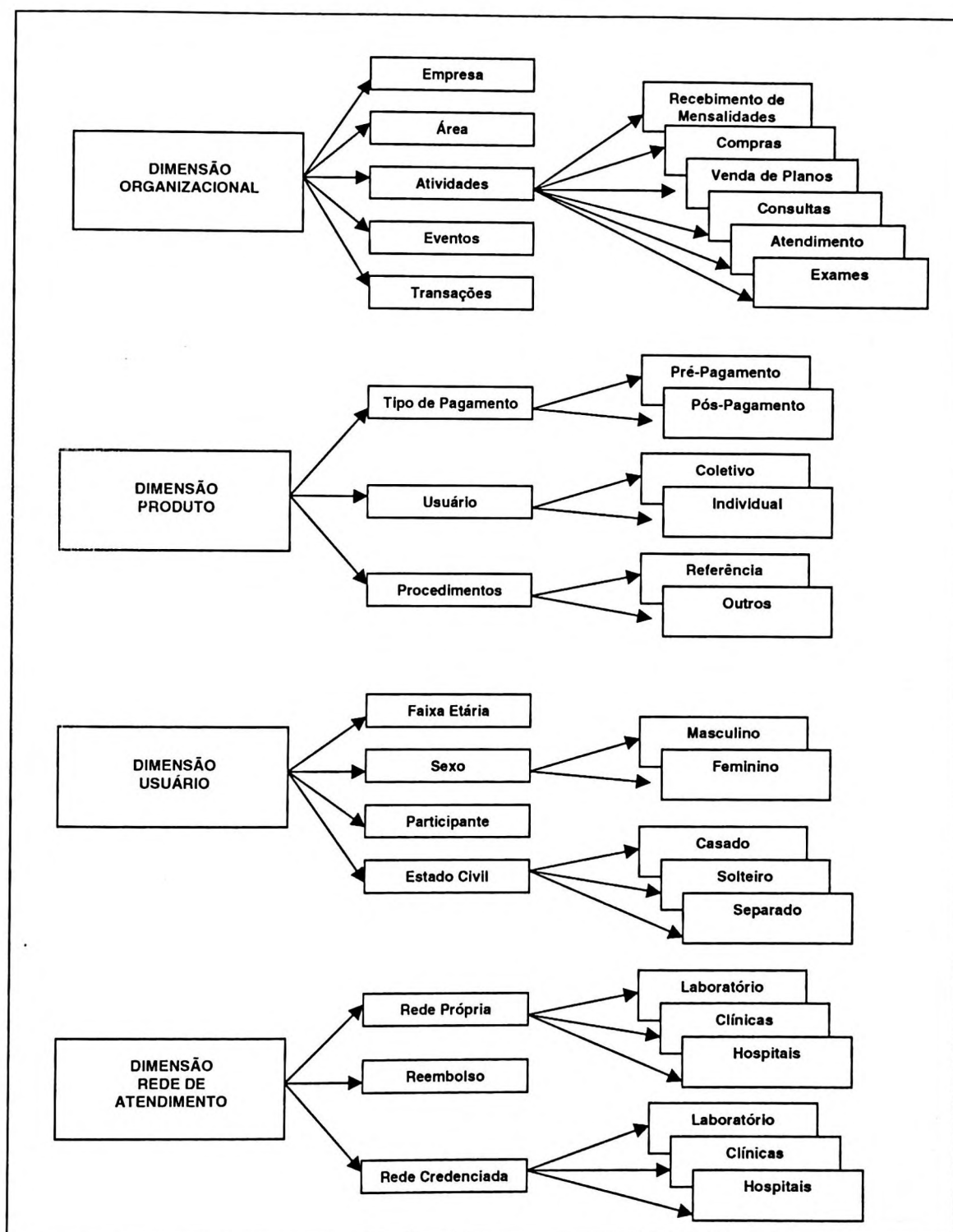


Ilustração 4.05 Estrutura do Modelo de Informações

Esta estruturação demonstra os diversos níveis com que os modelos de relatórios podem ser concebidos dentro das dimensões nas quais estão estruturadas as entidades.

4.4.2 Definição do Plano de Contas

Para elaboração de um plano de contas aplicado às operadoras de planos de saúde, sugere-se que os dados da transação devam ser classificados dentro do modelo segundo a natureza, o que é feito através do plano de contas.

A planificação das contas é uma medida necessária para a execução da classificação e registros contábeis, e ela consiste na elaboração prévia de um completo elenco de todas as contas necessárias aos registros contábeis da empresa, com sua respectiva classificação e codificação, sendo a conta, por natureza, uma unidade identificadora dos recursos, produtos e serviços.

Para elaboração de um plano de contas aplicado às operadoras de planos de Saúde, sugere-se a codificação a seguir. O plano geral de codificação prevê o emprego de 3 (três) códigos distintos e classifica as contas em 3 classes: contas de ativo, iniciadas pelo número 1; contas de passivo, pelo número 2; e contas de resultado econômico, iniciadas pelo número 3. Supondo um sistema de apuração dentro do estabelecido neste trabalho, tem-se o seguinte exemplo de parte de um plano de contas:

3	Resultado Econômico
3.1	Resultado da rede própria
3.1.1	Receita Operacional
3.1.2	Custo Operacional
3.1.3	Receita Financeira
3.1.4	Custo Financeiro
3.2	Resultado da rede credenciada
3.2.1	Receita Operacional
3.2.2	Custo Operacional
3.2.3	Receita Financeira
3.2.4	Custo Financeiro
3.3	Resultado Planos de Pré-Pgto
3.3.1	Receita Operacional
3.3.2	Custo Operacional
3.3.3	Receita Financeira
3.3.4	Custo Financeiro
3.4	Resultado Planos de Pós Pgto
3.4.1	Receita Operacional
3.4.2	Custo Operacional
3.4.3	Receita Financeira
3.4.4	Custo Financeiro

Ilustração 4.06 Plano de Contas

As contas do exemplo anterior fazem parte de um plano de contas estruturado da seguinte forma: primeiro dígito o grupo contábil, ou seja, o ativo, o passivo e o resultado econômico.

A transação, portanto, é reconhecida e classificada segundo este plano de contas, objetivando a apuração do resultado econômico. Assim, contém todas as contas contábeis a serem utilizadas no processamento e registro das informações.

4.4.3 Definição do Plano de Eventos

Um recurso econômico consumido ou gerado pela empresa, ou por uma de suas atividades, através de uma transação, deve estar relacionado a um determinado evento.

Pereira (*in*: CATELLI, 2001, p.95) assume o conceito de transação como base para a mensuração da evolução patrimonial da empresa, ao propor que os resultados econômicos da empresa sejam, também, apurados por transações.

Como já abordado na fundamentação teórica, a variação do patrimônio líquido identifica o resultado econômico de uma entidade, em determinado período.

O resultado econômico de uma entidade é apurado pelo resultado das diversas áreas de responsabilidades. Por sua vez, o resultado das diversas áreas é formado a partir do resultado das transações realizadas pelos gestores, necessárias à realização das atividades. Ao conjunto de transações denomina-se evento.

Peleias (2002, p.71) define transação como "a menor unidade geradora de resultados dentro de uma área de responsabilidade". O resultado econômico da empresa é determinado a partir do resultado econômico de todas as transações. Desta forma, a transação é uma possibilidade de ocorrência do resultado econômico, que se pode atribuir a receitas e despesas. De outra forma, pode-se afirmar que o resultado de uma área de responsabilidade é evidenciado a partir do resultado de todas as transações realizadas pela área.

A partir destes conceitos, podem-se identificar as principais transações de uma empresa Operadora de Planos de Saúde, condicionadoras da sua eficácia e que, assim, conduzem à otimização do resultado. Estas transações em seu conjunto

formam os eventos e o plano de eventos proposto neste trabalho busca identificar aqueles que impactam no resultado das OPS, para, em seguida, identificar transações relevantes.

Dentre os principais eventos ocorridos em uma operadora, podem-se destacar:

- Recebimentos das contraprestações em forma de mensalidades;
- Aplicação dos recursos recebidos;
- Compras de material de consumo;
- Venda de planos de saúde;
- Consultas e Honorários médicos e Odontológicos;
- Exames e Terapias;
- Atendimento Ambulatorial;
- Atendimento Laboratorial;
- Atendimento Hospitalar.

O plano de eventos contempla a coleção de eventos que o sistema de informações está preparado para reconhecer e tratar e representa as classes de modelos de decisão, mensuração e informações.

Depois de definidos os planos de entidade, de contas e de eventos, passar-se-á a discorrer sobre o modelo de informações para gestão econômica de empresas que atuam no segmento de saúde complementar, definindo uma matriz de acumulação dos resultados.

4.5 Modelo de informações para gestão econômica de uma OPS

O modelo de informações para uma Operadora de Planos de Saúde tem como ponto de partida a adoção dos princípios da gestão econômica e a aplicação do MIAR (PARISI, 1995), construindo, assim, um modelo possível de tomada de decisões neste tipo de organização.

4.5.1 Matriz do Modelo

Em uma operadora de planos de saúde, conforme já descrito no capítulo 2, o

usuário pode optar entre várias modalidades de planos e a Operadora pode oferecer os serviços adotando uma rede própria de atendimentos ou utilizar uma rede credenciada.

Conseqüentemente estas opções irão proporcionar custos/despesas e receitas distintas. Portanto, ao acumular os custos e receitas obedecendo a um plano de entidades, torna-se possível a obtenção dos resultados pelas dimensões previstas no item 3.4.1. A seguir demonstra-se, em diversas matrizes de acumulação, esta proposta.

Dimensão Organizacional	Empresa	Áreas	Atividades	Eventos	Transações
Receita Operacional	X	X	X	X	X
(-) Custos Operacionais	X	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X	X
Receita Financeira	X	X	X	X	X
(-) Custo Financeiro	X	X	X	X	X
(=) Margem de Contribuição	X	X	X	X	X
(-) Custo Fixo identificado	X	X	X		
(-) Remuneração do Capital	X	X	X		
(=) Resultado Econômico	X	X	X		

Ilustração 4.07 Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão Organizacional

Analisando a matriz acima que evidencia a dimensão organizacional composta, no caso desta matriz, pelas entidades empresa, áreas, atividades, eventos e transações, que é o menor nível de acumulação de resultados para se atender aos usuários. Na matriz, são acumulados os custos/despesas e as receitas de modo a propiciar uma visão completa da formação do resultado.

Nas entidades transações, eventos acumulam-se até encontrar a margem de contribuição. Nas entidades atividades, áreas e empresa é possível identificar custos fixos e remunerar o capital dos ativos disponibilizados, conforme já discutido no item 4.4.1.

Este modelo proposto de matriz destaca que o resultado da empresa é igual à soma dos resultados dos centros de responsabilidade mais o resultado das receitas e

custos não identificados com os centros de responsabilidade. No mesmo sentido, o resultado de cada centro de responsabilidade é igual à soma dos resultados das atividades por ele gerenciadas, mais o resultado das receitas e dos custos não identificados com as suas atividades.

Dimensão Produtos	Pré - Pagamento	Pós- Pagamento	Individual	Familiar	Coletivo
Receita Operacional	X	X	X	X	X
(-)Custos Operacionais	X	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X	X
Receita Financeira	X	X	X	X	X
Custo Financeiro	X	X	X	X	X
(=)Margem Financeira	X	X	X	X	X
(=)Margem de Contribuição	X	X	X	X	X

Ilustração 4.08 Matriz de identificação e acumulação de resultados – Dimensão Produtos e Serviços

A matriz de acumulação acima demonstra a acumulação dos resultados pela dimensão produtos/serviços até o nível de apuração da margem de contribuição.

Esta dimensão propicia ao gestor de uma operadora de planos de saúde saber qual a contribuição efetiva de cada produto ou serviço para a formação do resultado global e auxilia na decisão de qual produto manter e qual deve ser otimizado.

Dimensão Usuários	Faixa Etária	Sexo	Estado Civil	Região	Composição Familiar
Receita Operacional	X	X	X	X	X
(-)Custos Operacionais	X	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X	X
Receita Financeira	X	X	X	X	X
(-) Custo Financeiro	X	X	X	X	X
(=)Margem Financeira	X	X	X	X	X
(=)Margem de Contribuição	X	X	X	X	X

Ilustração 4.09 Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão Usuários

Ao se analisar a matriz pela dimensão usuário poderá ser identificada qual faixa etária mais contribui para a formação do resultado, podendo ser inclusive identificado qual sexo utiliza mais os serviços de pré-pagamento, gerando, por conseguinte, uma menor rentabilidade, ou qual sexo utiliza mais os serviços de pós-pagamento gerando mais receitas.

Dimensão Rede de Atendimento	Hospitais	Clínicas Médicas	Clínicas de Imagenologia	Consultórios	Laboratórios
Receita Operacional	X	X	X	X	X
(-) Custos Operacionais	X	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X	X
Receita Financeira					
(-) Custo Financeiro					
(=) Margem Financeira					
(=) Margem de Contribuição	X	X	X	X	X

Ilustração 4.10 Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede de atendimento (credenciada)

Em uma utilização normal do modelo de identificação e acumulação de resultados, proposto por Parisi (1995), não existiria a preocupação de identificar a receita econômica gerada através do custo de oportunidade para o seu registro, tanto na rede própria quanto na rede credenciada, logo se iria acumular apenas os custos operacionais, apurando-se uma margem de contribuição negativa.

O modelo proposto neste trabalho, inspirado no modelo de Parisi, traz uma contribuição para o seu aprimoramento, na medida em que, se baseando nos conceitos de gestão econômica, propõe o reconhecimento da receita de oportunidade baseada nos valores de mercado.

Conforme contextualizado no capítulo 3, o custo de oportunidade será utilizado como preço de transferência entre as entidades, determinando, no caso da dimensão rede de atendimento, a receita a ser reconhecida, podendo, portanto, ser identificado qual o resultado da rede própria que, no registro baseado em outros modelos de acumulação, apenas demonstra os custos incorridos na rede.

Em relação à rede credenciada, torna-se possível determinar o resultado econômico tendo em vista que, normalmente, os planos de saúde, quando do pagamento aos seus fornecedores de serviços, se utilizam de uma tabela abaixo do valor pago pelos serviços particulares, logo a diferença entre o valor pago para a rede credenciada e o valor que o cliente particular está disposto a pagar reflete um ganho pela operadora que deve ser reconhecido.

Rede Própria de Atendimento	Hospitais	Clínicas Médicas	Clínicas de Imagenologia	Consultórios	Laboratórios
Receita Operacional	X	X	X	X	X
(-) Custos Operacionais	X	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X	X
Receita Financeira					
(-) Custo Financeiro					
(=) Margem Financeira					
(=) Margem de Contribuição	X	X	X	X	X

Ilustração 4.11 Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede de atendimento (própria)

Acumular custos e receitas significa colher os dados e juntá-los de forma organizada e sistemática, com a finalidade de se obter o resultado, ou seja, de uma forma diferenciada da contabilidade dita tradicional (aquela não influenciada pelos conceitos inovadores da gestão econômica), ao invés da preocupação de se saber qual o custo do serviço ou do produto. A preocupação proposta no modelo é a de apurar qual o resultado deste serviço ou produto.

Esta forma de se pensar a contabilidade possibilita aos gestores visualizarem não apenas os custos incorridos na rede própria de atendimento, mas conhecer o resultado econômico propiciado por ela, facilitando o processo de tomada de decisões, principalmente a decisão de continuidade da prestação de serviços por este tipo de rede.

O sistema de acumulação de custos e receitas é parte integrante do sistema de informações contábeis/gerenciais de uma organização de saúde. Neste aspecto, é

essencial que as informações acumuladas sejam eficazes como elementos de suporte no sistema de gestão.

Parisi (1995, p. 46) destaca que:

Um sistema de acumulação que atenda a dimensão temporal da informação gerencial deve possibilitar ao sistema de informação a geração de apurações que levem à avaliação das alternativas de uma decisão e do valor econômico da empresa após cada decisão.

Analisando o que o autor destaca, fica evidente que, para atender a tal requisito, o sistema de acumulação deve informar de que modo, onde e quais entidades estão consumindo os recursos e quais resultados gerados. Isso deverá ser reconhecido pelo referido sistema.

O elemento fundamental para estabelecer um sistema de acumulação de custos e receitas, dentro dos conceitos de gestão econômica, é a entidade que deve ser reconhecida como a unidade consumidora de recursos, com a ocorrência dos eventos. Através de transações econômicas, transforma esses recursos e, depois, os transfere para outras entidades dentro do processo de prestação de serviços.

O verdadeiro papel do sistema de acumulação é organizar e acumular os custos e as receitas gerados pelos eventos econômicos nas suas respectivas entidades. O sistema de informação contábil/gerencial, na perspectiva da gestão econômica, contempla os aspectos operacionais, financeiros e econômicos nas atividades.

Os operacionais referem-se às questões de qualidade, quantidade e prazos. Ao consumir os recursos na realização das atividades, podem-se atribuir valores econômicos aos fatores produtivos. Estes, por sua vez, se transformam em bens e serviços, gerando benefícios, os quais caracterizam o aspecto econômico da atividade. Já o aspecto financeiro diz respeito aos fatores de prazos de pagamentos e recebimentos representados por juros que impactam o resultado da atividade.

No sistema contábil que contempla tais variáveis, a qualidade da informação é enriquecida. Mas, para que isso aconteça, todo evento precisa ser identificado e localizado, verificando-se o momento de sua ocorrência, pois impactam o patrimônio da entidade. Acrescente-se que cada evento está envolvido com uma ou mais entidades.

Para a operacionalização do sistema de acumulação proposto é indispensável considerar dois pontos básicos, quais sejam, o plano de contas e o plano de entidades.

As contas refletem acumulação de recursos. O plano de contas é um instrumento fundamental dos registros contábeis. Funciona como um indicador que ajuda a manter certa uniformidade e consistência nos registros de eventos econômicos. É o guia ordenado que reflete a incidência de um conjunto de recursos e deve atender às peculiaridades do modelo decisório do gestor.

O plano de entidades é o conjunto estruturado de unidades causadoras dos eventos econômicos. Parisi (1995, p.75) enfatiza que “a amplitude do plano de entidades dependerá do nível de informação desejado pelo gestor e do sistema organizacional adotado pela empresa”.

Uma operadora de planos de saúde necessita de informações objetivas para dar condições aos gestores de agirem de forma decisiva. As informações refletem o que acontece ou aconteceu em termos de atividades. Desse modo, possibilitam ações que contribuem para o desempenho da organização e o determinam.

Com base nestas informações recebidas é que se poderá propor uma gestão da rentabilidade para este tipo de empresa; quando se fala em rentabilidade, se fala também em resultados e, para obtê-los, tem-se de confrontar as receitas com os custos corretamente mensurados.

Pelas discussões vivenciadas através da leitura dos trabalhos que serviram de apoio bibliográfico para a elaboração deste trabalho, pode-se concluir que já não se discute mais a questão de que os problemas nas empresas não são de custos e sim de gestão.

Os custos sempre existirão. O que diferencia é a forma de tratá-los quando da apuração dos resultados, no entanto isto não significa que o modelo de identificação e acumulação proposto como auxílio ao processo de tomada de decisões não se preocupe com custos, obviamente que se preocupa, no entanto não fica resumido apenas a estes e sim aos resultados de cada entidade, ou seja, o modelo deve permitir ao sistema de apuração patrimonial refletir, com a fidelidade desejada, os aspectos físicos, operacionais e organizacionais apoiando adequadamente a gestão da entidade.

Ao se passar a discutir sobre gestão de custos, poderia ser indagado qual o custo que possui uma operadora de planos de saúde. Os custos que mais impactam uma empresa operadora de planos de saúde são os custos diretos provenientes da

assistência médico-odontológica que é oferecida em seus planos, conhecido como custos assistenciais. Porém esta dissertação focará a rentabilidade desta assistência através da aplicação de conceitos de gestão.

Gerir esta assistência não significa apenas minimizar o custo do usuário do plano de saúde através da restrição aos serviços e acesso aos especialistas, o que inclusive não é permitido por lei. Gerir a assistência significa estabelecer um modelo de informações de resultados sob a metodologia da gestão econômica, gerando relatórios que atendam aos usuários internos.

O estabelecimento deste modelo de informações passa também pelo estabelecimento de modelos de identificação, acumulação e apuração de resultados, buscando indicar níveis mais elevados de detalhes do processo de mensuração da prestação de serviço destas organizações e, em consequência, auferir os resultados com maior precisão.

O modelo proposto baseia-se em conceitos de gestão econômica, cujo objetivo é auxiliar os administradores das entidades operadoras de planos de saúde a analisarem a melhor política para que seus planos se tornem saudáveis e com vida longa, ou seja, auxiliá-los na tomada de decisão quanto ao gerenciamento ótimo dos recursos, buscando o lucro, sem deixar de lado o fator social, ou seja, continuar mantendo a qualidade em sua prestação de serviço.

O ambiente organizacional das OPS é composto de uma infinidade de variáveis que se inter-relacionam, gerando um ambiente extremamente complexo e de difícil interpretação e, principalmente, de difícil predição.

Nota-se, portanto, a grande importância da implantação de um sistema de simulações de resultados de tais entidades, a partir de conceitos de gestão econômica, que permitem um melhor tratamento da complexidade do problema e uma visão mais real das interações ocorridas entre as variáveis e as entidades acumuladoras de custos e receitas, tornando possível, assim, a adoção de políticas capazes de fazer com que seus administradores se antecipem aos fatos, de modo a minimizar os custos e ampliar a satisfação com os resultados, optando pela melhor alternativa apresentada no modelo de decisão.

No processo de controle, informações acerca dos resultados realizados, e a comparação com os resultados simulados tornam-se importantes para que os gestores

possam saber se estão atingindo de forma efetiva o que fora planejado. No entanto, cada área da empresa deverá ser avaliada por seus resultados. No caso específico de uma operadora de planos de saúde, é comum que se considerem apenas os custos das áreas da rede própria, tais como laboratórios, ambulatório, sem considerar as receitas que não foram recebidas ao se atender os usuários do pré-pagamento.

Neste modelo proposto, o que importa é o resultado que cada entidade irá proporcionar para o cumprimento da missão da empresa e, em consequência, garantir a sua continuidade. Este resultado deverá ser medido com base nos conceitos de gestão econômica, principalmente em relação ao preço de transferência entre as entidades, conceito este já apresentado no capítulo 3 deste trabalho.

Por exemplo, quando em uma operadora de planos de saúde, ao se atender através de consulta um usuário de plano de pré-pagamento na rede própria, a receita na entidade laboratório será um custo na área financeira, mensurado a valores de mercado, no caso, representado pelo valor cobrado pela rede credenciada. A ilustração a seguir demonstra este relacionamento.

Hospital		Valores Econômicos
Atendimento Pré-Pagamento	Atendimento Pós Pagamento	
1) Receitas	1) Receitas	Menor Valor de Mercado
2) Custos	2) Custos	Maior Valor de Mercado
3) Margem Operacional	3) Margem Operacional	(1-2)
4) Receita Financeira	4) Receita Financeira	
5) Custo Financeiro	5) Custo Financeiro	
6) Margem Financeira	6) Margem Financeira	(4-5)
7) Margem de Contribuição	7) Margem de Contribuição	(3-6)
8) Custos Fixos Identificados	8) Custos Fixos Identificados	
9) Remuneração do Capital	9) Remuneração do Capital	
10) Resultado Econômico	10) Resultado econômico	(7-8-9)

Ilustração 4.12 Matriz de Identificação e acumulação de resultados – Dimensão rede

Identificar e acumular os resultados, tendo como base o plano de entidades, acredita-se que seja uma boa forma de gerenciar os resultados deste tipo de empresa. Após os custos e receitas serem acumulados e o resultado apurado, o modelo proposto prevê que os resultados apresentados sejam informados aos gestores para que possam ser avaliados, comparados com o que foi orçado e que sejam tomadas as medidas corretivas visando à otimização dos resultados. Este modelo de informação será discutido nos próximos tópicos.

4.5.2 Modelo de Informação

O modelo de informações previsto nesta pesquisa baseia-se nos princípios de gestão econômica estabelecidos no capítulo 2 e se caracteriza por quatro aspectos fundamentais definidos por Guerreiro (1989) que destaca, como preponderante ao modelo de informações, estabelecer onde e como a informação é gerada, qual a informação e por que é gerada.

Neste contexto, as informações sobre os resultados em empresas operadoras de planos de saúde, no modelo aqui proposto, são geradas antes de ocorrer a prestação de serviço, ou seja, os resultados são reconhecidos no momento da ocorrência dos eventos.

A utilização deste modelo propicia a evidenciação do resultado econômico e não apenas o resultado contábil das áreas e contempla a integração dos modelos de mensuração, identificação e acumulação de ativos, receitas, custos, despesas e resultado. Para a visualização dessa perspectiva, propõe-se o esquema descrito na figura a seguir:

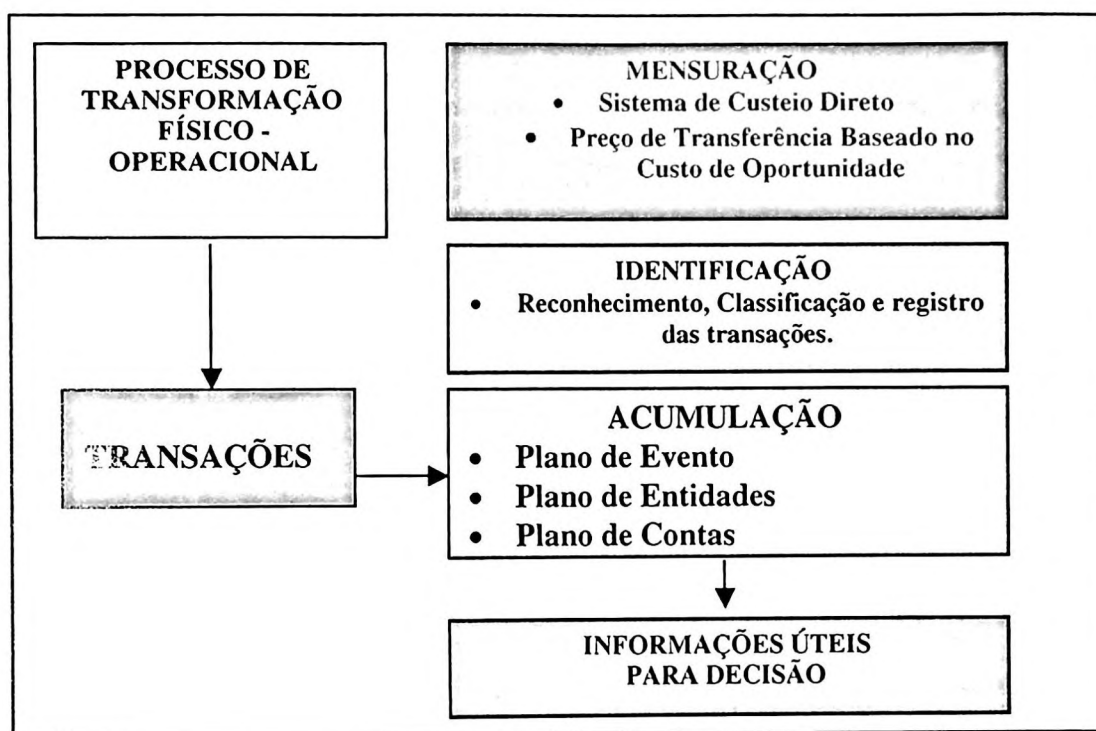


Ilustração 4.13 Modelo de mensuração, identificação e acumulação de resultados

4.5.2.1 Modelo de Informação de Resultados por entidades

O modelo de informações de custos e receitas proposto apresenta o resultado por entidade e o resultado global da operadora de modo que os gestores possam analisar o resultado obtido e a margem de contribuição encontrada em cada entidade.

Este modelo apresenta-se especificado conforme ilustração abaixo, onde se exemplifica a acumulação de custos e receitas da entidade.

Itens	Entidade 01	Entidade 02	Entidade n	TOTAL
Receitas Operacionais	X	X	X	X
(-) Custos Operacionais	X	X	X	X
(=) Margem Operacional	X	X	X	X
(+) Receita Financeira	X	X	X	X
(=) Margem Financeira	X	X	X	X
(=) Margem de Contribuição	X	X	X	X
(-) Custos Fixos Identificados	X	X	X	X
(-) Remuneração do Capital	X	X	X	X
(=) Resultado	X	X	X	X

Ilustração 4.14 Resultado por Entidades

A ilustração anterior evidencia o resultado obtido por cada entidade na dimensão organizacional, portanto demonstra-se um resultado em cada entidade pelos serviços prestados levando-se em consideração que cobraria se estes serviços fossem realizados pela rede credenciada. O modelo demonstrado anteriormente pode ser aplicado às demais entidades da organização, podendo, inclusive, serem demonstrados os resultados partindo-se de uma forma ampla para uma mais detalhada.

4.6 Modelo de informações econômico-financeiras

Neste tópico são apresentados alguns relatórios gerenciais, estabelecidos em conformidade com o modelo proposto neste trabalho, visando evidenciar informações relevantes ao processo decisório, pois, segundo Hendriksen & Van Breda (1999, p.59), o conceito de relevância “permite que se faça uma distinção útil entre informações e dados”.

Os principais relatórios gerenciais irão demonstrar o resultado da operadora de planos de saúde, com base no modelo de identificação e acumulação por entidades apresentados nos tópicos anteriores, partindo de uma visão global da empresa e se tornando mais analítico à medida que os relatórios demonstram o resultado por entidades de funcionamento.

Neste primeiro momento, examina-se o resultado considerando as entidades tipos de serviços e as entidades famílias de produtos, pois praticamente todos os produtos poderão passar pela rede credenciada ou pela rede própria, seja ele pago antecipadamente ou pago quando da utilização dos serviços.

Assim é possível correlacionar o resultado apresentado pela rede própria e o resultado apresentado pela rede credenciada, possibilitando aos gestores a visualização se a estrutura própria está trazendo resultados satisfatórios se comparado com a rede credenciada, podendo inclusive decidir sobre a sua manutenção ou não e até mesmo decisões de investimento e ampliação da rede. A ilustração a seguir demonstra a forma de apresentação destes relatórios:

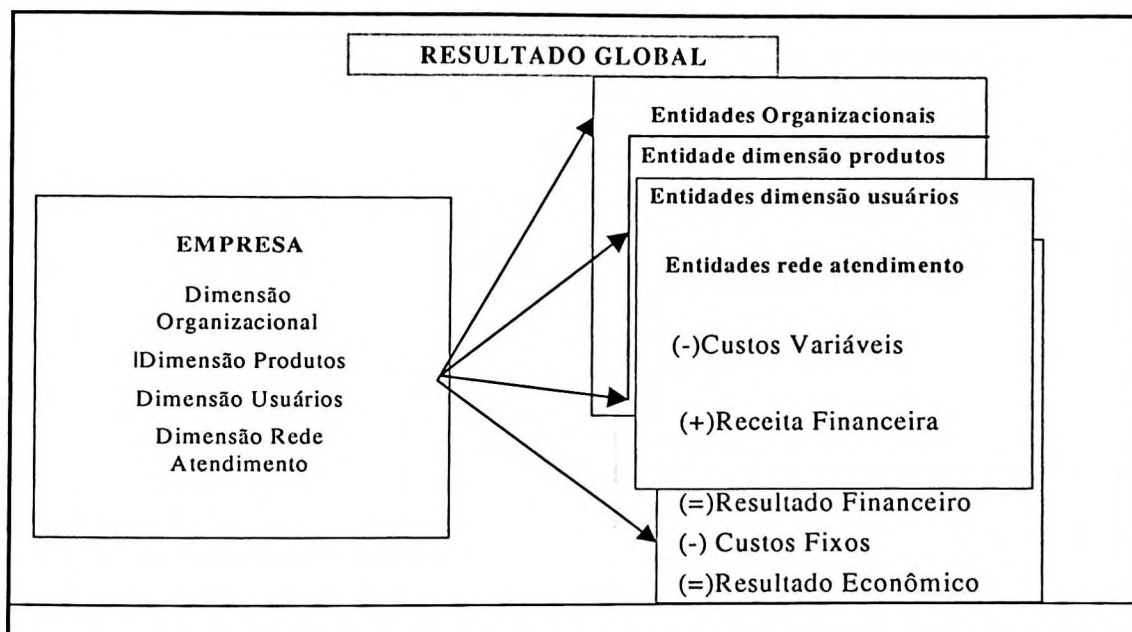


Ilustração 4.15 Resultado econômico global da operadora

A apresentação de relatórios evidenciando o resultado por entidade objetiva demonstrar o desempenho atingido por cada área da organização. Todavia, para serem compreensíveis aos usuários, além de constarem das demonstrações tradicionais, os resultados econômicos devem vir acompanhados de explicações da forma como foram obtidos.

Para facilitar este processo de compreensão, os relatórios podem partir do resultado econômico global até se tornarem os mais analíticos possíveis em relação ao plano de entidades, ou seja, partirão da entidade maior até atingir as entidades menores. Demonstrem-se, a seguir, os relatórios apresentando os resultados em cada entidade menor de uma organização operadora de planos de saúde.

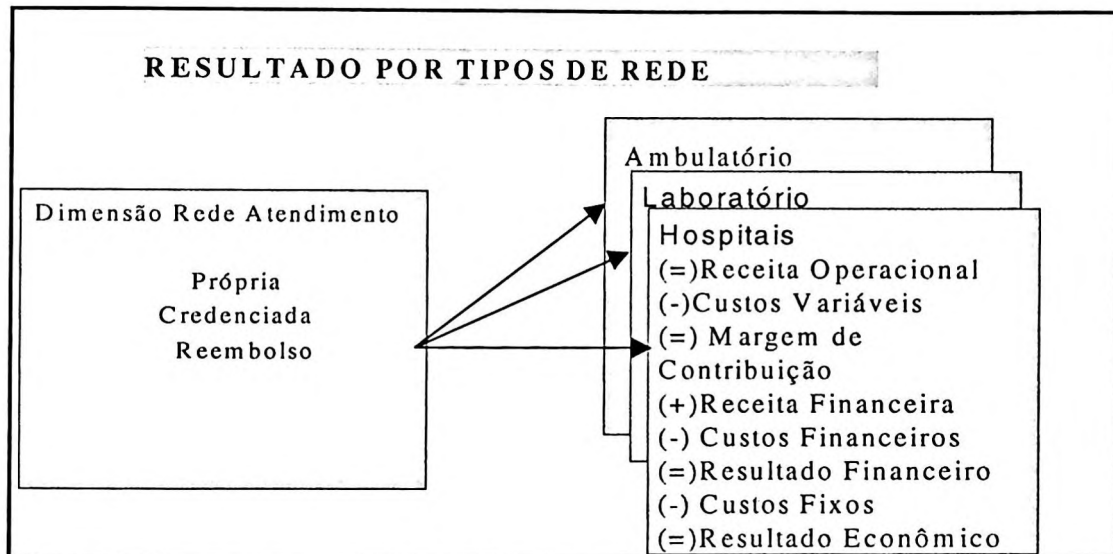


Ilustração 4.16 Resultado Econômico por Tipos de Serviços

Apresentando-se os relatórios conforme este modelo o gestor irá visualizar qual o resultado auferido pela rede de atendimento e pelas áreas que a compõem; às vezes pode acontecer de a rede própria possuir apenas uma área deficitária que esteja impactando no resultado total. Tendo isto identificado através dos relatórios gerenciais, os gestores poderão tomar as medidas cabíveis de forma mais tempestiva.

Se os gestores necessitarem, este modelo de relatório poderá informar qual o resultado econômico de uma entidade funcional que faz parte da rede própria, inclusive demonstrando por produto ou família de produtos. Os relatórios permitem a visualização pela dimensão dos produtos, ou famílias de produtos. Esta visualização fica demonstrada na ilustração a seguir.

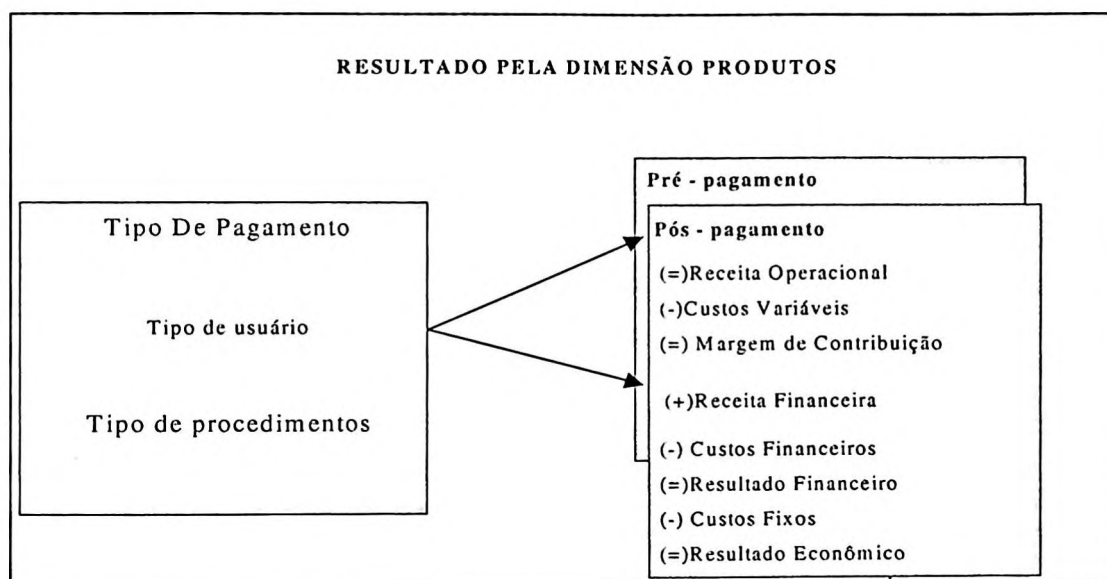


Ilustração 4.17 Resultado Econômico por Produtos

Estes relatórios, na dimensão de produtos, no caso de uma OPS, podem ainda aparecer em outras segmentações da dimensão, quais sejam, por tipo de produtos, por tipo de usuários, se individual ou familiar, e por tipo de procedimentos. As dimensões das informações serão exploradas na geração dos relatórios e estes relatórios previstos podem permitir a visualização pela dimensão dos clientes, ou seja, segmentada em idade, sexo, categoria (titular ou dependente), grau de parentesco, faixa salarial, região, conforme demonstrado na figura a seguir.

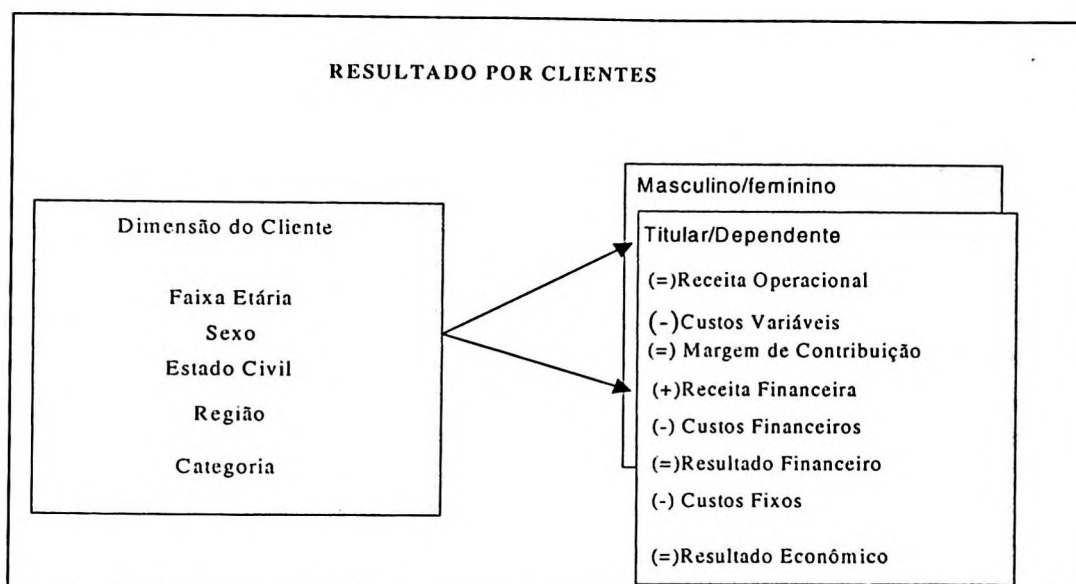


Ilustração 4.18 Resultado Econômico por Clientes

Na elaboração dos relatórios, poderá ser feito um cruzamento entre as diversas dimensões das informações, aspecto este que não será explorado neste trabalho.

Acredita-se que os relatórios propostos auxiliem na visualização do resultado das entidades funcionais de uma operadora de planos de saúde, principalmente para aquelas que possuem planos de pré-pagamento, pois as decisões sobre onde investir para garantir as obrigações provenientes das contratações são essenciais para a garantia da solvência da operadora.

O sistema de gestão da empresa exige que se tenha dados e informações que reflitam o ambiente externo e interno. Uma vez que o ambiente interno é condicionado por variáveis ambientais, o sucesso do ciclo planejamento - execução - controle fundamenta-se em ter sistemas de informações ambientais, de apoio às operações, de natureza econômico-financeira, adequadas às necessidades dos gestores nos processos decisórios.

Por isso, o sistema de informação deve ser capaz de gerar uma grande variedade de informações para uma multiplicidade de usuários internos que usarão essas informações de diferentes maneiras.

4.7 Modelo de relatórios por dimensões

Esses relatórios irão apresentar os resultados ocorridos no período, sendo os custos e receitas acumulados em conformidade com o MIAR, ou seja, pela dimensão organizacional, por produtos e famílias de produtos, por usuários e por rede de atendimento. Esses relatórios serão tratados a seguir.

4.7.1 Dimensão organizacional

Na dimensão organizacional, podem-se identificar os custos de diversos produtos, inclusive os custos fixos e acumulá-los por área, por exemplo, os custos variáveis ocorridos no hospital próprio e os custos fixos identificados não ao serviço e sim à entidade hospital.

Os relatórios que demonstram este tipo de acumulação por entidade, tanto de custos como de receitas, serão demonstrados nos quadros a seguir.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:					
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR ÁREA FUNCIONAL					
	Compras	Vendas	Atendimento	Financeira	Total
(=) RECEITA OPERACIONAL DE SERVIÇOS	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS VARIÁVEIS	X	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS FIXOS IDENTIFICADOS	X	X	X	X	X
(-) REMUNERAÇÃO DO CAPITAL	X	X	X	X	X
(=) RESULTADO ECONÔMICO	X	X	X	X	X

Ilustração 4.19 Relatórios do resultado econômico pela dimensão organizacional – Áreas funcionais

Este relatório contempla o modelo de decisão e de mensuração aplicados às diversas áreas e possibilita a visualização não só do resultado de cada área, que é o seu principal objetivo, bem como apresenta os valores das receitas, dos custos

variáveis dos serviços prestados, a margem de contribuição auferida, os custos fixos identificados e a remuneração do capital investido pelos acionistas.

Com este relatório os gestores podem avaliar os resultados apresentados por cada área da empresa, destacando-se as receitas, os custos e a margem de contribuição, pois poderá ocorrer, em uma OPS, uma avaliação injusta das áreas pela simples falta de informações, como, por exemplo, o resultado gerado pela área de compras. Este papel de gerar informações não pode ser imputado a outras áreas do conhecimento, como a área de tecnologia e de sistemas, a responsabilidade de geração destas informações é, sem dúvida alguma, da contabilidade, as outras áreas poderão suprir a contabilidade com as ferramentas para facilitação do processo, mas nunca assumirem a responsabilidade pela concepção e geração das informações.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:						
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR ÁREA FUNCIONAL						
	Realizar Consultas	Realizar Exames Complementares	Internar Usuários	Autorizar Atendimentos	Atv n	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL DE SERVIÇOS	X	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS VARIÁVEIS	X	X	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA	X	X	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA	X	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS FIXOS IDENTIFICADOS	X	X	X	X	X	X
(-) REMUNERAÇÃO DO CAPITAL	X	X	X	X	X	X
(=) RESULTADO ECONÔMICO DA ÁREA	X	X	X	X	X	X

Ilustração 4.20 Relatório do resultado econômico pela dimensão organizacional – Atividades

Este relatório evidencia o resultado econômico obtido pelas atividades desenvolvidas pela Operadora no desempenho de sua missão. Através destes modelos propostos o gestor irá conhecer o resultado de cada atividade podendo analisar se o mesmo é favorável, que tipo de atividade deve ser terceirizada, pois, neste nível, é possível identificar de uma forma direta os custos fixos da atividade sem a utilização de critérios arbitrários.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:				
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR ÁREA FUNCIONAL				
	Evento 01	Evento 02	Evento n	Total
(=) RECEITA OPERACIONAL DE SERVIÇOS	X	X	X	X
(-) CUSTOS VARIÁVEIS	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X
(-) CUSTOS FIXOS IDENTIFICADOS				
(-) REMUNERAÇÃO DO CAPITAL				
(=) RESULTADO ECONÔMICO DA ÁREA				

Ilustração 4.21 Relatórios de resultado econômico pela dimensão organizacional – Eventos

Este trabalho não irá se aprofundar ao nível de acumulação por eventos, no entanto o modelo propõe um relatório que evidencia a margem de contribuição de cada evento, sem, contudo, evidenciar o seu resultado.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:				
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR ÁREA FUNCIONAL				
	Trans.01	Trans.02	Trans.n	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL DE SERVIÇOS	X	X	X	X
(-) CUSTOS VARIÁVEIS	X	X	X	X
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA				
(-) CUSTO FINANCEIRO				
(=) MARGEM FINANCEIRA				
(=) MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO DA ÁREA				
(-) CUSTOS FIXOS IDENTIFICADOS				
(-) REMUNERAÇÃO DO CAPITAL				
(=) RESULTADO ECONÔMICO DA ÁREA				

Ilustração 4.22 Relatório do resultado econômico pela dimensão organizacional - Transações

Sendo o evento a soma de diversas transações e, como estabelecido anteriormente, este trabalho não evidenciará a acumulação em nível de eventos, por conseguinte, também não demonstrará a acumulação de resultados por transações,

mas apenas relatórios demonstrando a margem de contribuição obtida em cada transação.

4.7.2 Dimensão Produtos e Famílias de Produtos

Na dimensão produtos e famílias de produtos é demonstrado o resultado de cada produto, no entanto os custos fixos não são identificados aos produtos e sim apura-se a margem de contribuição de cada produto, conforme as ilustrações a seguir.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:		
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR PRODUTOS		
	Plano Pré-Pagamento	Plano Pós-Pagamento
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO		
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL		
(=) RESULTADO ECONÔMICO		

Ilustração 4.23 Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Tipo de Pagamento

Com este relatório pode-se visualizar se os produtos e famílias de produtos estão trazendo resultado positivo ou se estão dando prejuízo. Muitas vezes, um produto é concebido, o cálculo de sua precificação é efetuado na época do seu planejamento, o mesmo é lançado no mercado, porém os gestores utilizam o conhecimento empírico, a experiência acumulada para tomar decisões sobre rentabilidade destes produtos, decisões baseadas em “achismos” ou apenas em custos unitários.

Este relatório demonstra a participação de cada produto na formação do resultado, ou seja, a sua margem de contribuição para o pagamento dos custos estruturais. Ora, conhecida a margem do produto, o foco passa a ser a alavancagem

de sua venda, se por planos de pré-pagamento, e a utilização dos serviços, se se tratar de pós-pagamento.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:					
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR PRODUTOS					
	Individual	Coletivo	Empresarial	Familiar	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO					
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL					
(=) RESULTADO ECONÔMICO					

Ilustração 4.24 Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Forma de Contratação

Esta segmentação propicia uma visualização da margem de contribuição por tipo de produtos segmentado pela forma de contratação, demonstrando ao gestor qual modalidade deve ser otimizada.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:				
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR PRODUTOS				
	Municipal	Estadual	Nacional	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO				
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL				
(=) RESULTADO ECONÔMICO				

Ilustração 4.25 Relatório do Resultado Econômico por Produtos – Tipo de Cobertura

Este relatório é importante, uma vez que demonstra os resultados por abrangência geográfica, o que poderá facilitar a decisão sobre qual tipo de cobertura

deve ser incentivada, pois pode ocorrer que, embora a cobertura seja nacional, a utilização fora do município seja pequena a ponto de compensar a alavancagem deste tipo de produto ou, ao contrário, este relatório poderá evidenciar que a melhor rentabilidade seja a dos planos cuja cobertura se restrinja apenas ao município.

4.7.3 Dimensão clientes

O relatório, nesta dimensão, pode ser segmentado por diversas características dos clientes, tais como faixa etária, sexo, categoria, grau de parentesco, faixa salarial, local de residência. Em uma operadora de planos de saúde torna-se de muita importância conhecer que tipo de segmentação de cliente está trazendo melhor rentabilidade para a organização, bem como detectar aqueles cuja rentabilidade está crítica. Estas segmentações estão demonstradas no quadro a seguir.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:					
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR CLIENTES					
	0-17 anos	18-29 anos	30-39 anos	...	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO					
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL					
(=) RESULTADO ECONÔMICO					

Ilustração 4.26 Relatório do Resultado econômico por tipos de Clientes- Faixa Etária

Neste tipo de relatório, apresenta-se o resultado obtido por faixa etária, podendo ser usado como justificativa para solicitação de reajuste de preços junto à agência reguladora, além de ser utilizado na tomada de decisões para qual tipo de usuário direcionar a propaganda de vendas.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:			
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR CLIENTES			
	Masculino	Feminino	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X	X

Ilustração 4.27 Relatório do Resultado Econômico por tipos de Clientes-Sexo

O relatório anterior demonstra a contribuição dos clientes na formação do resultado por sexo, podendo ser combinado com faixa etária, estado civil, tipo de participante, podendo servir para o acompanhamento dos custos e rentabilidade na dimensão clientes.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA - PERÍODO:				
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR CLIENTES				
	Solteiro	Casado	Divorciado	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO				
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL				
(=) RESULTADO ECONÔMICO				

Ilustração 4.28 Relatório do Resultado Econômico por tipos de Clientes-Estado Civil

Este relatório por estado civil possibilita analisar quais são os clientes que mais utilizam os serviços de assistência médica.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO ECONÔMICA					
RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO POR CLIENTES					
	Titular	Dependente	Agregado	Designado	TOTAL
(=) RECEITA OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(-) CUSTOS OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(=) MARGEM OPERACIONAL	X	X	X	X	X
(+) RECEITA FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FINANCEIRO	X	X	X	X	X
(=) MARGEM FINANCEIRA	X	X	X	X	X
(=) MARGEM CONTRIBUIÇÃO	X	X	X	X	X
(-) CUSTO FIXO IDENTIFICADO					
(-) REMUNERAÇÃO CAPITAL					
(=) RESULTADO ECONÔMICO					

Ilustração 4.29 Resultado econômico por tipos de Clientes -Participante

Este relatório da ilustração anterior possibilita ao gestor acompanhar a utilização por tipo de participante, onde poderá demonstrar se a utilização está mais concentrada no titular do plano ou nos demais participantes.

Estes relatórios permitem avaliar as tomadas de decisão relativas aos eventos e transações das áreas de responsabilidades ou entidades funcionais, evidenciam os efeitos das opções sobre os volumes de serviços e tipo de atendimento, as receitas e custos a elas associados e as suas implicações no resultado econômico. Estes relatórios demonstram as margens de contribuições propiciadas pelos eventos e transações, demonstrando as variações ocorridas em função dos resultados esperados pela experiência da empresa.

Os relatórios gerenciais propostos para serem implantados nas operadoras de planos de saúde da região pesquisada irão contemplar as utilizações feitas pelos usuários dos diversos tipos de planos: individuais, coletivos; por tipo de beneficiário: exposto, não exposto, exposto não beneficiário e consolidado por operadora.

Neste capítulo foi proposto um modelo de informações para gestão das operadoras de planos de saúde, que identifica e acumula as receitas e custos, e conseqüentemente os resultados por entidades, modelo este específico para estas empresas, tendo-se como referencial os conceitos de gestão econômica, destacados no terceiro capítulo deste trabalho.

Portanto, modelos de informações que possibilitem uma análise do resultado por parte dos gestores se tornam de grande importância para eles e para a continuidade deste tipo de empresa.

Os modelos de relatórios foram divididos em conformidade com as dimensões de acumulação propostas no modelo de identificação e acumulação de resultados.

Estes modelos propostos visam que as informações sejam mais precisas e consistentes ou, no mínimo, melhores do que as existentes na contabilidade das operadoras pesquisadas, conforme ilustração a seguir, pois são elaborados com as informações segmentadas por áreas e, por conseguinte, conseguem diminuir a exigência de tempo para a sua geração.

Implantação do modelo proposto	Manutenção do modelo existente
1- O resultado será apurado por área	1- O resultado é global
2- Possibilita a avaliação dos gestores por sua responsabilidade	2- A avaliação é feita no geral
3- Definições de autoridade e responsabilidade	3- Indefinições de autoridade e responsabilidades
4- As estratégias podem ser traçadas por área	4- As estratégias são gerais
5- Maior descentralização de autoridade	5- Maior centralização de autoridade
6- Apuração de resultados por área	6- Apuração de custos e despesas é feita no geral
7- As informações são mais precisas e consistentes	7- As informações não são precisas e consistentes

Ilustração 4.30 Benefícios pretendidos com a proposição do modelo

CONCLUSÃO

Tendo em vista a inquietação surgida a partir da observação de uma operadora de planos de saúde que se utilizava das informações contábeis intempestivamente e apenas para atender aos aspectos legais, procurou-se detectar, efetuando uma pesquisa para conhecer a realidade vivida pelas empresas operadoras de planos de saúde situadas na região Centro-Oeste do Brasil, como se dá a integração e o relacionamento entre a contabilidade e essas empresas.

A pesquisa realizada demonstrou que, entre outros aspectos, a informação contábil deixava muito a desejar. Em vista disso, a contribuição deste trabalho foi no sentido de apresentar uma proposta de modelo de informações que atendessem às necessidades diagnosticadas na pesquisa efetuada.

Espera-se que o modelo proposto neste trabalho contribua com o objetivo de gerar informações úteis voltadas aos usuários internos das operadoras de planos de saúde, delimitadas nesta pesquisa, na medida em que a proposta permite identificar resultados pelas dimensões: organizacional, produtos e serviços, usuários e rede de atendimento.

Estas informações propiciarão aos gestores uma análise da realidade e uma tomada de decisões mais confiáveis.

Conclui-se que a contribuição desta dissertação foi a de estruturar um modelo de identificação, acumulação e informações de resultados às atividades de serviços de suplementação à saúde.

O modelo foi elaborado considerando que o resultado da empresa representa a soma dos resultados obtidos pelas atividades específicas desenvolvidas pelas entidades funcionais, e o resultado econômico o que melhor representa a variação no valor das organizações em determinada data.

O modelo de informação proposto evidencia o resultado econômico individual das áreas da empresa e o quanto cada uma dessas áreas ofereceu para a formação do resultado global da organização, sendo esta uma das contribuições da contabilidade para o processo decisório das empresas, e que apresenta, como consequência, uma melhoria nos serviços para os seus clientes.

Este modelo responde à questão de pesquisa na medida em que estabelece, como informações de natureza econômica (capazes de mudar a gestão de uma operadora de planos de saúde), aquelas que refletem o resultado segmentado pelas dimensões organizacional, do produto e do cliente, considerando o custo de oportunidade como preço de transferência entre as áreas e, principalmente, a sua utilização para remunerar as atividades desenvolvidas pela rede própria quando do atendimento de usuários de planos pré-pagos.

Os objetivos, tanto gerais como específicos, foram atingidos, pois o modelo de informação foi materializado em forma de relatórios gerenciais e, embora não se tenha aprofundado sobre mensuração, foi demonstrada a forma como identificar e acumular os resultados, através do plano de entidades.

Dentre os novos pensamentos surgidos na tentativa de melhorar os relatórios contábeis, adotou-se, neste trabalho, a base conceitual da gestão econômica com enfoque na segmentação dos relatórios por dimensões de informações, cujo principal objetivo é a otimização do resultado da empresa OPS como um todo, a partir da otimização do resultado de cada área ou entidade.

Tendo em vista que o modelo de informações existente mostra-se limitado para apoio à decisão gerencial, considera-se que o modelo proposto gera inúmeros benefícios, principalmente pela consistência, confiabilidade e oportunidade de informações que permitem maior nível de delegação de autoridade sem perda de controle.

Desta forma, este trabalho, levando em conta sua fundamentação teórica, procura fazer com que gestores e contadores reflitam sobre a apuração de resultados por dimensões, com base nos conceitos de gestão econômica, atendendo às necessidades informativas para a tomada de decisão. Busca-se, assim, dar uma contribuição efetiva para o desenvolvimento das organizações operadoras de planos de saúde.

A necessidade da empresa pesquisada através do estudo de caso em conhecer os resultados de cada plano e de decidir sobre a manutenção ou não da rede própria de atendimento pode ser respondida quando da aplicação efetiva do modelo proposto, pois alguns resultados podem ser alcançados pela operadora que dele se utiliza, tais como: a otimização de uso dos recursos existentes, uma situação

otimizada de sinergia empresarial, um saudável clima competitivo interno, maior facilidade de análise e de atuação sobre o ambiente operacional e, ainda, a possibilidade de formulação de estratégias, incluindo a de manutenção de rede de atendimento própria e de planos.

Alguns custos, embora sejam indiretos em relação ao produto, podem ser diretamente atribuíveis em relação às áreas ou às classes de serviços e produtos sem necessidade de utilização de critério subjetivo de rateio. Esse custo será mantido em termos totais, identificados globalmente com a entidade, porém sem jamais ser rateado às unidades individuais de serviços ou de um produto. Exemplos destes custos:

1. Depreciação das máquinas e equipamentos da rede própria de atendimento;
2. Custo fixo indireto em relação aos vários tipos de planos, mas diretamente atribuível ao hospital ou laboratório;
3. Material indireto usado no ambulatório;
4. Mão-de-obra indireta usada nos vários departamentos da OPS.

A determinação mais precisa do resultado das áreas é proporcionada pela possibilidade de se identificar os custos fixos às áreas.

Desta forma, acredita-se que o modelo proposto, ao apurar o resultado obtido em cada entidade funcional que compõe uma OPS, oferece importante contribuição ao processo de gestão, pois possibilita uma visão abrangente do resultado global e por áreas destas organizações, resultado que contempla a utilização de conceitos inovadores antes não utilizados. Entretanto, o setor carece de mais trabalhos acadêmicos na área administrativa, enfocando principalmente a gestão dos riscos atuariais e as relações entre as operadoras e prestadores de serviços.

BIBLIOGRAFIA

ACKOFF, Russel L. *Planejamento Empresarial*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1975.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. *O seguro saúde privado no Brasil*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Ensp/ Fiocruz, 1991.

ANSOFF, H. Igor. *Estratégia Empresarial*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

ARANTES, Nélio. *Sistemas de Gestão Empresarial: Conceitos Permanentes na Administração de Empresas Válidas*. São Paulo: Editora Atlas, 1994 (1998).

BENEDICTO, Gideon Carvalho de. *Contribuição ao estudo de um sistema de Contabilidade Gerencial para uma gestão eficaz das Instituições de Ensino*. São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo – USP, 1997.

BEUREN, Ilse Maria. *Modelo de Mensuração do Resultado de Eventos Econômicos Empresariais: Um enfoque de sistema de informação de gestão econômica*. São Paulo. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo - USP, 1994.

BOGDAN, Roberto, BIKLEN, Sari. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria dos métodos*. Coleção Ciência da Educação. Portugal, Porto: Porto Editora, 1996.

BOGNAR, Sônia Regina. *Contribuição ao Processo de determinação de preços sob os aspectos de Gestão Econômica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo – USP, 1991.

CATELLI, Armando (Coordenador). *Controladoria: Uma abordagem da gestão econômica – GECON*. 2º ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. *Análise de Custos*. Site Cuiabá (anotações de sala de aula), 2002.

CATELLI, Armando, GUERREIRO, Reinaldo. Uma Análise Crítica do Sistema ABC - *Activity Based Costing*, *Boletim IOB*. 39/94, São Paulo: 1994.

_____. Sistema de informação de gestão econômica: uma proposta para mensuração contábil do resultado das atividades empresariais. *Boletim do Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo*, nº 98, ano XXX, p.10-12, São Paulo, Set.1992.

_____. *Seminário Sobre Gestão Econômica de Empresas - GECON*. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 1995.

COGAN, Samuel. *Custos preços: formação e análise*. São Paulo: Pioneira, 1999.

CRUZ, Rozany Ipaves. *Uma Contribuição à definição de um modelo conceitual para a Gestão Econômica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1991.

CZAPSKI, Julian D. *Planos de Pré-Pagamento de assistência médica e saúde pública*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública - FSP, Universidade de São Paulo - USP, 1971.

A debilidade financeira aflige e enfraquece os planos de saúde. *Folha de São Paulo*. 03.02.2003.

FERNANDEZ, José Dominguez. *Estudo de um Modelo Integrado de Informações Econômico Financeiras e sua Integração com o Processo Decisório*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1989.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2002.

FILHO, Cláudio Bertolli. *História da Saúde Pública no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

FLORENTINO, Américo Matheus. *Auditoria Contábil*, Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1975.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDRATT, Eliyahu M. *A síndrome do Palheiro: Garimpando informação num oceano de dados*. São Paulo: C. Fullmann, 1991.

GONÇALVES, Ernesto Lima. *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1983.

GUERREIRO, Reinaldo. *Modelo conceitual de sistema de informação de Gestão econômica: Uma contribuição à teoria da Comunicação da Contabilidade*. São Paulo. Tese de doutoramento. Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1989.

_____. Mensuração do resultado econômico. *Caderno de estudo da FIPECAFI*. São Paulo: FEA/USP, 1991.

_____. *A teoria das Restrições e o sistema de Gestão econômica: Uma proposta de integração conceitual*. São Paulo. Tese de Livre Docência-Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1995.

GUERREIRO, Reinaldo. *A Meta da empresa: seu alcance sem mistérios*. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERREIRO, Reinaldo. *O desafio Gerencial da Criação de Valor Sustentável em Entidades Previdenciárias* - FEA, Universidade de São Paulo, 2003.

HENDRIKSEN, Eldon S., VAN BREDA, Michael F. *Teoria da Contabilidade*. Tradução da 5ª edição americana por Antônio Zoratto Sanvincente, São Paulo: Atlas, 1999.

HORNGREN, Charles T.; FOSTER, George; DATAR, Srikant M. *Contabilidade de custos*. Trad. José Luiz Paravato – 9ª. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000. cap. 1, p. 1-17.

IRION, João Eduardo. *Cooperativismo médico: Unimed*. 2ª ed. Santa Maria: Grafos, 1999.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. *Teoria da Contabilidade*. 1º edição. São Paulo: Atlas, 2000.

JOHNSON, H. Thomas & KAPLAN, Robert S. *Contabilidade Gerencial: A restauração da relevância da Contabilidade nas empresas*. São Paulo: Editora Campus, 1993.

KAPLAN, Robert S. One Cost System Isn't Enough. *Harvard Business Review*, p.61-66, Jan-Fev.1988.

KAPLAN, Robert S., NORTON, David P. *A Estratégia em Ação - Balanced Scorecard*, Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAPLAN, Robert S., COOPER, Robin. *Custo e Desempenho: Administre seus custos para ser mais competitivo*. São Paulo: Futura, 1998.

KOHN, Mervin. *Dynamic Managing: Principles, Process, Practice*. Menlo Park, Cal: Cummings Publishing, 1977.

KOTLER, Philip, ARMSTRONG, Gary. *Princípios de Marketing*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

LUDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

MARTINS, Gilberto de Andrade. *Manual para elaboração de dissertações e teses*. São Paulo: Atlas, 1998.

MARTINS, Gilberto de Andrade & LINTZ, Alexandre. *Guia para Elaboração de Monografia e Trabalhos de Conclusão de Curso*. São Paulo: Atlas, 2000.

MAURO, Carlos Alberto. *Preço de Transferência Baseado no Custo de Oportunidade: Um Instrumento para Promoção da Eficácia Empresarial*. São Paulo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1991.

MAXIMIANO, Antônio César Amaru. *Introdução à Administração*. 4ª.ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

MÉDICE, André Cezar. *A medicina de grupo no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, Representação do Brasil, 1991.

MOREIRA, Daniel Augusto. *Medida da produtividade na Empresa Moderna*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1991.

MOSIMANN, Clara Pellegrinello, ALVES, Osmar de C., FISCH, Silvio. *Controladoria: Seu papel na administração de empresas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993.

NAKAGAWA, Masayuki. *Estudo de alguns aspectos de Controladoria que contribuem para a eficácia gerencial*. São Paulo. Tese de Doutorado – Faculdade de Economia e Administração - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1987.

_____. *Gestão Estratégica de Custos: Conceitos, Sistemas e Implementação*. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. *Introdução a Controladoria: conceitos, sistemas, implementação*. São Paulo: Editora Atlas, 1993.

_____. *ABC: Custeio Baseado em Atividades*. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

OLIVEIRA, Antonio Benedito Silva (Coordenador). *Métodos técnicos de pesquisa em contabilidade*. São Paulo: Saraiva, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A. Araújo, TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica*. In: GUIMARÃES, Reinaldo. *Saúde e medicina no Brasil*. 3ª ed. S.l.Graal, 1981.

OLIVEIRA & PEREIRA. Preço de transferência no sistema de gestão econômica: uma aplicação do conceito de custo de oportunidade. Disponível na internet em: <www.gecon.com.br> . Acesso em 19.02.2003.

PADOVEZE, Clóvis Luis. *Contabilidade Gerencial – um enfoque em sistema de informação contábil*. São Paulo: Atlas, 2000.

PARISI, Cláudio. *Uma contribuição ao estudo de modelos de identificação e acumulação de resultado*. São Paulo. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FEA, Universidade de São Paulo - USP. 1995.

PELEIAS, Ivan Ricardo. *Avaliação de Desempenho: Um enfoque de Gestão Econômica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1992.

_____. *Controladoria: Gestão eficaz utilizando padrões*. São Paulo: Saraiva, 2002.

PEREIRA, Carlos Alberto. *Estudo de um Modelo Conceitual de Avaliação de Desempenhos para Gestão Econômica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1993.

_____. *Contribuição à elaboração de um Modelo de Mensuração aplicado aos modelos de decisão dos principais eventos econômicos de Instituições Financeiras*. São Paulo. Tese de Doutorado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 2000.

PONTE, Vera Maria Rodrigues. *Uma Contribuição à Formulação de um modelo de apuração de resultado de redes de varejo: Uma abordagem de gestão econômica*. São Paulo. Tese de Doutorado – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 2001.

POPPER, Karl R. *A lógica da descoberta científica*. São Paulo: Cultrix, 1972.

PORTER, Michel E., *Estratégia Competitiva: Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência*. 7a. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

PORTER, Michel. *A Vantagem Competitiva das Nações*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

RIBEIRO FILHO, José Francisco: *Modelo Gerencial para eficácia de Hospitais públicos – Análise no âmbito de uma entidade de ensino e assistência*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FEA, Universidade de São Paulo - USP. 2002.

RICCIO, Edson Luiz. *Uma contribuição ao estudo da contabilidade como sistema de informação*. São Paulo. Tese de Doutorado em Contabilidade. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FEA da Universidade de São Paulo - USP, 1989.

ROSS, Stephen A., WESTERFIELD Randolph W., JAFFE, Jeffrey F. *Administração Financeira - Corporate Finance*. São Paulo: Atlas, 1998.

ROSSETI, José Paschoal. *Introdução a Economia*. 18ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

RUIZ, João Álvaro. *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTOS, Joel J. *Análise de custos*. São Paulo: Atlas, 2000.

STOPFORD, John. O Piloto e a Turbulência. *Gazeta Mercantil, Mastering Management*, Domínio da Administração nº 20. São Paulo, 08.01.1998.

TORO da SILVA, José L. *Comentários a Lei dos Planos de Saúde*. Porto Alegre, Síntese Editora, 1998.

VASCONCELOS, Marco Túlio de Castro. *O processo de gestão de finanças sob a ótica da Gestão Econômica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FEA, Universidade de São Paulo - USP, 1994.

WELSCH, Glenn A. *Orçamento Empresarial: Planejamento e Controle do Lucro*. São Paulo: Editora Atlas, 1981.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 2^a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

GLOSSÁRIO

Autogestão: Trata-se de empresa que oferece plano a seus empregados, arcando com sua administração, custo e risco.

Avaliação de desempenho: É voltada à apuração do desempenho quanto aos resultados das áreas da organização, diante dos objetivos estabelecidos.

Cooperativa Médica: empresa que comercializa e opera planos de saúde, sendo constituída sob a forma de cooperativa, com os seus instituidores sendo médicos e oferecendo seus serviços médicos aos usuários.

Custos fixos identificados com serviço e família: Os custos fixos identificados dizem respeito ao consumo de recursos fixos, ou seja, que não varia com o volume de produção de serviços, mas que pode ser identificado direta e objetivamente com a classe de serviço sem necessidade de utilização de critério subjetivo de rateio. Esse custo será mantido em termos totais, identificado globalmente com a classe ou família de serviço, porém sem jamais ser rateados às unidades individuais de serviços.

Custos fixos comuns tratados globalmente: O custo fixo comum corresponde ao consumo de recursos que não varia com o volume de serviços, e que não pode ser identificado objetivamente com os serviços ou famílias de serviços.

Depreciação econômica: Depreciação econômica de um bem corresponde à diferença do valor presente do fluxo de serviços do ativo em dois momentos distintos.

Econômico: Diz respeito a valores validados pelo mercado em determinada data, levando-se em consideração o valor do dinheiro no tempo, dos recursos e dos produtos de uma atividade.

Eficácia: Diz respeito ao grau com que se atinge os objetivos especificados.

Eficiência: Diz respeito à forma como os custos são apropriados aos produtos.

Empresa de Medicina de Grupo: empresa que comercializa e opera planos de saúde, sendo formada por médicos, independentemente de sua constituição jurídica, e podendo ter fins lucrativos ou filantrópicos.

Estrato: Considerar-se-á cada um dos grupos de empresas abordados no trabalho:

cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradoras. A denominação poderia ser segmento.

Eventos: São classes de transações que possuem a mesma característica ou classe, conjunto de transações cujos atributos lhes dão forma e consistência.

Eventos Econômicos: São classes de transações que possuem a mesma característica, o mesmo impacto no patrimônio e constituem o menor nível ao qual pode ser identificado o resultado de uma organização e sua conceituação constitui-se no núcleo fundamental dos modelos de decisão.

Livre Escolha: Caracterizada pela utilização de médicos ou hospitais de livre escolha dos beneficiários. Eles pagam a consulta ou o tratamento e posteriormente são reembolsados do montante gasto, nos limites de seu plano.

Margem de contribuição: Valor apurado pela dedução dos custos/despesas variáveis das receitas.

Modelo: É a representação completa de um sistema, construído com um número significativo de variáveis que representam todos os aspectos do sistema.

Modelo de Acumulação: Visa à acumulação das transações após a identificação, permitindo a comparabilidade e evidenciando a proporcionalidade das variáveis dos diversos eventos econômicos.

Modelo de Identificação: Visa identificar o gestor responsável pela transação e a sua natureza, e o objeto envolvido, abrangendo três etapas: reconhecimento da transação; classificação da transação e registro da transação.

Modelo de Mensuração: Visa à aplicação de conceitos sobre moeda constante, valor presente, custo de oportunidade etc., de maneira coerente e consistente num mesmo sistema.

Plano de Pré-Pagamento: Qualquer plano cujos custos efetivos são arcados pelas operadoras, as quais assumem o risco dos gastos de utilização, recebendo o pagamento prévio dos seus serviços.

Plano de Pós Pagamento: Corresponde aos planos administrados ou de custo operacional, livre de risco para a operadora. A (o) contratante ressarce a operadora depois de determinado prazo estipulado contratualmente após o atendimento.

Plano Referência: Composto pelas coberturas ambulatorial e hospitalar com obstetria e acomodação com padrão enfermaria.

Rede Cooperada: Rede de prestadores de serviços médico-hospitalares das cooperativas.

Rede Credenciada: Rede de prestadores de serviços médico-hospitalares das empresas de medicina de grupo.

Resseguro: Operação em que uma seguradora transfere parte do risco assumido em determinado contrato ou grupo de contratos de seguro para outra empresa (uma resseguradora).

Resultado Econômico: Corresponde à variação patrimonial da empresa, onde os valores gerados sejam capazes de, no mínimo, repor os recursos consumidos em determinado período.

Risco: é uma circunstância em que existe a possibilidade de associação de probabilidades de perdas ou ganho como numa decisão de investimento. Assim, o risco está sempre ligado com a incerteza por intermédio do conhecimento das probabilidades associadas à ocorrência de determinados resultados, então, o risco surge do conhecimento ou de dados incompletos.

Seguro de *Stop-loss*: Seguro que cobre o excedente de gastos em sinistros de um plano de uma empresa de autogestão, até o limite contratado.

Singular: corresponde a cada empresa cooperativa isolada, que é independente das demais.

Usuário: Pessoa que adquire e mantém um plano de saúde em uma empresa de medicina de grupo. Este será o termo genérico algumas vezes utilizado quando se abordar o setor.

Valor Presente: É o valor atual de promessas de recebimentos e pagamentos futuros.

Valor de Mercado: É o valor que o mercado está disposto a pagar pela mercadoria ou serviço.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário aplicado aos usuários de Planos de Saúde**I - Caracterização Do Entrevistado**

- a) Sexo: Masculino Feminino
- b) Faixa Etária: Abaixo de 17 anos
 De 18 a 29 anos
 De 30 a 39 anos
 De 40 a 49 anos
 De 50 a 59 anos
 Acima de 60 anos
- c) Estado Civil: Solteiro
 Casado ou vive com companheiro(a)
 Separado/Divorciado
 Viúvo(a)
- d) Seu Nível De Escolaridade É:
- Primeiro Grau incompleto
 Primeiro Grau completo
 Segundo Grau Incompleto
 Segundo Grau Completo
 Superior Incompleto
 Superior Completo
-
- e) Número De Pessoas Da Família:
- 01 Pessoa
 02 Pessoas
 03 a 04 pessoas
 05 ou + Pessoas
- f) A Renda Familiar É De:
- até 01 Salário Mínimo
 de 01 a 05 Salários Mínimos
 de 05 a 10 Salários Mínimos
 de 10 a 20 Salários Mínimos
 mais de 20 Salários Mínimos
-

II – Nível De Satisfação Com O Plano

g) Você Está Satisfeito Com O Atendimento?

- Satisfeito
- Satisfeito em partes
- Insatisfeito

h) Assinale O Principal Motivo Que Levou Você A Contratar Um Plano De Saúde:

- Inoperância do sistema governamental
- Busca de melhores condições para a família
- Preço do Plano
- Forma de pagamento

APÊNDICE B Questionário aplicado nas OPS- Operadoras de Planos de Saúde

Responda Às Questões Abaixo, Referentes A Contabilidade De Sua Empresa.

Nome Da Operadora _____

Responsável Pelo Preenchimento:

Função:

Data: ____/____/____

a) Qual a quantidade de beneficiários que a operadora possui?

Até 20.000 de 20.000 a 100.000

Acima de 100.000

b) O responsável pela Contabilidade da empresa é:

Técnico em contabilidade

Contador (Nível Superior)

Contador com Pós Graduação

c) Como é realizado o serviço contábil na operadora?

Totalmente desenvolvida dentro da empresa

Parcialmente desenvolvida dentro da empresa

Totalmente desenvolvida fora da empresa

d) Qual a principal utilidade da contabilidade para a empresa?

Controle dos Tributos Relatórios Obrigatórios

Relatórios gerenciais Outros _____

e) Qual o seu conceito em relação à utilidade das informações contábeis no processo de decisão?

Totalmente útil ao processo de decisão

Parcialmente útil ao processo de decisão

Inútil ao processo de decisão

- f) A Organização utiliza os relatórios contábeis na gestão de seus negócios?
- Não
 - Sim
 - Parcialmente
- g) Como é feita a apuração do resultado da operadora?
- Globalmente
 - Por áreas
 - Por Clientes
 - Por produtos
- h) A contabilidade gera relatórios para os usuários internos?
- Não geram
 - Sim, poucos relatórios.
 - Sim, Relatórios suficientes
- i) Em relação aos relatórios do tópico anterior .Qual a sua satisfação ?
- Satisfazem totalmente
 - Satisfazem parcialmente
 - Não satisfazem
- j) Quais são as suas necessidades de informações sobre os resultados?
- Resultados por produtos
 - Resultados por serviços
 - Resultados da rede credenciada
 - Não possuem necessidade
- k) Qual o método de custeio que a empresa adota?
- Variável
 - Absorção
 - Pleno
 - Abc

**APÊNDICE C Modelo de carta enviada pela internet junto com questionário
para as Operadoras de Planos de Saúde**

Ao

Senhor: _____

Prezado Diretor,

Sou aluno do Programa de Mestrado em Controladoria e Contabilidade da Universidade de São Paulo e encontro-me na fase de pesquisa para elaboração da Dissertação. O tema do meu trabalho consiste em comprovar a eficácia da implementação dos modelos de decisão e de mensuração aplicados aos principais eventos econômicos das operadoras de planos de saúde como instrumento de gestão destas empresas.

Para levantamento dos dados necessários, solicito encarecidamente a colaboração de V.S.a. preenchendo e/ou aplicando os questionários que seguem em anexo.

Faço questão de salientar que, agindo com ética, assumo o compromisso de utilizar os questionários apenas para tratamento estatístico, mantendo os dados somente para comprovação da pesquisa.

Solicito ainda que as respostas sejam enviadas por *e-mail* para o endereço: juniza@terra.com.br

Após a aprovação do presente trabalho farei chegar em vossas mãos um exemplar, para vosso conhecimento e apreciação.

Qualquer dúvida quanto ao preenchimento do questionário pode ser sanada através do mesmo endereço eletrônico.

Desde já agradeço sua colaboração.

Josemar Ribeiro de Oliveira
Mestrando em Controladoria e Contabilidade
Matrícula USP nº3546342