

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

VERIDIANA APARECIDA CASON

**GESTÃO DE CUSTOS E PREÇOS DE VENDAS EM OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE: Estudo de caso em uma cooperativa de médio
porte**

**PIRACICABA
2014**

VERIDIANA APARECIDA CASON

GESTÃO DE CUSTOS E PREÇOS DE VENDAS EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: Estudo de caso em uma cooperativa de médio porte

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração

Campo de Conhecimento:
Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas

Orientador:
Prof. Dr. Clóvis Luís Padoveze

PIRACICABA
2014

CASON, Veridiana Aparecida.

Gestão de Custos e preços de vendas em operadoras de plano de saúde: estudo de caso em uma cooperativa de médio porte. Veridiana Aparecida Cason – 2014.

127 f.

Orientador: Clóvis Luís Padoveze

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Faculdade de Gestão de Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Operadora de Plano de Saúde. 2. Custo Assistencial. 3. Preço de venda. 4. Medicina Preventiva. I. PADOVEZE, Clóvis Luís. II. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Universidade Metodista de Piracicaba. III. Título: Desafio das operadoras de plano de saúde na gestão dos custos: estudo de caso em uma cooperativa médica de médio porte.

VERIDIANA APARECIDA CASON

GESTÃO DE CUSTOS E PREÇOS DE VENDAS EM OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE: Estudo de caso em uma cooperativa de médio porte

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração

Campo de Conhecimento:
Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas

Data da Aprovação:
Banca examinadora:

Prof. Dr. Clóvis Luís Padoveze (Orientador)
FGN-Universidade Metodista de Piracicaba

Prof. Dr. José Francisco Calil
UNIMEP

Prof. Dr. Milton Gomes Pacheco
MACKENZIE

Dr. Luiz Pedro Prada Neto
MEDICAL

Dedico este trabalho a Deus, minha família, meu namorado e a todos que torcem pelo meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve ao meu lado em todos os momentos e permitiu que essa vitória fosse possível.

Ao meu pai (in memoriam) e minha mãe, que juntos me ensinaram a ter garra e determinação e foram os principais responsáveis por todas as minhas lutas e conquistas.

A minha mãe Roseli, minha irmã Cintia, meus irmãos Michel e Victor e meu namorado Ivan, por todo o apoio nos momentos de desânimo e compreensão por minha ausência.

Aos meus diretores Dr. João Carlos Rodrigues de Almeida, Dr. Luis Carlos do Amaral Vieira e Dr. Luiz Pedro Prada Neto e a todos os colegas de trabalho pelo companheirismo e empenho nas liberações das informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, em especial a querida Dra. Sandra Sueli Chuluc, Dra Rosa Oberstern e Rogério Caceze pelo apoio e contribuições despendidos para o desenvolvimento do estudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Clovis Padoveze, pelo auxílio e orientação durante o período desta pesquisa.

Ao Coordenador do Mestrado em Administração da UNIMEP, Prof. Dr. Antonio Carlos Giuliani, professores e professoras, em especial as professoras Dra. Silvia Helena Carvalho Valladão de Camargo e Dra. Eliciane Maria da Silva por importantes contribuições no desenvolvimento da pesquisa e a todos os colaboradores desta instituição.

Aos colegas de mestrado da turma de 2012, pelos momentos e angústias compartilhados durante estes aproximadamente dois anos de intenso estudo. As parceiras de todas as horas Raphaela e Márcia.

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

“Os sonhos trazem saúde para emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, renovam as forças do ansioso, animam os deprimidos, transformam os inseguros em seres humanos de raro valor. Os sonhos fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades.”

Augusto Cury

RESUMO

A chegada das multinacionais na década de 70 ocasionou o surgimento dos primeiros grupos de medicina, bem como os primeiros contratos com provedores de serviços médicos para atendimentos aos trabalhadores. Com a escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público e no auge do crescimento econômico no Brasil, esse modelo provocou a expansão dos serviços privados da saúde e das organizações de medicina privada (plano de saúde). O objetivo deste trabalho foi analisar a rotina da operação dos planos de saúde, tendo como referência os procedimentos de gestão de custos e preço de venda, bem como as dificuldades enfrentadas e a necessidade de atender a regulamentação e os anseios dos *stakeholders*, por meio de um estudo de caso. O principal fator identificado e que provoca dificuldades na gestão de custos e preços é o aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas. A pesquisa mostrou que o envelhecimento populacional, devido à transição demográfica e epidemiológica, impacta nos custos de atenção à saúde, dando um aumento significativo na sinistralidade das operadoras de planos de saúde. A pesquisa identificou e estudou alguns mecanismos que podem auxiliar no controle e na gestão dos custos e preços de vendas das operadoras. Fundamentalmente esses mecanismos são implantação de cobrança de fator moderador e ações de promoção e prevenção de riscos e doenças voltadas à alimentação saudável, que já estão em desenvolvimento pelas operadoras de plano de saúde. Os primeiros resultados atestam que este é o caminho para as estratégias de gestão de custos e preços de venda nas operadoras de planos de saúde.

Palavras chave: Gestão de Custos, Impacto nos Custos, Preço de Venda, Cooperativa Médica, Envelhecimento Populacional.

ABSTRACT

The arrival of multinationals in the 70s led to the emergence of the first medical groups, and the first contracts with medical service providers for care workers. With the shortage of supply and poor quality of services offered by the public system and at the peak of economic growth in Brazil, this model led to the expansion of private health services and private medical organizations (HMO). The objective of this study was to analyze the routine operation of health plans, with reference to the procedures for managing costs and selling price as well as the difficulties and the need to meet the regulations and wishes of stakeholders, through a case study. The main factor identified and which causes difficulties in managing costs and prices is the increased life expectancy of the population in recent decades. Research has shown that population aging due to demographic and epidemiological transition, impacts on the costs of health care, giving a significant increase in claims from operators of health plans. The research identified and studied some mechanisms that may help in the control and management of costs and sales prices of the operators. Fundamentally these mechanisms are deploying charging moderating factor and promotion and risk prevention and disease focused on healthy eating, which are already under development by issuers of health insurance. The first results show that this is the way to strategies for managing costs and selling prices in the operators of health plans.

Keywords: Cost Management, Impact Cost, Selling Price, Medical Cooperative, Population Aging

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Formação de preço não baseado no custo	60
Figura 2 – Formação de preço baseado no custo	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de Beneficiários por tipo de carteira e produto	75
Tabela 2 – Beneficiários por faixa etária por tipo de contratação.....	77
Tabela 3 – Custos assistenciais por faixa etária.....	80
Tabela 4 – Despesas assistenciais por tipo de contratação.....	81
Tabela 5 – Produto com internação em semiapartamento sem cobrança de fator moderador.	83
Tabela 6 – Produto com internação em semiapartamento com cobrança de fator moderador	83
Tabela 7 – Produto com internação em apartamento com cobrança de fator moderador.....	84
Tabela 8 – Produto com internação em apartamento sem cobrança de fator moderador.....	84
Tabela 9 – Produto sem cobertura para internação sem cobrança de fator moderador.....	85
Tabela 10 – Produto sem cobertura para internação com cobrança de fator moderador.....	85
Tabela 11 – Distribuição por tipo de evento	87
Tabela 12 – Tabela de custos assistenciais por tipo de despesas.....	88
Tabela 13 – Sinistralidade por tipo de produto	89
Tabela 14 – Sinistralidade por faixa etária.....	90
Tabela 15 – Média de consultas por usuário por ano, despesa com consultas e receita de fator moderador por tipo de produto	91
Tabela 16 – Comparação índice de consulta por usuário por tipo de produto.....	92
Tabela 17 – Pacientes atendidos pelo SAD por tipo de doença	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos beneficiários dos planos de assistência médica, por modalidade da operadora, segundo capital e interior (Brasil – setembro/2002 e setembro/2012)	20
Gráfico 2 – Receita de contraprestação e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares e Taxa de Sinistralidade (Brasil – 3º trimestre/2003 a 3º trimestre/2012)	22
Gráfico 3 – Brasil: Um Século de Mudanças na Estrutura Etária da População 1950 – 2050.....	37
Gráfico 4 – Receita média mensal por beneficiário, segundo porte das operadoras	76
Gráfico 5 – Pirâmide etária dos beneficiários do plano de saúde por gênero (Brasil, 2012)	78
Gráfico 6 – Pirâmide etária dos beneficiários do plano regulamentado	79
Gráfico 7 – Gasto médio por internação e por consulta de planos privados de assistência médica (Brasil – 2007 – 2011).....	88
Gráfico 8 – Médias de consultas por beneficiários em 2012	91
Gráfico 9 – Liquidez corrente por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)	95
Gráfico 10 – Endividamento por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)	96
Gráfico 11 – Retorno sobre o patrimônio líquido por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Condutas e Objetivos da Assistência Domiciliar	42
Quadro 2 – Método de custeio	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ANS** – Agência Nacional de Saúde
- ABC** – *Activity Based Costing*
- CNAE** – Cadastro Nacional de Atividades Econômicas
- CNAS** – Conselho Nacional de Assistência Social
- DCNT** – doenças crônicas não transmissíveis
- HSPEP** – Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
- IAP** – Instituto de Aposentadorias e Pensões
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IESS** – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
- MS** – Meta de Sinistralidade
- NTRP** – Nota Técnica de Registro de Produtos
- NTAP** – Nota Técnica Atuarial de Provisões
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPS** – Operadora de Plano de Saúde
- RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- S** – Sinistralidade
- SAMDU** – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Problema de pesquisa	25
1.2	Objetivo geral	27
1.3	Objetivos específicos	27
1.4	Pressupostos.....	27
1.5	Justificativa.....	27
1.6	Metodologia	29
1.7	Estrutura do trabalho.....	31
2	REVISÃO DA LITERATURA	32
2.1	Característica dos serviços de saúde	32
2.1.1	<i>Envelhecimento populacional e a transição demográfica.....</i>	34
2.1.2	<i>Estratégia e melhoria de desempenho.....</i>	39
2.1.3	<i>Assistência Domiciliar</i>	43
2.2	Gestão de custos e preços de venda	47
2.2.1	<i>Gestão de custos</i>	48
2.2.1.1	<u>Gestão de custos nos serviços de saúde</u>	54
2.2.1.1.1	Indicadores econômico-financeiros	57
2.2.2	<i>Gestão de preços de venda.....</i>	59
2.2.2.1	<u>Gestão de preços de venda em serviços de saúde.....</u>	63
2.2.2.1.1	Risco	65
2.2.2.1.2	Reservas Técnicas.....	67
2.2.2.1.3	Cálculo Atuarial	68
2.2.2.1.4	Formação de Preço	70
3	ESTUDO DE CASO	72
3.1	Histórico.....	72
3.2	Características da carteira de beneficiários, produtos e resultados..	74
3.3	Da gestão dos custos	85
3.4	Da gestão do preço de venda.....	97
4	ANÁLISE DOS DADOS E APURAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS	100
4.1	Melhorias dos resultados	108
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros grupos dedicados à medicina surgiram no Brasil com a chegada das indústrias multinacionais. Na década de 1960 grandes empresas automobilísticas foram atraídas para a região do ABC Paulista e, logo que se instalaram, perceberam que havia insuficiência na prestação de serviços de saúde para seus trabalhadores. Na época o serviço era prestado pelos IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensão. (BERTOLI FILHO, 1996)

Desejando proporcionar aos seus trabalhadores um atendimento médico-hospitalar nos padrões de suas matrizes norte-americanas e europeias e preocupadas com a queda na produtividade provocada por faltas e afastamentos no trabalho devido à falta ou deficiência na assistência à saúde, essas empresas incentivaram a criação dos primeiros grupos médicos no Brasil.

O primeiro contrato de atendimento assistencial diferenciado entre uma empresa e um provedor de serviços médicos privados não trouxe bons resultados e a iniciativa só fez aumentar a pressão das empresas e trabalhadores por uma assistência privada. Assim, as empresas assumiram a assistência médica dos seus trabalhadores e, para tanto, atraíram a formação de grupos de médicos que proviam a assistência aos seus trabalhadores, formando-se o que ficou conhecido como “convênio homologado”.

Na década de 1970, diante da escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público e no auge do crescimento econômico no Brasil (Período do Milagre), esse modelo provocou, em grande medida, a expansão avassaladora dos serviços privados de saúde e das organizações de medicina privada (planos de saúde).

Até a década de 1980 os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para o cliente empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente aos trabalhadores formalmente contratados. A partir da segunda metade dos anos 1980 as operadoras

de planos de saúde captaram a demanda de clientes individuais, bem como a de trabalhadores formalmente empregados que não estivessem envolvidos com os planos privados coletivos, como, por exemplo, os funcionários de algumas empresas da administração pública. (FONSECA, 2004)

Com o passar do tempo, observou-se que o mercado de plano de saúde, embora flexível e criativo, poderia dar margem a práticas ilegais se não tivesse uma supervisão apropriada. Devido à grande diversidade dos contratos e das coberturas oferecidas, muitos usuários ficavam sem saber quais eram seus direitos como consumidor. Era evidente, portanto, a necessidade de regulação governamental para garantir a segurança, o equilíbrio e a qualidade básica do setor privado.

Assim, a criação de legislação específica não só homogeneizou os benefícios dos novos contratos de planos e seguros de saúde vendidos, como ampliou a cobertura assistencial destes através da não permissão de exclusão de patologias, da cobertura ilimitada de dias de internação e da lista de procedimentos de cobertura obrigatória, incluindo transplantes de rim e córnea e doenças mentais. O acesso ampliou-se para os portadores de doenças e patologias pre-existentes, com o sistema de agravo ou cobertura parcial temporária e proibição da recusa do cliente em razão da idade pelas operadoras de saúde. (MONTONE, 2003)

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

Desta forma, o Governo interveio e a regulação do setor consolidou-se a partir de 1998, através da Lei 9.656/98, que determinou regras para os planos privados de assistência à saúde e introduziu novas pautas no mercado, como a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência e reservas técnicas,

entre outras. A competência de regulamentar e fiscalizar o cumprimento dessas regras cabia à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia com autonomia administrativa, financeira e patrimonial vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei 9.961/2000. A ANS incorporou outras atribuições, como a de monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e insumos, autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle acionário e a articulação com os órgãos de defesa do consumidor.

Segundo a RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, as operadoras de plano médico-hospitalar foram classificadas nas seguintes modalidades jurídicas:

- administradora;
- cooperativa médica;
- cooperativa odontológica;
- autogestão;
- medicina de grupo;
- odontologia de grupo;
- filantropia.

As cooperativas médicas são sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde. Os médicos são, simultaneamente, associados e prestadores de serviços, recebendo tanto pela sua produção individual, como pela divisão das sobras da cooperativa. A organização da assistência é bastante semelhante à medicina de grupo, porém, em sua maioria, estas não oferecem assistência em serviços próprios, contratando serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. O beneficiário vincula-se ao plano, mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura prevista contratualmente.

As autogestões são associações de pessoas físicas ou jurídicas - as fundações, sindicatos e entidades de classes profissionais - que operam planos de assistência à saúde ou empresas

que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Essa modalidade não possui fins lucrativos e é a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública que, em muitos casos, criam instituições privadas para a gestão da assistência.

As filantrópicas são as entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e possuem certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal, junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais. São, por exemplo, e principalmente, os planos de saúde comercializados por Santas Casas.

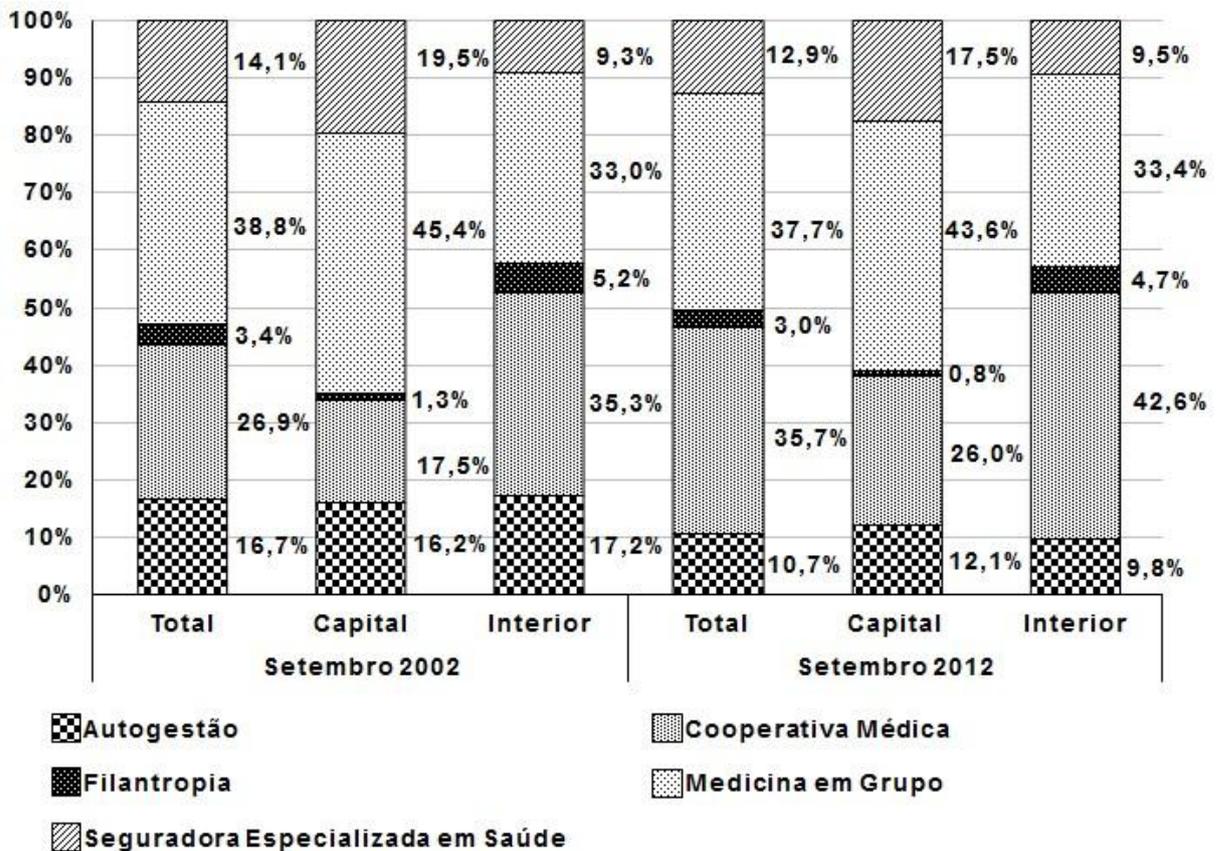
As administradoras de planos são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. São especializadas em manter o cadastro de usuários, contratar e manter a rede de provedores, receber, processar, pagar contas e emitir relatórios de desempenho.

Segundo informações coletadas no site da ANS, no caderno de informação da saúde suplementar, publicado em dezembro de 2012, havia no Brasil, em setembro de 2012, 1.542 operadoras com registro na ANS, das quais 1.338 possuem beneficiários, divididas entre 1.016 operadoras médico-hospitalares e 370 operadoras exclusivamente odontológicas, responsáveis pela assistência de, aproximadamente, 48 milhões de beneficiários.

De acordo com o Foco Saúde Suplementar (ANS, 2012), as modalidades de cooperativas médicas têm aumentado sua participação

ao longo dos últimos 10 anos, enquanto que as autogestões foram as que mais perderam participação no mercado da saúde suplementar.

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual dos beneficiários dos planos de assistência médica, por modalidade da operadora, segundo capital e interior (Brasil – setembro/2002 e setembro/2012)



Fonte: Foco Saúde Suplementar (ANS, 2012)

No Gráfico 1, é possível analisar a distribuição dos beneficiários em operadoras de plano de saúde e o crescimento na modalidade de cooperativas médicas que correspondem a cálculo (35,7%) do mercado, bem próximo às medicinas de grupo, que com 37,7% ainda representam a maior fatia, quando considerado o País como um todo.

A teoria econômica neoclássica assume que para um mercado ser considerado competitivo é necessário a premissa da perfeita informação entre compradores e vendedores. O consumidor de planos de saúde trabalha com informação assimétrica em relação à qualidade dos serviços ofertados por operadoras e prestadores, assim como as

operadoras não conhecem as necessidades e a vontade de utilização de serviços de saúde por parte de seus beneficiários. (FONSECA, 2004)

Complacência na administração dos serviços, descuido com a qualidade, negligência com as necessidades dos clientes e atenção voltada somente para a orientação financeira em curto prazo são fatores que contribuem para comprometer o setor de serviços na economia. (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000) Além disso, existe a obrigatoriedade de assistência integral à saúde, a proibição da rescisão unilateral dos contratos e reajustes controlados para os planos individuais. (MOREIRA, 2004)

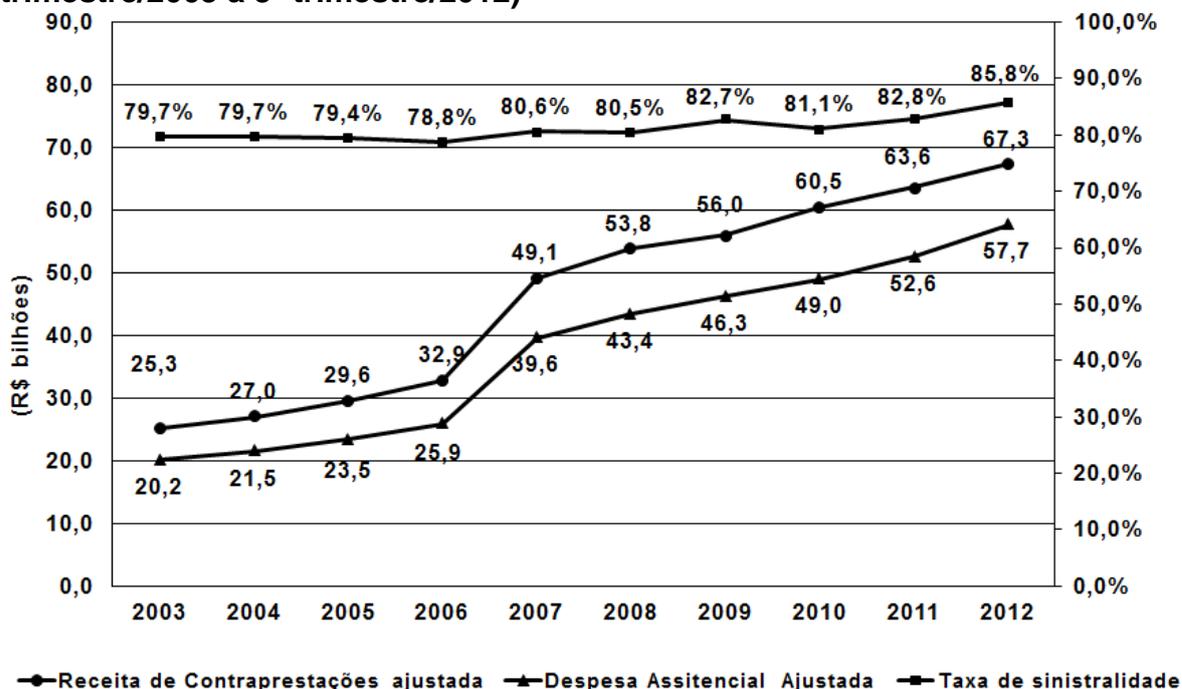
Nesse mercado bastante competitivo, com normativas criadas para reajuste de produtos que não permitem o repasse dos aumentos dos custos assistenciais dos contratos já comercializados acima dos índices estabelecidos pela ANS, diante da impossibilidade de rompimento dos contratos deficitários e da exclusão de cobertura de determinados procedimentos de alto custo que pudessem ajudar no equilíbrio econômico-financeiro e atuarial da carteira, as operadoras precisam direcionar seus esforços a desenvolver estratégias de controles acirrados em seus custos.

Vale lembrar que as operadoras de plano de saúde baseiam-se na cobrança antecipada de contraprestação pecuniária em contrapartida à obrigação de prover recursos médicos curativos e preventivos ao usuário, quando necessário.

Segundo informação do Foco Saúde Suplementar (ANS, 2012), no terceiro trimestre de 2012, registrou-se a maior taxa de sinistralidade desde 2003, sendo 85,8%, resultado da receita de R\$ 67,3 bilhões, representando um crescimento de 5,8% e a despesa assistencial que totalizou R\$ 57,7 bilhões, com um aumento de 9,7%, em relação ao terceiro trimestre de 2011.

O Gráfico 2 demonstra as informações do Foco Saúde Suplementar.

GRÁFICO 2 – Receita de contraprestação e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares e Taxa de Sinistralidade (Brasil – 3º trimestre/2003 a 3º trimestre/2012)



Fonte: Foco Saúde Suplementar (ANS, 2012)

A sobrevivência das organizações depende cada vez mais das práticas gerenciais de apuração, análise, controle e gerenciamento dos custos de produção dos bens e serviços, principalmente no atual ambiente de extrema competição. (OLIVEIRA e PEREZ JUNIOR, 2000)

As operadoras necessitam conhecer os seus custos. Como lembram Beulke e Bertó (2000) o esforço de controle de custos é sobremodo relevante para a sobrevivência de diferentes instituições de saúde, que dependem acentuadamente das receitas oriundas de repasses. Nesse sentido, várias ferramentas gerenciais podem ser utilizadas, como por exemplo, a própria contabilidade, os métodos adequados de custeios e melhor aproveitamento das possibilidades, associados à gestão de custos nas instituições de saúde.

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

Kaplan, Montico e Velarde (2005) acrescentam também que os produtos das empresas de serviços em saúde são intangíveis e não homogêneos, o que dificulta o cálculo do custo dos serviços. As operadoras de planos de saúde calculam os custos dos tratamentos a serem prestados a uma dada população a partir da incidência e prevalência de uma taxa histórica de utilização. Em uma grande população esses dados podem ser previstos a partir de dados estatísticos. Os custos assistenciais necessários aos diversos tratamentos e à prevenção também podem ser obtidos por meio de dados do mercado.

De acordo com Vendramini (2001) essas situações estão diretamente ligadas ao cálculo atuarial feito quando do início da comercialização. Ressalte-se, ainda, que esse cálculo envolve método probabilístico, formado pela avaliação do preço das coberturas ofertadas, da idade do usuário e dos custos e efeitos de doenças e acidentes. Não há, então, como estabelecer um custo a partir da simples avaliação das receitas e despesas.

O mercado de serviços médicos deve ser estudado. O conhecimento dos custos assistenciais auxilia no planejamento e tomada de decisão, possibilitando analisar a relação custo x benefício, comparando os custos de terceiros com os próprios. Muitos podem ser os fatores de risco que contribuem para o aumento dos custos assistenciais mais que proporcionalmente às contraprestações pecuniárias, tais como:

- mudanças na legislação - obrigatoriedade de constituição de garantias financeiras, incorporação de novos procedimentos no rol de coberturas obrigatórias, portabilidade, adaptação de contratos;
- avanço da tecnologia médica - surgimento de novos equipamentos e expansão dos serviços para melhorar diagnósticos e tratamentos;
- recursos humanos - novas profissões, necessidade de capacitação profissional e especializações;

- envelhecimento populacional e mudança do perfil epidemiológico- custos mais altos relacionados aos tratamentos na terceira idade.

Wong e Carvalho (2006) revelam que, ao mesmo tempo em que políticas de saúde foram responsáveis, em parte, pela redução da taxa de fecundidade, também contribuíram para o aumento da expectativa de vida. As projeções são que até 2050 cerca de 20% da população brasileira terão 65 anos ou mais. O aumento da participação das pessoas idosas na composição da sociedade é um desafio ao observarmos a desigualdade de distribuição de renda e de serviços sociais no Brasil.

O aumento da expectativa de vida tem exigido alternativas de atendimento, orientação e acompanhamento. Dentre elas, destaca-se o cuidado com a saúde, que se constitui em prática amplamente difundida nos meios acadêmicos e científicos.

Segundo Schmidt *et al* (2012), a mudança do perfil epidemiológico no Brasil, com predominância das doenças não transmissíveis, foi uma consequência da urbanização, das melhorias nos cuidados com a saúde, da mudança do estilo de vida e da globalização. O crescimento da renda, a industrialização, a mecanização da produção, o maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e a adoção de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

O movimento da curva etária brasileira registra um aumento na expectativa de vida populacional e, com isso, um crescimento na prevalência de doenças crônicas, trazendo implicações para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar.

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por meio dos perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de deficits físicos e cognitivos, utilização de serviços de saúde e da percepção do estado de saúde. (LIMA-COSTA; BARRETO e GIATTI, 2003)

Diante desse cenário, as operadoras de planos de saúde, visando ao equilíbrio econômico-financeiro e conseqüentemente a sua sobrevivência no mercado, sem perder de vista a preocupação com a qualidade de vida de seus usuários, têm desenvolvido mecanismos regulatórios, como coparticipação, autorização prévia, central de regulação, porta de entrada, *home care*, atendimento domiciliar, dentre outros, conhecidos como ferramentas de gestão, com o objetivo de racionalizar a utilização dos serviços oferecidos, controlar os custos e cuidar da manutenção da qualidade da assistência oferecida.

Esta dissertação, do tipo exploratório, se desenvolve através de pesquisa bibliográfica e estudo de caso em uma operadora de plano de saúde de médio porte, procurando conhecer e analisar as contribuições existentes, desenvolver conceitos para a formulação de novas abordagens e mecanismos que auxiliarão no controle e na gestão dos custos e preços de vendas das operadoras de plano.

1.1 Problema de pesquisa

Todo o mercado empresarial tem se preocupado com o gerenciamento de risco, custos e de sobrevivência diante das situações de instabilidade econômico-financeira e constantemente redesenham suas estratégias para manter o equilíbrio de suas organizações.

Com as operadoras de planos de saúde não poderia ser diferente. O grande desafio das operadoras de saúde, não importa seu porte, sua modalidade jurídica ou seu tempo de existência no mercado, é que todas compartilham da busca por maior competitividade e diminuição do risco de sua carteira. Muitos são os riscos que assumem, sejam relacionados com comercialização de produtos, relacionamento com seus prestadores e clientes, sejam de ordem jurídica, de ordem econômico-financeira e também de ordem demográfica.

Um beneficiário não pode garantir isoladamente os recursos financeiros necessários para cobrir o custo de todos os tratamentos médicos de que possa necessitar durante a vida, pois a ocorrência da doença ou o custo de seu tratamento não pode ser previsto. Daí a

busca das operadoras pela manutenção e crescimento de sua participação no mercado, com o objetivo incessante de suas contraprestações pecuniárias serem maiores do que seus custos assistenciais e, assim, obterem lucratividade ou aumento de lucratividade.

Sampaio (2010) afirma que o consumidor, ao contratar plano de saúde, transfere para a operadora o risco do custo da assistência médica, hospitalar ou odontológica, trocando a possibilidade de uma grande perda pelo pagamento de uma contraprestação pecuniária periódica. A operadora, por sua vez, distribui esse custo entre todos os seus consumidores, já que, a rigor, será suportado pelo fundo formado a partir das contraprestações de todos. Nesse sentido é possível falar numa solidariedade coletiva como substrato dos planos de saúde, pois diante da impossibilidade de evitar por completo os riscos decorrentes dos males que ameaçam a sua higidez, o consumidor opta por partilhá-los com outros.

Dependendo da carteira de beneficiários da operadora de plano de saúde, um único evento de alto custo pode desequilibrar os fluxos financeiros, de forma a abalar sua viabilidade econômica, desta forma, a impossibilidade de estimar os riscos e a grande instabilidade dos gastos são fatores que dificultam a gestão de planos de saúde com pequeno número de beneficiários.

Para sobrevivência nesse mercado bastante competitivo, diante deste cenário com tantas particularidades, com normativas que regulam, monitoram e fiscalizam as coberturas assistenciais mínimas exigidas e os índices máximos de reajustes dos preços dos produtos e tantos outros desafios, as operadoras precisam direcionar seus esforços para desenvolver estratégias de controles acirrados para seus custos, visto seu poder restrito na gestão dos preços.

Assim, o trabalho de pesquisa se propõe a responder: **quais os principais mecanismos de controle e gerenciamento dos custos de serviços utilizados pela operadora de plano de saúde para manter-se no mercado?**

1.2 Objetivo geral

Identificar os mecanismos de controles e gerenciamentos que auxiliam na gestão dos custos dos serviços e preço de vendas em operadoras de plano de saúde partindo de um estudo de caso.

1.3 Objetivos específicos

- a. Revisar a literatura existente e apresentar a estrutura de uma operadora de plano de saúde.
- b. Determinar os principais fatores que impactam na gestão dos custos dos serviços e preços de venda de uma operadora de plano de saúde.
- c. Analisar a cobrança de fator moderador e seu impacto na gestão dos custos.
- d. Avaliar os conceitos do serviço de atendimento domiciliar como alternativa eficaz nos resultados financeiros.

1.4 Pressupostos

A otimização da assistência por meio da cobrança de fator moderador reduz custos.

Os serviços de atendimento domiciliar são autofinanciáveis e contribuem para melhores resultados da operadora.

1.5 Justificativa

A escolha do assunto se deu a partir da experiência profissional da autora como gestora de operadora de plano de saúde. Esta experiência, de mais de 12 anos, permite a análise, sob o ponto de vista da operadora, de como é a rotina da operação, as dificuldades

enfrentadas, a necessidade de atender a regulação e os anseios dos *stakeholders*¹.

O cenário empresarial tem se apresentado extremamente competitivo. As empresas se veem às voltas com o desafio de sobrevivência, buscando formas de melhorar sua lucratividade e manter-se operando com a adequada utilização dos recursos de que dispõem, diante de inúmeras dificuldades vivenciadas.

Com a regulamentação dos planos de saúde pela Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei 9.961/2000, entre muitas outras regulações, passaram a ser controlados os reajustes de preços e o rol de procedimentos cobertos pelos contratos, que possui revisão prevista a cada dois anos, com consequente inclusão de novos procedimentos.

O movimento da curva etária brasileira registra um aumento na expectativa de vida populacional, com isso um crescimento na prevalência de doenças crônicas, trazendo implicações para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. A elevação dos gastos com saúde parece estar diretamente associada ao efeito da idade e a outro fator considerado importante, a proximidade da morte. (ZWEIFEL *et al.*, 1999)

Em função da idade e da maior concentração de pessoas morrendo em idades mais avançadas a proximidade da morte seria, nesses casos, o fator que explicaria grande parte do aumento dos gastos. (SESHAMANI e GRAY, 2004)

Com a evolução do segmento saúde, a cada dia surgem inovações tecnológicas e procedimentos cada vez mais complexos, os quais muitas vezes demandam equipamentos de última geração e alta capacitação profissional, o que nem sempre traz benefícios financeiros à organização, porém é inevitável para melhorar a qualidade da assistência médica e de vida dos beneficiários.

¹ *Stakeholders*: é uma pessoa ou um grupo, que legitima as ações de uma organização e que tem um papel direto ou indireto na gestão e resultados dessa mesma organização.

Todas essas situações devem ser consideradas como um sinal de alerta, em razão do agravamento que podem causar nos custos assistenciais, devendo os gestores estarem atentos às informações de custo x benefício, de forma a obterem resultados econômico-financeiros satisfatórios sem prejuízo da assistência.

De acordo com Sell *et al.* (2008), a gestão de custos, pela qualidade das informações produzidas, pode oferecer benefícios maiores do que os procedimentos metodológicos de apuração dos custos. Toda empresa precisa, como procedimento geral, da redução de custos de forma contínua, o que justifica a implantação de programas permanentes nas empresas, muitas vezes, como meio de manutenção dos produtos e serviços. (PACHECO, 2010)

O estudo contribuirá com a apresentação de mecanismos que auxiliarão no controle e na gestão dos custos assistenciais e preço de venda das operadoras de plano.

1.6 Metodologia

A pesquisa pode ser considerada um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais. Significa muito mais do que apenas procurar a verdade: é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos. (MARKONI e LAKATOS, 2006, p.43)

De acordo com Cervo e Bervian (2002) a pesquisa bibliográfica busca explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, procurando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre um determinado tema.

A pesquisa bibliográfica é feita em bibliografia já publicada. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito sobre determinado assunto. (TRUJILLO, 1974) A revisão de literatura consiste em identificar, obter e consultar a bibliografia e outros materiais dos quais se deve extrair ou recompilar a informação

relevante e necessária para o problema de pesquisa. (SAMPIERI *et al.*, 2006)

A tipologia desta pesquisa, quanto aos objetivos, é classificada como *descritiva*, porque identifica, registra, analisa, classifica e interpreta os dados. Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise. (DANHKE, 1989) Em um estudo descritivo seleciona-se uma série de questões e mede-se ou coleta-se informação sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa. (SAMPIERI *et al.*, 2006)

Segundo Sampieri *et al.* (2006), na pesquisa quantitativa é utilizada a coleta de dados para testar os pressupostos, com base na medição numérica e na análise estatística, para estabelecer padrões de comportamento. Na pesquisa qualitativa é utilizada a coleta de dados, sem medição numérica, para descobrir ou aperfeiçoar questões de pesquisa e é possível, ou não, provar hipóteses em seu processo de interpretação. O enfoque qualitativo busca principalmente “dispersão ou expansão” dos dados ou da informação; enquanto o quantitativo pretende intencionalmente “delimitar” a informação (medir com precisão as variáveis do estudo, ter “foco”).

Quanto à abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, cujo objetivo é identificar ações de atenção à saúde no setor privado de planos de assistência à saúde e quais mecanismos de controle e gerenciamento dos custos utilizados pelas operadoras de plano de saúde, para manter-se no mercado.

Como procedimento metodológico o trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, documental e estudo de caso em uma cooperativa médica de médio porte localizada no interior de São Paulo que está submetida à Lei 9.656/98, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para a elaboração, utilizou-se de informações extraídas de relatórios gerenciais emitidos no sistema de gestão da operadora. As informações coletadas condizem com relatórios auditados por auditores independentes, bem como podem ser

parcialmente encontradas no portal da ANS. Os dados demonstrados e analisados nesta pesquisa referem-se ao ano de 2012.

1.7 Estrutura do trabalho

O presente estudo é composto por quatro capítulos, mais a conclusão.

No primeiro capítulo é desenvolvida a parte introdutória, com a apresentação do problema, objetivos, justificativa, hipóteses e procedimentos metodológicos.

O segundo capítulo aborda o referencial teórico para sustentação da pesquisa, com destaque aos seguintes temas: setor de saúde suplementar, gestão dos custos dos serviços e preços de venda, envelhecimento populacional e mudança do perfil epidemiológico, serviço de atendimento domiciliar.

No terceiro capítulo é desenvolvido o estudo de caso da operadora, apresentando as características da empresa.

No quarto capítulo são realizadas as análises dos dados pesquisados e a apuração dos resultados encontrados.

O último capítulo apresenta as considerações finais, limitações da pesquisa e as sugestões para futuros estudos sobre o tema e, ao final do trabalho, são apresentadas as referências utilizadas ao longo do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Característica dos serviços de saúde

A expressão “Serviços”, originariamente conhecida como setor “Terciário” por Fisher em 1933, foi introduzida por Clark, na publicação da terceira edição de sua obra **The conditions of economic progress**, por considerá-la mais apropriada à grande evolução e diversidade de atividades que surgiram com o desenvolvimento econômico. (CLARK, 1940 e 1950) Serviços são atos, processos e desempenho de ações. (ZEITHAML, 1996)

O setor de serviços inclui todas as atividades econômicas que apresenta valor adicionado para o consumidor, cujo resultado não é um produto físico, pois simultaneamente é produzido e consumido. (GONÇALVES, 1994)

Na visão de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), o crescimento no setor de serviços está relacionado ao estímulo oriundo da inovação e de tendências sociais baseadas na transformação demográfica e complementam em 2000, que os serviços representam a força vital de transição em uma economia globalizada, que nos últimos 90 anos deixou de ser predominantemente baseada na manufatura.

Levitt (1976) afirma que assim como na indústria, para eficiência em serviços, pode-se necessitar de investimentos em equipamentos e área física, sendo necessário também, planejamento e controle dos processos e treinamento das pessoas envolvidas.

São muitas as definições de serviços, mas todas contêm o tema intangibilidade em comum. Zeithaml *et al.* (1985) destacam quatro características para a gestão de serviços:

- Intangibilidade: o desempenho não é um objeto que pode ser tocado como um produto.
- Inseparabilidade de produção e consumo: o serviço é vendido para depois ser produzido e consumido simultaneamente, ao contrário de produtos que são fabricados e depois vendidos para o consumo.

- Heterogeneidade: grau de variabilidade dos serviços.
- Perecibilidade: um serviço não pode ser estocado, desta forma há dificuldade em adequar o fornecimento à demanda.

Os serviços são como um ato, uma ação, atividades que não estão relacionadas à transferência de um produto, mas sim a experiências que o cliente vivencia. (LOVELOCK e WRIGHT, 2001; LAS CASAS, 2002; KOTLER E ARMSTRONG, 2003; OLIVEIRA, 2004) São desempenhados por prestadores ou provedores com o intuito de suprir uma necessidade ou um desejo de seus clientes, tendo como característica peculiar o fato de apresentar uma natureza intangível. (LOVELOCK e WRIGHT, 2001; GRÖNROOS, 2004) Etzel *et al.* (2001) destacam, também, como objetivo central da transação de serviços o atendimento de necessidades ou de desejos dos clientes, ressaltando a importância da satisfação dos mesmos.

De acordo com Singer *et al.* (1988), serviços de saúde são os que tratam do exercício da medicina, da odontologia e outras atividades cujo objetivo seja preservar ou restaurar a saúde da população.

Segundo o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas-CNAE (IBGE, 2008) são classificados como serviços de saúde: a) atendimento hospitalar e em pronto socorro; b) clínicas de atendimento médico e odontológico; c) laboratórios; d) serviços de diagnóstico; e) enfermagem; f) nutrição; g) psicologia; h) fonoaudiologia e i) fisioterapia.

Atualmente a organização hospitalar é uma das mais complexas, composta de diversas áreas e subáreas, em que uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, executa atividades extremamente diversificadas para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação. (AZEVEDO, 1993; COUTO e PEDROSA, 2007)

Em um hospital estão reunidos serviços e situações simultâneas: hotelaria, lavanderia, serviços médicos, limpeza,

vigilância, restaurante, recursos humanos técnicos e não técnicos, entre outros. (COUTO e PEDROSA, 2007)

Segundo Mishra e Vaysman (2001), para o planejamento, controle operacional e tomada de decisão, as informações sobre a gestão da empresa são imprescindíveis, porém em razão da especificidade dos serviços em saúde, essas informações e ferramentas utilizadas requerem cuidados adicionais, visto estarem relacionadas à promoção da saúde e o bem-estar dos pacientes. (EVANS III *et al.*, 2001)

2.1.1 *Envelhecimento populacional e a transição demográfica*

Envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial definido como a mudança na estrutura etária da população. No Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. (CARVALHO e GARCIA, 2003) É definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2010)

Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, as projeções indicam que, em 2020, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, com cerca de 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade e que, até 2050, cerca de 20% da população brasileira terá 65 anos ou mais. (CARVALHO e GARCIA, 2003) O aumento da participação das pessoas idosas na composição da sociedade é um desafio, ao observarmos a desigualdade de distribuição de renda e de serviços sociais no Brasil. (WONG e CARVALHO, 2006).

O índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens) passou de 21 em 1991 para 35,4 em 2003. (IBGE, 2004c)

O Brasil em 2012 é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. De 1960 a 1975, o número de idosos passou de 3 milhões para 7 milhões e, em 2006, para 17 milhões - um aumento de 600% em menos de 50 anos. (VERAS, 2007)

A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2008).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no ano de 2000, o contingente de pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, alcançava cerca de 15 milhões, e até o ano de 2010, a proporção de idosos aumentou de 8,6% para 11%, sendo que, no grupo etário com 80 anos ou mais, o crescimento chegou a quase 65%. Em números absolutos, alcançamos em 2010 mais de 20 milhões de idosos.

Esse processo, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. (CARVALHO e GARCIA, 2003)

Desde o século XIX, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e, também, de mortalidade. Na década de 1940, teve início a queda das taxas de mortalidade, com a permanência das altas taxas de natalidade, ocasionando elevadas taxas de crescimento populacional: 2,39%, na década de 1940 e 3,04% na década de 1950. As taxas de natalidade somente entram em declínio em meados da década de 1960, quando se inicia a paulatina difusão dos métodos anticonceptivos orais no Brasil. (IBGE, 2009)

Entre 1960 e 2000, o Brasil experimentou uma redução de 60% no seu nível de fecundidade, evidenciando a vigência de um processo bastante acelerado, se comparado àquele verificado em

países desenvolvidos, onde a redução de 50% na taxa de fecundidade demorou quase um século. (WONG e CARVALHO, 2006) Entre 1990 e 2000 a queda da fecundidade foi de 12%. (SILVA, 2005)

Entre 1950 e 2000, o crescimento anual da população reduziu-se de 3,04% para 1,64% e, entre 1960 e 2000, o número médio de filhos por mulher caiu de 5,76 para 2,39. (IBGE, 2009)

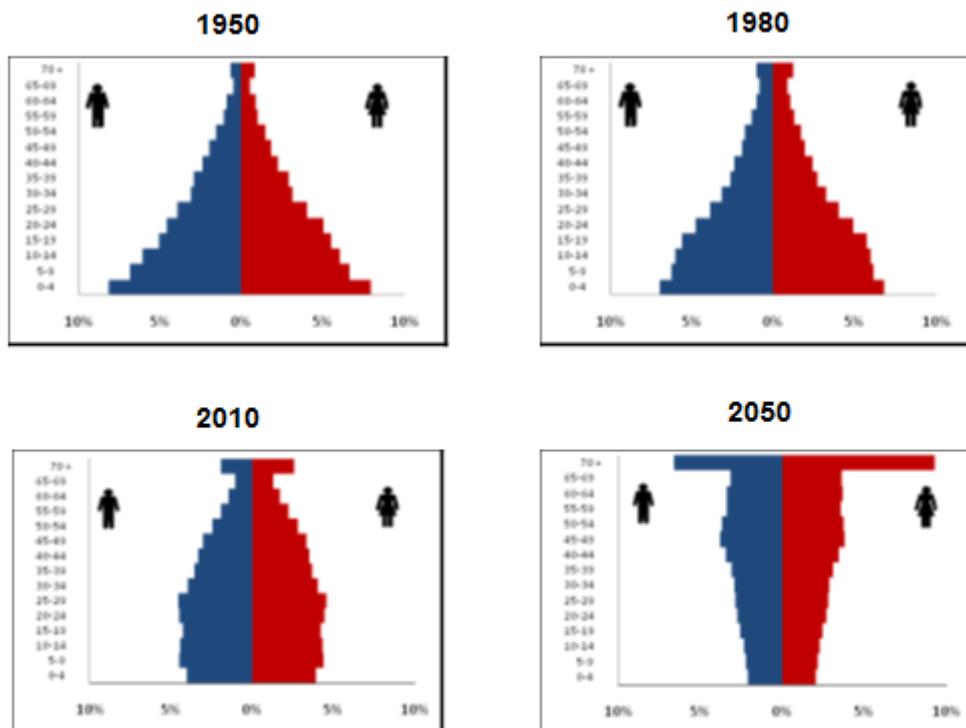
Essa redução está associada a fatores como a intensificação do uso de métodos anticoncepcionais, aumento do nível geral de instrução das mulheres em idade reprodutiva e de sua maior inserção em atividades produtivas, além de mudanças socioculturais como o aumento dos gastos na criação dos filhos, ao inserir novas necessidades de cuidado e fortalecimento da ideia de que é melhor qualidade do que quantidade. (FARIA, 1989)

Wong e Carvalho (2006) revelam as políticas de saúde, ao mesmo tempo que foram responsáveis, em parte, pela redução da taxa de fecundidade, também contribuíram com o aumento da expectativa de vida.

Em 1940, a esperança de vida do brasileiro sequer atingia os 50 anos de idade. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população concorreram para que, em 2008, 68 anos mais tarde, este indicador atingisse 72 anos. (IBGE, 2009)

O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide populacional característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento. Cada fase de transição corresponde a um formato da distribuição populacional idade-sexo, com formato de coluna, conforme retratam as pirâmides no Gráfico 3.

GRÁFICO 3 – Brasil: Um Século de Mudanças na Estrutura Etária da População 1950 – 2050



Fonte: IBGE (2008)

Em 1980, as crianças de 0 a 14 anos correspondiam a 38,24% da população e, em 2009, elas representavam 26,04%. Já o contingente com 65 anos ou mais de idade pulou de 4,01% para 6,67% no mesmo período. Segundo a projeção de população do IBGE, em 2050, o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71%. (IBGE, 2009)

Segundo Schmidt *et al.* (2011), no Brasil, a mudança do perfil epidemiológico, com predominância das doenças não transmissíveis, foi uma consequência da urbanização, das melhorias nos cuidados com a saúde, da mudança do estilo de vida e da globalização. O crescimento da renda, a industrialização, a mecanização da produção, o maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e a adoção de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade² e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SCHRAMM *et al.*, 2004)

A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2005) e elevação das mortes por doenças crônicas que, em 2005, chegaram a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas. (BRASIL, 2006, 2008)

De acordo com Monteiro *et al.* (2000), o crescimento da renda, a industrialização, a mecanização da produção, o maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e a adoção de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

Schmidt *et al.* (2011) relatam que, a exemplo do que ocorre em outros países, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também constituem o problema de saúde de maior magnitude e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e indivíduos de baixa escolaridade e renda. Segundo eles, em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquanto 10% foram imputadas às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, na qual as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras.

A presença de comorbidade³ nos idosos é muito comum. Proporcionalmente, o idoso tende a apresentar mais episódios de

² (...) qualquer afastamento, subjetivo ou objetivo do estado de bem-estar fisiológico ou psicológico.

³ (...) ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos num mesmo indivíduo avaliado clinicamente

doenças, em geral crônicas, ocasionando aumento nos gastos em saúde. O custo com o idoso tende a ser maior do que para os indivíduos em outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização frequente dos serviços de saúde por esse segmento da população. (AMARAL *et al*, 2004).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. E este fenômeno impacta, diretamente, os custos com a saúde. Pesquisas do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2010) demonstram que o custo com a saúde aumenta na proporção em que as pessoas vão envelhecendo. Com o aumento da expectativa de vida da população e do grupo de idosos, os custos com a saúde tornaram-se um problema que deve ser analisado por todos: pessoas, operadoras de planos de saúde e governo.

2.1.2 Estratégia e melhoria de desempenho

Os desafios enfrentados nos sistemas de saúde em razão das transições demográficas e epidemiológicas, os progressivos avanços tecnológicos e ainda a competição mercadológica, geram a cada dia, diferentes cenários na assistência à saúde, em busca de novas estratégias.

Conforme definição de Johnston e Clark (2002), estratégia é o conjunto de planos e políticas pela qual uma organização busca alcançar seus objetivos.

Existem muitos outros conceitos de estratégia, cada qual alinhado a sua fase e razões práticas, como o utilizado por Wright *et al*. (2000), que a definem como “planos da alta administração para alcançar resultados consistentes com a missão e os objetivos gerais da organização”.

Meirelles e Gonçalves (2001) definem estratégia como “a disciplina da administração que se ocupa da adequação da organização ao seu ambiente”, ou ainda, segundo Mintzberg e Quinn (1992), que

afirmam que estratégia “é um modelo ou plano que integra os objetivos, as políticas e as ações sequenciais de uma organização”.

Segundo Thompson Jr. e Strickland III (2000), estratégia é o planejamento do jogo para reforçar a posição da organização no mercado, promover a satisfação dos clientes e atingir os objetivos de desempenho.

Visando equilíbrio econômico-financeiro e sobrevivência em um mercado competitivo, as operadoras de planos de saúde têm desenvolvido ferramentas de gestão para controle de seus custos e mecanismos regulatórios de utilização de serviços, respeitando o disposto nos códigos éticos profissionais, não deixando de se preocupar com a qualidade de vida de seus beneficiários e da assistência à saúde oferecida por seus profissionais.

A Atenção Gerenciada ou *Managed Care*, como denominam os autores americanos, deve ser compreendida como um modelo de gestão de serviços de saúde que introduz regras de mercado na produção e na distribuição desses serviços. (CUNHA e MORAIS, 2007)

Dentre as sistemáticas de gerenciamento dos serviços de saúde que podem ser adotadas no momento da demanda ou da utilização dos serviços, cita-se: (ANS, 1998)

Mecanismos de regulação financeira na utilização de serviços:

- franquias: valor estabelecido à realização de procedimentos até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.
- coparticipação: valores prefixados por procedimentos e/ou patologias, a parte efetivamente paga pelo consumidor, referente à realização do procedimento.

Mecanismos de regulação de demanda na utilização dos serviços:

- autorização prévia: processo executado previamente à realização de determinados procedimentos, em sua maioria de alto custo, com o intuito de avaliar diretrizes técnicas e cobertura contratual.

- central de regulação: ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis e garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades dos beneficiários.
- auditoria médica: consiste no exame sistemático e independente das demandas através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas para verificar a adequação dos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes.
- programas de prevenção: conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas com o objetivo de produzir saúde, prevenir riscos, agravos e doenças, reduzir morbidade e anos perdidos por incapacidade e aumentar a qualidade de vida dos beneficiários.
- *home care* e assistência domiciliar: é uma modalidade continuada de prestação de serviços na área da saúde que visa à continuidade do tratamento hospitalar no domicílio, realizado por equipe multidisciplinar.

Andreoni *et al.* (1994), dizem que se integra a uma boa e moderna administração hospitalar a busca por redução de custos, em conjunto com assistência mais humanizada, que proporcione melhor qualidade de vida, principalmente a pacientes crônicos, terminais e idosos.

A modalidade de internação domiciliar altera minimamente o modo de vida do paciente, reduz os custos da atenção tanto para a família quanto para unidade de saúde, diminui o risco de infecção, utiliza mais racionalmente os leitos e recursos hospitalares e estimula uma relação médico-paciente mais humanizada. (TORRE *et al.*, 1998)

Jacob Filho *et al.* (2000), Mendes Junior (2008), Beauchamp (2002) e Cotta *et al.* (2002) referem-se ao cuidado domiciliar como uma estratégia benéfica a todos os segmentos da sociedade. Vários estudos apontam que o cuidado domiciliar diminui o tempo médio de internação hospitalar, reduz o número de reinternações, reduz custos

de atenção à saúde, aumenta a aderência do paciente ao tratamento, proporciona maior conscientização ao paciente e ao cuidador do quadro patológico atual com maior autonomia no tratamento, além da melhora na qualidade de vida do paciente e familiar.

A assistência domiciliar utiliza-se de várias estratégias operacionais, baseadas em condutas padronizadas, passíveis de rigoroso controle, visando à redução dos custos dos procedimentos realizados e promoção da racionalidade administrativa e financeira, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Condutas e Objetivos da Assistência Domiciliar

CONDUTA	OBJETIVO
Promoção da alta hospitalar precoce.	Reduzir os dias das internações hospitalares.
Implementação dos protocolos de atendimento.	Diminuir o tipo e a quantidade de procedimentos assistenciais, inclusive, a presença dos profissionais nos domicílios
Introdução dos programas de desmame.	Restringir de forma gradativa a presença da mão-de-obra técnica especializada e incorporar o trabalho familiar na assistência para reduzir o número de dias dos internamentos domiciliares.
Monitoramento de casos.	Encurtar a assistência dos profissionais de saúde nos domicílios e diminuir os internamentos hospitalares recorrentes.
Incorporação da infraestrutura dos domicílios.	Permitir a assunção pelas famílias dos diversos custos materiais acarretados pela presença do doente no domicílio
Inserção da mão-de-obra familiar gratuita.	Possibilitar a redução da mão-de-obra técnica qualificada.

Fonte: Cunha e Moraes (2007)

Assim, observa-se que as estratégias fundamentadas pela lógica de redução de custos de procedimentos e eficiência administrativa na produção de serviços privilegiam a padronização de serviços, a regulação da relação entre profissionais de saúde e pacientes, o atendimento básico com a restrição do acesso à atenção especializada e hospitalar e o controle rígido da atuação profissional.

Brown (1997) e Merhy (2000) enfatizam que a medicina preventiva, o atendimento domiciliar e o conforto que o mesmo propicia aos doentes e a seus familiares (ALMEIDA, 1999; CUNHA, 2003) e o controle gerencial sobre o processo clínico traz redução de custos nos

procedimentos médico-hospitalares. Segundo Cotta *et al.* (2001), ao comparar os custos da assistência hospitalar com os da assistência domiciliar, é possível perceber, proporcionalmente, uma redução dos custos na ordem de 52%.

A Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2011) ressalta que é preciso introduzir mudanças que tragam desempenho, qualidade, eficiência e satisfação aos envolvidos, visando conter os custos e minimizar os riscos.

Em Nakagawa (1991), encontra-se a explicação de que a possibilidade de combinar custos com medidas de desempenho abre novas perspectivas para os gestores, e ajuda na visualização de medidas corretas sobre a utilização e o consumo dos recursos. Portanto, é fundamental estabelecer novas formas de avaliação de resultados que permitam a análise da alocação dos custos das atividades, em relação aos resultados econômicos e estratégicos alcançados pela empresa.

Neste contexto, de acordo com Malta *et al.* (2004) e ANS (2005), as operadoras de plano de saúde introduzem a atenção domiciliar na saúde suplementar, como nova tecnologia de cuidado à saúde, para fazer frente aos altos custos operacionais. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem buscado pautar a questão da assistência domiciliar, quando formulou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar tornando-o, dado a sua relevância, uma política da Agência.

2.1.3 Assistência Domiciliar

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) define *Home Care* como provisão de serviços de saúde promovida por cuidadores formais ou informais no ambiente domiciliar.

Neste mesmo contexto, Mendes (2001), afirma que a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* define que serviços de *Home Health* são aqueles providos por profissionais de saúde aos pacientes que têm ou estão com risco de uma doença ou

uma condição de fragilidade ou são doentes terminais que precisam de intervenções de profissionais de saúde.

A evolução do *Home Care* possibilitou a transição cada vez mais rápida de pacientes do hospital para o domicílio, fazendo deste um cenário de referência para a continuidade dos cuidados.

Segundo Torre *et al.* (1998) e Tavolari *et al.* (2000), na década de 1990, a adoção da assistência e internação domiciliares cresceu significativamente nos diversos serviços de saúde, tendo como principais fatores a necessidade de mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos. Existem, também, os que defendem que a implantação de serviços de assistência domiciliar promove maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra-hospitalares, possibilitando a assistência contínua e a perspectiva da integralidade.

O primeiro registro de uma atuação organizada na assistência domiciliar foi no estado da Carolina do Sul, nos Estados Unidos, no século XIX, através de mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, que desenvolviam programas de atendimento a doentes pobres. Em 1947, E. M. Bluestone, do Hospital de Montefiore, no Bronx - Nova York, introduziu a noção de assistência domiciliar como extensão do hospital, *the hospital-based home care* (assistência domiciliar baseada no hospital), em que pacientes que, normalmente, teriam alta hospitalar mais tardiamente começaram a ser tratados em casa por equipes especializadas. (MENDES, 2001)

A atenção domiciliar envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio e assistência domiciliar compreende as atividades assistenciais exercidas por equipe multiprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas para avaliação do paciente e a realização de procedimentos de maior complexidade. (BRASIL, 2006)

Mendes (2000) e Cunha (2003) conceituam que a assistência domiciliar privada em saúde corresponde a uma determinada

modalidade de cuidados que se desenvolve em níveis de atenção à saúde, sendo prestada por equipe multidisciplinar geralmente constituída por profissionais médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e serviço social, além de auxiliares de enfermagem.

No contexto cubano, Navarro *et al.* (1993) definem que atenção médica domiciliária trata-se de uma continuidade da assistência hospitalar, para pacientes afetados por uma enfermidade cujo diagnóstico, tratamento e reabilitação não os obrigam a permanecer no hospital, porém necessitam de repouso no lar.

O desenvolvimento da assistência domiciliária no Brasil teve seu início em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, que surgiu da necessidade de se tratar de epidemias como febre amarela e peste, que acabavam impedindo a imigração e comprometendo a exportação de produtos e o desenvolvimento econômico do País. (CUNHA, 1991)

Segundo Mendes (2001), em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), tendo como principais responsáveis por esse serviço os sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência, cuja demanda era realizada por telefone aos postos de urgência e qualquer médico do plantão saía em ambulâncias para o atendimento. Havia também visitas domiciliares regulares por médicos aos previdenciários com doenças crônicas.

Observa-se uma valorização dos âmbitos familiares comunitários com espaço para atendimento de saúde, e então, nos anos 60, ocorre a implantação do programa pioneiro de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPESP), cujo objetivo foi atender, basicamente, pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, portadores de enfermidades que exigiam repouso e convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros. Daí por diante, surgiram outros vários serviços, públicos e privados,

moldados de acordo com as necessidades de sua clientela. (ALBUQUERQUE, 2001)

O número de serviços de assistência domiciliar é crescente. Em 1994 havia no Brasil pouco mais de cinco empresas no setor privado, em 1999 o número de empresas ultrapassou a marca de cento e oitenta. (TAVOLARI *et al.*, 2000) Até dezembro de 1997, já haviam sido cadastrados 11.144 doentes com predomínio de patologias como neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. (MENDES, 2001)

Lacerda *et al.* (2006) e Mendes (2001) atribuem o crescimento dos programas de atenção domiciliar à mudança do perfil etário da população, cujo aumento da população idosa impacta em necessidades e custos em relação aos serviços de saúde. Segundo os autores, as operadoras se veem compelidas a iniciarem um processo de reestruturação produtiva, que tem suas bases na busca por um novo modelo de produção do cuidado no sentido de reduzir seus custos operacionais.

Os serviços (visita, atendimento ou internação domiciliar) são dimensionados conforme a necessidade do cliente, que deve receber suporte de atendimento 24 horas para urgências e emergências, transporte para exames diagnósticos ou orientação através de uma central telefônica 24 horas, que executa esses atendimentos em qualquer horário. As vantagens dessas modalidades de assistência são várias, visto que há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais, além da satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar. (JONES *et al.*, 1999; LANDI *et al.*, 1999)

Para Cruz (2001), os programas de assistência domiciliar apresentam-se em quatro níveis:

- primário: compreende principalmente ações de promoção da saúde para aquisição de estilo de vida saudável.
- secundário: para limitação de um determinado dano, classicamente, estes são prestados nos hospitais,

porém, diante dos elevados custos da internação hospitalar, eles estão sendo deslocados para seguimento ambulatorial ou internação domiciliar.

- terciário: os cuidados são altamente especializados, visto as patologias de diagnóstico e tratamentos complexos que os pacientes são acometidos, sendo que a condição para a assistência domiciliar é a estabilidade fisiológica do paciente.
- quaternário: o cuidado domiciliar visa a ações educativas à promoção da independência do paciente e da família para o autocuidado devido à limitação do dano ou invalidez.

Os programas de assistência domiciliar devem planejar as ações em equipe multiprofissional, a partir do conhecimento do diagnóstico, limitações e possibilidades do paciente e considerando a atenção no espaço domiciliar, visando à promoção, manutenção e reabilitação da saúde, de maneira a favorecer o restabelecimento da independência e autonomia do paciente. (SILVA e AGUILAR, 2002)

2.2 Gestão de custos e preços de venda

Observa-se nos últimos anos, uma crescente preocupação com o controle dos custos no setor de saúde e conseqüentemente com o preço de venda de planos de saúde. As operadoras de planos de saúde precisam direcionar seus esforços para desenvolver estratégias de gestão e manterem-se no mercado competitivo.

Segundo Costa (1999), entre 1920 e 1980 a competitividade era no âmbito organizacional. Os produtos eram padronizados e limitados, os fatores de produção predominantes eram mão de obra direta e materiais, a tecnologia era estável com avanços moderados, as despesas indiretas apoiavam o processo produtivo, os preços eram baseados nos custos, sistemas de produção estáveis, grandes estoques, clientes passivos e acomodados, marketing genérico, qualidade restrita ao produto e o mercado absorvendo as ineficiências.

A partir da década de 1970, a competição global e as inovações tecnológicas provocam mudanças impressionantes. Padoveze (2011) afirma que as empresas necessitam acompanhar seus negócios, o mercado de seus produtos, bem como se situar na conjuntura econômica do país e Thompson Jr. e Strickland III (2000) complementam que é necessária estratégia e planejamento, para promover a satisfação dos clientes, atingir os objetivos de desempenho e reforçar a posição da organização no mercado.

É uma constante a influência do mercado no estabelecimento do preço de venda, bem como a limitação das empresas em impor o que desejam, assim, essas estão cada vez mais voltadas à gestão da eficiência operacional. Tendo em vista a relação existente entre os objetivos da gestão empresarial, gestão do preço de venda e gestão de custos, esses não podem ser tratados isoladamente.

2.2.1 Gestão de Custos

Conhecer e gerenciar os custos é o desafio de toda organização que pretende crescer e consolidar-se no mercado.

Padoveze (2006, p. 4), define “custos como sendo a mensuração econômica dos recursos (produtos, serviços e direitos) adquiridos para a obtenção e a venda dos produtos e serviços da empresa”. Segundo Atkinson *et al.* (2008, p. 125) afirmam: "Custo é definido como valor monetário dos bens e serviços expendidos para obter benefícios atuais ou futuros".

Definição de custo, segundo Weil *et al.* (1994, p. 21) é "O sacrifício, medido pelo preço pago ou a pagar, para adquirir bens e serviços" ("*The sacrifice, measured by the price paid ou required to be paid, to acquire goods or services*").

De acordo com a afirmação de Hansen e Mowen (2009), custo é o valor em dinheiro, sacrificado para a compra de produtos e serviços, que se espera trazer benefício atual ou futuro para a organização.

Para Martins e Rocha (2010, p.9) custo é a "expressão monetária do consumo, da utilização, ou da transformação de bens ou serviços no processo de produção de outros bens ou serviços".

De acordo com Indícibus e Marion (2001, p.55) custo é o "Consumo de ativos na produção de bens e serviços".

Segundo Hendriksen e Van Breda (2007, p.235): "Basicamente, o custo é medido pelo valor corrente dos recursos econômicos consumidos ou a serem consumidos na obtenção dos bens e serviços a serem utilizados nas operações, ou seja, trata-se do valor de troca".

Schoenfeld (1974, p. 13) afirma: "Custos são todas as entradas propositais de quantidades de consumos que resultam em serviços e/ou produtos utilizáveis" (*"Costs are all purposeful input-quantity consumptions ... which result in usable services and/or products"*).

Segundo Padoveze (2013), as atenções da organização devem estar voltadas permanentemente para a gestão de custos, sendo necessária uma política de redução com total engajamento e implementação contínua, já que em um ambiente competitivo, o mercado tende a pressionar os preços de venda para baixo, e afirma:

Para que a política de redução de custos seja completa ela deve contemplar o objetivo econômico maior da empresa que é a obtenção do lucro, considerando o retorno do investimento. (...) Assim, a terminologia mais adequada para este processo deveria ser "gestão do lucro", muito mais do que "gestão de custos" ou "redução de custos". (...) O objetivo de uma política de redução de custos é manter a empresa sempre em condições ideais de competitividade. Para tanto, não deve ter atividades que não contribuam para a geração de vendas e lucro, e, naturalmente suas atividades devem ser desenvolvidas com a maior eficiência e eficácia de custos, com produtividade crescente (PADOVEZE, 2013, pág. 488).

A gestão de custos vem sendo utilizada para designar e remeter à integração que deve existir entre o processo de gestão de custos e o processo de gestão da empresa como um todo. A integração deve e pode ser apreciada como um elemento necessário e consistente para que as empresas possam sobreviver num ambiente de negócios estabelecido no mundo globalizado e competitivo. (MARTINS, 2003)

Neste contexto, Novaes (2007) afirma que a competição entre as empresas está cada vez mais acirrada, os clientes mais exigentes e os preços ditados pelo mercado vem causando a necessidade de maiores controles dos custos das atividades, sistemas flexíveis de produção, pequenos níveis de estoques, rapidez no lançamento de novos produtos, produtos customizados, marketing intensivo e dirigido, qualidade total, e um mercado com um mínimo de ineficiências. (ABBAS, 2002)

Segundo Oliveira e Perez Júnior (2000), para a sobrevivência das organizações é necessário adotar práticas gerenciais de apuração, análise, controle e gerenciamento dos custos, a que Ward (1996) diz consistir um estilo de administração estratégica no qual para tomada de decisão é necessária uma grande quantidade de informações.

Padoveze (2011) afirma:

O foco no processo de gestão decorre da necessidade do entendimento que a maior parte dos custos é gerada no processo inicial de planejamento empresarial. (...) Assim, quando se quer reduzir custos, deve-se, primeiro, identificar os custos que foram gerados pelas decisões estratégicas. Não há dúvida que uma série de elementos e variáveis é gerada, e, então, podem ser administrados, no planejamento operacional, no dia a dia das operações, assim como, há a possibilidade de atuação para otimização dos custos na etapa do processo de execução e controle. (...) Parte significativa, ou provavelmente, a maior parte, deve ser resolvida no âmbito da estratégia, e, se for o caso, as estratégias vigentes devem ser reformuladas (PADOVEZE, 2011).

Em uma organização existem vários objetivos empresariais, como alta produtividade, crescimento organizacional, eficiência organizacional, reconhecimento de mercado, entre outros, mas são os objetivos financeiros como lucratividade e maximização do valor das ações que poderão mais influenciar as tomadas de decisões. (ANTHONY, 1991)

Thompson Jr. e Strickland III (2000) afirmam que estratégia é o planejamento do jogo para reforçar a posição da organização no mercado, promover a satisfação dos clientes e atingir os objetivos de desempenho, o que Meirelles e Gonçalves (2001) resumem como a

“disciplina da administração que se ocupa da adequação da organização ao seu ambiente”.

Entretanto, a utilização de ferramentas para a gestão requer cuidados adicionais e são necessárias algumas adaptações, em razão da especificidade dos serviços prestados que estão relacionados à promoção da saúde e do bem-estar dos pacientes. (EVANS III *et al.*, 2001) Mishra e Vaysman (2001) complementam que as informações sobre a gestão das organizações são um fator crítico para a avaliação do planejamento, controles operacionais e tomadas de decisão.

O planejamento operacional “consiste na identificação, integração, avaliação de alternativas e na escolha de um plano de ação a ser implementado”.(CATELLI, 1999, p. 132) Consiste em uma das estratégias de operações das organizações a produção de um produto ou serviço ao menor custo possível, visto que essa redução poderá ter grande impacto na vantagem competitiva da empresa. (MARTINS E LAUGENI, 2005, p. 67)

“A contabilidade de custos produz informações gerenciais para que os diversos níveis hierárquicos da administração sejam capazes de planejar, controlar e decidir com maior eficiência e eficácia”. (LEONE, 2000, p. 25)

Assim, conforme afirma Pacheco (2010), a gestão de custos é o processo relacionado com a otimização dos recursos utilizados para o desenvolvimento de atividades em uma empresa, estabelecendo estratégias que visam à obtenção de vantagem competitiva sustentável.

Um sistema de custos é um instrumento utilizado para medir a eficiência de uma organização e afirmam que um sistema de custeio pode realizar: avaliação de estoques e medir o custo dos bens vendidos para a geração de relatórios financeiros; estimar as despesas operacionais, produtos, serviços e clientes; e oferecer *feedback* econômico sobre a eficiência da organização. (KAPLAN e COOPER, 1998, p. 13)

Para Padoveze (2006), as informações têm muita relevância para as pessoas, visto que além de fornecer subsídios favorecem a redução de incertezas para as tomadas de decisão.

De acordo com afirmação de Romanini (2005, p. 2):

[...] a capacidade de conseguir as informações necessárias para a tomada de decisões pode ser o diferencial entre o sucesso e o fracasso de uma organização. Hoje, manter-se bem informado é fundamental para obter destaque num mundo que exige decisões mais rápidas e, principalmente, corretas.

Os métodos de custeio são variados e não existe um considerado o melhor para ser utilizado para todas as finalidades. Alguns dos métodos são mais indicados como instrumentos gerenciais, outros como relatórios externos, alguns mais conservadores e outros mais abrangentes, com visão de curto ou longo prazo. (MARTINS, 2003)

Para Padoveze (2006), métodos de custeio é a maneira de encontrar o custo unitário de um produto ou serviço, o que considera imprescindível visto ser dessa informação que decorrem os parâmetros para estabelecer o preço de venda unitário. Existem diversas metodologias, conforme segue no QUADRO 2.

QUADRO 2 – Método de custeio

Gastos Totais - Diretos e Indiretos				
Tipos de gastos		Métodos de Custeio		
Matéria Prima, Materiais Diretos e Embalagens	Teoria das Restrições	Custeio Direto / Variável	Custeio por Absorção	Custeio ABC - Custeio Integral RKW
Despesas Variáveis (Ex.: Comissões)				
Mão de Obra Direta				
Mão de Obra Indireta				
Despesas Gerais Industriais				
Depreciação				
Mão de Obra Administrativa / Comercial				
Despesas Administrativas / Comerciais				
Despesas Financeiras				
Gastos Totais + Método de Custeio				
Produto / Serviço 1				
Produto / Serviço 2				
Produto / Serviço 3				
Produto / Serviço 4				
Produto / Serviço 5				

Fonte: Padoveze, 2006, p. 151

As metodologias mais utilizadas são custeio por absorção e o custeio direto/variável. (PADOVEZE, 2006) Para Martins (2003, p. 37), o custeio por absorção “consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos”.

De acordo com Viceconti e das Neves (2000, p. 143), o custeio variável, também conhecido como direto, é um tipo de custeamento que considera como custo de produção apenas os custos variáveis incorridos, pelo fato dos custos fixos existirem mesmo que

não haja produção e sendo encerrados diretamente contra o resultado do período.

O custeio pleno, também conhecido como RKW, é uma das metodologias mais antigas, e objetiva atribuir aos produtos todos os gastos da empresa, não só os custos, mas também as despesas operacionais, inclusive as financeiras e os juros do capital próprio (custo de oportunidade), fornecendo o montante total gasto pela empresa no esforço completo de obter receita. (MARTINS, 2003, p. 37)

O custeio baseado em atividades (*Activity Based Costing – ABC*) é um dos métodos mais modernos e atribui os custos de acordo com o consumo de recursos pelas atividades desempenhadas, através do rastreamento dessas, alocando de forma mais racional os custos indiretos de fabricação aos objetos de custeio. (MARTINS, 2003, p. 37)

Independente do método de custeio utilizado, o lucro líquido total será o mesmo, assim, para fins gerenciais as premissas básicas são a gestão com enfoque em resultados, criação de valor e eficácia empresarial. (PADOVEZE, 2006)

“O processo de gerenciamento requer a aplicação de medidas de quantidades, volumes, preços de recursos, de bens e serviços no mercado, como parâmetros de criação de valor em qualquer atividade humana”. (CATELLI *et al.*, 2001, p. 90)

É fundamental para as tomadas de decisões gerenciais, que os gestores conheçam a estrutura de custos para a adoção de políticas de formação de preço condizente com o mercado de atuação, e principalmente, com os objetivos organizacionais, independentemente de seus portes e de suas áreas de atuação. (WERNKE, 2005)

As instituições de saúde necessitam conhecer e gerir melhor seus custos de forma a alcançar resultados satisfatórios, contribuindo para seu crescimento e fortalecimento no mercado.

2.2.1.1 Gestão de custos nos serviços de saúde

Os custos assistenciais das operadoras de planos de saúde são constantemente agravados por diversos fatores como o

envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas, os progressivos avanços tecnológicos, situação socioeconômica da população assistida, risco moral, demandas judiciais para coberturas indevidas, indenizações por erros médicos, cobertura de novos procedimentos, entre outros que dificultam o desafio para geri-los.

Com a regulamentação, Montone (2003) cita ter havido uma expansão da cobertura assistencial obrigatória, inclusive de procedimentos de alto custo, além da proibição da seleção de risco (operadora passa a não poder escolher seus beneficiários) e rescisão unilateral dos contratos o que contribuiu para uma elevação dos custos assistenciais da operadora.

A uniformização das coberturas assistenciais pode agravar o risco financeiro das operadoras, visto que o risco de um beneficiário adoecer e necessitar de tratamento é uma probabilidade estatística na razão dos beneficiários que compõe a carteira de beneficiários, visto que dependendo do tamanho dessa carteira, da complexidade da doença e do tratamento demandado, pode-se inviabilizar economicamente a operadora, sendo seu número de beneficiários insuficientes para diluir os custos com o evento.

Da mesma forma, além do tamanho da carteira, preocupa a composição etária dos beneficiários, em razão da mudança do perfil demográfico, visto que uma operadora com grande participação de idosos tende a se inviabilizar. De acordo com projeção realizada por Kilsztjn & Rossbach (2002), os gastos com saúde poderão se elevar para até 25% do PIB em 2050 em função do envelhecimento populacional.

Segundo Mata (2011, p.48):

[...] o envelhecimento das carteiras de planos de saúde é um grande problema financeiro para as operadoras, o qual está além da sustentação do risco do negócio. A questão é que todo risco pode ser mensurável, porém, nessa situação, as operadoras estão impedidas de recalcular as mensalidades e, ainda que façam reservas técnicas para suportar os possíveis desequilíbrios financeiros futuros, necessitam de geração de receita para essa constituição. Assim, uma outra questão que vem sendo amplamente discutida pela nova presidência da ANS, diz respeito ao modelo de financiamento do sistema, o

que pode ser alterado, para tentar manter o equilíbrio financeiro futuro.

Kanamura (2005, p.19) comenta sobre o drama das operadoras de planos de saúde com a gestão de custos em razão da crescente demanda por serviços, sem a possibilidade de revisão da contraprestação pecuniária paga pelos beneficiários:

A população deseja que a mensalidade (prêmio) tenha um caráter solidário de valor constante e independente do risco que representam, mas exigem que em caso de sinistro, a indenização seja sempre a máxima e ilimitada para todos os participantes jovens ou idosos, doentes ou saudáveis, como se o risco de adoecer fosse unicamente dependente do azar.

Ainda afirma Kanamura (2005, p.19) que “para complicar o cenário, os prestadores de serviços ou provedores (médicos, clínicas e hospitais) reclamam reajustes no valor da remuneração, além da pressão de custo exercida pela incorporação de novas tecnologias médicas seja na forma de materiais ou de medicamentos”.

Diante de todo o exposto, é imprescindível compreender como se compõe os custos assistenciais de uma operadora de plano de saúde e a distribuição etária de sua carteira de beneficiários para a realização de um planejamento.

Por essa razão, as operadoras de planos de saúde devem ter um modelo de gestão de serviços de saúde que introduz regras de mercado na produção e na distribuição dos serviços para obter uma atenção gerenciada. (CUNHA e MORAIS, 2007)

Por serem participantes do sistema de saúde do Brasil e depositária de suas consequências, as operadoras de planos de saúde estão preocupadas com o crescimento de seus custos, principalmente os relacionados com grupos de riscos de doentes e a expansão de novos conhecimentos e tecnologias médicas.

Segundo Kaplan, Montico e Velarde (2005), o fato dos produtos das empresas de serviços em saúde serem intangíveis e não homogêneos dificulta o cálculo do custo dos serviços.

Kanamura (2005) afirma que a metodologia atual do cálculo atuarial não é capaz de estimar o impacto das tecnologias que estarão disponíveis no futuro e as reservas financeiras não poderão continuar sendo calculadas em função da idade, sexo e expectativa de vida, sem incluir incidência e prevalência de doenças e as novas tecnologias como determinantes dos gastos futuros.

A elevação dos custos dos serviços médicos é uma das razões para o desenvolvimento da epidemiologia⁴. É conhecido como prevalência a frequência de afetados por uma doença em uma população em um espaço de tempo, enquanto que a frequência de casos novos surgidos em um espaço de tempo é conhecida como incidência, ambos medidores de riscos. A razão que aproxima o mercado da epidemiologia é a necessidade que as operadoras de planos de saúde têm de projetar despesas da assistência que irão incidir. O mais comum de se utilizar para estimar custos é a frequência de procedimentos consumidos, ou seja, sabe-se com qual evento se gasta mas não com que beneficiário ou grupo de beneficiários se tem o maior dispêndio. (KANAMURA, 2005)

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

2.2.1.1.1 Indicadores econômico-financeiros

Os indicadores de custos medem a capacidade da operadora em se manter em operação. As operadoras estão em constante ameaça de risco do crescimento das despesas assistenciais por estarem inseridas em uma forma de custeio de serviços de difícil controle econômico-financeiro, pois lidam com a saúde dos beneficiários que

⁴ Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde.

não pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de dano irreversível. (ANS, 2004, p.27)

Porém, caso as despesas sejam superiores às receitas haverá um risco iminente de insolvência da operadora. Assim, fica evidenciada a importância do controle e monitoramento da questão econômico-financeira na saúde suplementar.

Dessa forma, seguindo a metodologia da ANS (2004, p.27), alguns indicadores a serem utilizados são:

- **Liquidez:** se constitui em instrumento de aferição da capacidade da operadora em honrar seus compromissos de curto e longo prazos, nos respectivos casos de liquidez corrente e liquidez geral;
- **Estrutura de Capital:** seja pelo monitoramento do grau de endividamento ou pelo nível de imobilização, também avalia a capacidade financeira da operadora. Níveis altos de dependência do capital de terceiros ou da venda de ativos permanentes implicam de forma indireta uma baixa liquidez;
- **Rentabilidade:** expressa a atratividade financeira do setor, indicando se os riscos incorridos na operação estão sendo adequadamente remunerados. Caso contrário, haverá dificuldades na obtenção de financiamentos e aportes de capital por parte de investidores; e
- **Custos Assistenciais:** procuram medir a capacidade da operadora em se manter em operação no longo prazo. Sempre que as despesas forem superiores às receitas, haverá um risco iminente de insolvência da operadora.

Segundo Morozini *et al.* (2006, p.90), não existe um roteiro padronizado para uma análise econômico-financeira é necessária a compreensão da função e do objetivo da análise, desde que a mesma produza informações comprometidas com a continuidade e com o desenvolvimento dos negócios.

Em Matarazzo (2003), Silva (2005a) e Ludícibus (1998) encontram-se ponderações a respeito de fórmulas para se obter os pesos para cálculos de indicadores, mas esses argumentam que muitas vezes essas não deixam de ser subjetivas.

Ressalta-se que o acompanhamento dos indicadores estabelecidos se constitui numa análise conjunta e interdependente, e que a análise individualizada de cada indicador pode apresentar uma visão distorcida em relação a uma abordagem mais ampla da situação econômico-financeira da operadora.

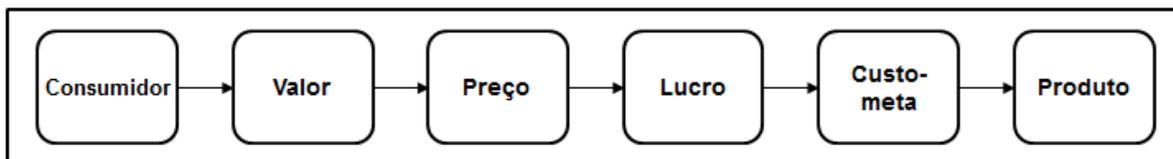
As operadoras de plano de saúde precisam adotar políticas eficientes de gestão de custos e preços de venda, pois, somente dessa forma, conseguirão atingir seus objetivos de lucro, desenvolvimento, sobrevivência e crescimento a longo prazo.

2.2.2 Gestão de preços de venda

Preço é o valor monetário que um consumidor paga na troca de um produto ou serviço. A gestão de preços de vendas é fundamental para qualquer empresa, pois um preço mal dimensionado pode incorrer em vários riscos para uma organização, tais como, prejuízos econômicos, perda de clientes e falta de competitividade mercadológica.

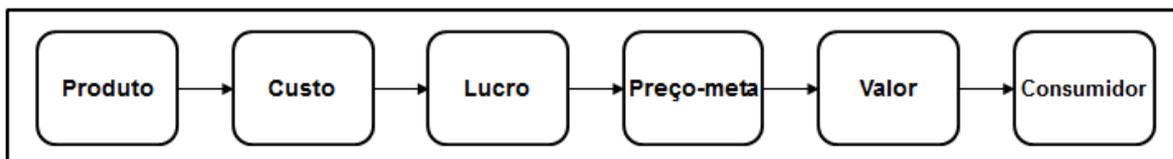
Existem duas formas básicas de precificação, segundo Coelho (2009):

- Formação de preço não baseado em custos que se divide em dois métodos, sendo um baseado no mercado, onde a empresa forma o preço considerando a percepção dos consumidores e outro baseado na concorrência estabelecendo o preço em um patamar acima, igual ou abaixo do preço de seu concorrente. Conforme FIG. 1

FIGURA 1 – Formação de preço não baseado no custo

Fonte: Adaptado Kotler, 1995, p.246

- Formação de preço baseado em custos: define que o investidor obtenha lucro compatível com seus investimentos, ou seja, a receita obtida cobre os custos operacionais e gera lucro. Conforme FIG. 2.

FIGURA 2 – Formação de preço baseado no custo

Fonte: Adaptado Kotler, 1995, p.246

Conforme afirmam Ponte *et al.* (2007), “Se de um lado há a noção de que a determinação de preços de venda deve levar em conta as condições do mercado, por outro, há opiniões segundo as quais as empresas precisam conhecer bem os seus custos, para poder fixar preços adequados” o que confirmam Boone e Kurtz (1998) quando afirmam que “a técnica mais popular de determinação de preços na prática é a baseada em custos”.

Segundo Sardinha (1995), preço é o valor agregado que justifica a troca de bens ou serviços. A formação do preço deve “atingir o equilíbrio correto entre as necessidades dos consumidores, as soluções alternativas e a necessidade da empresa em cobrir seus custos”. (FERREL, 2000)

Para Crepaldi (1998), a fixação dos preços de venda deve considerar as características da demanda do produto, a existência ou não de concorrentes e acordos com fornecedores, visto que não se pode vender por um preço abaixo do custo. Nagle (2000) confirma que essa é a primeira etapa no processo decisório dos acionistas, para a tomada de decisão de investimento, pois, conforme afirmam Bruni e

Famá (2004), o sucesso empresarial pode não ser consequência direta da decisão dos preços, mas um equívoco causa ruína.

Segundo Ponte *et al.* (2007, p. 01-02):

As decisões sobre preço de venda assumem posição de destaque nas organizações, sendo apontadas pelos gerentes como das mais difíceis de lidar, haja vista que uma boa determinação de preços poderá levar ao desenvolvimento e ao lucro, enquanto que uma má determinação poderá levar a empresa a situações difíceis, inclusive a inviabilidade do negócio.

Conforme afirmação de Lunkes (2003), a forma mais utilizada para a formação do preço de venda é por apuração dos custos, porém também é necessário ter uma análise comparativa com o preço praticado pelo mercado, a fim de evitar a recusa automática pelo cliente, caso esse custo seja excessivo.

Segundo Padoveze (2006, p. 309), “a teoria econômica indica que quem faz o preço de venda dos produtos é o mercado, basicamente por meio da oferta e da procura” ou ainda, por meio do valor percebido pelos clientes e ações da concorrência, que de acordo com Bernardi (1998) reconhecer o preço baseado nos custos pode nem sempre ser aceito pelo mercado e, nesse contexto insere-se o preço de venda-alvo, o preço meta.

Diante disso, Cogan (1999) afirma que tem-se uma quebra de paradigma ao identificar uma inversão na formação de preços, que de acordo com Padoveze (2006), conclui-se que a condição de que o preço do mercado é o máximo que a empresa pode atribuir ao seu produto ou serviço, forçando as empresas a implantação do *custo meta*:

[...] parte-se do preço de venda, deduz-se a margem mínima que a empresa quer obter, assim como os custos financeiros de financiamento da produção e os efeitos monetários sobre o capital de giro, e obtém-se o valor máximo que pode custar internamente tal produto para a empresa. A partir da obtenção desse dado, se a empresa se vê em condições de produzir e vender o produto com o lucro desejado, o custo obtido passa a ser o custo padrão ideal ou o *custo meta* (PADOVEZE, 2006, p. 309)

É possível identificar que existe uma crescente necessidade de utilização do *custo meta* para estabelecimento do preço, ou seja, parte-se do preço que o consumidor está disposto a pagar pelo produto ou serviço e projeta-se o custo.

De acordo com Padoveze (2006), o pressuposto básico para a formação do preço de venda baseado em custos é o mercado estar disposto a pagar, ou outras situações, como: estudos para a introdução de novos produtos, acompanhamento de preços e custos de produtos atuais, novas oportunidades de negócios ou pedidos especiais, faturamento de produtos por encomenda, análise de preço de produtos de concorrentes, entre outras.

Segundo Souza, Zanella e Nascimento (2005, p. 34), pode-se dizer que o tradicional posicionamento das empresas brasileiras caracteriza-se pela adoção da estratégia de custo mais margem, ou adição de uma margem de lucro aos custos, resultando no preço praticado pela empresa.

Assim, entende-se que essa metodologia trata preços de dentro para fora, utilizando-se como ponto de partida os custos dos produtos ou serviços, calculados pelos métodos de custeio. (MARTINS, 2008) Aos custos calculados adiciona-se a margem de lucro desejada, um multiplicador conhecido como *mark-up* Padoveze (2006) e Sardinha (1995, p. 70) reforçam que “a margem de lucro deve cobrir todas as outras despesas ainda não incluídas nos custos do produto, além de permitir um retorno razoável aos investidores”.

A gestão de custos e a gestão de preço de venda não podem ser efetuadas isoladamente, e sim sistemicamente, pois as relações existentes entre ambas envolvem muitos fatores e os impactos são recíprocos. Essa interdisciplinaridade abarca uma grande quantidade de informações das quais é imprescindível que os gestores se mantenham informados para que possam gerir as atividades empresariais.(MACHADO E SOUZA, 2006)

As técnicas de avaliação econômica aplicadas aos serviços de saúde ao trabalharem com a apuração e análise de custos, acabam gerando reações de vários tipos, oscilando desde seu uso exagerado

na discussão da racionalização das políticas, programas e procedimentos, até o completo desprezo sob o argumento de que a vida humana não tem preço. (UGA, 1995)

A necessidade de análise das relações de ambas as gestões, de custos e do preço de venda, são evidenciadas, mais intensamente, em decorrência das dificuldades da prática empresarial, tais como: dificuldade de impor seu preço de venda ao mercado; redução de capital de giro para suprir as necessidades de caixa e mercados caracterizados por concorrência imperfeita. O custo-meta explica parte dessas relações, pois pertence à gestão de custos e direciona ações que objetivam conquistar determinado mercado com estratégias que incluem a gestão do preço de venda.

2.2.2.1 Gestão de preços de venda em serviços de saúde

A formação de preços é uma das práticas da mais alta importância para as operadoras de planos de saúde e muito diferem de quaisquer outros produtos e serviços. Trata-se de mutualismo, ou seja, a carteira total de beneficiários paga suas contraprestações pecuniárias para custear as despesas médicas e hospitalares daqueles beneficiários que necessitarem de assistência.

Sampaio (2010) elucida sobre definição de contratos de base coletiva:

[...] o consumidor, ao contratar plano de saúde, transfere para a operadora o risco do custo da assistência médica, hospitalar ou odontológica, trocando a possibilidade de uma grande perda pelo pagamento de uma contraprestação pecuniária periódica; a operadora, por sua vez, distribui esse custo entre todos os seus consumidores, já que, a rigor, será suportado pelo fundo formado a partir das contraprestações de todos. Nesse sentido é possível falar numa solidariedade coletiva como substrato dos planos de saúde, pois, diante da impossibilidade de evitar por completo os riscos decorrentes dos males que ameaçam a sua higidez, o consumidor opta por partilhá-los com outros (SAMPAIO, 2010. p. 198).

Assim, entende-se ser um produto de base coletiva, ligados pelo mutualismo decorrente da solidariedade entre seus beneficiários, apesar de se tratar de uma relação entre o consumidor e a operadora.

Vilanova (1969) afirma:

“Seguro é uma operação pela qual uma das partes, o Segurado, obtém a promessa de outra parte, o Segurador, mediante o pagamento de uma remuneração, o Prêmio, em seu favor ou de terceiro, no caso de se verificar o risco, uma prestação com que o Segurador, fazendo uso de um conjunto de riscos, indenizar-lhe-á de acordo com as leis estatísticas” (VILANOVA, 1969, p. 15)

Segundo Marques (2002) ao se tratar de planos e seguros de saúde deve-se considerar:

[...] que a ideia dos seguros, e hoje dos planos de saúde, está intimamente ligada ao anseio humano de controle dos riscos e de socialização dos riscos atuais e futuros entre todos na sociedade. (MARQUES, 2002, p. 412 e 413).

Ainda, Marques (2002) afirma que:

(...) Para atingir este objetivo, os consumidores manterão relações de convivência e dependência com os fornecedores desses serviços de saúde por anos, pagando mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes exigentes, burocráticas e impeditivas), regulamentadoras dos fornecedores, usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento danoso à saúde do consumidor e seus dependentes (MARQUES, 2002, p. 412 e 413).

Desta maneira, evidencia-se o caráter aleatório dos contratos de plano de saúde em razão de ocorrência futura e incerta que venha acometer o beneficiário, bem como, de mutualismo onde cada beneficiário contribui com suas contraprestações, para compor um fundo que visa a garantir a cobertura e pagamento de seus custos assistenciais, se por ventura necessitarem, em função de alguma patologia que os acometa.

A constituição de um fundo é necessária para que as operadoras possam operar no mercado com segurança financeira e arcar com as coberturas que são firmadas em lei. (TIMM, 2008)

A garantia que os custos dos tratamentos médicos serão suportados pela operadora de plano de saúde é justamente o fato de que são vários os consumidores vinculados, e que de certa forma, pagam um valor que constituirá um fundo comum. Assim, importante destacar o papel das operadoras como gestoras dos fundos compostos pela contribuição dos consumidores a elas vinculados.

2.2.2.1.1 Risco

É impossível tratar de garantias de tratamentos médicos em troca de um prêmio ou contraprestação, sem destacar o risco e suas probabilidades. Philips (1998) define risco como a variação entre os resultados esperados e os alcançados e segundo afirmação de Vilanovas (1969), risco é fator primordial em qualquer tipo de seguro.

De acordo com Bahia (2001), na literatura sobre seguro existe o risco puro, onde se tem situação que envolve a chance de perda ou não, mas não a chance de ganho, e o risco especulativo.

Bahia (2001), ainda define risco, enquanto um conceito estatístico, como:

(...) a frequência esperada de efeitos indesejados que surgem da exposição a fatores perigosos. Essa definição, centrada na probabilidade, pode ser expressa pela equação $R = P * M_p$, onde P = probabilidade e M_p = magnitude da perda. Portanto, tanto os eventos de alta probabilidade quanto os de alta magnitude estão diretamente relacionados com os maiores riscos. Uma situação de alto risco de despesas potenciais, para as seguradoras, pode decorrer de uma alta probabilidade dos riscos segurados, da magnitude do valor segurado ou de ambos (BAHIA, 2001, p.4).

É possível avaliar que a variação de probabilidade interfere no risco e na tomada de decisão. O beneficiário que tem aversão ao risco compra segurança, ou seja, prefere pagar a contraprestação (prêmio) pecuniária para prevenir, por menor probabilidade, uma grande perda. Porém, nem todos os indivíduos pensam assim, existindo aqueles que de forma contrária efetivam seus contratos apenas quando possuem a

expectativa de utilidade maior, optando por transferir riscos para outra parte.

As operadoras devem estar atentas aos valores que o mercado está disposto a pagar e assim evitar cobertura somente aos grandes riscos, selecionando os “riscos ideais”. “... os fundamentos da seleção dos riscos consistem em maximizar as áreas sobre as quais se tem controle e minimizar aquelas que não permitem estabelecer previsões seguras” Bahia (2001, p. 3), como:

- Risco moral (*moral hazard*): na situação em que o indivíduo, após comprar o seguro, modifica deliberadamente seu comportamento e passa a praticar ações que, se não houvesse o seguro, não praticaria. (FIPECAFI, 2009), e
- Seleção adversa: autoexclusão dos consumidores que têm gastos com saúde esperados inferiores ao prêmio cobrado no mercado. (ANDRADE e LISBOA, 2001).

Desta forma, identificam-se duas possibilidades para a divisão de riscos entre os participantes dos planos e seguros saúde:

- 1) o experience rating, processo de determinação do prêmio para um grupo baseado totalmente ou parcialmente na “experiência de despesas médico-hospitalares” do grupo;
- 2) o community rating, que reflete o risco total de uma “comunidade”, considerado como “desestabilizador” do mercado de planos e seguros saúde em função da tendência de padronização em torno de preços mais elevados e desincentivo aos consumidores de baixo-risco. (SOURCE BOOK OF HEALTH INSURANCE, 1999)

Para a classificação de risco, estudos pressupõem que as despesas envolvidas com os planos e seguros saúde oscilam por inúmeras razões, incluindo variações no *status* de saúde dos beneficiários, eficiência dos prestadores de serviços e seus estilos e hábitos e as expectativas da população a respeito dos cuidados à saúde (Hornbrook e Goodman, 1991). Outros elementos ainda são requeridos para aprimorar a classificação de risco, como idade, sexo, *status* marital e educacional, participação em apólices familiares ou

individuais, tempo de permanência no plano, *status* ocupacional e preditores demográficos. (BAHIA, 2001)

Sem dúvida, os riscos envolvidos com a prestação de serviços à saúde, os interesses e conflitos de consumidores, prestadores e financiadores de assistência médico-hospitalar e a regulação por conta da legislação, de fato, não preenchem as condições de risco ideal para as operadoras. Desta forma, estes devem buscar elementos básicos para a determinação do valor atuarial dos planos, não deixando de classificar os tradicionais fatores de riscos envolvidos.

2.2.2.1.2 Reservas Técnicas

Por considerar as operadoras meras gestoras dos fundos formados pelos consumidores, a Agência Nacional de Saúde Suplementar criou mecanismos de reservas técnicas, disposto na Resolução Normativa 209 de 22 de dezembro de 2009:

“Art. 9 - As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes provisões técnicas: I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos; II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS; III - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização; e IV – outras Provisões Técnicas necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

A ANS complementa as obrigações das operadoras com provisões técnicas, com o disposto na Resolução Normativa 314, de 23 de novembro de 2012, editando a Resolução Normativa 209, incluindo: “V - Provisão para Prêmios ou Contribuições não Ganhas - PPCNG, deve ser constituída para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer.

O montante dos valores constituídos a título dessas provisões deverá obrigatoriamente estar lastreado por ativos garantidores, assim constante no artigo 35, da Lei 9.656/98:

“Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.”

A partir das transcrições acima, nota-se que além da ANS considerar as operadoras como gestoras dos fundos das contribuições dos beneficiários, ainda existe a preocupação com a saúde financeira das operadoras, de forma a garantir a prestação dos serviços necessários.

2.2.2.1.3 Cálculo Atuarial

Para precificação de seus produtos, as operadoras de plano de saúde devem considerar a probabilidade de uso dos serviços médico-hospitalares calculada estatisticamente baseada em dados e informações do presente e passado para projetar o futuro, idade média, distribuição por sexo, ocupação e área geográfica da massa de beneficiários, despesas administrativas e comerciais, garantias, reservas e lucro.

Adicionalmente, Tomazela (2013) afirma que “risco atuarial é o evento futuro e incerto, que independe da vontade humana e que não obedece a nenhuma lei conhecida” e em análise complementa que “o sinistro é a realização do risco”.

O peso destes fatores na composição da contraprestação pode ser flexibilizado, de acordo com o porte patrimonial e financeiro da operadora, o número de beneficiários, a estratégia de competição mercadológica e a rentabilidade esperada. No entanto, para fazer face

ao pagamento dos sinistros futuros, deve-se estimar e acrescentar aos fatores acima, um carregamento de segurança destinado a cobrir flutuações aleatórias e outro destinado às despesas administrativas, à inflação dos preços médicos, hospitalares e laboratoriais, além das comissões dos corretores e o lucro esperado. (CONDE, 1999)

Segundo Silva (2005), é imprescindível a realização de cálculo atuarial na formação do preço para garantir a prestação dos serviços contratados e conseqüentemente manter o equilíbrio econômico-financeiro dos produtos.

Em resolução específica, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 1998), foi publicado que a formação de preço de plano de saúde é um processo bastante complexo, e, para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado e ainda garantir uma efetiva regulação da assistência à saúde, as operadoras de plano de saúde devem apresentar nota técnica atuarial de seus produtos.

De acordo com Bahia (2001), “a base atuarial para os planos inclui a estimativa de probabilidades da ocorrência de despesas médico-hospitalares, por idade, sexo e região geográfica, cálculo do denominado 'carregamento' do prêmio (lucro + despesas administrativas e de comercialização) e fixação de tarifas”.

A doença, o acidente e os seus efeitos são eventos aleatórios avaliados por cálculos atuariais baseados em leis probabilísticas, o que impossibilita o cálculo do preço do plano de saúde através de uma simples apuração de receitas e despesas. Além de ser calculado por método atuarial, esse preço precisa ser reavaliado periodicamente, de modo a se verificar o equilíbrio entre as contraprestações pagas pelos beneficiários e os custos assistenciais cobertos. (RAMOS, 1995)

Segundo Costa (1999), o cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde trata-se de um processo dinâmico, frequente e com grandes diferenças na probabilidade de incidência, visto depender dos procedimentos como consultas, exames, internações, entre outros. Além dos procedimentos necessários à assistência, os avanços tecnológicos geram a necessidade de especializações mais complexas, não substituindo trabalho qualificado. (BAYER E LEIS, 1986)

Conforme afirmam Ocke-Reis *et al.* (2006), o modelo assistencial acentua a incorporação de equipamentos e a utilização indiscriminada, em particular quando não existe um controle rigoroso da eficácia, ocasionando o aumento dos custos assistenciais associados e contribuindo para a tendência de crescimento do valor das contraprestações.

O cálculo atuarial é, portanto, fundamental para que se verifique o equilíbrio entre o valor da contraprestação pecuniária paga pelo beneficiário e o serviço de assistência médico-hospitalar ao qual ele tem cobertura, baseado em métodos probabilísticos, tendo como premissa a constituição de fundos atuariais (reserva técnica) para garantir eventuais oscilações de riscos nas operações.

2.2.2.1.4 Formação de Preços de venda

Para a formação de preços as operadoras de planos de saúde necessitam considerar seus custos assistenciais, o risco já que se trata de mutualismo e sem se esquecer da constituição das garantias para a integral prestação dos serviços contratados.

Assef (1997) e Bernardi (1998) afirmam que uma política de preços deve considerar os custos gerais, o equilíbrio operacional, a maximização dos lucros e o retorno do investimento desejado pelos acionistas.

De acordo com Sampaio (2010) os beneficiários pagam suas contraprestações pecuniárias para as operadoras de planos de saúde para custear as despesas médicas e hospitalares repassando os riscos de suas necessidades futuras e, por sua vez, as operadoras distribuem esses custos de forma solidária entre a carteira de beneficiários.

Para garantir a segurança desses beneficiários a Agência Nacional de Saúde Suplementar possui mecanismos de reservas técnicas, dispostos em normativas, obrigatoriamente lastreados, para assegurar que no momento de necessidades, os beneficiários terão seus custos abarcados pelas operadoras.

Para manter o equilíbrio econômico-financeiro entre as contraprestações pagas pelos beneficiários e os custos assistenciais cobertos, é imprescindível a realização de cálculo atuarial para a formação do preço. (SILVA, 2005) Esse cálculo deverá prever a estimativa de probabilidades das ocorrências das despesas médico-hospitalares acrescido de taxa de carregamento que contempla lucro, despesas administrativas e de comercialização. (BAHIA, 2001)

Assim, a formação de preços deve considerar todas as características apresentadas, para atender a expectativa e necessidades dos beneficiários e o equilíbrio econômico da carteira de beneficiários, visto que não se pode vender por um preço abaixo do custo.

3 ESTUDO DE CASO

3.1 Histórico

A MEDICAL é uma empresa voltada à assistência médica, classificada, na sua fundação, na categoria de medicina de grupo, com planos empresariais e familiares. A constituição da sociedade ocorreu em 14 de abril de 1972 atendendo a solicitação de grandes empresas sediadas em Limeira, devido à situação bastante caótica disponível para tratamento de saúde e a péssima assistência médica que prestavam os recursos públicos.

Ao longo dos anos, a MEDICAL foi conquistando o mercado na cidade de Limeira e região, dedicando-se à tarefa de continuar seu processo de modernização e de buscar a satisfação dos cooperados, colaboradores e clientes, bem como, buscando o equilíbrio econômico-financeiro.

Em 2003, com o intuito de fidelizar seus mais de 52 mil clientes, almejando crescimento mercadológico e redução em seus custos assistenciais, a Medical, já na condição jurídica de cooperativa médica, em mais um audacioso projeto, inaugura o Hospital Medical, com aproximadamente 5 mil metros quadrados de área construída, contando com 54 leitos, centro cirúrgico com 5 salas, 5 leitos de UTI, unidade neonatal, pronto atendimento, ala de serviços gerais e de apoio e, ainda, gerando aproximadamente 200 novos empregos em Limeira.

Com apenas um ano da inauguração do Hospital Medical, inicia o Programa de Acreditação Hospitalar, com metodologia de sensibilização e mobilização de toda a estrutura da Cooperativa, em busca da excelência e assim ultrapassar a expectativa de seus aproximadamente 60 mil beneficiários.

Em maio de 2005, alcançou seu grande objetivo e o Hospital Medical foi o primeiro de Limeira a ser reconhecido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, posicionando-o entre os melhores hospitais em atividade no país, dedicado à melhoria contínua de todos

profissionais e processos de um hospital, oferecendo maior qualidade na assistência e mais alta segurança aos pacientes.

Aproveitando-se da oportunidade mercadológica devida à escassez de serviços de alta complexidade em Limeira e região, e ainda da necessidade de ampliação dos serviços do hospital por conta de seus 75 mil beneficiários, em 2010, a Medical realiza novas obras e reinaugura seu hospital, contando atualmente conta com 100 leitos, 11 leitos em UTI geral, 5 leitos de UTI neonatal, centro cirúrgico com 7 salas, serviços de quimioterapia, terapia renal substitutiva (incluindo hemodiálise), serviço de imagem, pronto-atendimento 24 horas nas especialidades de clínica médica, pediatria e obstetrícia entre outros serviços.

Pensando na saúde como bem-estar completo, a Medical conta com o Espaço Saúde Medical, um serviço adicional, de excelência, importante à saúde do usuário e destinado aos que necessitam de apoio multiprofissional, através de encontros com profissionais da saúde. Desde 2005, desenvolve atividades de medicina preventiva, com a missão de proporcionar melhor qualidade de vida aos seus beneficiários, através da prevenção de doenças, da manutenção e da recuperação da saúde. Sua equipe multidisciplinar é composta por médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, fonoaudióloga, fisioterapeuta e assistente social, que também realizam serviço de atendimento domiciliar, centrado na racionalidade administrativa e financeira, bem como na desospitalização, promoção do convívio do doente com a família e na possibilidade de reduzir riscos de infecções. Tem apresentado resultados positivos na recuperação dos pacientes, principalmente na população idosa, sendo o principal deles o conforto de estar ao lado dos seus familiares.

Inerente à sua vocação para assistência médico-hospitalar, a Medical também desenvolveu setor especializado em medicina ocupacional, com equipe multiprofissional capaz de atender na sede da Medical Ocupacional ou na sede da empresa cliente, elaborando e cumprindo o Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional

(PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e outros.

Ao longo dos anos, a Medical dedicou-se à tarefa de continuar seu processo de modernização e de buscar a satisfação dos cooperados, colaboradores e clientes, bem como, buscando o equilíbrio econômico-financeiro. Como prova do compromisso com a excelência e a melhoria contínua de seus serviços, em 2009, conquista o Certificado de Qualidade ISO 9001:2008 para atividades de serviços de gestão de plano de saúde e programas de medicina preventiva e saúde ocupacional e em 2013 conquista seu certificado de Gestão com excelência no Hospital Medical, reconhecido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA.

Por tudo isso, é uma empresa consolidada e estruturada, com atividade na assistência médico-hospitalar, com alto índice de crescimento, o que demonstra a confiança adquirida em mais de 600 empresas clientes, em seus 82 mil beneficiários e na sociedade em que atua.

3.2 Características da carteira de beneficiários, produtos e resultados

A Medical comercializa planos individuais ou familiares e coletivos (estabelecidos com empresas que oferecem aos seus colaboradores como benefício), com segmentação ambulatorial (A) ou ambulatorial e hospitalar com obstetrícia (A+H+OB), que representa quase a totalidade da carteira. Os serviços contratados são prestados dentro de sua área de abrangência geográfica compreendendo os municípios de Limeira, Cordeirópolis e Iracemápolis, no interior do Estado de São Paulo.

De acordo com a classificação constante da Resolução Normativa 27/03 (ANS, 2003), as operadoras que possuem entre 20.000 e 100.000 beneficiários estão classificadas como operadora de médio porte. Assim a Medical está classificada como de médio porte, em razão de seus 80.416 beneficiários, distribuídos conforme Tabela 1.

TABELA 1 – Distribuição de Beneficiários por tipo de carteira e produto

	Ambulatorial	A+H+OB	Total	%
Coletivo	321	67.209	67.530	84,0%
Individual / Familiar	100	12.786	12.886	16,0%
Total Beneficiários	421	79.995	80.416	100,0%
%	0,5%	99,5%	100,0%	

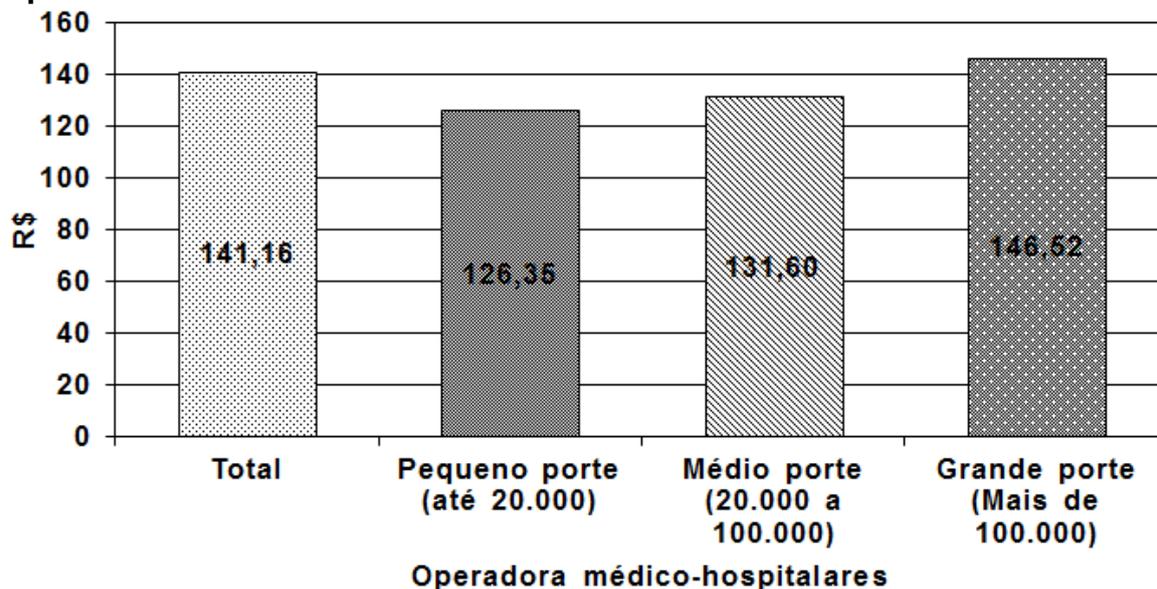
Fonte: Levantamento feito pela autora

A maior concentração de beneficiários está vinculada a pessoa jurídica (planos coletivos), correspondendo a 84% da carteira e nos planos com cobertura A+H+OB, que representam 99,5% da carteira total de beneficiários.

Essa carteira de beneficiários foi responsável por uma receita de R\$ 96 milhões em 2012, perfazendo um tíquete médio *per capita* de R\$ 99,73, representando um aumento de 14% se comparado ao tíquete médio *per capita* de 2011 que foi de R\$ 87,66, totalizando uma receita de R\$ 83 milhões. Em análise aos custos assistenciais do mesmo período, identifica-se que esses cresceram mais proporcionalmente à receita, sendo que em 2011, o custo médio *per capita* foi de R\$ 69,73 e em 2012 R\$ 81,22.

Segundo informações do Foco em Saúde Suplementar (ANS, 2012), a receita média mensal por beneficiário das operadoras de médio porte foi de R\$ 131,60, conforme demonstra o Gráfico 4.

GRÁFICO 4 – Receita média mensal por beneficiário, segundo porte das operadoras



Fonte: Foco Saúde Suplementar – ANS 2012

Os valores médios *per capita* variam de acordo com a composição de sua carteira de beneficiários, como por exemplo, tipo de contratação, região, tipo de cobertura, entre outras características que justificam a diferença do tiquete médio mensal da Medical no valor de R\$ 99,73 e das demais operadoras no valor de R\$ 131,60, mesmo ambas estando enquadradas como de médio porte.

Os contratos ainda estão divididos conforme sua época de contratação, sendo que a Medical possui o total de 5.174 beneficiários vinculados aos planos antigos e 75.242 beneficiários vinculados aos contratos de planos novos, cujos direitos estão regulamentados pela Lei 9656/98, expostos ao cumprimento de todas as normas e diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esses beneficiários estão distribuídos conforme a Tabela 2.

TABELA 2 – Beneficiários por faixa etária por tipo de contratação

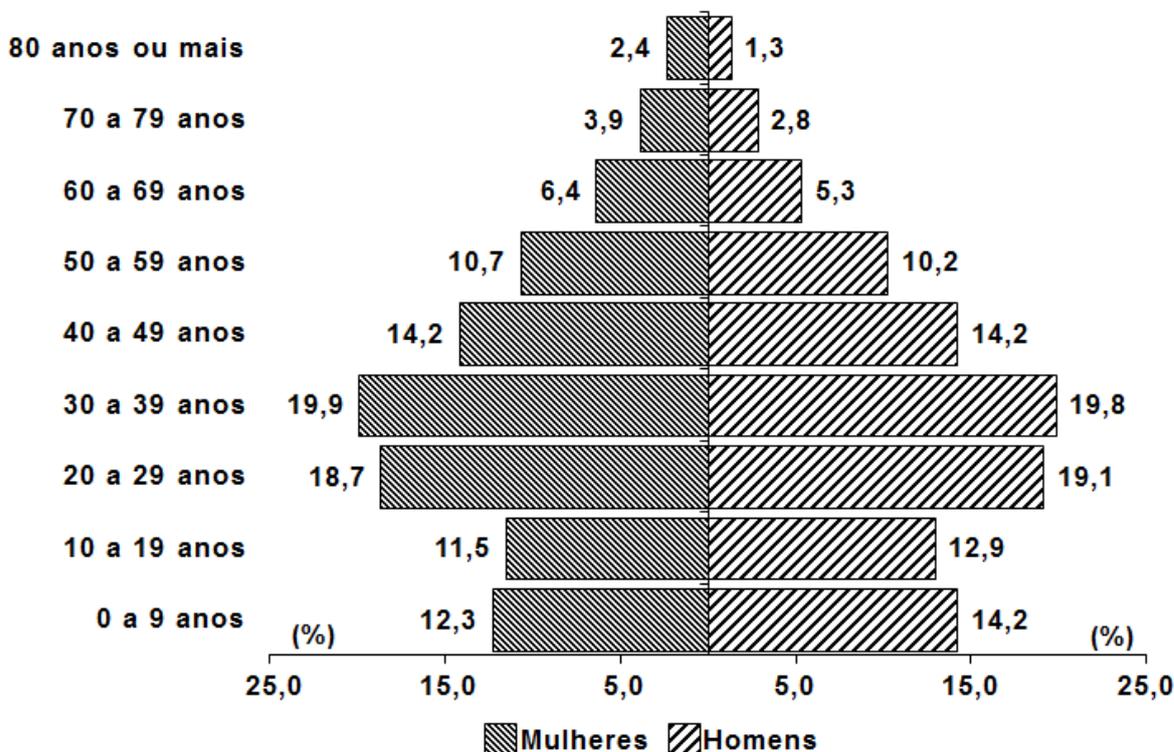
Faixa Etária	Distribuição dos Beneficiários					
	Coletivos		Individual ou Familiar		Total Geral	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
00-18	16.538	25,5%	2.487	23,9%	19.025	25,3%
19-23	4.714	7,3%	785	7,5%	5.499	7,3%
24-28	6.269	9,7%	880	8,5%	7.149	9,5%
29-33	6.936	10,7%	949	9,1%	7.885	10,5%
34-38	5.943	9,2%	798	7,7%	6.741	9,0%
39-43	5.429	8,4%	693	6,7%	6.122	8,1%
44-48	5.258	8,1%	709	6,8%	5.967	7,9%
49-53	4.281	6,6%	642	6,2%	4.923	6,5%
54-58	3.279	5,1%	677	6,5%	3.956	5,3%
>=59	6.187	9,5%	1.788	17,2%	7.975	10,6%
TOTAL	64.834	100,0%	10.408	100,0%	75.242	100,0%
Participação		86,2%		13,8%		100,0%

Fonte: Levantamento feito pela autora

Observa-se que 25% dos beneficiários de planos regulamentados encontram-se na faixa etária entre 0 e 18 anos e que 11% desses concentram-se entre os beneficiários com idade de 59 anos ou mais. Ressalta-se que essa concentração é ainda maior nos planos de contratação individual ou familiar, representando 17,2% dos beneficiários.

Quando comparado com a pirâmide etária da população com plano de saúde, publicada no Caderno de Informação da Saúde Suplementar (Brasil, 2012), é possível avaliar que 12,7% das mulheres e 9,5% dos homens encontram-se na faixa etária acima de 59 anos, conforme demonstra no Gráfico 5.

GRÁFICO 5 – Pirâmide etária dos beneficiários do plano de saúde por gênero (Brasil, 2012)



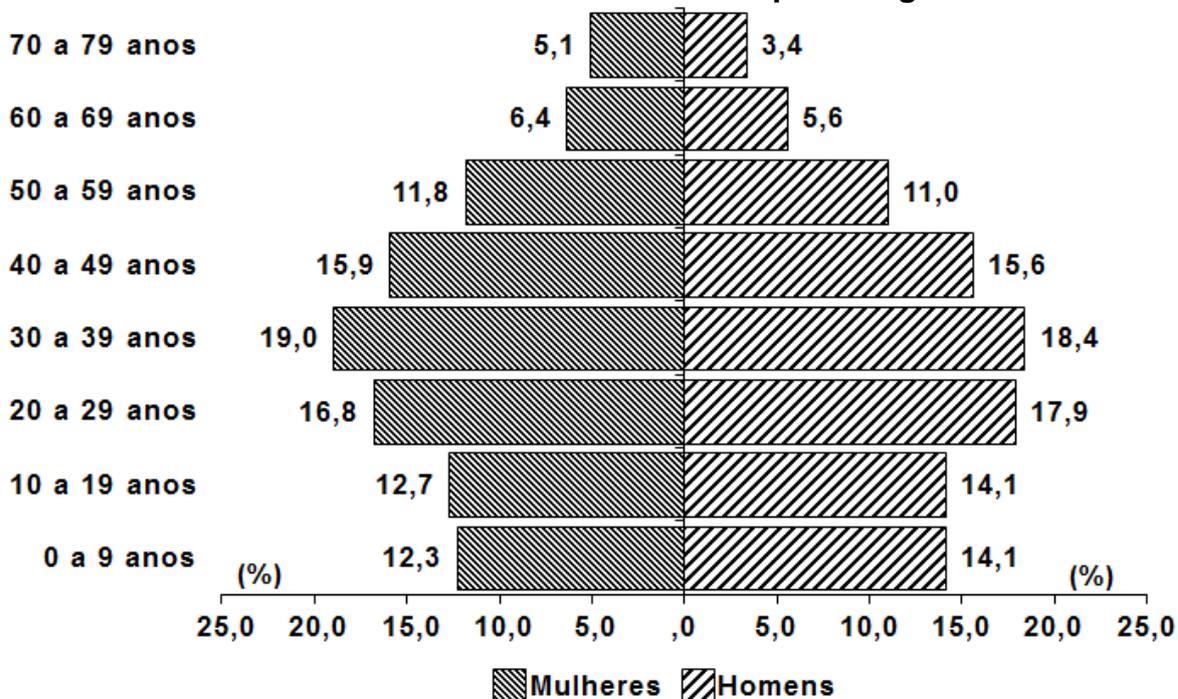
Fonte: Levantamento feito pela autora

Em razão do sistema adotado na saúde, em que os beneficiários de baixo risco financiam os tratamentos dos de alto risco e considerando que o envelhecimento populacional tem forte impacto no aumento desses riscos e conseqüentemente nos gastos em saúde, devemos considerar que quanto mais beneficiários menores de 59 anos, melhor as chances de financiamento da carteira. Dessa forma, se considerarmos essa regra isolada das demais, a operadora de plano de saúde, em um processo de envelhecimento de sua carteira, passa a ter problemas, pois uma maior proporção de idosos poderá gerar maiores despesas que deverão ser arcadas pelo restante da carteira mais jovem.

Diante desta concepção, é importante que a distribuição de beneficiários mantenha um formato de pirâmide, qual seja sua base de sustentação mais larga, considerando os beneficiários mais jovens, que financiam os tratamentos, afunilando em seu crescimento, chegando ao

seu topo com os mais idosos, que são de certa forma, sustentados pela base.

GRÁFICO 6 – Pirâmide etária dos beneficiários do plano regulamentado



Fonte: Levantamento feito pela autora

Em análise aos dados, se nota que o Gráfico 6 não possui um formato de pirâmide, sendo sua base de sustentação menor que seu meio porém não menor que seu topo, o que significa que diante da teoria onde os jovens financiam o tratamento dos idosos, a operadora encontra-se ainda em boa situação.

Em razão da transição demográfica originando o envelhecimento populacional, supondo que seja mantida uma carteira com distribuição proporcional semelhante de beneficiários e considerando a diminuição percentual na entrada de beneficiários nas faixas etárias menores, em aproximadamente 30 anos, prevê-se um formato invertido na pirâmide, sendo a base de sustentação menor que seu topo, assim estando a operadora em total situação de risco, já que os jovens serão poucos para financiar os tratamentos dos idosos que estarão em maior quantidade.

A legislação possui regras específicas para o processo de formação de preços e de reajuste das mensalidades, com o objetivo de

proteger o beneficiário idoso de abusos no preço de sua mensalidade e garantir que esse não seja sobrecarregado na faixa acima de 60 anos, de forma que o beneficiário tenha condições de mantê-las em seu orçamento ao envelhecer.

Assim, para a formação de preços, a legislação determina que o valor da última faixa etária, acima de 59 anos, não pode ser 6 vezes superior à primeira e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa, obrigando que parte da variação que poderia ser alocada a tais idades fosse diluída pelas primeiras faixas.

Essas regras somadas ao impacto de movimentação de entrada e saída de beneficiários podem agravar o risco do envelhecimento da carteira e conseqüentemente aumento nos custos assistenciais com piora nos resultados.

Diante da legislação é evidente que o beneficiário mais jovem deverá pagar uma mensalidade maior à necessária para sua idade de forma a subsidiar o custo do beneficiário idoso.

Para auxiliar na formação de preços, além dos parâmetros mercadológicos, a Medical utiliza-se dos custos assistenciais por faixa etária. Conforme Tabela 3.

TABELA 3 – Custos assistenciais por faixa etária

Faixa Etária	Individual / Familiar			Coletivo		
	Usuários	Despesa	despesa per capita	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	2.675	1.484.767,60	46,25	16.549	7.654.700,57	38,55
19-23	785	580.320,35	61,61	4.714	3.336.727,42	58,99
24-28	876	698.906,80	66,49	6.271	4.699.710,07	62,45
29-33	945	804.251,33	70,92	6.936	5.253.729,03	63,12
34-38	794	629.938,96	66,11	5.942	5.131.642,81	71,97
39-43	690	789.450,96	95,34	5.426	4.946.975,45	75,98
44-48	702	810.575,67	96,22	5.258	5.337.448,84	84,59
49-53	629	800.048,60	105,99	4.282	5.357.742,27	104,27
54-58	653	1.089.567,59	139,05	3.279	4.491.671,23	114,15
>=59	1.659	4.314.084,50	216,70	6.177	14.025.379,08	189,22
TOTAL	10.408	12.001.912,36	96,10	64.834	60.235.726,78	77,42

Fonte: Levantamento feito pela autora

Em análise aos dados apresentados, evidencia-se independentemente do tipo de contratação, que a despesa *per capita* na faixa etária acima de 59 anos é quase 5 vezes maior que na faixa de 0 a 18 anos, confirmando a teoria que quanto maior a idade, maior os custos com a assistência médica.

As despesas assistenciais apresentadas estão divididas por tipo de contratação e por faixa etária, porém, em razão dos produtos possuírem diferentes características e essas impactarem diretamente nos custos assistenciais, é imprescindível conhecê-las. Na Tabela 4 é mostrado o tipo de contratação e suas despesas.

TABELA 4 – Despesas assistenciais por tipo de contratação.

PRODUTO	Cobertura	Acomodação	Fator moderador	Quant. Benef.	Despesa	Despesa per capita
COLETIVO	A+H+OB	APTO	COM	98	228.260,00	194,10
	A+H+OB	SEMI	COM	9.765	7.379.109,47	62,97
	A+H+OB	APTO	SEM	26.079	28.161.208,00	89,99
	A+H+OB	SEMI	SEM	28.892	24.467.149,32	70,57
	TOTAL			64.834	60.235.726,79	77,42
PRODUTO	Cobertura	Acomodação	Fator moderador	Quant. Benef.	Despesa	Despesa per capita
INDIVIDUAL / FAMILIAR	A+H+OB	APTO	COM	371	371.377,91	83,42
	A+H+OB	SEMI	COM	7.189	7.049.770,07	81,72
	A+H+OB	APTO	SEM	436	878.518,03	167,91
	A+H+OB	SEMI	SEM	2.316	3.650.491,28	131,35
	AMB	-	SEM	3	813,67	22,60
	AMB	-	COM	93	50.941,40	45,65
TOTAL			10.408	12.001.912,36	96,10	
TOTAL GERAL				75.242	72.237.639,15	80,01

Fonte: Levantamento feito pela autora

Os produtos se diferenciam por sua cobertura sendo que o ambulatorial (AMB), não possui direito a internação. Têm pouca aceitação no mercado, não possuindo beneficiários ativos na carteira de produto coletivo e apenas 96 beneficiários no produto individual/familiar, ressaltando que em sua maioria são beneficiárias gestantes que adquiriram o produto com o único propósito de realizar o pré-natal, já que estariam cumprindo carências para internação e parto. A despesa média *per capita*, com ou sem cobrança de fator moderador é de R\$ 44,93.

Em razão de alguns produtos possuírem acomodação para internação em apartamento, os valores das despesas assistenciais *per capita* tendem a ser maiores que os de internação em quartos com 2 leitos (SEMI), como se comprova no produto individual/familiar, que possui despesa *per capita* no valor de R\$ 167,91 para acomodação em apartamento e R\$ 131,35 para acomodação em semiapartamento.

O mesmo pode ocorrer nos produtos em que não existe a cobrança de fator moderador, que, guardadas situações sazonais, esse deveria possuir despesa *per capita* maior que o produto com cobrança de fator moderador. Analisando ainda o produto individual/familiar, nota-se que os produtos com acomodação em apartamento possuem despesa *per capita* de R\$ 83,42 e R\$ 167,91, sendo o único diferencial entre eles que o primeiro possui cobrança de fator moderador. O mesmo parâmetro é comprovado no produto coletivo com acomodação em semiapartamento com os valores de R\$ 62,97 e R\$ 70,57, sendo este último maior por não possuir cobrança de fator moderador.

Na análise foi possível evidenciar sazonalidade no produto coletivo com acomodação em apartamento com cobrança de fator moderador sendo o valor da despesa *per capita* de R\$ 194,10, enquanto que no produto com as mesmas características sem cobrança de fator moderador foi de R\$ 89,99. Esse fato ocorreu em razão da pequena quantidade de beneficiários alocados neste produto e por ocorrência de despesas com tratamento de alta complexidade, cuja cobrança de fator moderador não serve como regulador da utilização.

Esses dados são utilizados na formação de preço mínimo atuarial, constante na Nota Técnica Atuarial, procedimento obrigatório da legislação para o registro de um produto, que deve ser realizado por um atuário, justificando a formação inicial dos preços para comercialização.

Para a formação do preço de venda, a Medical, em seus estudos opta por utilizar a Teoria do Risco Coletivo Anual, por tratar-se de uma metodologia que estuda a distribuição dos sinistros de uma carteira como um todo, sem se preocupar com os sinistros produzidos por cada contrato.

Para esse cálculo, se faz necessário estratificar as despesas *per capita* dos variados produtos também por faixa etária, já que a tabela de preços também possui essa formação.

Nas Tabela 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são demonstradas as despesas *per capita* dos variados produtos por faixa etária.

TABELA 5 – Produto com internação em semiapartamento sem cobrança de fator moderador.

Faixa Etária	Individual / Familiar			Coletivo		
	Usuários	Despesa	despesa per capita	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	482	267.165,97	46,19	7.448	3.892.533,44	43,55
19-23	85	168.582,71	165,28	2.659	1.823.410,72	57,15
24-28	129	122.839,24	79,35	2.950	2.215.963,58	62,60
29-33	191	255.159,90	111,33	3.168	2.163.672,70	56,91
34-38	189	201.481,79	88,84	2.688	2.225.903,62	69,01
39-43	135	116.687,52	72,03	2.497	2.117.478,37	70,67
44-48	161	201.483,36	104,29	2.462	2.370.626,46	80,24
49-53	176	283.026,62	134,01	1.964	2.517.030,76	106,80
54-58	226	471.095,76	173,71	1.366	1.779.742,29	108,57
>=59	542	1.562.968,41	240,31	1.690	3.360.787,37	165,72
TOTAL	2.316	3.650.491,28	131,35	28.892	24.467.149,32	70,57

Fonte: Levantamento feito pela autora

TABELA 6 – Produto com internação em semiapartamento com cobrança de fator moderador

Faixa Etária	Individual / Familiar			Coletivo		
	Usuários	Despesa	despesa per capita	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	2.018	1.103.470,09	45,57	2.563	947.992,13	30,82
19-23	619	338.849,26	45,62	963	754.029,23	65,25
24-28	661	504.808,11	63,64	1.200	605.311,86	42,04
29-33	665	422.419,08	52,93	1.146	780.249,92	56,74
34-38	529	361.479,79	56,94	908	752.619,30	69,07
39-43	495	622.055,15	104,72	799	666.410,07	69,50
44-48	502	521.756,18	86,61	687	540.417,29	65,55
49-53	402	437.164,02	90,62	568	549.300,13	80,59
54-58	351	356.419,91	84,62	403	462.074,81	95,55
>=59	948	2.381.348,49	209,33	528	1.320.704,72	208,44
TOTAL	7.190	7.049.770,07	81,71	9.765	7.379.109,47	62,97

Fonte: Levantamento feito pela autora

TABELA 7 – Produto com internação em apartamento com cobrança de fator moderador

Faixa Etária	Individual / Familiar			Coletivo		
	Usuários	Despesa	despesa per capita	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	55	56.034,42	84,90	17	4.209,81	20,64
19-23	26	8.721,21	27,95	15	4.164,83	23,14
24-28	28	9.546,86	28,41	11	1.898,12	14,38
29-33	39	30.934,94	66,10	4	1.502,48	31,30
34-38	31	25.866,98	69,53	6	5.199,55	72,22
39-43	27	9.102,39	28,09	5	10.586,69	176,44
44-48	17	14.350,40	70,35	7	4.933,66	58,73
49-53	23	44.787,12	162,27	13	10.775,32	69,07
54-58	30	34.345,37	95,40	10	153.490,48	1.279,09
>=59	94	137.688,22	122,06	10	31.499,06	262,49
TOTAL	370	371.377,91	83,64	98	228.260,00	194,10

Fonte: Levantamento feito pela autora

TABELA 8 – Produto com internação em apartamento sem cobrança de fator moderador

Faixa Etária	Individual / Familiar			Coletivo		
	Usuários	Despesa	despesa per capita	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	82	45.399,03	46,14	6.521	2.809.965,19	35,91
19-23	45	58.980,80	109,22	1.077	755.122,64	58,43
24-28	36	50.797,39	117,59	2.110	1.876.536,51	74,11
29-33	37	86.141,86	194,01	2.618	2.308.303,93	73,48
34-38	37	39.319,90	88,56	2.340	2.147.920,34	76,49
39-43	30	30.246,06	84,02	2.125	2.152.500,32	84,41
44-48	22	72.985,73	276,46	2.102	2.421.471,43	96,00
49-53	28	35.070,84	104,38	1.737	2.280.636,06	109,41
54-58	46	227.706,55	412,51	1.500	2.096.363,65	116,46
>=59	73	231.869,87	264,69	3.949	9.312.387,93	196,51
TOTAL	436	878.518,03	167,91	26.079	28.161.208,00	89,99

Fonte: Levantamento feito pela autora

TABELA 9 – Produto sem cobertura para internação sem cobrança de fator moderador

Faixa Etária	Individual / Familiar		
	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18			
19-23			
24-28			
29-33	1	604,15	50,35
34-38			
39-43			
44-48			
49-53			
54-58			
>=59	2	209,52	8,73
TOTAL	3	813,67	22,60

Fonte: Levantamento feito pela autora

TABELA 10 – Produto sem cobertura para internação com cobrança de fator moderador

Faixa Etária	Individual / Familiar		
	Usuários	Despesa	despesa per capita
00-18	38	12.698,09	27,85
19-23	10	5.186,37	43,22
24-28	22	10.915,20	41,35
29-33	12	8.991,40	62,44
34-38	8	1.790,50	18,65
39-43	3	11.359,84	315,55
44-48			
49-53			
54-58			
>=59			
TOTAL	93	50.941,40	45,65

Fonte: Levantamento feito pela autora

Uma adequada precificação estabelece contraprestações pecuniárias suficientes para cobrir os custos assistenciais e os custos de carregamentos, de forma a garantir a solvência da operadora.

3.3 Da gestão dos custos

Para manter toda essa estrutura com competitividade no mercado de operadoras de plano de saúde, é imprescindível à Medical

manter controles gerenciais acirrados, principalmente sobre seus custos assistenciais, bem como uma busca constante por estratégias para a sua redução, sendo a gestão de custos um excelente instrumento de apoio às tomadas de decisão.

Em razão da especificidade dos serviços em saúde, as informações e ferramentas utilizadas como instrumento de gestão, planejamento e controle operacional para as tomadas de decisão, requerem muitos cuidados já que estão diretamente relacionadas à promoção da saúde.

De acordo com Padoveze (2006), é preciso conhecer o custo unitário de um produto ou serviço, utilizando-se de métodos de custeio, para se estabelecer o preço de venda unitário de um produto.

Na saúde, os custos são reconhecidos como sinistros, e trata-se do montante destinado a suportar os gastos com a assistência médica. Esse custo assistencial é distribuído pelos seguintes itens:

- Consultas Médicas: Atendimento realizado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em regime ambulatorial, em caráter eletivo, urgência ou emergência, em que a despesa seja restrita ao ato médico da consulta.
- Exames Complementares: atendimentos/despesas com procedimentos terapêuticos realizados em regime ambulatorial, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.
- Internações Hospitalares, incluindo eventos obstétricos: Atendimentos realizados em regime hospitalar, incluindo despesas com hotelaria, honorários profissionais, medicamentos, materiais, taxas, terapias e exames ocorridos durante a internação, em enfermaria ou quarto e unidades de terapia intensiva ou semi-intensiva; Despesas relacionadas à obstetrícia, considerando internações onde o procedimento principal tenha sido parto normal ou parto cesáreo, incluindo atendimento ao

recém-nascido ou atendimento ao nascido morto, na sala de parto, por pediatra, e internações do nascido vivo prematuro e a termo nos primeiros 30 (trinta) dias de nascido.

- Demais Custos Assistenciais: não classificados nos itens anteriores, relacionados à assistência médica.

Os custos assistenciais na Medical possuem a seguinte distribuição, conforme a Tabela 11.

TABELA 11 – Distribuição por tipo de evento

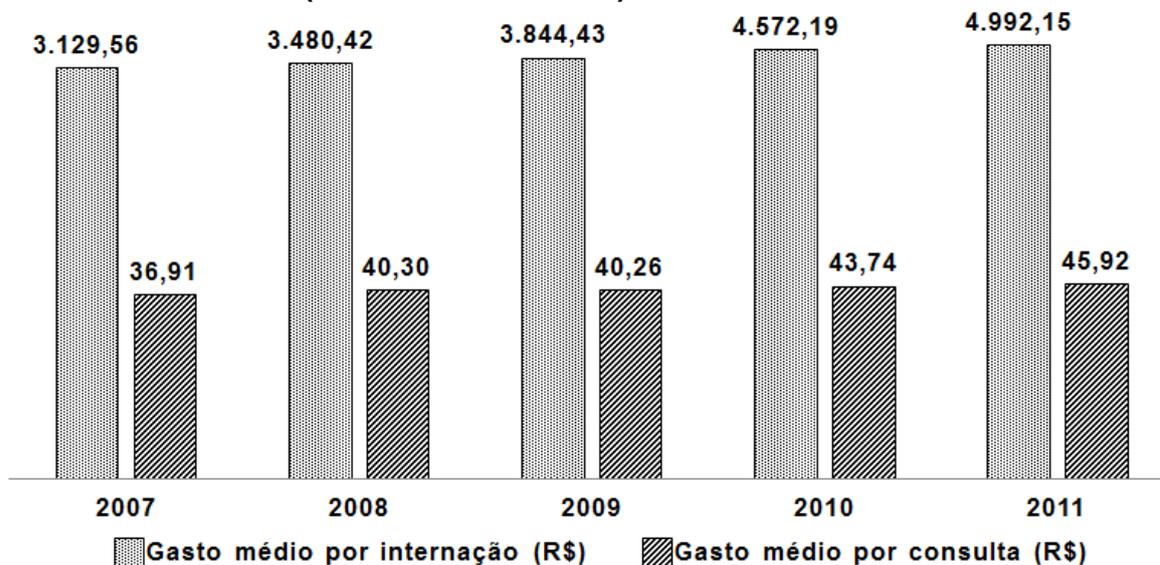
Item de despesas	Quantidade	Despesas Assistenciais	Média por evento	% sobre total
Consultas	355.897	11.439.163,50	32,14	15,84%
Pronto Atendimento	133.344	6.160.179,75	46,20	8,53%
Exames e Terapias	593.848	10.350.974,97	17,43	14,33%
Internação	5.974	24.527.146,31	4.105,65	33,95%
Procedimentos Ambulatoriais	620.919	19.760.174,62	31,82	27,35%
TOTAL	1.709.982	72.237.639,15	4.233,24	100,00%

Fonte: Levantamento feito pela autora

Na Tabela 11 encontra-se a composição percentual dos custos com cada tipo de despesa, sendo que os custos gerados em ambiente hospitalar representam 61,3% dos custos assistenciais totais e quando somados aos custos gerados no pronto atendimento totaliza-se 69,9%, sendo que os demais custos, como consultas, exames e terapias, que são gerados em regime ambulatorial, estão representados por 30,1%.

A título de comparação, em avaliação ao banco de dados da ANS, encontra-se o gasto médio com os itens que mais se destacam em regime hospitalar e ambulatorial, sendo internação e consultas, apresentados no Gráfico 7.

GRÁFICO 7 – Gasto médio por internação e por consulta de planos privados de assistência médica (Brasil – 2007 – 2011)



Fontes: SIB/ANS/MS – 04/2012 e SIP/ANS/MS – 06/2012

Nota: Dados preliminares de 2011, sujeitos a alteração.

Avaliando as informações publicadas, nota-se que em 2011 o gasto médio com internação foi de R\$ 4.992,15 e de consultas R\$ 45,92, portanto maiores que os da Medical apresentados na tabela 11, que são respectivamente R\$ 4.105,65 e R\$ 32,14.

Assim, considerando os custos assistenciais anuais por tipo de despesa e 75.242 beneficiários da Medical, obtêm-se na Tabela 12.

TABELA 12 – Tabela de custos assistenciais por tipo de despesas

Item de despesas	Despesas	Despesas
	Assistenciais / ano	Assistenciais per capita / mês
Consultas	11.439.163,50	12,67
Pronto Atendimento	6.160.179,75	6,82
Exames e Terapias	10.350.974,97	11,46
Internação	24.527.146,31	27,16
Procedimentos Ambulatoriais	19.760.174,62	21,89
TOTAL	72.237.639,15	80,01

Fonte: Levantamento feito pela autora

Nota: Dados apurados no ano de 2012

Apura-se, na tabela acima, que o tíquete médio da Medical, suficiente para cobrir no mínimo os custos assistenciais, não pode ser inferior a R\$ 80,01.

A medição e acompanhamento do sinistro são determinados pelo índice de sinistralidade (S), que nada mais é que o resultado dos custos assistenciais sobre as receitas: $S(\%) = \text{total de custos com sinistros no período (em R\$)} / \text{total de contraprestações pecuniárias no período (em R\$)} \times 100$.

Para melhor avaliar a carteira de beneficiários com plano regulamentado, desenvolveu-se um levantamento analítico considerando as diferentes características de cada produto, conforme a Tabela 13.

TABELA 13 – Sinistralidade por tipo de produto

PRODUTO	Cobertura	Acomodação	Fator moderador	Quant. Benef.	Receita	Despesa	Sinistralidade	Participação %
COLETIVO	A+H+OB	APTO	COM	98	177.030,48	228.260,00	128,94%	0,15%
	A+H+OB	SEMI	COM	9.765	9.946.798,24	7.379.109,47	74,19%	15,06%
	A+H+OB	APTO	SEM	26.079	27.886.435,65	28.161.208,00	100,99%	40,22%
	A+H+OB	SEMI	SEM	28.892	28.288.866,37	24.467.149,32	86,49%	44,56%
TOTAL				64.834	66.299.130,74	60.235.726,79	90,85%	100,00%
Per capita					85,22	77,42	90,85%	
PRODUTO	Cobertura	Acomodação	Fator moderador	Quant. Benef.	Receita	Despesa	Sinistralidade	Participação %
INDIVIDUAL / FAMILIAR	A+H+OB	APTO	COM	371	923.353,11	371.377,91	40,22%	3,56%
	A+H+OB	SEMI	COM	7.189	13.608.935,67	7.049.770,07	51,80%	69,07%
	A+H+OB	APTO	SEM	436	1.129.306,68	878.518,03	77,79%	4,19%
	A+H+OB	SEMI	SEM	2.316	4.336.506,83	3.650.491,28	84,18%	22,25%
	AMB		SEM	3	4.548,66	813,67	17,89%	0,03%
	AMB		COM	93	108.368,15	50.941,40	47,01%	0,89%
TOTAL				10.408	20.111.019,10	12.001.912,36	59,68%	100,00%
Per capita					161,02	96,10	59,68%	
TOTAL GERAL				75.242	86.410.149,84	72.237.639,15	83,60%	
Per capita					95,70	80,01	83,61%	

Fonte: Levantamento feito pela autora

Em análise das informações, destaca-se a variabilidade dos índices apresentados, sendo a sinistralidade da carteira de beneficiários total da Medical 83,60%, considerando 90,85% para os produtos coletivos e 59,68% para o individual/familiar.

Também é possível observar a variação do resultado da sinistralidade calculada, considerando as diferentes características dos produtos e/ou quantidades de beneficiários distribuídos em cada um, como detalhado anteriormente na análise da tabela 4.

A tendência é que a sinistralidade dos produtos que possuem cobrança de fator moderador, independentemente de sua acomodação ou cobertura, seja menor do que a dos produtos sem o moderador, salvo ocorrências sazonais.

Na tabela acima, a menor sinistralidade encontrada foi de 17,89% e a maior de 128,94%, o que comprova a assertividade da operadora em utilizar a Teoria do Risco Coletivo para a formação de preços.

Para a gestão dos custos e formação de preço, é preciso analisar as informações de custos assistenciais considerando, além do tipo de produto e suas diferentes características, a faixa etária dos beneficiários. Veja Tabela 14.

TABELA 14 – Sinistralidade por faixa etária

Faixa Etária	TOTAL COLETIVO E INDIVIDUAL / FAMILIAR						Sinistralidade
	Usuários	% Total	Receita	% Total	Despesas	% Total	
00-18	19.213	25,5%	18.090.462,31	20,9%	9.536.180,08	13,2%	52,71%
19-23	5.499	7,3%	5.550.550,96	6,4%	3.916.792,08	5,4%	70,57%
24-28	7.145	9,5%	7.338.098,67	8,5%	5.398.386,79	7,5%	73,57%
29-33	7.881	10,5%	8.123.821,72	9,4%	6.056.321,11	8,4%	74,55%
34-38	6.737	9,0%	6.988.271,78	8,1%	5.760.820,65	8,0%	82,44%
39-43	6.119	8,1%	6.686.567,07	7,7%	5.738.528,05	7,9%	85,82%
44-48	5.960	7,9%	6.863.868,20	7,9%	6.145.148,07	8,5%	89,53%
49-53	4.910	6,5%	6.272.569,12	7,3%	6.153.262,89	8,5%	98,10%
54-58	3.932	5,2%	5.627.761,81	6,5%	5.567.607,98	7,7%	98,93%
>=59	7.846	10,4%	14.868.178,21	17,2%	17.964.591,44	24,9%	120,83%
TOTAL	75.242	100,0%	86.410.149,85	100,0%	72.237.639,14	100,0%	83,6%

Fonte: Levantamento feito pela autora

No conjunto dos beneficiários estudado na Tabela 14, o número de beneficiários na primeira faixa etária representa 25,5% da carteira total, mais que o dobro que os 10,4% da última faixa. É possível verificar o crescimento da sinistralidade a medida que avança a faixa etária, partindo de 52,71% na faixa de 00-18 anos para 120,83% na faixa acima de 59 anos.

Quando analisadas a receita e a despesa destas mesmas faixas, nota-se uma inversão negativa na representatividade acima, principalmente na despesa, o que justifica o aumento do índice de sinistralidade. Enquanto na primeira faixa etária a receita representa

20,9% da receita total, 13,2% da despesa total e 25,5% de beneficiários da carteira total, na última faixa a representatividade é 17,2%, 24,9% e 10,4% respectivamente, demonstrando que sua despesa é muito maior que a receita em relação com número de beneficiários.

Além da sinistralidade, a operadora também como forma de análise da carteira de beneficiários, avalia os parâmetros de utilização por tipo de evento.

TABELA 15 – Média de consultas por usuário por ano, despesa com consultas e receita de fator moderador por tipo de produto

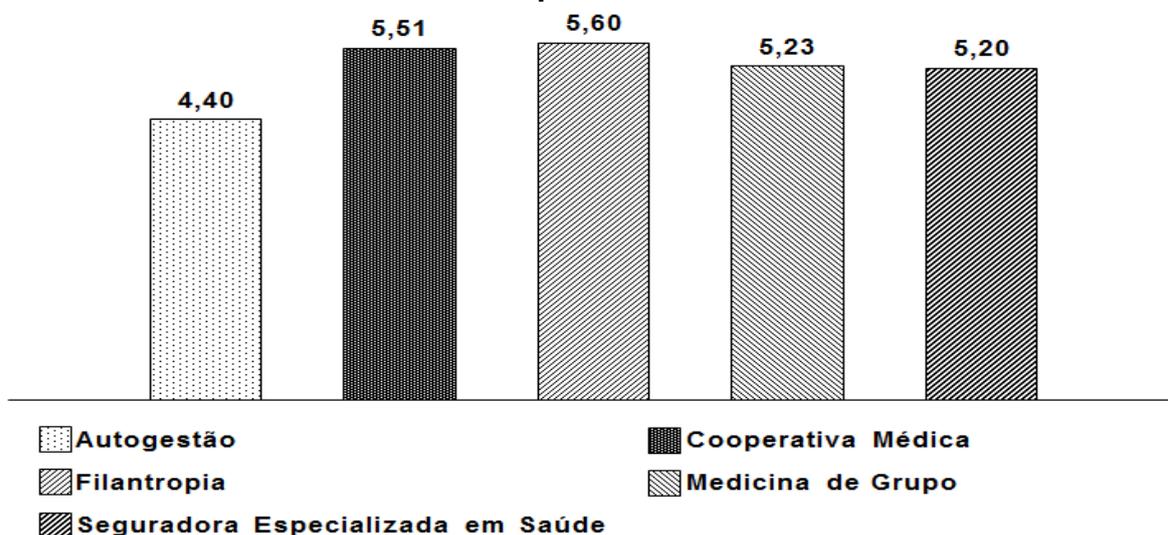
TOTAL GERAL	Quant. usuário	Quant. consultas eletiva+PA	Despesa com consultas	Valor médio consulta	Receita com cobrança de Fator Moderador	Consulta/Usuário
Coletivo	64.834	416.954	14.784.761,60	35,46	856.476,06	6,43
Individual	10.408	72.287	2.814.581,65	38,94	903.027,83	6,95
Total	75.242	489.241	17.599.343,25	35,97	1.759.503,89	6,50

Fonte: Levantamento feito pela autora

Na Tabela 15, é possível avaliar que a média de utilização em 2012 é de 6,50 consultas por usuário por ano.

A título de parâmetros de comparação de utilização, é possível utilizar dados de outras operadoras publicados pela ANS. Vide Gráfico 8.

GRÁFICO 8 – Médias de consultas por beneficiários em 2012



Fonte: SIP/ANS e SIB/ANS

A Medical encontra-se na modalidade de cooperativa médica, cuja média de utilização em 2012 é de 6,5 consultas por beneficiário por ano, enquanto que nas demais operadoras de sua modalidade foi de 5,51 consulta por usuário por ano, portanto 1 consulta por beneficiário por ano a mais que as demais operadoras.

Neste item de despesa é possível a operadora utilizar, como mecanismo de regulação, a cobrança do fator moderador FM, que contribui significativamente com a gestão de custos. Vide Tabela 16.

TABELA 16 – Comparação índice de consulta por usuário por tipo de produto

Carteira	Produto com FM						Produto sem FM				
	Quant. Benefic.	Quant. Consultas eletiva + PA	Custo com consultas	Valor médio consulta	Receita com cobrança de Fator Mod.	Consulta / Beneficiário	Quant. Benefic.	Quant. Consultas eletiva+PA	Custo com consultas	Valor médio consulta	Consulta / Beneficiário
Coletivo	9.863	53.408	2.044.432,50	38,28	856.476,06	5,41	54.971	363.546	12.740.329,10	35,04	6,61
Individua	7.653	47.861	1.867.803,80	39,03	903.027,83	6,25	2.755	24.426	946.777,85	38,76	8,87
Total	17.516	101.269	3.912.236,30	38,63	1.759.503,89	5,78	57.726	387.972	13.687.106,95	35,28	6,72

Fonte: Levantamento feito pela autora

Avaliando os dados, nota-se que o produto com cobrança do fator moderador possui índice de 5,78 consultas por beneficiário por ano enquanto o produto sem a cobrança 6,72, representando aproximadamente uma consulta por usuário por ano a menos, ou seja, 16,25% a menos de consultas utilizadas por beneficiário por ano.

Projetando-se os dados apresentados na Tabela 15, é possível analisar o impacto percentual deste mecanismo nos resultados da operadora em duas vertentes, receita e despesa:

- Aumento de 2% na receita total da operadora, resultado da proporcionalidade da receita com fator moderador de R\$ 1.759.503,89 e a receita total de R\$ 86.410.149,84, apresentada na Tabela 12.
- Redução de 1% no total do custo assistencial de R\$ 72.237.639,15 (Vide tabela 12). A economia foi de R\$ 591.920,31, resultado da projeção de 1 consulta por beneficiário por ano, multiplicada pelo valor médio da

consulta R\$ 35,97 (vide Tabela 14), multiplicados por 17.516 beneficiários que possuem o produto com cobrança de FM.

A receita com a cobrança do fator moderador e a redução nos custos assistenciais representaram R\$ 2.351.424,20, ou seja, 2,45% da receita total da operadora, que contribuiu com a melhoria do resultado da operadora no ano de 2012. O resultado publicado no Balanço da Medical foi de R\$ 1.977.187,83.

Importante observar que a coparticipação funciona efetivamente como um fator moderador, controlando desperdícios com utilização desnecessária e influenciando na escolha mais acertada do especialista para sua patologia.

A Medical, em razão dos custos com internação representarem 28% dos custos totais, bem como a alta sinistralidade na faixa etária acima de 59 anos, possui ainda como mecanismo de gestão de custos, o serviço de Assistência Domiciliar tendo como um dos objetivos a racionalidade financeira.

Esse serviço possibilita a desospitalização diminuindo o tempo médio de internação hospitalar, reduzindo o número de reinternações e com isso os riscos de infecções hospitalares. Também em razão da assistência prestada se aumenta a aderência do paciente ao tratamento, proporcionando maior conscientização do paciente e do cuidador do quadro patológico, além da melhora na qualidade de vida de todos os envolvidos.

O Serviço de atendimento domiciliar atendeu 188 pacientes em 2012, com as mais variadas doenças, conforme Tabela 17:

TABELA 17 – Pacientes atendidos pelo SAD por tipo de doença

Código Internacional de Doença	2011	2012	%
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	42	50	27,0%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	24	35	19,0%
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	34	32	17,0%
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	30	23	12,0%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	10	11	6,0%
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	10	8	4,0%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	6	7	4,0%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	6	4	2,0%
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	2	4	2,0%
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	0	4	2,0%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	1	3	1,6%
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	2	2	1,0%
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	4	1	0,5%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	2	1	0,5%
Doença da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	2	1	0,5%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	1	1	0,5%
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	0	1	0,5%
Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	1	0	0,0%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	0	0	0,0%
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR TIPO DE DOENÇA	177	188	100%

Fonte: Levantamento feito pela autora

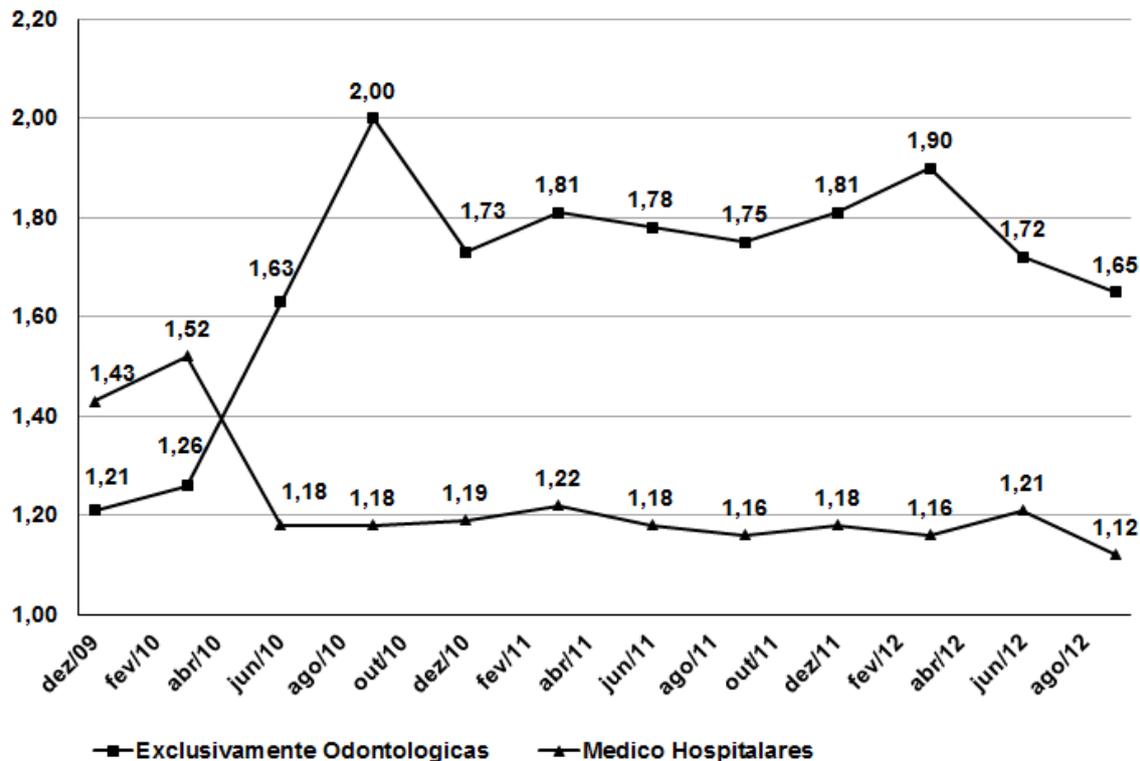
Dentre as principais doenças atendidas em 2012, destacam-se 27% dos pacientes portadores de doenças do aparelho circulatório, 19% com lesões por causas externas e 17% por doenças do sistema nervoso.

O serviço de atendimento domiciliar, no que tange exclusivamente a prestação de serviços de sua equipe multidisciplinar, tem apresentado resultados bastante significativos na melhora do quadro clínico e recuperação dos pacientes.

Dentre o objetivo da gestão dos custos, ainda não é possível mensurar a redução alcançada, tão pouco os reflexos nos resultados da operadora, devido à dificuldade de se calcular o quanto a operadora deixou de custear com internações desses pacientes, principalmente em razão da subjetividade dos principais motivos que coibiram as reinternações.

Além dos mecanismos e estudos já apresentados de como a Medical realiza sua gestão, faz-se ainda importante ressaltar o acompanhamento de índices financeiros e a analogia com indicadores apresentados em seu segmento. Veja Gráfico 9.

GRÁFICO 9 – Liquidez corrente por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)

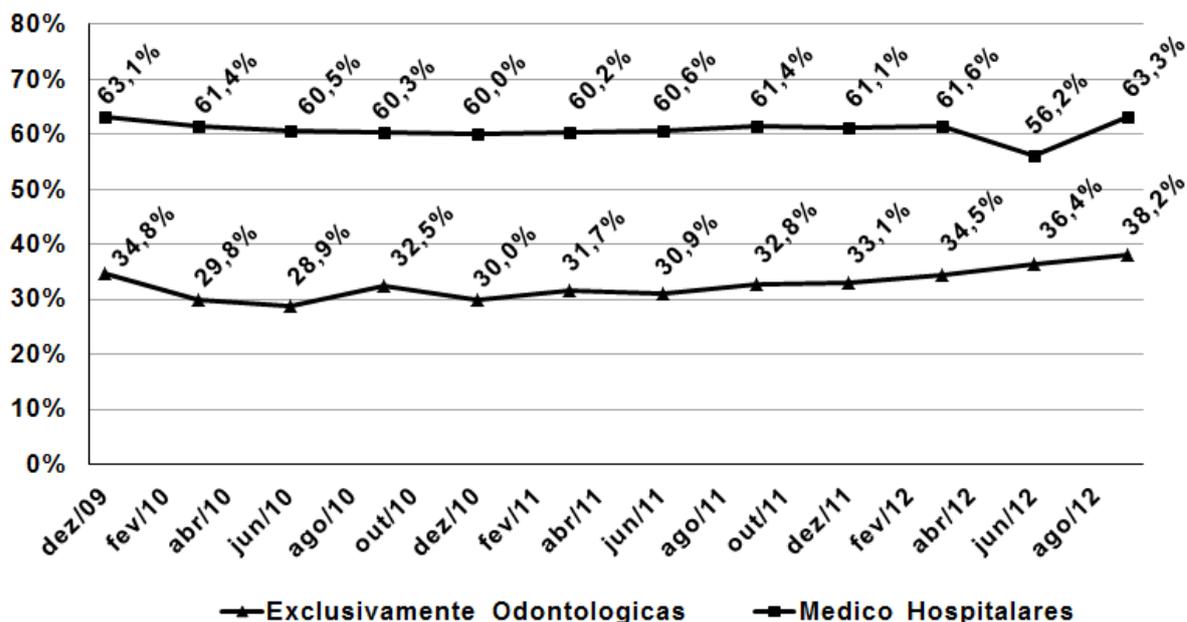


Fonte: DIOPS/ANS/MS – 12/2012.

Nota: Liquidez Corrente=Ativo Circulante / Passivo Circulante

Após uma ligeira alta no segundo trimestre de 2012 para as operadoras de cobertura médico-hospitalar, a liquidez corrente no terceiro trimestre foi a menor registrada desde dezembro de 2009. Analisado o Balanço Patrimonial da operadora Medical, encontra-se uma discreta alta de 1,04 em dezembro de 2011 para 1,05 em dezembro de 2012, porém ainda abaixo do índice de 1,12, apresentado em setembro de 2012, que foi o menor índice das operadoras nos últimos três anos.

GRÁFICO 10 – Endividamento por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)

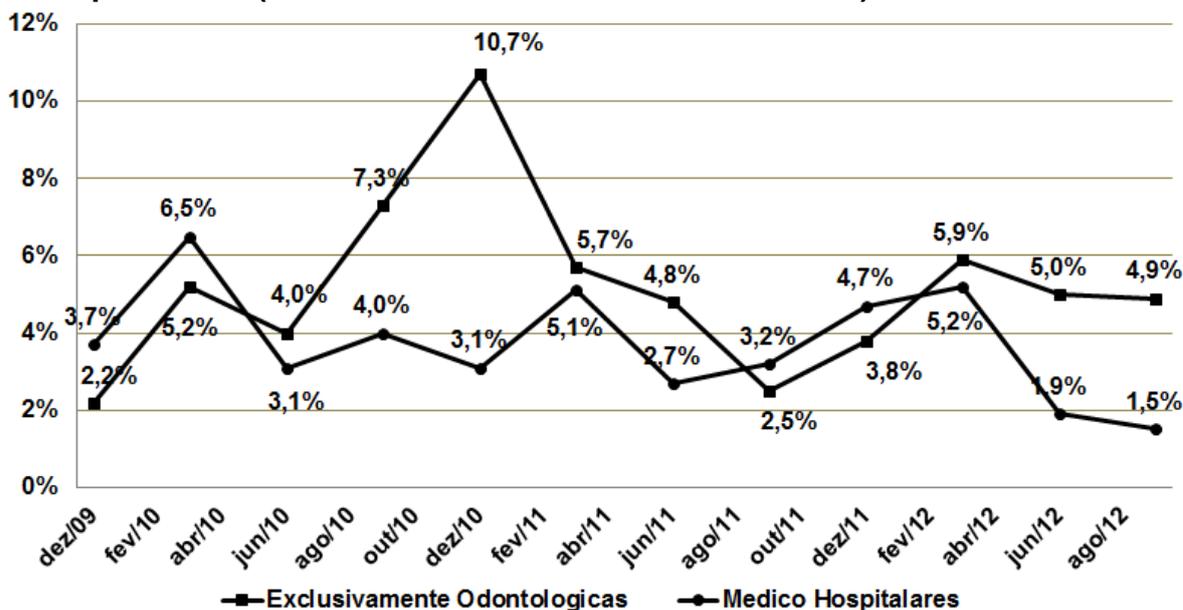


Fonte: DIOPS/ANS/MS – 12/2012

Nota: Endividamento= (Passivo Circulante + Passivo Não Circulante) /Ativo Total

As operadoras médico-hospitalares apresentaram uma alta de dois pontos percentuais no endividamento quando observado a média dos últimos três anos, enquanto que isolando a operadora Medical, nota-se exatamente o oposto, apresentando uma queda em seu endividamento que já era inferior ao agrupamento das operadoras de mesma cobertura, sendo 58% em 2011 e 56% em 2012.

GRÁFICO 11 – Retorno sobre o patrimônio líquido por cobertura assistencial das operadoras (Brasil – dezembro/2009-setembro/2012)



Fonte: DIOPS/ANS/MS – 12/2012

Enquanto o retorno sobre o patrimônio líquido das operadoras médico-hospitalares mantém-se baixo no terceiro trimestre de 2012, principalmente quando comparado a dezembro de 2011 que foi de 4,7%, a Medical, da mesma forma dos índices anteriores, apresenta um aumento substancial, sendo que em 2011 apresentou um retorno sobre patrimônio líquido de 3,15% e em 2012 6,01%.

Desta forma, demonstra-se que a Medical, em um contexto geral, mesmo inserida em um cenário de constante ameaça, com os mais variados riscos, tem conseguido manter-se ativa em seu mercado, atingindo suas metas e permanecendo na média, quando comparada com as demais operadoras de seu porte.

3.4 Da gestão do preço de venda

Em busca da melhoria de seus resultados, além da gestão dos custos, a Medical entende ser imprescindível acompanhar o preço de venda de seus produtos, para manter-se ativa em seu mercado de atuação.

De acordo com Ponte *et al.* (2007) as decisões sobre preço de venda podem levar as organizações ao desenvolvimento e ao lucro e Lunkes (2003) complementa quando menciona a importância de avaliar os preços praticados pelo mercado, a fim de evitar perder a venda para a concorrência.

Assim, para um adequado estudo de formação do preço de venda, a Medical apura seus custos para não vender com preço abaixo desses, busca parcerias com fornecedores e prestadores para comprar pelo menor preço, pesquisa os produtos e valores praticados por seus concorrentes e analisa as necessidades do mercado em que está inserida.

Em razão da imprevisibilidade na geração dos custos, para a precificação⁵ deve-se estabelecer valores de contraprestações pecuniárias suficientes para cobrir os custos assistenciais e os custos de carregamentos considerando-se 15% para despesas administrativas, 10% para despesas comerciais e 10% para a margem de lucro, sobre o preço comercial, de forma a garantir a solvência da Operadora.

O preço mínimo atuarial constante na Nota Técnica de Registro de Produto representa a despesa exclusivamente assistencial, que acrescida da respectiva margem de segurança, previne o risco de oscilações nos custos. De acordo com Montone (2004), as operadoras são impedidas de comercializar o produto com valores abaixo desse preço mínimo calculado, garantindo a cobertura ao menos assistencial.

Importante ressaltar a necessidade de uma correta precificação, vista a dificuldade e até mesmo impossibilidade, nos contratos de produtos individual e familiares de corrigi-las, em razão dos termos da legislação vigente, pois o reajuste financeiro a incidir sobre o valor das contraprestações pecuniárias será anual, considerando-se como data-base o mês de assinatura do contrato, devendo observar o índice máximo publicado e autorizado pela ANS.

Ainda nos termos da legislação, no caso de contratos de produtos coletivos empresariais, o critério para reajuste anual da

⁵ Precificação é pensar e agir de uma maneira estratégica como uma tática para se calcular os preços de venda

contraprestação pecuniária e da tabela de preços para novas adesões, será de acordo com o índice econômico estipulado em contrato e apuração da sinistralidade (S), sendo 75% a meta de sinistralidade (MS) aceitável. Se constatado o desequilíbrio econômico no contrato, será acrescido ao índice econômico o percentual de ajuste, calculado por meio da equação $(S/MS)-1$.

A Medical apresenta na Tabela 13, que sua receita *per capita* é R\$ 95,70 e a despesa assistencial *per capita* é de R\$ 80,01, obtendo uma sinistralidade de 83,6%, portanto acima dos 75% estipulados como meta.

Considerando a metodologia para cálculo da contraprestação pecuniária acrescentando ao custo assistencial os custos de carregamento correspondentes a 10% de despesas comerciais (R\$ 8,01), 15% de despesas administrativas (R\$ 12,00) e 10% de lucro (R\$ 8,01), obtém-se que o valor mínimo *per capita* para venda deve ser R\$ 108,01, portanto muito acima da contraprestação pecuniária média praticada pela Medical de R\$ 95,70, ou seja, aproximadamente 13% menor que o estipulado na metodologia. Entretanto, elevar a contraprestação média não é tarefa fácil, pois o mercado reluta em pagar mais.

4 ANÁLISE DOS DADOS E APURAÇÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

É importante destacar que a análise de dados e apuração dos resultados, tanto em nível de atividades quanto econômico-financeiro, constitui um instrumento vital à gestão das instituições de saúde, permitindo aos dirigentes maior segurança diante das dificuldades e desafios impostos a esse segmento empresarial.

Em se tratando de formação de preço, com base na afirmação de Lunkes (2003), a forma mais utilizada é por apuração dos custos, porém não deixando de considerar as análises comparativas com o preço praticado pelo mercado, evitando a recusa automática pelo cliente, caso esse custo seja excessivo.

Segundo Uga (1995), ao realizarem a apuração e análise de custos, as técnicas aplicadas pelos serviços de saúde acabam englobando estudos desde o uso exagerado, políticas e programas de racionalização.

Para a gestão dos custos e formação de preço, é preciso analisar as informações por tipo de produto, suas diferentes características e faixas etárias dos beneficiários, visto que a tabela de preços de venda está assim distribuída.

Analisando as informações da Medical, depara-se com uma sinistralidade de 83,6%, acima da meta definida pela operadora que é de 75%. Quando analisada a sinistralidade por faixa etária, nota-se o crescimento a medida que se aumentam as faixas, partindo de 52,71% na menor faixa que é de 00-18 anos para 120,83% na faixa acima de 59 anos. Importante ressaltar que essa tendência pode ser modificada quando ocorrerem situações sazonais, como por exemplo, internações de alto custo, devida à longa permanência ou complexidade do caso.

Os custos assistenciais medem a capacidade da operadora em se manter em operação no longo prazo havendo um risco iminente de insolvência caso as despesas sejam superiores às receitas. ANS (2004, p.27). Como a Medical utiliza-se da Teoria do Risco Coletivo Anual

para a formação de preços, analisam-se os custos assistenciais por beneficiário, apurando-se que em 2012 foi de R\$ 80,01. Por comercializar produto individual/familiar e coletivo, analisando-se separadamente os custos assistenciais, encontram-se os valores *per capita* de R\$ 96,10 e R\$ 77,42, respectivamente, sendo que para a composição final da tabela de preços de venda, realiza-se a distribuição por faixa etária, acrescentando-se os custos de carregamento, despesas administrativas, comerciais e margem de lucro.

Com base nesta metodologia e no custo assistencial *per capita* apurado no valor de R\$ 80,01, calcula-se que o valor mínimo *per capita* para venda deveria ser R\$ 108,01, constatando-se em análise comparativa com o atualmente praticado no valor de R\$ 95,70, o equivalente a aproximadamente 13% menor do que deveria ser comercializado.

Na busca de redução da taxa de sinistralidade, analisa-se que a média de utilização de consultas em 2012 é de 6,5 consultas por beneficiário por ano que está acima da publicada pela ANS, que foi de 5,51, nas operadoras da modalidade de cooperativa médica.

Para otimizar esse índice, a operadora possui um produto com coparticipação, que funciona efetivamente como um fator moderador, controlando desperdícios com utilização desnecessária e influenciando na escolha mais acertada do especialista para sua patologia.

Avaliando-se os dados por tipo de produto, nota-se que o produto com coparticipação possui índice de 5,78 consultas por beneficiário por ano, enquanto o produto sem coparticipação possui índice de 6,72. Analisando-se os dados financeiros, conclui-se que o impacto percentual deste mecanismo nos resultados da operadora foi 2,45% em relação a receita total de 2012, ocasionado pela receita gerada com a cobrança da taxa no montante de R\$ 1.759.503,89 e redução dos custos em R\$ 591.920,31.

Através dos levantamentos realizados, verifica-se ainda que o principal item do custo assistencial da operadora está relacionado com internação hospitalar, representando 33,95% do custo assistencial

total, ainda que seu custo médio por internação, R\$ 4.105,65, seja aproximadamente 22% menor que os R\$ 4.992,15 publicado pela ANS.

As operadoras estão em constante ameaça de risco do crescimento das despesas assistenciais por estarem inseridas em uma forma de custeio de serviços de difícil controle econômico-financeiro, pois lidam com a saúde dos beneficiários que não pode sofrer quaisquer tipos de descontinuidade sob pena de dano irreversível (ANS, 2004, p.27).

Os indicadores financeiros medem a capacidade da operadora em se manter em operação, desta forma analisa-se:

- liquidez corrente: a Medical apresenta 1,05 demonstrando sua capacidade em honrar seus compromissos de curto prazo, bem próximo ao limite estabelecido, mas dentro da média das demais operadoras que foi 1,12;
- endividamento: a Medical encontra-se com 56% de dependência de capital de terceiros, porém com sinais de melhoria quando avaliado o índice do ano anterior que foi de 58%. As demais operadoras apresentaram 63,3% no mesmo período.
- retorno sobre o patrimônio líquido: a Medical apresentou aumento substancial comparando-se 6,01% em 2012 com 3,15% em 2011.

Destaca-se a importância do controle e monitoramento da questão econômico-financeira na saúde suplementar, pois pode-se identificar situações de insolvência da operadora, evidenciando-se que o acompanhamento dos indicadores estabelecidos deve-se constituir numa análise conjunta de informações, evitando uma análise distorcida em relação à abordagem mais ampla da situação econômico-financeira da operadora.

4.1 Melhorias dos resultados

Diante dos resultados apresentados, depara-se, que apesar da Medical encontrar-se ativa em seu mercado, perfazendo resultados na média das operadoras de seu porte, possui grandes desafios em sua gestão.

No que diz respeito ao preço de venda analisou-se que a Medical necessita aumentar sua contraprestação média em aproximadamente 13%, para adequar-se à metodologia estipulada em seu cálculo atuarial.

Padoveze (2006) afirma que quem faz o preço de venda dos produtos é o mercado, por meio da oferta e da procura, pelo valor percebido pelos clientes e ações da concorrência. Desta forma, elevar a contraprestação não é tarefa simples, visto que o mercado não está disposto a pagar mais pelo risco, mas quer seu direito assegurado.

Os interesses e conflitos de consumidores, prestadores e a legislação não oferecem as condições de risco ideal para as operadoras, que devem buscar elementos para a determinação do valor atuarial, como probabilidades da ocorrência de despesas médico-hospitalares por idade, sexo e região geográfica, cálculo do denominado 'carregamento' do prêmio (lucro + despesas administrativas e de comercialização) e fixação de tarifas. (BAHIA, 2001)

Assim, pode-se buscar outras situações para a formação de preços como: estudos para a introdução de novos produtos, acompanhamento de preços e custos de produtos atuais, novas oportunidades de negócios ou pedidos especiais, análise de preço de produtos de concorrentes, entre outras. (PADOVEZE, 2006)

Na atualização do seu planejamento estratégico, a Medical, atenta a este fato, propôs que agregar valor aos seus produtos, através de diferenciais como acomodação hospitalar, diferenciada, abrangência mais ampla de cobertura dos produtos, adoção de reembolso por despesa assistencial fora da rede credenciada e outros, pode ser uma das soluções para aumentar seu tíquete médio.

O risco atuarial é incerto, independe da vontade humana e não obedece a nenhuma lei. Assim, Tomazela (2013) define que “o sinistro é a realização do risco”.

O controle da sinistralidade está diretamente relacionado com a gestão de preço de venda e com a gestão de custos. A Medical apurou uma sinistralidade de 83,6%, enquanto a meta definida é de 75%.

As ações de melhoria do tíquete médio estão intrinsecamente relacionadas com a melhoria da sinistralidade, bem como outras ações, também propostas no planejamento estratégico como: aumentar a penetração da tecnologia da informação com o objetivo de integração de processos internos e externos, ampliação do escopo e atuação do Serviço de Atendimento Domiciliar e Medicina Preventiva tornando-os pró-ativos na captação de pacientes. As ações de medicina preventiva desenvolvidas por equipe multidisciplinar podem ter custos iniciais importantes, porém com alto potencial de retorno futuro, com a vantagem de resultar em menores custos após sua fase de implantação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios enfrentados nos sistemas de saúde em razão das transições demográficas e epidemiológicas, os progressivos avanços tecnológicos e ainda a competição mercadológica, geram, a cada dia, diferentes cenários na assistência à saúde, em busca de novas estratégias.

O estudo teve como objetivo Identificar e estudar os mecanismos de controles e gerenciamentos que auxiliarão na gestão dos custos dos serviços e preço de vendas em operadoras de plano de saúde.

O levantamento de dados foi desenvolvido em uma operadora de plano de saúde, obtendo-se as informações em nível gerencial, avaliando-se a carteira de beneficiários da operadora distribuição por categoria, tipo de produtos e faixa etária, bem como os custos assistenciais dessa carteira distribuídos por tipo de custos.

Este estudo teve, ainda, como objetivo específico, analisar a cobrança de fator moderador e seu impacto na gestão dos custos. Foi possível comprovar que o produto com cobrança de coparticipação traz resultados positivos à operadora, como redução de custos por conta da disciplina do beneficiário quanto ao uso desnecessário e na geração de receita ocasionada pela utilização e cobrança da coparticipação.

O estudo traz também contribuições ao gestor no processo de formação de preços de venda, já que estuda analiticamente os custos assistenciais *per capita*.

Ainda foi possível concluir, com a análise comparativa com outras operadoras publicadas pela ANS que a Medical encontra-se bem classificada na maioria dos itens avaliados, destacando-se sua evolução no que tange aos indicadores financeiros.

Também foi objeto do estudo, o Serviço de Assistência Domiciliar, no qual se avaliam os conceitos desse serviço e seus resultados. O serviço está centrado na desospitalização, promoção do convívio do doente com a família e na possibilidade de reduzir riscos

de infecções. Apresenta resultados positivos na recuperação dos pacientes, principalmente na população idosa, sendo o principal deles o conforto de estarem ao lado dos seus familiares.

A pesquisa documental demonstra frequentes relatos de menor tempo de recuperação, com melhor evolução do quadro clínico e emocional, em função dessa proximidade da família. Em conjunto existem as atividades desenvolvidas por equipe multidisciplinar, que para quadros clínicos mais complexos e com necessidades de tecnologia especializada, ainda demanda disponibilização de materiais e medicamentos para manutenção e melhoria do quadro de saúde do paciente.

Considera-se que a assistência domiciliar representa uma estratégia positiva, no que diz respeito à contribuição com a gestão dos custos, no que tange a redução do tempo médio de internação hospitalar e incidência de reinternações, melhora na resposta do paciente ao tratamento proposto devido à conscientização de seu quadro clínico, além da melhoria na qualidade de vida do paciente e do familiar.

Porém, neste item, destaca-se uma limitação no desenvolvimento da pesquisa, visto que não foi possível mensurar os valores economizados a título das não ocorrências de internações e tão pouco se essas realmente não ocorreram por conta dos cuidados do serviço ou se pela melhora ou cura da doença apresentada por razões diversas. Acredita-se ser fundamental estabelecer novas formas de avaliação de resultados que permitam a análise da alocação dos custos das atividades em relação aos resultados econômicos alcançados pela empresa.

A presente pesquisa demonstrou que o envelhecimento populacional ocasionado pela transição demográfica e epidemiológica traz impactos nos custos de atenção à saúde, aumentando significativamente a sinistralidade das operadoras de planos de saúde.

O IBGE projeta para 2050 que a população idosa representará 22,71% do total da população e analisando dados fornecidos pela ANS encontra-se que as despesas assistenciais *per capita* crescem em

aproximadamente 2,5 vezes para operadoras com mais de 50% de idosos de sua população, em relação às operadoras com até 10% de idosos. Assim, conclui-se que as carteiras receberão mais idosos, custando mais e os planos de saúde vão se tornar mais caros, resultando em um círculo vicioso, visto que os mais jovens, que utilizam menos, acabarão deixando de ser beneficiários, o que poderá inviabilizar financeiramente as operadoras.

São necessárias mudanças para diminuir o impacto do crescimento dos custos à medida que a população vai envelhecendo. Estudos já demonstram que ações de promoção e prevenção de riscos e doenças voltadas à alimentação saudável, prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, osteoporose, hipertensão, diabetes, tabagismo e obesidade já estão em desenvolvimento pelas operadoras de plano de saúde, e os primeiros resultados são favoráveis à continuidade e à criação de novas estratégias.

Acredita-se que este estudo trouxe contribuições importantes para a evolução das operadoras de plano de saúde e como recomendação de pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos de casos de implantação de programas de promoção à saúde com o intuito de auxiliar no controle e redução dos custos assistenciais das operadoras de plano de saúde.

As operadoras de plano de saúde precisam adotar políticas eficientes de gestão de custos e preços de venda, pois, somente dessa forma, conseguirão atingir seus objetivos de lucro, desenvolvimento, sobrevivência e crescimento a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, Katia; LEZANA, Álvaro Guillermo Rojas; MENEZES, Emílio Araújo. **Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital**. Rev. FAE, Curitiba, v.5, n.2, p.77-97, maio-ago. 2002.

ALBUQUERQUE, SMRL de. **Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, São Paulo, 2001.

ALMEIDA, C. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. Rev. C S Col; v. 2, p. 263:286. 1999

AMARAL, A.C.S. *et al.* **Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, 1317-1326, nov-dez. 2004.

ANDRADE, Monica V.; LISBOA, Marcos B. **Economia da Saúde no Brasil**. In: Lisboa, Marcos; Menezes Filho, Naércio A. (orgs) Microeconomia e Sociedade no Brasil. Editora Contracapa, Rio de Janeiro, 2001.

ANDRADE, Luana Machado *et al.* **Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa**. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos_int.php?id_artigo=9712. Acesso em: 22 jul. 2012.

ANDREONI S., SILVA S.H., FERNANDES R.A.Q. **Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo**. Ver. Med. HU-USP 1994;v. 4, p.77-85.

ANS. **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU no. 08, de 3 de novembro de 1998**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 1 mai. 2013.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada no. 28, de 26 de junho de 2000. **Nota técnica atuarial**. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 3 fev. 2012.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada no. 39, de 27 de outubro de 2000. **Definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 3 fev.2012

_____. Resolução Normativa no. 209, de 22 de dezembro de 2009. **Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1571. Acesso em: 19 mai.2013

_____. Resolução Normativa no. 314, de 23 de novembro de 2012. **Dispõe sobre alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência a saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=2308. Acesso em: 19 mai.2013

_____. **Beneficiários e operadoras de planos de saúde apostam em programas de qualidade de vida.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1754-beneficiarios-e-operadoras-de-planos-de-saude-apostam-em-programas-de-qualidade-de-vida>. Acesso em: 4 out. 2012.

_____. **Programa de qualificação da saúde complementar.** Rio de Janeiro. 2005.

_____. **Qualificação da saúde suplementar: nova perspectiva no processo de regulação.** Dezembro de 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf. Acesso em 13 de maio 2013.

_____. **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar' – CONSU nº 08 de 3 de novembro de 1998, publicada no DO nº 211 – quarta-feira – 04/11/98.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=307. Acesso em 01 de maio de 2013.

ANTHONY, Robert N., DEARDEN, John e GOVINDARAJAN, Vijay. **Management Control Systems**. 7a ed Richard D. Irwin Inc: Illinois, 1991.

ASSEF, Roberto. **Guia prático de formação de preços: aspectos mercadológicos, tributários e financeiros para pequenas e médias empresas**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ATKINSON, Anthony A.; BANKER, Rajiv D.; KAPLAN, Robert S.; YOUNG, S. Mark. **Contabilidade Gerencial**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

AZEVEDO, C. S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BAHIA, Lígia. **Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil**. 2001. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/operacao_sistema/FF1.pdf. Acesso em: 09 mai. 2013.

BAYER, G. e LEIS, H. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, n.22, p.103-125, 1986.

BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BERNARDI, Luiz Antonio. **Política e formação de preços: uma abordagem competitiva sistêmica e integrada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

BERTOLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ética, 1996.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio J. W. **Gestão de custos e resultados na saúde**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BOONE, Louis E.; KURTZ, David L. **Marketing contemporâneo**. São Paulo. Atlas, 1998.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. **Regulamentação dos planos de saúde**. Legislação Republicana Brasileira. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 3 fev.2012.

_____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Legislação Republicana Brasileira. Brasília 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>. Acesso em: 3 fev. 2012

_____. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores**: doenças crônicas não transmissíveis e Rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção**

hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS, v. 3, p. 268. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 3 fev. 2012.

BROWN, G.D.; ASHFORD, P.J. Managed Care – alternativas de gestão em saúde. 2º curso PROAHSA, São Paulo; 1997.

BRUNI, Adriano Leal; FAMÁ, Rubens. Gestão de custos e formação de preços: com aplicações na calculadora HP 12C e Excel. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Março, 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/numeros-do-setor/442-edicao-de-marco-do-caderno-de-informacao-traz-novidades-no-conteudo>. Acesso em: 3 fev. 2012.

_____. Dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 18 jul. 2012.

_____. Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/20130115_caderno_DEZE_MB_revisado.pdf. Acesso em: 19 mai. 2013.

_____. Março de 2013. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes03_caderno_informacao.pdf. Acesso em: 19 mai. 2013.

CAMPOS, Carla da Costa. Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia - Ênfase em Gerência de Serviços) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública, 2003; v. 19 n. 3, p.725-733

CARVALHO, J.A.M. de; WONG, L.L.R. **Demographic and socioeconomic implications of rapid fertility decline in Brazil: a window of opportunity.** In: MARTINE, G.; CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Caderno de Saúde Pública, 2003; v. 19 n. 3, p.725-733

CATELLI, Armando. (coord.). **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica (GECON).** São Paulo: Atlas, 1999.

CATELLI, Armando, *et al.* **Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras.** Revista do Serviço Público. Brasília, ano 52, n. 3, p. 83-100, jul./set., 2001.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica.** 5a. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHRISTA, A.; BJORKAMN, James Warner (ed.) **Health policy reform, national variations and globalization.** International Political Science Association, 1997, p. 137–159

CLARK, C. The conditions of economic progress. London: MacMillan Co. Ltd.1940 e 1950

COELHO, Fabiano Simões. **Formação estratégica de precificação: como maximizar o resultado das empresas.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009

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

CONDE, N.C. **O cálculo atuarial aplicado aos planos de saúde** (mimeo), 1999.

COSTA, R.C.R.; LEOPOLDI, M. A. P. **Dilemas da reforma da saúde no Brasil frente à globalização financeira.** 2000. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2000.

COSTA, Mônica Accioly. **Metodologia para implantação da gestão baseada em atividades (ABM): uma aplicação em área da engenharia da CELESC.** 1999. Dissertação de mestrado em Engenharia de Produção. Florianópolis. 1999

COTTA, R.M.M *et al.* **La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas.** Rev Panam Salud Publica 2001; V.10(1), p. 45-55

COTTA, R.M.M. *et al.* **La hospitalización domiciliar ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; v. 11(4), p. 253-261.

COUTO, Renato C.; PEDROSA, Tânia M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde.** 2 ed. Editora Guanabara Koogan S.A. 2007

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Contabilidade gerencial: teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 1998

CRUZ, L.P. **Assistência domiciliar:** Estudo sobre a formação de profissionais e prestação de serviços no Estado de São Paulo. 1999. Dissertação de Mestrado – FGV/EAESP, São Paulo. 1999

CUNHA, Márcia Andréa Oliveira; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de. **A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas).** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.6, pp. 1651-1660. ISSN 1413-8123.

CUNHA, I.C.K.O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

CUNHA, M.A.O. **Tendências da assistência hospitalar privada: um estudo de caso sobre a atenção domiciliar na cidade do Recife.** Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2003

DANHKE, G.L. **Investigación y comunicación.** Ciência Social. México. McGraw-Hill, 1989.

EVANS III, J.H.; HWANG, Y.; NAGARAJAN, N.J. **Management control and hospital cost reduction**. Journal of Accounting and Public Policy, v. 20, p. 73-88. 2001.

ENVELHECENDO em um país mais velho. **Sumário executivo**. Março, 2011. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-13-21-2548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf. Acesso em: 24 jun. 2012.

ETZEL, Michael J.; WALKER, Bruce J.; STANTON, William J. **Marketing**. 11. ed., São Paulo: Makron Books, 2001.

FARIA, V. E. **Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Consequências Não Antecipadas e Efeitos Perversos**. 1989.

FELDMAN, R.B.D. **The effectiveness of managed competition in reducing the costs of health insurance: Health policy reform, competition and controls**. AEI Press. Washington, 1994. p.176-217.

FERREL, O.C. *et al.* **Estratégia de marketing**. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

FIGUEIREDO, M.A.D. **Sistemas de medição de desempenho organizacional**: Um modelo para auxiliar sua auto avaliação. 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

FISHER, A.G. Production, primary, secondary and tertiary (1933). Apud CLARK, C.A. **The conditions of economic progress**. 3 ed. Londres: Macmillan, 1947

FITZSIMMONS e FITZSIMMONS. **Administração de serviços - operações estratégicas e tecnologia de informação**. 2 ed. Porto Alegre, 2000

FOCO EM SAÚDE. Dezembro, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20130124_foco_dezembro_web_2012.pdf. Acesso em: 19 mai. 2013.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS CONTÁBEIS, ATUARIAIS E FINANCEIRAS - FIPECAFI. **Parecer Técnico: Diferenciação de Risco e Mensalidade ou Prêmio entre Faixas Etárias em Planos e Seguros de Saúde.** São Paulo/SP, ago. 2009. 49 p. Acessado em 27 de janeiro de 2011 e disponível em <http://www.iess.org.br>.

FONSECA, Artur Lourenço da. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil.** 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar) – Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.

GUPTA, M.; CHEN. L. **Reproductive change in India and Brazil.** London: Oxford University Press, 1988.

GONÇALVES, J.E.L. **Os impactos das novas tecnologias nas empresas prestadoras de serviços.** Revista de Administração de Empresas/EAESP/FGV, v. 34, n. 1, jan./fev. 1994. p.63-81

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços.** 2 ed. Trad. [Arlete Simille Marques](#). Rio de Janeiro: [Campus / Elsevier](#), 2004

HANSEN, D.R.; MOWEN, M.M. **Gestão de Custos: contabilidade e controle.** São Paulo: Cengage Learning, 2009

HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA. **Source Book of Health Insurance Data.** Washington; HIAA, 1999.

HENDRIKSEN, Eldon S.; VAN BRADA, Michael F. **Teoria da Contabilidade.** São Paulo: Atlas, 2007

HOJI, Masakazu. **Administração Financeira e Orçamentária.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HORNBROOK, M.C. e GOODMAN, M.J. **Health plan case mix: definition, measurement and Advances in health economics and health services research.** London: Jai Press Inc., 1991.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios.** Julho, 2002. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
. Acesso em: 24 Jun. 2012

_____. Índice de envelhecimento. **Indicadores Demográficos**, Brasil, 2004c. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/a15uf.htm>. Acesso em: 24 Jun. 2012.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeto da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008**. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf. Acesso em: 24 Jun. 2012.

_____. **Tábua completa de mortalidade 2008**. Dezembro, 2009. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1&titulo=Em-2008,-esperanca-de-vida-dos-brasileiros-chega-a-72,86-anos. Acesso em: 24 Jun. 2012.

_____. **Censo 2010**. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: 24 Jun. 2012.

IEES. **O custo da saúde e o envelhecimento da população**. Maio, 2010. Disponível em:
http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&vie=article&id=103:o-custo-da-saude-e-o-envelhecimento-da-populacao&catid=34:pautas&Itemid=28. Acesso em: 22 jul. 2012.

IUDICIBUS, Sergio de; MARION, José Carlos. **Dicionários de termos de Contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2001

IUDÍCIBUS, Sérgio de *et al.* **Contabilidade introdutória**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.

JACOB-FILHO, W.; CHIBA, T.; ANDRADE, M.V. **Assistência domiciliar multiprofissional em uma instituição de ensino**. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2000.

JOHNSTON, R ; CLARK, G. **Administração das operações de serviço**. São Paulo: Atlas, 2002.

JONES, J. *et al.* **Economic evaluation of hospital at home versus hospital care cost minimisation analysis of data from randomized controled trial**. BMJ. P. 319:1547-50. 1999.

KANAMURA, Alberto; ALMEIDA, Arlindo. **Hospitais acompanham ação da ANS contra operadoras**. Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde. Brasília, nº 120, fev., 2001

KAPLAN, Alfredo; MONTICO, Eduardo; VELARDE, Martin. **La contabilidad de costos en instituciones de salud**. Anais... IX Congresso del Mercosur de Costos. Florianópolis, 2005.

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

KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B.; CARMO, M.S.N. Gasto privado com saúde por classes de renda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol. 47, n. 3, p. 258-262. 2002.

KOYAMA, Marcos F. **Auditoria e qualidade dos planos de saúde: percepções de gestores de operadoras da cidade de São Paulo a respeito do programa de qualificação da saúde suplementar da ANS**. 2006. 169 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2006.

KOTLER, Philip e ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. 7ªed. Rio de Janeiro: LTC. 1995

KOTLER, Philip.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 9.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003

KOTLER, P. **Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle**. 4a. Edição, São Paulo, Atlas, 1995.

LACERDA, M.R. *et al.* **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago. 2006.

LANDI, F. *et al.* **Impact of integrated home care services on hospital use.** *J Am Geriatric* 1999; 47(12):1430-4

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Marketing de serviços.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 240p

LEONE, George Sebastião Guerra. **Custos, planejamento, Implantação e Controle.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LEVITT, T. **The industrialization of service.** Harvard Business Review, v.54, n.5, p.63-74, 1976

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cadernos Saúde Pública, 2003, v. 19, n.3, PP 735-743. Disponível em: http://.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-311X2003000300006. Acesso em: 18 jul. 2012.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços de Marketing e Gestão.** São Paulo: Saraiva, 2001

LUNKES, Rogério João. Uma contribuição à formação de preços de venda. **Revista Brasileira de Contabilidade.** Brasília, nº. 141, p. 51-57, maio/jun. 2003.

MACHADO, Débora Gomes; SOUZA, Marcos Antônio. **Revista Universo Contábil,** ISSN 1809-3337, Blumenau, v. 2, n. 1, p. 43-60, jan./abr. 2006.

MALTA, D.C. *et al.* **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais.** Ciência & Saúde Coletiva, 9 (2), p.433-444. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20397.pdf>. Acesso em: 11 de junho 2013.

MARCONI, Marina. A.; LAKATOS, Eva M.. **Fundamentos da metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 4ª ed. São Paulo: RT, 2002

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, Fernanda C. O.; SASSI JR., Erlei. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2004, vol.31, n.4, p. 161-163. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22400.pdf>. Acesso em: 6 out. 2012.

MARTINS, Petrônio G.; LAUGENI Fernando P. **Administração da produção**. 2ª ed. rev. São Paulo: Editora Saraiva, 2005. 562 p.

MARTINS, E.; ROCHA, W. **Métodos de custeio comparados: custos e margens analisados sob diferentes perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2010.

MATA, Beatriz Resende Rios da. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. 2011.

MATARAZZO, D.C. **Análise Financeira de Balanços: abordagem básica e gerencial**. 6ª ed., São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, Afonso José. **Gestão de custos hospitalares**. 3 ed. São Paulo: Editora STS, 2002.

MEIRELLES, A. M.; GONÇALVES, C. A. **O que é estratégia: histórico, conceito e analogia**. In: GONÇALVES, C. A.; REIS, M. T.; GONÇALVES, C. (Orgs.). **Administração estratégica: múltiplos**

enfoques para o sucesso empresarial. Belo Horizonte: UFMG/CEPEAD, p.21-33. 2001.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** 2000. 221p. Tese de livre docência. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; Campinas. 2000

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. **The Strategy Process.** Prentice-Hall, 1992

MIRANDA, Claudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência a saúde.** Projeto ANS/PNUD. Nov., 2003.

MISHRA, B.; VAYSMAN, I. Cost-system choice and incentives – traditional vs activity-based costing. *Journal of Accounting Research*, v. 39, n.3, p. 619-641, dec. 2001.

MOROZINI, João Francisco; HEIN, Nelson; OLINQUEVITCH, José Leônidas. Seleção de índices na análise de balanços: uma aplicação da técnica estatística `acp`. **Revista Contabilidade & Finanças USP.** São Paulo, ano XVII, n. 41, v. 2, p. 87-99, maio/agosto 2006.

MONTONE, J. **Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar.** Série ANS no. 4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2003.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A.L.; POPKIN, B. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro C. A. (ed.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.** 2 ed. São Paulo: Hucitec/Nupens-USP, 2000. p. 247–55.

MOREIRA, M.L. **Cobertura e utilização de serviços de saúde suplementar no Estado de São Paulo.** 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

NAGLE, Thomas. Preços de Venda. In: **HSM Management**. Número 21, julho-agosto/2000, p. 831

NAKAGAWA, Masayuki. **Gestão estratégica de custos**. São Paulo: Atlas, 1991.

NAVARRO, F.P. *et al.* **El ingreso e nelhogar, análisis de un ano da trabalho**. Revista Cubana Enfermería9(2):81-86. 1993.

NOVAES, A. **Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição**. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2007

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Challenges in the regulation of brazilian private health insurance. **Public Finance & Management.**, v.5, iss.4, pp.597-624, dec. 2005.

OCKÉ-REIS, Carlos Octavio; ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde. **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006

OLIVEIRA, Sidney Teylor. **Gestão e qualidade em serviços de saúde**. Apostila (Curso de Pós-Graduação em Saúde) . Campinas: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

OLIVEIRA, Luís M.; PEREZ JÚNIOR, José H. **Contabilidade de custos para não contadores**. São Paulo: Atlas, 2000. 280p.

OMS/OPAS. Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-americana da Saúde. **Resolução CE122.R9, 1998**. Saúde das pessoas idosas.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Fundamentação teórica: atenção domiciliar**. Caso complexo 6 Dona Margarida. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Dona_Margarida/Complexo_06_Margarida_Atenção.pdf. Acessado em: 14 de maio de 2013.

PACHECO, Milton Gomes. **Modelo de Gestão Sistêmica de Custos integrada a estratégia de manufatura**. p.261. Tese. (Doutorado).

Faculdade de Engenharia, Arquitetura e Urbanismo - FEAU da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, Piracicaba, 2010.

PADOVEZE, C.L. **Curso Básico Gerencial de Custos**. 2ª ed., São Paulo: Thomson, 2006.

PADOVEZE, C.L. **Controladoria estratégica e operacional: conceitos, estrutura, aplicação**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

PADOVEZE, C.L. **Contabilidade de custos: Teoria, Prática, Integração com Sistemas de Informações (ERP)**, São Paulo: Cengage, 2013.

PEREIRA, Luciane Lúcio; GALVÃO, Claudia Raffa; CHANES, Marcelo – **Administração hospitalar: Instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

PHILIPS, R.D. (1998) **The economics of risk and insurance: a conceptual discussion**. In SKIPPER, H. D. Jr. Boston: Irwin McGraw-Hill

POOL, I.; WONG L.L.R.; VILQUIN, E. (Org.). **Age-structural transitions challenges for development**. 1 ed. Paris: CICRED, 2006.

PONTE, Vera Maria Rodrigues. *et al.* **Formação dos preços de venda: uma investigação no setor de recapagem de pneus**. In: 4º Congresso USP Iniciação Científica em Contabilidade, 2007, São Paulo. Anais... 4º Congresso USP, São Paulo – SP, 2007. CD-ROM

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. Redefining competition in health care. **Harvard Business Review**. v.82, iss. 6, Jun. 2004.

RAMOS, Severino Garcia. A base atuarial dos planos de saúde. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://www.setat.com.br/pdf/A%20Base%20Atuarial%20dos%20Planos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2013.

RAMOS, Severino Garcia. A regulamentação e controle dos preços dos planos de saúde. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em:

<http://www.setat.com.br/pdf/A%20Regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20e%20o%20Controle%20de%20Pre%C3%A7os%20dos%20Planos%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2013.

REZENDE, Paulo R.V. de. **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito Milton Campos. Nova Lima, 2011.

ROMANINI, Geraldo. **Contribuição à análise das demonstrações financeiras no processo decisório dos usuários**. 2005. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) Universidade Metodista de Piracicaba – Faculdade de Gestão e Negócios. 137 p.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo**. Revista dos Tribunais. São Paulo: 2010. p.198.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 3a. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006

SANTOS, J.J. dos. **Formação do Preço e do Lucro**. São Paulo. Ed. Atlas, 1991

SANTOS SILVA, Carlos Alberto. **Sistemas de custos para tomadas de decisão**. Apostila (Curso de Pós-Graduação em Saúde). Campinas: Fundação Getúlio Vargas.

SARDINHA, J.C. **Formação de Preços: A Arte do Negócio**. São Paulo. Ed. Makron Books, 1995.

SCHMIDT, M.I. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, maio, 2011. Disponível em:

<http://www.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>.

Acesso em: 21 jan. 2012.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (4): 897-908, 2004. Disponível em:

http://www.saude.es.gov.br/download/TRANSICAO_EPIDEMIOLOGICA_E_CARGA_DE_DOENCA_NO_BRASIL.pdf. Acessado em: 13 de maio 2013.

SCHOENFELD, Hans Martin W. **Cost behavior and cost theory: a study of the development and present state in central europe**. Urbana: Center for International Education and Research in Accounting, 1974

SELL, I.; SILVA, T.P.; PAULO, W.L. **Gestão e Mensuração dos Custos e Benefícios da Qualidade**. Trabalho apresentado no XV Congresso de Custos. Curitiba, 2008.

SESHAMANI, M.; GRAY, A. **Time to death and health expenditure: na improved model for the impact of demographic change on health care costs**. Age and Ageing 33 p 556 – 561, 2004.

SILVA, Carlos Alberto Santos. **Sistemas de custos para tomadas de decisão**. Apostila (Curso de Pós-graduação em Saúde). Fundação Getúlio Vargas. Campinas, 2004.

SILVA, José Luiz Toro da. **Manual de Direito da Saúde Suplementar: a iniciativa privada e os planos de saúde**. 1ª ed. São Paulo: Ed. M.A. Pontes. 2005.

SILVA, Marina da Cruz. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2012.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, S.R.; AGUILAR, O.M. **Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.55(2), p.123-7, mar-abr. 2002.

SOUZA, Marco Antonio; ZANELLA, Fernando C.; NACIMENTO, Auster Moreira do. **Utilização do custo meta por empresas brasileiras como**

estratégia de gestão: alguns estudos setoriais utilizando o método da casualidade de Granger. Revista de Contabilidade e Finanças – USP. São Paulo, n. 39, p.33-46, set./dez. 2005

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. **O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil.** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000

THOMPSON JR., A.; STRICKLAND III, A. **Planejamento estratégico: elaboração, implementação e execução.** São Paulo: Pioneira, 2000

TIMM, Luciano Benetti. **Ainda sobre a função social do direito contratual no Código Civil brasileiro: justiça distributiva versus eficiência econômica.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 63-96.

TOMAZELA, Juliano. O Estado da Arte: Custos diretos e indiretos em saúde. **Workshop.** São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.abramge.com.br/workshop.zip>. Acesso em: 19 mai. 2013.

TORRE, I.S., Vergel, L.L.H.; BRITO, M.E.R. **Ventaja del ingreso e nelhogar como forma de atención ambulatorial.** Revista Cubana de Medicina General Integral, v.14(5):494-498.

TRUJILLO, F.A. **Metodologia da ciência.** 3a. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** Brasília: IPEA, 1995.

VENDRAMINI, Luiz Fernando. **Metodologia para precificação de planos de assistência à saúde:** um enfoque estatístico, atuarial e financeiro. 2001. Dissertação (Mestrado). Universidade de Extremadura - Espanha; FAESP/IPCA. Curitiba, 2001.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, V.23, n.10, p.2463-2466, out.2007.

VICECONTE, Paulo Eduardo Vilchez; DAS NEVES, Silvério. **Contabilidade de custos: um enfoque direto e objetivo**. 6a. ed. São Paulo: Frase, 2000.

VILANOVA, Wilson. **Matemática atuarial**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1969.

WARD, Keith. **Strategic management accounting**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1996

WEIL, Roman L. *et al.* **Accounting: the language of business**. Sun Lakes; Thomas Horton and Daughters, 1994.

WERNKE, R. **Análise de custos e preços de venda: ênfase em aplicações e casos nacionais**. São Paulo: Saraiva, 2005.

WRIGHT, P.; KROLL, M.; PARNELL, L. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. Popul.**, vol. 23, no. 1, p.5-26, jun 2006.

ZWEIFEL, P.; FELDER, S.; MEIERS, M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? **Health Economics**, 8, pp.485-496,1999.

ZEITHAML, Valarie. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, Leonard L. "Problems and Strategies in Services Marketing", **Journal of Marketing**, v.49, p. 33, Spring, 1985.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary Jo. **Services Marketing**. New York: McGraw-Hill, 1996