

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA PARA GESTÃO DE CUSTOS
INDIRETOS EM EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR:
O CASO DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE**

CARLOS EDUARDO CORÁ

**Porto Alegre
2004**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

CARLOS EDUARDO CORÁ

**DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA PARA GESTÃO DE CUSTOS
INDIRETOS EM EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR:
O CASO DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase: Gerência de Serviços.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Kliemann Neto

**Porto Alegre
2004**

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em Engenharia e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dr. Francisco José Kliemann Neto
Orientador

Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr^a. Helena Beatriz Cybis

Mestrado Profissionalizante em Engenharia
Escola de Engenharia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Cláudio José Müller
PPGEP/UFRGS

Dr. Fernando Gonçalves Amaral
PPGEP/UFRGS

Dr. Peter Bent Hansen
PPGEP/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, Prof. Dr. Francisco José Kliemann Neto, pelo apoio, pela compreensão e por suas contribuições, que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Às minhas filhas Carina e Gabriela, por sua paciência e compreensão e pelas horas que não lhes dediquei atenção. Também pelo amor, carinho, pela força e motivação, que foram decisivos para a continuidade do estudo.

À minha noiva, Cristiana, por sua dedicação, seu apoio e sua compreensão nos momentos de ausência. Também por suas contribuições, sugestões e análises críticas que foram importantes para a qualificação do trabalho, além de seu incentivo constante para a sua conclusão.

Aos meus pais Dante e Maria, por seu estímulo ao estudo e à busca constante do conhecimento.

À minha irmã Jacqueline, pela sua ajuda, por seus conselhos e livros que contribuíram muito com o estudo.

À Roberta Casara, pelo auxílio prestado durante o transcorrer do trabalho.

E à Fátima, por ter sido decisiva nos momentos mais complicados à execução desta tarefa e pela sua motivação e seus questionamentos, fundamentais para a conclusão desta, estudo.

Também agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho fosse concluído com sucesso.

RESUMO

Esse estudo tem por finalidade contribuir para a discussão e o aprimoramento da gestão econômica e do desenvolvimento de ferramentas de apoio à decisão estratégica para empresas de serviços de saúde suplementar. Com base nos fundamentos teóricos sobre serviços, serviços de saúde suplementar, gerenciamento estratégico de custos e sistemas ABC/ABM, o estudo propõe um modelo de sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde sob a óptica do ABC/ABM, que visa proporcionar aos gestores uma visão ampla sobre o desempenho econômico dos planos e dos clientes. Assim, este estudo pretende colaborar com o desenvolvimento desse setor, que tem sofrido nos últimos anos o impacto da evolução da tecnologia e da medicina, provocando a constante elevação dos custos da assistência à saúde. Com a finalidade de justificar o estudo, o modelo é testado com a sua implementação em uma operadora de planos de saúde, possibilitando a discussão sobre as conclusões obtidas em relação ao problema abordado.

Palavras-chave: serviços, custos, saúde suplementar, planos de saúde, custeio baseado em atividade, gestão baseada em atividade , gestão econômica, custos indiretos

ABSTRACT

The purpose of this study is to contribute towards the indirect cost management discussion and betterment of supplementary health care services companies as well as to strategic decision supporting tools development. On the basis of the theoretical beddings on services, supplementary health care services, strategic management of costs and ABC/ABM systems, this study proposes an indirect costs management model for health insurance based on the ABC/ABM optics that provide managers a wide vision on the economic performance of medical insurance plans and customers. Thus, this study intends to contribute towards this sector development that has been suffering in the last years the impact of the technology medicine evolution provoking constant rise on health care costs. In order to justify this study, the model is tested by its implementation in a medical insurance operator making possible the discussion about conclusions obtained from the approached problem.

Key words: services, costs, supplementary health care, medical insurance, activity-based costing, activity-based management and economical management, indirect costs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Participação dos serviços no PIB brasileiro.....	p 32
Figura 2:	Spectro de tangibilidade.....	p 34
Figura 3:	Sistema de fornecimento de serviços.....	p 40
Figura 4:	Modelo conceitual da qualidade do serviço.....	p 47
Figura 5:	A qualidade total percebida.....	p 48
Figura 6:	Crescimento da inflação da saúde e da utilização nos EUA.....	p 55
Figura 7:	Características do setor antes e depois da regulamentação.....	p 62
Figura 8:	Cadeia de valor dentro de uma empresa.....	p 79
Figura 9:	Processos cortam as funções.....	p 82
Figura 10:	Sistema de custeio tradicional.....	p 86
Figura 11:	Custeio ABC.....	p 87
Figura 12:	Segunda versão do ABC.....	p 88
Figura 13:	Elementos representativos do trabalho.....	p 89
Figura 14:	Processos operacionais e gerenciais.....	p 90
Figura 15:	Representação das atividades.....	p 91
Figura 16:	Utilização do ABM para aprimoramentos operacionais e decisões estratégicas.....	p 96
Figura 17:	Uma abordagem oriental para serviços.....	p 103
Figura 18:	Fluxograma do modelo de sistema para gestão custos indiretos em operadoras de plano de saúde.....	p 115
Figura 19:	Fluxo de processos e atividades.....	p 125
Figura 20:	Crescimento do número de usuários de planos de saúde no Brasil.....	p 134
Figura 21:	Comparação dos índices de reajuste aplicados pela ANS com as taxas de inflação medidas pela FGV e pelo DIEESE.....	p 135
Figura 22:	Participação de mercado de planos de saúde na Região NE/RS.....	p 142
Figura 23:	Organograma da Unimedi Nordeste RS.....	p 148
Figura 24:	Mapeamento das atividades de emissão e envio de cartão.....	p 172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Participação dos empregos em serviços em países industrializados.....	p 32
Tabela 2:	Quantidade de beneficiários ativos por classificação de operadores e vigência do plano.....	p 68
Tabela 3:	Custo total das atividades, direcionadores de custo e taxas de alocação.....	p 127
Tabela 4:	Agrupamentos de Atividades.....	p 128
Tabela 5:	Análise ABC de plano de saúde.....	p 129
Tabela 6:	Esquema de custeio de contratos empresariais.....	p 161
Tabela 7:	Dados da Unimed do Plano 1 – grandes empresas.....	p 165
Tabela 8:	Alocação de Custos no Plano 1 – grandes empresas.....	p 165
Tabela 9:	Dados da Unimed e Plano 2 – pequenas e médias empresas.....	p 166
Tabela 10:	Alocação de Custos Plano 2 – pequenas e médias empresas.....	p 166
Tabela 11:	Dados da Unimed e Plano 3 – associativos.....	p 167
Tabela 12:	Alocação de custos Plano 3 – associativos.....	p 167
Tabela 13:	Comparativo dos resultados dos planos.....	p 168
Tabela 14:	Processo e atividades.....	p 173
Tabela 15:	Direcionadores de custo e taxas de alocação.....	p 177
Tabela 16:	Análise ABC do Plano 1 – grandes empresas.....	p 178
Tabela 17:	Análise ABC do Plano 2 – pequenas e médias empresas.....	p 179
Tabela 18:	Análise ABC do Plano 3 – associativos.....	p 180
Tabela 19	Comparação entre os resultados dos planos.....	p 181

LISTA DE QUADROS

Quando 1: Mudanças no mercado e planos d saúde na década de 90.....	p 60
Quadro 2: Direcionadores de custo da atividade.....	p 94
Quadro 3: Novos paradigmas do ABM.....	p 97
Quadro 4: Centro de custos relacionados com clientes.....	p 163

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	- Activity-based Costing
ABM	- Activity-based Management
ABRAMG	- Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AGO	- Assembléia Geral Ordinária
ANS	- Agência Reguladora Nacional de Saúde Suplementar
CASSI	- Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
COC	- Circulo Operário Caxiense
DORT	- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
FENASEG	- Federação Nacional de Seguradoras
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	- Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INPS	- Instituto Nacional de Previdência e Saúde
INSS	- Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	- Lesão por Esforço Repetitivo
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PCA	- Programa de Controle Auditivo
PCMSO	- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPP	- Programa de Perfil Profissiográfico
PPRA	- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
RL	- Receita Líquida
RN	- Resolução Normativa
RO	- Resolução Operacional
RS	- Estado do Rio Grande do Sul
RT	- Receita Total
SAC	- Serviço de Atendimento ao Cliente
SUS	- Sistema Único de Saúde
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

RESUMO.....	p 4
ABSTRACT.....	p 5
LISTA DE FIGURAS.....	p 6
LISTA DE TABELAS.....	p 7
LISTA DE QUADROS.....	p 8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	p 9
SUMÁRIO.....	p 10
1 INTRODUÇÃO.....	p 15
1.1 TEMA E JUSTIFICATIVA.....	p 19
1.2 OBJETIVOS.....	p 23
1.2.1 Objetivo geral.....	p 23
1.2.2 Objetivos secundários.....	p 23
1.3 METODOLOGIA.....	p 24
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	p 25
1.5 DELIMITAÇÕES DO TRABALHO.....	p 26

2 SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	p 27
2.1 OS SERVIÇOS.....	p 27
2.2 A ECONOMIA DE SERVIÇOS.....	p 28
2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS.....	p 35
2.4 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS.....	p 36
2.5 A ESTRATÉGIA E A COMPETITIVIDADE DOS SERVIÇOS.....	p 37
2.5.1 Estratégia empresarial em serviços.....	p 37
2.5.2 O pacote de serviços.....	p 40
2.5.3 O sistema de serviços.....	p 41
2.5.4 A importância das pessoas nos serviços.....	p 42
2.5.5 Qualidade nos serviços.....	p 45
2.6 OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	p 49
2.6.1 Serviços de saúde no Brasil.....	p 56
2.6.2 Sistema de saúde suplementar privado.....	p 58
2.6.2.1 Planos de saúde.....	p 63
2.6.3 Operadoras de planos de saúde suplementar.....	p 64
2.6.3.1 Medicina de grupo.....	p 65
2.6.3.2 Cooperativas médicas.....	p 65
2.6.3.3 Planos de empresas e autogestão.....	p 66
2.6.3.4 Seguro saúde.....	p 66
2.6.3.5 Outras modalidades.....	p 66
2.6.4 Lacunas do setor de serviços de saúde suplementar.....	p 68
3 GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	p 71
3.1 GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS.....	p 71
3.2 ANÁLISE GERENCIAL DE CUSTOS.....	p 72
3.2.1 Contabilidade de custos.....	p 74
3.2.2 Sistema gerencial de custos.....	p 76
3.3 CADEIA DE VALORES – LÓGICA DOS PROCESSOS.....	p 78
3.4 ACTIVITY-BASED COSTING – ABC.....	p 79
3.4.1 Estrutura do ABC.....	p 85
3.4.2 Hierarquia de análise ABC.....	p 89

3.4.3 Identificação das atividades e dos direcionadores de custo.....	p 92
3.5 <i>ACTIVITY-BASED MANAGEMENT</i> – ABM.....	p 95
3.6 CUSTOS NAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS.....	p 98
3.7 VALOR E PREÇOS NOS SERVIÇOS.....	p 105
3.8 O PROBLEMA DE MENSURAÇÃO DE CUSTOS EM EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	p 109
3.9 MEDIDAS E INDICADORES DE DESEMPENHO.....	p 111
4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	p 114
4.1 PRIMEIRA FASE: ANÁLISE DO MACRO E MICROAMBIENTE EXTERNO..	p 116
4.1.1 Análise do macroambiente econômico e social.....	p 116
4.1.2 Análise do macroambiente legal e tributário.....	p 117
4.1.3 Análise do mercado de planos de saúde.....	p 117
4.1.4 Análise de mercado na região de atuação.....	p 118
4.1.4.1 <i>Análise dos concorrentes</i>	p 119
4.1.4.2 <i>Análise dos clientes</i>	p 119
4.1.4.3 <i>Análise dos prestadores de serviços</i>	p 119
4.2 SEGUNDA FASE: ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO.....	p 120
4.2.1 A empresa.....	p 120
4.2.2 Posicionamento estratégico.....	p 121
4.2.3 Sistema de avaliação econômica dos planos de saúde.....	p 122
4.2.3.1 <i>Gerenciamento de custos</i>	p 123
4.2.3.2 <i>Análise do sistema de custos e indicadores econômicos</i>	p 123
4.2.4 Avaliação e considerações sobre o problema da empresa.....	p 123
4.3 TERCEIRA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS PARA PLANOS DE SAÚDE, BASEADO NA ÓTICA DO ABC/ABM.....	p 123
4.3.1 Implementação do ABC/ABM.....	p 124
4.3.1.1 <i>Etapa nº 1 – Descrição dos processos e atividades</i>	p 124
4.3.1.2 <i>Etapa nº 2 – Escolha dos direcionadores de custo</i>	p 126
4.3.1.3 <i>Etapa nº 3 – Mensuração e alocação dos recursos às atividades</i>	p 126
4.3.1.4 <i>Etapa nº 4 – Aplicação e análise ABC/ABM dos objetos de custo</i>	p 128
4.3.3 Análise de indicadores de gestão econômica.....	p 129

4.3.3 Sistematização de informações gerenciais de apoio à gestão econômica e estratégica	p 130
5 IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	p 131
5.1 PRIMEIRA FASE: ANÁLISE DO MACRO E MICROAMBIENTE EXTERNO..	p 131
5.1.1 Análise do macroambiente externo.....	p 131
5.1.2 Análise do macroambiente econômico e social.....	p 131
5.1.2.1 <i>A elevação dos custos e as dificuldades de custeio</i>	p 133
5.1.3 Análise do macroambiente legal e tributário.....	p 135
5.1.4 Análise do mercado de planos de saúde.....	p 137
5.1.4.1 <i>Os agentes do sistema</i>	p 138
5.1.5 Análise do mercado na região de atuação da Unimed Nordeste RS.....	p 140
5.1.5.1 <i>Análise da concorrência</i>	p 142
5.1.5.2 <i>Análise dos clientes</i>	p 144
5.1.5.3 <i>Análise dos prestadores de serviços</i>	p 145
5.2 SEGUNDA FASE: ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO.....	p 146
5.2.1 A empresa.....	p 146
5.2.1.1 <i>Histórico da empresa</i>	p 146
5.2.1.2 <i>Estrutura organizacional</i>	p 147
5.2.1.3 <i>Planos de saúde</i>	p 149
5.2.1.4 <i>Serviços</i>	p 150
5.2.2 Posicionamento estratégico.....	p 155
5.2.3 Sistema de avaliação econômica dos planos de saúde.....	p 157
5.2.3.1 <i>Gerenciamento de custos</i>	p 159
5.2.3.2 <i>Análise do sistema de custos e indicadores econômicos</i>	p 161
5.2.4 Avaliação e considerações sobre o problema da empresa Unimed.....	p 170
5.3 TERCEIRA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO MODELO PARA GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, BASEADO NA ÓTICA DO ABC/ABM.....	p 170
5.3.1 Implementação do ABC/ABM.....	p 171
5.3.1.1 <i>Etapa 1 – Descrição dos processos e atividades</i>	p 171
5.3.1.2 <i>Etapa 2 – Escolha de Direcionadores de Custo</i>	p 174
5.3.1.3 <i>Etapa 3 – Mensuração e alocação dos recursos às atividades</i>	p 174

5.3.1.4 <i>Etapa 4 - Análise ABC/ABM dos planos de saúde</i>	p 175
5.3.2 Análise de indicadores de gestão econômica.....	p 181
5.3.3 Sistematização de informações gerenciais de apoio à gestão econômica e estratégica.....	p 184
6 CONCLUSÃO.....	p 185
6.1 ESTUDOS FUTUROS.....	p 188
REFERÊNCIAS.....	p 190

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde estão entre as atividades consideradas mais essenciais para o desenvolvimento social e econômico de qualquer nação.

No Brasil, como na maioria dos países capitalistas, os serviços de saúde durante muito tempo foram quase totalmente providos pelo Estado. A sociedade entendia como responsabilidade exclusiva dele o suprimento desses serviços à população. Contudo, com a evolução da sociedade, com o desenvolvimento da tecnologia e com o aumento dos custos em serviços de saúde, o Estado passou a ter grandes dificuldades para financiar sozinho o atendimento da saúde.

O agravamento do quadro conjuntural favoreceu o surgimento de oportunidades para a iniciativa privada financiar, paralelamente ao Estado, o atendimento de serviços de saúde para parte da população do País. Surge então o setor de saúde suplementar privado, composto por empresas que financiam o atendimento da saúde, por meio de um sistema de seguridade privada, chamado de seguros e planos de saúde.

A evolução desse novo setor foi acelerada; com isso foram gerados problemas de gestão administrativa e econômica. Dificuldades semelhantes às encontradas na maioria das empresas que têm crescimento rápido, fazendo com que direcionem todos os esforços para as atividades técnicas e afins. Dessa forma, as empresas de serviços de saúde suplementar relegaram a um segundo plano a gestão do negócio, que não evoluiu na mesma velocidade do crescimento das empresas do setor. E, como consequência, passaram a ter graves problemas de gestão, provocando perda de valor em toda a cadeia do setor de serviços de saúde, colocando em risco o sistema.

Muitos autores concordam que o ritmo de desenvolvimento dos estudos na área dos serviços não tem acompanhado a mesma cadência de crescimento do setor. (TÉBOUL, 1999; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; GIANESI; CORRÊA, 1996). Isso se deve à grande diversidade das empresas de serviços, as quais possuem características bastante distintas, mesmo sendo entendidas como parte do que é definido Setor de Serviços.

Assim, faz-se necessário que as empresas desse setor passem a ser estudadas e, com isso, sejam desenvolvidas novas técnicas de gestão que atendam às suas características peculiares.

Esse problema não se restringe ao serviço de saúde, mas está inserido na realidade de todas as empresas de serviços. Essas sofrem com a falta de informações e técnicas administrativas que possibilitem o seu desenvolvimento consistente. Existe uma grande lacuna no estudo da gestão dos serviços, sobretudo nos ligados à saúde.

Atualmente, o estudo de serviços vem despertando grande interesse por parte de estudiosos, pois pode-se afirmar que a sociedade moderna vive dentro de uma Economia de Serviços. A presença do setor de serviços torna-se cada vez mais importante para o desenvolvimento da economia mundial, tanto na sua participação no PIB¹ quanto na geração e na participação do total de empregos. No Brasil, o crescimento do setor foi por muitos anos o principal responsável pela geração de novos empregos.

De qualquer forma, quando analisados os dados históricos, o setor apresenta grande crescimento nas últimas décadas.

O crescimento pode ser explicado por uma série de mudanças que vêm ocorrendo na sociedade moderna. Essas são responsáveis por novos hábitos e costumes, que acabam gerando novos desejos e necessidades. E assim passam a surgir serviços completamente novos, que não vieram substituir antigas necessidades, e mais atender às novas expectativas da sociedade moderna como, por exemplo, a internet e a telefonia celular. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; GIANESI; CORRÊA, 1996).

No setor de serviços de saúde, a falta de estudos e informações resulta em deficiências na gestão administrativa das empresas. Portanto, novos estudos que estejam focados nos problemas e nas necessidades específicas, são essenciais para o aprimoramento da gestão e para a melhoria dos resultados econômicos. Isso poderá se refletir, ao longo do

¹ PIB – Produto Interno Bruto refere-se ao valor agregado dos bens e serviços produzidos em um dado período de tempo, dentro do território econômico de um país, independentemente da nacionalidade dos proprietários das unidades de produção. Exclui as transações intermediárias. É calculado a preços correntes de mercado. O PNB refere-se ao valor agregado, resultante da mobilização de recursos nacionais, independentemente do território econômico onde se encontram. (SANDRONI, 1999, p. 459-475).

tempo, num melhor desempenho da cadeia dos serviços de saúde, tornando as empresas mais competitivas frente à crescente concorrência do mercado, e, principalmente, ao processo de internacionalização dos serviços. (BAHIA, 2002; FARIAS; MELAMED, 2003).

É fundamental que as empresas brasileiras do setor de serviços de saúde estejam preparadas para enfrentar a abertura do mercado. Caso contrário, acontecerá como em outros setores; as empresas serão absorvidas por grupos estrangeiros ou sucumbirão diante de uma concorrência mais preparada e qualificada. (BAHIA, 2002; FARIAS; MELAMED, 2003).

Um dos pontos de maior dificuldade encontrados na gestão das empresas de serviços diz respeito ao fato destas normalmente não terem bem definidos os seus processos e, logo, não compreenderem bem as suas atividades. Dessa forma, é difícil mensurar o desempenho dessas empresas, pois não há indicadores confiáveis que transmitam informações gerenciais que possam orientar a condução estratégica da empresa (KAPLAN; COOPER, 1998).

O entendimento dos processos passa pela análise da estrutura organizacional da empresa e pela verificação da operação em relação ao alinhamento com seus objetivos estratégicos. Então é importante o desenvolvimento de técnicas para a melhoria da gestão dos processos nas empresas de serviços, as quais possam fornecer maiores informações gerenciais sobre a empresa.

Outro problema de gestão, comum para muitas empresas do setor de serviços, é o desconhecimento dos seus custos (KAPLAN; COOPER, 1998). Essa deficiência pode ser exemplificada através das operadoras de planos de saúde. Elas têm a maior parte de seus custos classificados como diretos; entretanto, esses são gerados em sua maioria por terceiros: médicos, prestadores de serviços de saúde, hospitais, ambulatorios, laboratórios, clínicas e serviços de diagnóstico, que consomem a maior parte dos seus recursos. (MIRANDA, 2003). No entanto, os custos indiretos, administrativos e comerciais, apesar de representarem uma pequena parcela dos custos totais, são crescentes, e esses podem ser controlados diretamente pelas operadoras. Portanto, é preciso criar um sistema de mensuração e de indicadores que forneça informações confiáveis a respeito do consumo dos recursos e da alocação dos custos indiretos. Com isso é impossível, verificar se a operação está trazendo valor para o cliente, o beneficiário do plano de saúde.

O conhecimento dos processos e das atividades das operadoras de planos de saúde é um passo importante para a melhoria da gestão do negócio, podendo trazer o entendimento em questões difíceis, como a mensuração de custos. Isso porque, explica Porter (1989), são as atividades e não as funções tradicionais que geram custos e criam valor para o consumidor. Para o autor, a estratégia é a configuração e operação de atividades coerentes, que distinguem uma empresa de suas rivais no mercado. Então, conclui-se que são as atividades que tornam a estratégia operacional.

Segundo pesquisa de Kaplan e Norton (2001), a capacidade que a empresa tem de implementar e executar a estratégia é mais importante que a própria qualidade daquela. Entretanto, as empresas enfrentam dificuldades crescentes para traduzir as definições estratégicas em operações que tragam valor para os clientes. Isso se deve ao fato de as estratégias estarem constantemente evoluindo, enquanto as ferramentas para a mensuração das mesmas, quando operacionalizadas, não progridem na mesma ordem.

Os métodos de mensuração de desempenho tradicionais, explicam Kaplan e Norton (2001), são utilizados pela contabilidade de custos, que se focam somente em análises financeiras de despesas e receitas e na utilização de ativos tangíveis para a realização de lucros. Esses métodos utilizados para avaliar o desempenho de organizações baseadas nesses ativos tangíveis deveriam ser alterados e preparados para uma economia cada vez mais baseada em ativos intangíveis.

Na economia atual, os ativos intangíveis são a principal fonte de vantagem competitiva para as empresas. Assim, é necessária a utilização de ferramentas de mensuração que descrevam os ativos, com base no conhecimento e nas estratégias que criam valor e que são construídas a partir desses ativos. Com a falta dessas ferramentas, as empresas enfrentam dificuldades para gerir o que não conseguem descrever, entender e medir.

Isso parece ser o caso da maioria das organizações onde a prestação de serviços é a atividade essencial, pois a operação baseia-se principalmente em ativos intangíveis. Esse fato é observado claramente nas operadoras de planos de saúde, que vendem algo totalmente intangível e que, na verdade, só será utilizado no futuro, ou até mesmo nunca será utilizado. Por isso as operadoras enfrentam dificuldades em descrever a utilidade intangível da segurança e confiança em um determinado plano de saúde. Pode-se dizer que a utilização de

ferramentas que descrevam a correta utilização dos recursos é uma forma para verificar economicamente a viabilidade dos processos e das atividades que a empresa realiza para gerar valor.

A correta verificação dos custos poderá fornecer subsídios para a análise gerencial das organizações. Kaplan e Cooper (1998) sugerem que os sistemas de custeio são especialmente úteis para que as empresas tenham dados que sirvam para projetar produtos e serviços, que correspondam às expectativas dos clientes, e, assim, serem produzidos e ofertados, gerando lucro para o acionista da empresa. Esses sistemas também servem de orientação para os gerentes, apontando em que se deve aprimorar ou descontinuar a produção de um produto ou oferta de um serviço. Logo, eles subsidiam a decisão de onde e como as empresas deverão direcionar seus esforços e investimentos.

Essas observações indicam a necessidade do desenvolvimento de uma sistemática de gestão de custos indiretos baseados na mensuração e na análise da capacidade de a empresa tornar a operação alinhada ao posicionamento estratégico. Para tanto, dado o planejamento estratégico, o estudo deve iniciar pela análise dos processos e das atividades das empresas, os quais descrevam com precisão o efetivo consumo dos recursos dos serviços. Com isso fornece um conjunto de informações gerenciais, que se constituirão em uma valiosa ferramenta de apoio a decisões.

1.1 TEMA E JUSTIFICATIVA

O presente estudo aborda a importância de entender os processos e as atividades das empresas do setor de serviços de saúde suplementar, onde e como são consumidos os recursos e alocados os custos indiretos aos produtos, serviços e clientes. Então, desenvolve um sistema de gestão de custos indiretos que possibilite a melhoria da gestão econômica dos planos de saúde.

Com esse sistema, pretende-se contribuir para atender à necessidade do setor em adotar uma sistemática que torne mensurável a utilização dos ativos intangíveis e forneça dados para a formulação mais adequada da estratégia da empresa, de sua atuação no mercado, no desenvolvimento de novos serviços, na formatação de sua política de preços de venda e na

seleção e segmentação de mercados. Para tanto, será analisado o caso de uma operadora de planos de saúde suplementar, a Unimed Nordeste RS.

As operadoras de planos de saúde suplementar estão sofrendo o impacto dos custos crescentes da saúde em todo o mundo. Além disso, alguns outros fatores tendem a aumentar a utilização desses recursos pelos beneficiários. Assim, existe a necessidade de investimentos dos setores público e privado para atender às crescentes demandas por novos e caros serviços de saúde. As despesas dessa natureza, segundo Seninger (2003), têm tido um crescimento *per capita* na ordem de 7,5% ao ano nos Estados Unidos. Por essa razão, surgem novas oportunidades para a iniciativa privada atuar, e, para aproveitá-las as empresas necessitam de uma gestão mais eficiente e moderna.

Os planos de assistência à saúde são um importante elemento dessa cadeia no Brasil. Atualmente atendendo, segundo a ANS, aproximadamente 37,7 milhões² de pessoas, o equivalente a 21,3% da população³ brasileira, um número pequeno se comparado à população total do País. Mesmo assim, o sistema privado de saúde permite que o sistema público ainda continue dando cobertura e atendimento, mesmo que precário, à maior parte da população.

O segmento de planos de saúde recentemente tornou-se significativo e, como muitos serviços, é algo novo no Brasil. De acordo com Bahia et al. (2002), o setor passa a ser significativo a partir da década de 70, tornando-se muito importante para a manutenção da saúde pública, após a crise enfrentada pelo setor no final dos anos 80.

Nesse cenário, desenvolveu-se um mercado para os planos de saúde que, atualmente, é formado por um grande número de operadoras de pequeno e médio porte. Muitas dessas são geridas dentro de hospitais regionais e por algumas grandes operadoras, com atuação mais ampla em redes de prestadores credenciados em todo o País.

As operadoras de planos de saúde começaram a atuar nesse mercado com pouco conhecimento em gestão de serviços, visto que esses estudos estão sendo difundidos recentemente. De qualquer modo, as técnicas de gestão dos serviços ainda são pouco aplicadas pelas empresas desse setor, em virtude da falta de pessoas preparadas e

² Fonte: Cadastro de Beneficiários da ANS / MS em outubro de 2003.

³ População-base: Censo Demográfico, 2003- IBGE.

especializadas em gestão de empresas de serviços. Assim, apesar de ter um crescimento rápido e acelerado, a capacidade da gestão do negócio acabou não se desenvolvendo no mesmo ritmo.

As empresas de serviços muitas vezes são geridas sem técnicas específicas de administração, incorrendo frequentemente em resultados negativos. As operadoras de planos de saúde têm dificuldades em atender às expectativas de seus consumidores, pois acabam não entendendo o negócio e a cadeia de valores de maneira adequada. Dessa forma, ofertam serviços com operações mal-organizadas e sem orientação para a criação de valor ao cliente, não conquistando a fidelidade dos consumidores. Sem clientes fiéis, surge espaço para novos entrantes no mercado, resultando no acirramento da concorrência e provocando um dos maiores índices de mortalidade empresarial no Brasil.⁴

Melhorar a gestão é essencial para minimizar os problemas que podem ser explicados pelas diferentes características das empresas de prestação de serviços. Portanto, é necessário o desenvolvimento de métodos e técnicas que possam contribuir para a melhoria do processo de gestão dessas empresas.

A variabilidade dos serviços torna complexa a padronização e a mensuração dos processos e das atividades, dificultando a compreensão de como e de que forma os recursos são consumidos. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

Serviços são perecíveis e imprevisíveis. Com isso, a gestão dos custos e a formulação dos preços de venda requerem técnicas e análises diferentes das utilizadas nas indústrias. Os custos das empresas prestadoras de serviços são normalmente baseados em custos fixos, enquanto os variáveis muitas vezes representam uma pequena parcela do custo total do serviço (LOVELOCK; WRIGHT, 2003). Isso dificulta a rastreabilidade e a atribuição dos custos diretamente aos produtos e serviços.

Por tudo isso, justifica-se o desenvolvimento deste estudo no setor de serviços de saúde suplementar, por ser um importante segmento do setor de serviços. A pesquisa e a

⁴. Segundo informações do Sebrae, 2003.

análise dos dados fixam-se nesse segmento, mais especificamente nas operadoras de planos de saúde suplementar, que serão descritas de forma bem apropriada nos capítulos II e V.

O setor de planos de saúde engloba as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, administradoras de planos de saúde, empresas de autogestão em saúde e seguradoras de saúde.

A necessidade de desenvolvimento de novas técnicas de gestão passa a ser entendida como necessária pelo setor de operadoras de planos de saúde. Isso se deve à constante redução de lucros, ao processo de custos crescentes e à evolução da tecnologia da medicina e dos setores ligados a ela. Por sua vez, o aumento da oferta e da disponibilidade de serviços de saúde para a população acaba gerando maior utilização desses.

Esses fatores são os maiores responsáveis pelo aumento dos custos assistenciais, também designados por sinistralidade,⁵ os quais refletem as despesas com o atendimento assistencial dos clientes.

Kaplan e Cooper (1998) sugerem que esse problema afeta as empresas de prestação de serviços, as quais viverem durante anos sem um nível de concorrência elevado, em setores regulamentados e protegidos, não se preocupavam em entender profundamente os seus negócios e o mercado. Dessa forma não tinham a necessidade de mapear seus processos e seus custos. Entretanto, com o aumento da concorrência, as operadoras de planos de saúde vêm-se diante da necessidade de melhorar a gestão econômica de seus planos.

A aplicação do estudo foi realizada na Cooperativa de Serviços Médicos Unimed Nordeste RS, que tem sede em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, e atua em 17 municípios da Região Nordeste do estado. A Unimed Nordeste RS é a maior operadora de planos de saúde da Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, sendo a segunda maior operadora do estado, sétima maior Unimed do País e a terceira da Região Sul. A empresa, bem como o mercado em que atua são descritos no capítulo V.

⁵ Sinistralidade: Refere-se ao índice de sinistros cobertos por um plano de saúde. Esse índice é o resultado da proporção de custos assistenciais que comprometem a receita de um determinado plano de saúde (Fenaseg).

A Unimed Nordeste RS está inserida plenamente na realidade do setor, e dessa forma tem dificuldades em estabelecer um sistema adequado de gestão, não tendo uma sistemática de indicadores confiáveis que reflitam o real consumo de recursos indiretos pelos planos e pelos clientes, ocasionando dificuldades na escolha do melhor posicionamento estratégico dentro da nova realidade existente no mercado.

Por esse cenário, justifica-se a implementação da pesquisa dentro da empresa, a qual tem por objetivo contribuir com conhecimento para o setor de serviços de planos de saúde.

Em Nakagawa (1994), 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.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é contribuir com a melhoria da gestão econômica das empresas de saúde suplementar privadas, por meio do desenvolvimento de um sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde.

1.2.2 Objetivos secundários

Ressalta-se que o enfoque do trabalho é o desenvolvimento de um sistema de gestão e de indicadores que expresse o efetivo consumo de recursos, para melhorar a gestão econômica das operadoras de planos de saúde suplementar.

Para tal, os objetivos secundários deste trabalho são:

- realizar uma ampla análise dos fundamentos teóricos sobre serviços, serviços de saúde suplementar, gestão de custos e ABC/ABM, para subsidiar o desenvolvimento do sistema proposto;
- verificar a viabilidade da implementação de um sistema de gerenciamento de custos – ABC, que forneça informações para que a empresa possa utilizar a Gestão Baseada em Atividades – ABM;
- aplicar e analisar o modelo proposto na operadora de planos de saúde suplementar Unimed Nordeste RS, discutindo as melhorias do sistema quanto ao fornecimento de informações que possibilitem adequar as operações, alinhando-as ao posicionamento estratégico da empresa.

1.3 METODOLOGIA

O método deste estudo pode ser classificado como uma pesquisa aplicada e qualitativa, a qual utiliza técnicas de pesquisa exploratória. Quanto aos procedimentos técnicos, é classificada como uma pesquisa bibliográfica e um estudo de caso.

Quanto ao planejamento, este trabalho foi desenvolvido seguindo uma metodologia que apresenta as etapas descritas a seguir:

- Revisão bibliográfica dos principais autores, identificação e seleção de material existente na literatura que possam subsidiar o entendimento e a compreensão do setor de serviços, das empresas do setor e, finalmente, do setor de serviços de saúde suplementar. Levantar e descrever suas características, seus processos, suas atividades e a forma peculiar da gestão das empresas de serviços. Também são revisados e analisados materiais bibliográficos sobre: estratégia, gestão estratégica de custos, contabilidade de custos, sistemas de Custeio Baseado em Atividade – ABC e Gestão Baseada em Atividade – ABM.
- Levantamento, revisão e análise de dados e informações sobre o setor de serviços em saúde suplementar e sobre as operadoras de planos de saúde, bem como análise de informações sobre o mercado, legislação e operação de planos de saúde suplementar.
- Discussão e proposição de um sistema de indicadores econômicos que forneça informações sobre a alocação de custos, respeitando as características e os processos das operadoras de planos de saúde.
- Levantamento de dados e informações sobre a Empresa Unimed Nordeste RS, seus serviços, seus processos e suas atividades. Esse levantamento de dados tem como objetivo analisar a estrutura da Unimed Nordeste RS e a metodologia da gestão econômica de custos indiretos empregada; a gestão dos processos e das

atividades; de que forma atuam sobre a política de formação dos preços de venda dos serviços. E, finalizando, analisar a rentabilidade dos planos de saúde e dos clientes.

- A validação do estudo, com a sua implementação, e análise econômica de planos de saúde na Unimed Nordeste RS.
- Conclusões e sugestões de desenvolvimentos futuros.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O presente trabalho é composto por este capítulo introdutório e por mais cinco capítulos. Este, apresenta o tema, a justificativa, os objetivos, o método, a organização do trabalho e as delimitações do estudo.

O capítulo dois apresenta o embasamento teórico do estudo por meio da revisão de bibliografia sobre o setor serviços e os serviços em saúde suplementar.

No capítulo três, é apresentado o embasamento teórico sobre gestão de processos e gestão estratégica de custos. Também são avaliados os sistemas ABC e ABM sob a ótica do desenvolvimento de um sistema de informações gerenciais.

No quarto capítulo, é apresentado o desenvolvimento do modelo de sistema para gestão de custos indiretos em planos de saúde, baseado nos indicadores gerados com a utilização de técnicas de custeio e gestão baseados em atividades, ABC/ABM.

Após, no quinto capítulo, são discutidos e analisados os resultados obtidos com a implementação do sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde na Unimed Nordeste RS.

Finalmente, o capítulo sexto apresenta as conclusões, as sugestões de pesquisas futuras e os desdobramentos do presente estudo.

1.5 DELIMITAÇÕES DO TRABALHO

Não se pode validar totalmente o modelo apresentado, porque a estrutura da Unimed Nordeste RS não representa o universo das empresas de prestação de serviços de saúde suplementar. O presente teve seu foco nas operadoras de saúde suplementar e a ampliação do estudo para demais áreas da prestação de serviços em saúde suplementar poderá ser foco de discussão em pesquisas futuras.

Outro fator restritivo para o estudo é que a implementação do sistema, a interpretação e a análise dos resultados foram realizadas somente num grupo de planos empresariais. A Unimed Nordeste RS é uma organização de serviços com processos diversos e bastante complexos; logo, não seria viável a implementação do modelo em toda a organização no momento em que este estudo foi realizado. Portanto, foi delimitada a implementação somente na área comercial, tendo por base a análise e a rentabilidade de contratos e clientes empresariais.

O presente estudo não pretende propor uma única alternativa para gerenciar os problemas de análise de custeio e de indicadores gerenciais nas empresas de serviços de saúde suplementar, pretende contribuir com a discussão sobre alternativas que possam atender mais eficientemente às empresas do setor, possibilitando às mesmas agregar valor para os clientes e aumentar a rentabilidade das empresas de saúde.

2 SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo são apresentadas a conceituação e a definição de serviços, visando desenvolver um referencial teórico sobre a dinâmica das operações e atividades das empresas que compreendem esse setor. Também são apresentados os conceitos e a estruturação do setor de serviços de saúde suplementar, com o objetivo de compreender melhor o processo de negócio dessa atividade.

2.1 OS SERVIÇOS

É importante conhecer e entender serviços, pois muitas das características dessas empresas são semelhantes nos diversos segmentos de atividades do setor. A compreensão da dinâmica dessa atividade econômica é fundamental para proceder à análise do setor de saúde suplementar e das operadoras de planos de saúde.

A conceituação dos serviços é complexa porque existem vários entendimentos e definições sobre o assunto. A seguir, são apresentadas algumas conceituações de autores que descrevem amplamente o significado desse setor.

Os serviços são descritos por Grönroos (1995) como uma série de atividades que normalmente acontecem durante as interações entre clientes e estruturas, recursos humanos, bens e sistemas de fornecedores, com fins de atender à necessidade do cliente.

Serviços são conceituados como qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte oferece a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode ou não estar ligada a um produto concreto. (KOTLER, 2000, p. 448).

Para Kotler, os serviços são associados a atividades que não resultam em algo tangível. Por outro lado, alguns autores concluem que os serviços fazem parte de toda a economia e, com isso, muitas vezes estão associados a produtos. Essa conclusão pode ser verificada na descrição de Lovelock e Wright:

Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção. (LOVELOCK ; WRIGHT, 2003, p. 5).

Também, segundo os mesmos autores, os serviços podem ser entendidos como uma forma de criar diferencial, agregando valor para o cliente.

Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada, ou em nome do destinatário do serviço. (LOVELOCK; WRIGHT, 2003, p. 5).

2.2 A ECONOMIA DE SERVIÇOS

Albrecht e Zemke (1990) previam que uma nova economia estava surgindo e estaria voltada aos serviços. Nessa economia, os relacionamentos seriam mais importantes que os produtos físicos.

Naquela época, os autores chamavam a atenção para a importância que os serviços vinham tendo frente à crescente competitividade da economia mundial. Em recente publicação, os mesmos autores, Albrecht e Zemke (2002) demonstram que já não é mais uma previsão: hoje se vive numa economia baseada nos serviços. Nesse novo trabalho, Albrecht e Zemke (2002) refletem sobre o crescimento e a importância que o setor de serviços obteve e por que, apesar disso, a busca pela excelência em serviços não se tornou um elemento padrão na busca por competitividade nas empresas. Essa questão é relevante, uma vez o mercado cada vez mais competitivo exige diferenciais que agreguem valor para o cliente.

Observando a evolução da economia mundial verifica-se quanto o seu desenvolvimento está baseado em uma grande e complexa rede de serviços. Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), nenhuma economia pode funcionar sem a infra-estrutura que os serviços proporcionam nas áreas de transportes, de comunicações e também dos serviços estatais, como educação e saúde. Dessa forma, esse setor passou, já há alguns anos, a empregar a maioria da população em países desenvolvidos. Pode-se afirmar que a economia baseada em serviços, que Albrecht e Zemke (1990) afirmavam diziam vindoura é uma realidade. O que também pode ser observado na citação de Beckwith.

Já vivemos numa economia de serviços – é difícil questionar isso. Mesmo quando o que está à venda é um produto, são os serviços que atraem o cliente e induzem sua decisão de compra. Entretanto, serviços são invisíveis, e vender o invisível é mais difícil. Produtos são fabricados e usados; serviços são oferecidos e experimentados.

Objetos são impessoais; serviços estabelecem e promovem ligações entre os indivíduos. (BECKWITH, HSM, jan/fev. 2001).

De acordo com Téboul (1999), o setor de serviços está maldefinido e, dessa maneira, não existem fronteiras claras que delimitem as atividades compreendidas pelo setor. Por essa razão, torna-se difícil elaborar estudos mais profundos sobre o tema.

Para o entendimento dessa questão é preciso definir e compreender o que é um serviço. Em Rosseti (2000), encontra-se a definição do setor de serviços classicamente utilizada pelos estudiosos da economia. Essa definição refere-se aos três setores da economia: no primário, incluem-se as atividades ligadas ao extrativismo e à agropecuária, já no setor secundário estão ligadas as atividades de mineração e industrialização, ou seja, aquelas atividades que exigem a ação de modificação e/ou adaptação da natureza, transformando-a em bens que irão atender aos consumidores ou outras indústrias do setor secundário. E, por fim, o setor de serviços é classificado como o setor terciário, que engloba atividades que não se enquadram no setor primário nem no secundário, ou seja, todas as demais atividades.

Analisando esse conceito, entende-se que economistas têm dificuldades para classificar e compreender o que são os serviços. Para Téboul (1999), os autores clássicos chegaram à conclusão de que esse setor englobaria todas as atividades que não resultassem em seu processo de produção em nenhum bem físico ou edificação. Para Adam Smith,⁶ citado por Téboul (1999, p. 8), economista clássico do século XVIII, serviço pode ser entendido como “algo que perece no próprio momento de sua criação”, o que pode levar à conclusão de que a principal característica seria a simultaneidade do consumo e da produção.

Observa-se que, na própria classificação das atividades, existia um certo desprezo ao setor de serviços, o que acabou não despertando interesse dos teóricos da economia no desenvolvimento de estudos mais profundos sobre o assunto. Isso pode ser verificado em Smith, citado por Téboul (1999), que em seu livro *A riqueza das nações*,⁷ afirma que serviços seriam considerados atividades inferiores:

O trabalho de certos membros da sociedade pertence às ordens mais respeitáveis, enquanto o trabalho dos servidores subalternos é desprovido de qualquer valor

⁶ Adam Smith, economista nascido na Escócia em 1723, é considerado o pai da economia clássica. (HUGON, 1984).

⁷ *A riqueza das nações* é considerada a principal obra de Adam Smith, publicada em 1776. É um marco para a história da economia política. (HUGON, 1984).

agregado e não se transforma ou se realiza em nenhum bem vendável que se mantenha após sua realização. É preciso colocar nesta mesma categoria, ao mesmo tempo, certas profissões mais sérias e importantes, e outras mais frívolas: clérigos, advogados, médicos, pessoas das letras, desportistas, comediantes, músicos, cantores de ópera, etc. (SMITH citado por TÉBOUL, 1999, p.12).

Nessa citação, confirma-se a alegação de que os teóricos da economia não davam a devida atenção ao setor de serviços, o que foi uma constante, tanto entre os seguidores de Smith, quanto entre os seguidores das teorias da economia centralizada e planificada.⁸ Nesse caso, de acordo com Téboul (1999), os teóricos do planejamento centralizado relegavam os serviços a uma condição menos importante dentro da economia. E, como consequência disso, esse setor não se desenvolveu nos países que adotaram esse sistema econômico.

Assim, ainda existem dificuldades estruturais que até os dias de hoje não foram superadas totalmente. Essas deficiências podem ser observadas nas áreas de distribuição, financiamento, transporte, telecomunicações e manutenção, podendo ser verificadas em países como Rússia, China e alguns outros do Leste europeu.

Por essa razão criaram-se mitos e preconceitos que relegaram uma menor importância para as empresas de serviços em relação a empresas de outros setores da economia. Dessa forma foram estabelecidas idéias de que as empresas de serviços absorviam aqueles que não tinham oportunidade de trabalhar na indústria. Ainda hoje, existe a crença remanescente de que a indústria requer maior capacidade técnica e aprimoramento profissional do que os serviços (TÉBOUL, 1999; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

Com as transformações sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas, o setor passou a ser amplamente discutido pelos estudiosos, uma vez que o crescimento verificado nos últimos anos transformou os serviços no principal setor em crescimento do PIB e na maior oferta de empregos em todo o mundo desenvolvido. Observa-se também que o crescimento médio dos salários pagos no setor de serviços é bem maior do que na indústria, sendo responsável pela maioria dos postos de trabalho que pagam altos salários. (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000). Isso chamou a atenção de estudiosos e pesquisadores que passaram a desenvolver estudos mais elaborados sobre os serviços, embora

⁸ Também conhecida como economia centralizada. Denominação dada às economias socialistas por se oporem à idéia de descentralização que caracteriza as economias capitalistas. (SANDRONI, 1999, p. 190).

ainda não sejam suficientes para a geração de conhecimento sobre o comportamento das empresas que operam no setor e sua importância para a economia mundial.

Hoje, entende-se que os serviços não são mais um subproduto da indústria. Também não são mais considerados como atividades não geradoras de riqueza e que somente servem como intermediários das atividades produtivas (ALBRECHT; ZEMKE, 2002; TÉBOUL, 1999). Albrecht e Zemke (2002), afirmam que os serviços são o motor que impulsiona a economia mundial atualmente, na qual as empresas dessa área detêm o poder econômico nas mais fortes economias do planeta.

Albrecht e Zemke (2002) também afirmam que a riqueza e o crescimento econômico só se dará com o desenvolvimento de mais e melhores serviços, visto que é nesse setor que surgem novas oportunidades de emprego e é o único que tem condições de continuar suprindo a constante demanda por novos postos de trabalho. Essa demanda é decorrente da evolução da sociedade que, por um lado, fecha postos de trabalho nas indústrias devido à modernização da produção, e, por outro lado, oferece uma grande quantidade de novos empregos baseados na crescente demanda por novos serviços que tragam melhorias para a qualidade de vida das pessoas.

Essa demanda por serviços ocorre porque as pessoas estão preocupadas em não perder tempo com afazeres domésticos, deslocamentos e outros serviços que, em algum tempo atrás não eram transferidos para a execução de terceiros, até porque os mesmos não eram considerados tarefas passíveis de remuneração econômica. (GIANESI; CORRÊA, 1996; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

O crescimento da importância dos serviços em países desenvolvidos pode ser constatado na crescente participação do setor no PIB dessas economias (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; GIANESI; CORRÊA, 1996). Albrecht e Zemke (2002) afirmam que vive-se numa economia centrada em serviços a eles. Isso pode ser verificado quando analisado o crescimento da participação dos empregos em alguns países, conforme tabela 1. Nos Estados Unidos, em 1999 o setor já era responsável por 80,4% dos empregos. A tabela 1 demonstra a parcela dos empregos em serviços em alguns países industrializados. No Brasil, o setor também tem crescido de forma acelerada, o que é demonstrado na figura 1, que representa a participação no PIB dos setores da economia. Na figura 1, observa-se, segundo o

IBGE (2001), que o setor já representou 61% do PIB em 1998. Entretanto, nos últimos anos o setor parou de crescer em decorrência da grave crise econômica por que o País está passando. Com isso, a renda média da população tem caído ano a ano, diminuindo o poder de consumo tão necessário à manutenção da demanda por serviços. Entretanto, com a retomada do crescimento econômico, espera-se que o setor volte a crescer novamente.

Tabela 1: Participação dos empregos em serviços em países industrializados

PAÍS	1980	1987	1993	1999
Estados Unidos	67.1%	71.0%	74.3%	80.4%
Canadá	67.2%	70.8%	74.8%	73.9%
Japão	54.5%	58.1%	59.9%	72.4%
França	56.9%	63.6%	66.4%	70.8%
Israel	63.3%	66.0%	68.0%	70.7%
Itália	48.7%	57.7%	60.2%	61.1%
China	13.1%	17.8%	21.2%	26.4%

Fonte: Corrêa e Caon, 2002, p. 25.

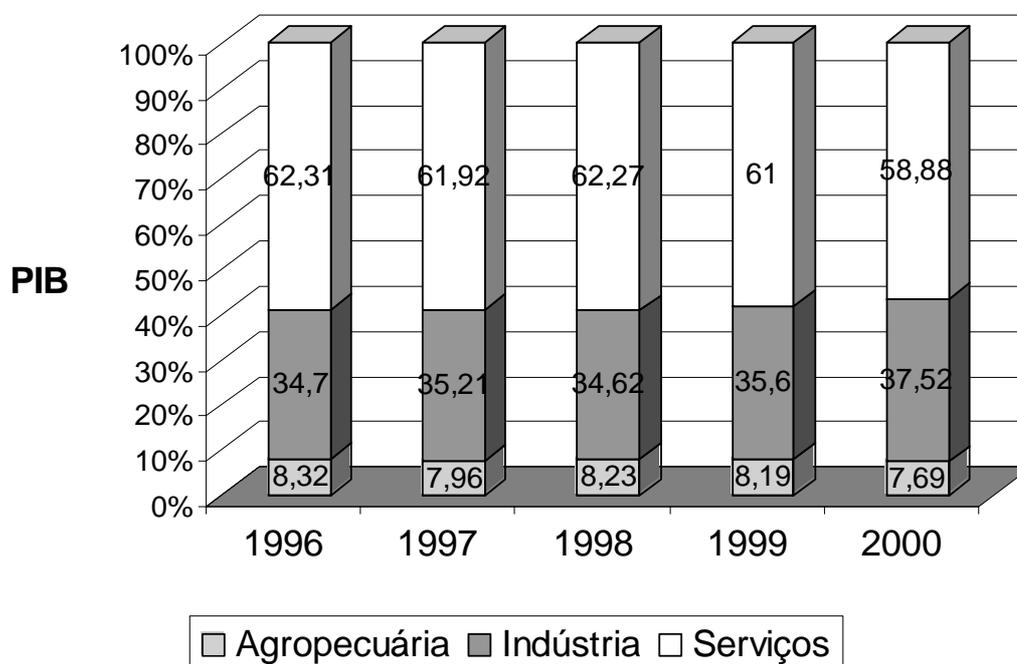


Figura 1: Participação dos serviços no PIB brasileiro

Fonte: Sistema de Contas Nacionais; IBGE - Brasil 1996/2000.

Akoff, citado por Albrecht e Zemke (2002, p. 37), afirma que a mudança do centro da economia não significa que os produtos deixarão de ter sua importância e que sua produção

e consumo serão reduzidos. A passagem da economia agrária para a economia industrial também não significou redução da produção e do consumo de produtos primários, mas o emprego vem diminuindo na produção de produtos, pois menos pessoas são necessárias para executar as tarefas de produção de bens físicos.

A separação entre produtos e serviços torna-se cada vez mais difícil, pois os setores industriais e os serviços evoluem conjuntamente, não sendo possível a prosperidade de um na ausência do outro. Como exemplo cita-se a infra-estrutura industrial, que permite o desenvolvimento dos setores de transporte, telecomunicações e da indústria da informação. Assim, o desenvolvimento tecnológico e a industrialização em massa de produtos, como televisores, telefones e computadores, proporciona o crescimento dos setores de telecomunicações, de *software*, de teledifusão e de entretenimento em massa. (TÉBOUL, 1999; GIANESI; CORRÊA, 1996; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000, CORRÊA; CAON, 2002).

Na mesma proporção em que os produtos físicos tornam-se cada vez mais padronizados, aumenta entre os consumidores a dificuldade de perceberem diferenciais entre produtos concorrentes. Logo, a utilização de serviços na indústria constitui-se em importante fonte de diferenciação e criação de valor para o cliente. (TÉBOUL, 1999; GIANESI; CORRÊA, 1996; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; ALBRECHT; ZEMKE, 2002).

Assim a interação entre a indústria e os serviços é cada vez maior. Alguns autores explicam que as diferenças entre os dois tornam-se cada vez mais difíceis de serem traçadas. Segundo Levitt, citado por Téboul (1999), as indústrias de serviços não existem, existem sim indústrias que utilizam em maior ou menor grau o componente de serviços.

Para Kotler (1999), caso os clientes estivessem somente interessados no produto, não considerando os serviços e benefícios adicionais, tenderiam a ser muito semelhantes, e a competição no mercado dependeria exclusivamente de preço. As empresas que tivessem custos menores teriam uma grande vantagem sobre as outras.

Com a análise desses autores, fica claro que o entendimento dos serviços ainda não é um consenso. Ainda existem discussões sobre o que pode ser classificado como serviço, o que

é uma indústria, e qual seria a fronteira entre os dois. Na figura 2, pode se observar como os serviços e os produtos são elementos comuns das mesmas atividades ofertadas ao consumidor.

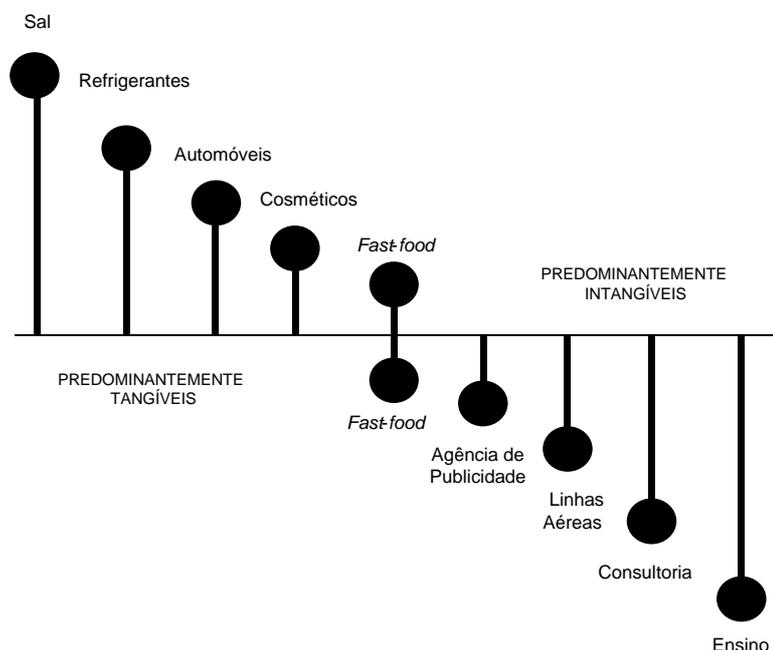


Figura 2: Espectro de tangibilidade

Fonte: Shostack (1977) citado por Zeithaml e Bitner, 2003, p. 30.

Para alguns autores já não existe mais diferença entre indústria e serviços. Drucker, citado por Albrecht e Zemke (2002, p. 31), sugere que a ciência econômica e as economias nacionais e regionais devem ser repensadas. Hoje, a informação está classificada no setor de serviços, que é um termo do século XIX para designar diversos. Drucker também sugere que a informação não tem mais característica de serviços, pois ela é matéria-prima para a indústria da informação. Numa economia desse tipo, as escolas são produtoras primárias, tanto quanto as fazendas são produtoras de alimentos. Portanto, a produtividade dessas escolas talvez seja ainda mais crucial para o desenvolvimento da sociedade.

Levitt, citado por Albrecht e Zemke (2002, p. 31), diz que a diferença entre serviços e não-serviços é cada vez menos significativa, na medida em que o conhecimento sobre os serviços aumenta. O autor entende que não existe um setor de serviços, mas setores em que os componentes de serviços são maiores ou menores. Dessa forma, todos trabalham com serviços.

Com o crescimento do setor, as empresas de serviços passam a ter escala e condições para realizar suas operações globalmente. Em Albrecht e Zemke (2002), verifica-se que

aproximadamente 30% da demanda por serviços de tecnologia, medicina e entretenimento em todo o mundo são atendidos pelas exportações americanas.

Dessa forma, justifica-se cada vez mais a necessidade do desenvolvimento de estudos sobre serviços, procurando contribuir com as empresas nacionais, com conhecimento técnico e de gestão, para a melhoria da competitividade, tão necessária nesse novo cenário de internacionalização.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS

O setor de serviços é classificado de forma distinta por alguns autores. A seguir, são apresentadas definições que podem ser complementares.

O setor de serviços é composto de vários tipos de empresas, que são divididas, segundo Dorothy (1986), citado por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), em:

- **serviços empresariais:** consultoria, finanças e bancos;
- **serviços comerciais:** varejo, manutenção e consertos;
- **serviços de infra-estrutura:** comunicações, transporte e energia;
- **serviços sociais e pessoais:** saúde e profissionais liberais;
- **administração pública:** governo e órgãos públicos.

Já Schmenner (1999) propõe uma classificação dos serviços baseada em duas dimensões: o grau de interação com o cliente (a personalização dos serviços) e o grau de intensidade de utilização de mão-de-obra, que se divide em:

- **indústrias de serviços:** têm como características a baixa intensidade de mão-de-obra, resultando menor interação com os clientes e serviços padronizados. Esses segmentos têm necessidade de altos níveis de investimento de capital, devido à necessidade de equipamentos e instalações. Ex.: companhias aéreas, hotéis, transporte de cargas;
- **lojas de serviços:** essas empresas também têm baixa utilização de mão-de-obra, porém com uma alta interação com os clientes, oferecendo serviços razoavelmente personalizados. Também requerem ambientes com alto investimento em capital. Ex.: hospitais, oficinas de veículos;

- serviços de massa: as empresas desse segmento são de alta intensidade de mão-de-obra, mas com uma baixa interação com os clientes, oferecendo serviços padronizados. ex: varejo, vendas em atacados e escolas;
- serviços profissionais: são aqueles com alta intensidade de mão-de-obra e também com alto nível de interação e de personalização dos serviços. Ex.: médicos, advogados, contadores e consultores.

2.4 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS

Os serviços têm características peculiares que os tornam uma atividade singular. Segundo Kotler (2000), sejam eles de qualquer natureza, têm quatro características básicas que afetam diretamente a administração de seus projetos: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

Kotler (2000) explica que, como são intangíveis, os serviços não podem ser cheirados, sentidos, tocados ou provados antes de serem consumidos, pois os mesmos são bens sem produção e dimensões físicas. Como os serviços são produzidos e consumidos ao mesmo tempo, não podem ser estocados. Além disso não é totalmente previsível a quantidade exata de serviços que irá ser consumida em um dado período de tempo. “O serviço é uma prestação, não podemos apropriar-nos dele nem estocá-lo.” (TÉBOUL, 1999, p. 30).

Segundo Lovelock e Wrigt (2003), os serviços são ações ou realizações e não resultam em um bem ou artigo tangível que pode ser guardado. Logo, são perecíveis e não podem ser estocados. Já Giansesi e Corrêa (1994) sugerem que os serviços são experiências percebidas e vivenciadas pelos clientes.

Para Grönroos (1993), “o cliente não é apenas um receptor de serviços; o cliente participa como um recurso da produção”. Para Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) isso é um fator que implica menores oportunidades de intervenção no controle de qualidade, pois a produção e o consumo são simultâneos. Devido a essa inseparabilidade, o cliente normalmente está presente no processo de produção e de entrega dos serviços, gerando possibilidades mínimas de corrigir defeitos antes que os mesmos aconteçam.

A variabilidade dos serviços também é uma das características mais críticas na gestão das operações de serviços. Kotler (2000) relata que os serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os fornece, do local e de quando eles são fornecidos. Grönroos (1993) sugere que um serviço nunca será exatamente igual para dois clientes, pois, como envolvem alto grau de contato e interação entre prestador e cliente, a atividade humana não poderá ser repetida exatamente da mesma forma. Por sua vez, Lovelock e Wrigt (2003) afirmam que, com a presença de clientes e de funcionários na operação da prestação de serviços, torna-se difícil controlar a variabilidade no processo e no resultado final, conferindo assim uma dificuldade em manter constante o nível de qualidade.

Para Téboul (1999), um serviço não pode ser protegido por uma patente. Como a única forma de apresentá-lo é dar amostras aos clientes que poderão dar seu testemunho aos demais, ele pode ser facilmente copiado, o que faz com que as empresas não possam usufruir sozinhas das idéias e melhorias encontradas na gestão dos serviços.

2.5 A ESTRATÉGIA E A COMPETITIVIDADE DOS SERVIÇOS

Com o acirramento da competição no setor de serviços, as empresas estão em busca de estratégias que possam melhorar sua competitividade.

A seguir são descritos os elementos que estão ligados à formatação da estratégia para as empresas operadoras de serviços.

2.5.1 Estratégia empresarial em serviços

Diversos fatores contribuem para o ambiente adverso e extremamente competitivo onde as empresas de prestação de serviços desenvolvem suas atividades.

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), as principais razões para que isso ocorra são:

- baixo nível de barreiras à entrada de novos competidores: normalmente as inovações em serviços não são patenteáveis (TÉBOUL, 1999). Na maioria dos

casos, serviços não necessitam de grandes investimentos de capital ou tecnologias de difícil acesso. logo, podem ser copiados ou imitados com certa facilidade;

- **oportunidades mínimas para economias de escala:** devido às características de simultaneidade de produção e consumo, o cliente precisa se deslocar até a empresa, ou o prestador deve ir até o cliente. A necessidade de deslocamento físico limita a área de mercado e, como resultado disso, o escoamento dos serviços ocorre em pequena escala. franquias conseguem algumas economias de escala, dividindo custos de compra, publicidade, etc. Em outros casos, as telecomunicações podem substituir os deslocamentos. Ex.: pedidos por telefone e internet;
- **flutuações erráticas da demanda:** a demanda por serviços varia em função da hora, do dia da semana e ainda da sazonalidade. como são intangíveis, não podem ser estocados para suavizar a flutuação da demanda. os atendimentos aleatórios dos clientes são de difícil previsibilidade, o que faz com o planejamento da capacidade ideal para o atendimento da demanda seja um dos pontos mais críticos dos prestadores de serviços;
- **desvantagens em negociações com clientes e fornecedores:** o pequeno porte de grande parte das empresas de serviços coloca as mesmas em desvantagem quando negociam com grandes fornecedores. E ainda por cima, muitas vezes prestam serviços para clientes que detêm o poder na hora da negociação. Exceções existem nas grandes empresas de serviços e também em organizações financeiras;
- **substituição de produtos:** produtos inovadores podem substituir serviços. Ex.: teste da gravidez realizado em casa pode substituir kits de exames de laboratório;
- **fidelidade dos clientes:** organizar empresas usando serviços personalizados cria uma base de clientes fiéis. Essa estratégia cria uma barreira à entrada de novos serviços, tornando mais difícil a entrada de novos competidores;
- **barreiras à saída:** empresas de serviços marginais podem continuar a operar mesmo com lucros baixos ou inexistentes. Exemplo: uma empresa pode ter como objetivo principal empregar membros da família, ao invés de maximizar o lucro. Algumas empresas podem ter no *hobby* ou no lado romântico a plena satisfação de seus donos, o que compensaria a baixa lucratividade. Assim, os competidores movidos pelo lucro teriam dificuldades de afastar essas empresas do mercado.

Nesse ambiente, as empresas de serviços têm grande dificuldade de estabelecer estratégias que possam criar e manter diferenciais competitivos.

Segundo Porter (1986, p. 22), “a essência de formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma empresa ao seu meio ambiente”, mesmo que, ao considerar o meio ambiente, o resultado seja a consideração de forças externas, tanto sociais como econômicas. O principal aspecto a ser analisado, então, são as empresas concorrentes ou

possíveis entrantes no mercado. Visto que a estrutura de mercado influencia a forma como serão desenvolvidas as bases para a competitividade das empresas dentro de um segmento de mercado, as forças externas são significativas. Entretanto, como influenciam todas as empresas do setor, o importante é a forma diferente como essas empresas processam e ajustam-se a essas forças.

De acordo com Porter (1986), existem três formas para serem formuladas estratégias competitivas. Diversos autores produziram referências baseadas nessas opções estratégicas, comentando as mesmas para empresas do setor de serviços. Em Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), encontram-se as seguintes definições:

- liderança global em custos: para se adotar uma estratégia baseada em liderança em custos, são necessárias oportunidades de ganhos de escala, o que requer, além de rígido controle sobre custos e despesas, necessidade de capital intensivo e utilização de tecnologia. As empresas de serviços adotam diversos métodos para a utilização dessa estratégia: a busca por clientes de baixo custo, a padronização de serviços personalizados, a redução na interação no atendimento aos clientes, a redução dos custos devido ao aproveitamento das redes e a utilização de operações fora da presença do cliente;
- diferenciação: a essência dessa estratégia está na criação de características que são percebidas como únicas pelo consumidor. A estratégia da diferenciação não ignora custos. Entretanto, sua característica principal está em estabelecer um relacionamento que crie um elo mais forte com os clientes, os quais aceitam pagar mais caro pelo valor percebido. Existem algumas maneiras para que empresas de serviços criem diferenciais para seus clientes. as principais são tornar tangíveis os serviços por meio de materiais que possam reforçar a experiência na memória do cliente; personalização do que é padronizado por meio da utilização da personalização em massa; redução do risco percebido pelo cliente, criando a sensação de tranquilidade e segurança para esses; controle de qualidade consistente, buscando padronizar os serviços em ambientes de trabalho intensivo e, dessa forma, conferindo percepção de qualidade para os clientes;
- focalização: essa estratégia tem por base a idéia de atender um determinado segmento de mercado, também chamado de nicho. Nele a empresa buscará ofertar serviços desenvolvidos, especialmente de acordo com as características do consumidor daquele segmento. A utilização dessa estratégia em empresas de serviços requer alto grau de conhecimento do mercado-alvo. A empresa poderá atender melhor à demanda dos clientes, conhecendo profundamente suas necessidades e estabelecendo um diferencial competitivo que não é encontrado em outras empresas que atuam no mesmo mercado. O uso da focalização é a aplicação da liderança global em custos, ou da diferenciação em um determinado segmento de mercado.

A formulação da estratégia mais adequada à realidade do ambiente, onde a empresa está inserida, é essencial para obtenção de competitividade. Dessa forma, a empresa poderá projetar o pacote de serviços, baseado na estratégia escolhida, para que a operação possa traduzir o posicionamento desejado pela empresa.

2.5.2 O pacote de serviços

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p 45), “o pacote de serviços é definido como o conjunto de mercadorias e serviços que são definidos em um ambiente [...] é a soma total dos bens, serviços e experiências oferecidas do cliente”. Ele é avaliado de acordo com as seguintes características:

- instalações de apoio: são os recursos físicos disponíveis antes de se oferecer um serviço. Exemplo: hospitais e aviões;
- bens facilitadores: são os materiais adquiridos ou consumidos pelo comprador, ou os itens fornecidos pelo cliente. Exemplo: itens de alimentação e de substituição de autopeças;
- serviços explícitos: são os benefícios facilmente percebidos pelo cliente, ou características essenciais e intrínsecas dos serviços. Exemplo: um automóvel rodando suavemente, ausência de dor após a restauração de um dente;
- serviços implícitos: são os benefícios psicológicos que o cliente pode perceber apenas vagamente, ou características extrínsecas dos serviços. Exemplo: preocupação em usar uma oficina mecânica que garanta os reparos.

Na figura 3, observa-se o sistema de fornecimento dos serviços descrevendo a forma como a estratégia, o pacote e a entrega de serviços devem estar alinhados com o foco do negócio.



Figura 3: Sistema de fornecimento de serviços

Fonte: Albrecht e Zemke 2002, p. 142.

Albrecht e Zemke (2002) afirmam que o pacote de serviços deve estar alinhado com a estratégia de serviços, e representa o valor básico fornecido para o cliente dentro do sistema de prestação do mesmo. Então, são as empresas que devem realizar esforços para atrelar a condução das operações à estratégia definida.

A definição do pacote de serviços varia bastante, mas, para Albrecht e Zemke (2002), é possível identificar algumas características genéricas que podem ser definidas em sete dimensões, as quais formam a infra-estrutura básica de fornecimento de valor para o cliente. São elas: ambientais, de procedimentos, sensoriais, interpessoais, tangíveis, de informações e financeiras.

Segundo o autor, todas as empresas precisam avaliar constantemente o pacote de serviços sob essas sete dimensões, com o objetivo de analisar a percepção de qualidade e de valor percebidos pelo cliente.

2.5.3 O sistema de serviços

Os sistemas de serviços são definidos por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) como uma forma de elaborar o processo de criação de um serviço. É necessário analisar diversos elementos para construir uma estratégia que possa resultar no fornecimento de serviços que tenham características que os tornem diferentes daqueles dos concorrentes. O processo acaba abrangendo a análise de elementos como localização, *layout*, processos, atividades e tarefas, medidas para assegurar a qualidade, o envolvimento dos clientes, a escolha de tecnologia e equipamentos e, por fim, o dimensionamento da capacidade de atendimento. Esse projeto não deve ser estanque, mas sim dinâmico, procedendo a uma avaliação constante do negócio e da empresa. Isso permite, que os gestores identifiquem quais alterações são necessárias, ou possibilitam gerar inovações que melhorem o alinhamento da operação à estratégia definida pela empresa.

Um sistema de serviço é um processo que muitas vezes gera interação com o cliente, sendo esse contato um elemento fundamental para a prestação de serviços. Em Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), é descrito que o contato do cliente com os serviços acontece de três formas: a primeira em sistemas abertos, em que o cliente percebe o meio ambiente e faz parte

do processo; na segunda o contato é indireto, realizado por meio de comunicação eletrônica; e a terceira é a separação das operações de alto contato e das operações que não têm contato com o cliente. Dessa forma, cria projetos distintos para ambos. Nas operações de baixo contato, há a possibilidade da sua realização sem a presença do cliente. Esse tipo de operação favorece a utilização de uma abordagem de linha de produção em serviços, a qual utiliza um processo industrial oportunizando ganhos de economia de escala. Enquanto nas operações de alto contato com o cliente, podem ser preservados espaços distintos que favoreçam o relacionamento e a prestação de serviços.

2.5.4 A importância das pessoas nos serviços

Os serviços são processos resultantes de uma interação entre fornecedor e cliente. Esse conceito afirma, por si só, que os serviços dependem das pessoas para serem realizados. A dependência da qualidade dos serviços está vinculada diretamente às pessoas e à forma e postura com as quais mesmas são administradas, tornando decisiva a maneira que essas administram as relações e as interações com o cliente. Carlzon (1984) afirma que as pessoas da linha de frente, aqueles funcionários que mantêm o contato direto com os clientes, são os principais responsáveis pelos instantes que ele definiu como “momentos da verdade”.⁹ Para o autor, esses são os momentos em que o cliente interage com a empresa por meio de seu ambiente e, principalmente, por meio da interação com algum funcionário, que poderá traduzir-se em satisfação, falhas e/ou descontentamento aos clientes.

As pessoas são fundamentais para as organizações de serviços, pois elas são os elos de ligação com o cliente. Albrecht e Zemke (2002, p. 181) descrevem que “todos em uma organização de serviços desempenham uma função de serviços, mesmo aqueles que nunca vêem os clientes”. Assim, em organizações desse tipo de atuação, as pessoas que não estão diretamente na linha de frente somente têm função, quando entendem que servem de apoio aos funcionários da linha de frente. Dessa forma, a cultura de todos na empresa estará voltada para a prestação de serviços. E, mesmo que muitos funcionários nunca tenham contato com o cliente, estarão aptos a entender suas necessidades e não resistirão em apoiar o pessoal de frente no propósito de proporcionar “momentos da verdade”, em experiências positivas.

⁹ “Moments of True” é uma definição criada por Carlzon (1984), para descrever o momento de contato entre cliente e funcionário e qual seu resultado.

Como os serviços são realizados por pessoas, a gestão e a liderança destas devem ser tratadas com todo cuidado. Albrecht e Zemke (2002) explicam que a manutenção da motivação e do comprometimento da equipe depende de um bom gerenciamento dos momentos da verdade, nos quais o gerente tem que ser capaz de criar um ambiente que motive as pessoas a encontrarem razões pessoais para realizar um serviço de qualidade superior.

Para Albrecht e Zemke (2002), estão, entre os problemas cruciais no atendimento dos clientes, as atitudes dos funcionários. Não é fácil treinar alguém a ter atitudes, pois não há uma definição clara do que são atitudes convenientes e corretas; essas dependem das situações em que são tomadas.

Outro grave problema enfrentado pelas empresas de serviços é comentado por Hoffman e Bateson (2003), sobre a dificuldade que as empresas encontram em conciliar funcionários mal-remunerados, desvalorizados e sem perspectivas de carreira, com o fato de essas pessoas terem de prestar um serviço de excelente qualidade. Se os funcionários são o lado humano das organizações, eles são o principal contato entre o cliente e a empresa de serviços. Com isso, torna-se indispensável uma política de gestão de pessoas bem-definida e alinhada com a estratégia do negócio. É preciso melhorar o atendimento, e isso se dá pela valorização da linha de frente, a partir da diminuição da rotatividade de pessoal, o que resultará em maior rentabilidade para a empresa.

A percepção do cliente quanto à qualidade do serviço depende muito do ambiente em que se desenrola o processo de atendimento. Sendo assim, Schneider e Bowen, citados por Hoffman e Bateson (2003), consideram que o clima organizacional dentro de uma empresa de serviços é de suma importância, pois, como os serviços são sistemas abertos, os clientes percebem os reflexos do clima entre os funcionários e influenciam diretamente na percepção da qualidade pelo cliente.

Lovelock e Wright (2003) comentam que, na maioria das empresas o discurso utilizado é que as pessoas são o recurso mais importante, ou são seu maior ativo. Entretanto, o que a realidade mostra é que transferir o manual da qualidade para a prática não é tão comum assim. Com essa política de gestão, é difícil implementar serviços de qualidade superior, pois os mesmos exigem contato e esses acabam sendo realizados por pessoas despreparadas e pouco valorizadas.

É difícil romper o ciclo de falhas que, para Hoffman e Bateson (2003), resulta de uma política de gerenciamento de pessoas que destina funcionários mal-treinados e mal-remunerados para cargos de frente, provocando problemas no processo de produção e entrega do serviço. Com isso, acaba-se criando insatisfação para os clientes, que acabam reclamam do quadro de funcionários e, assim, ocasionam ainda mais falta de motivação nos funcionários. Estes, então, sentem-se obrigados a prestar um serviço de má qualidade. Por fim, os funcionários mais qualificados e conscientes acabam saindo da empresa, sendo substituídos por novatos mal-treinados e mal-remunerados, alimentando o ciclo clássico de falhas em serviços.

A forma de romper o ciclo de falhas, segundo Hoffman e Bateson (2003), é desenvolver uma política de gestão de pessoas eficiente, que valorize os investimentos em pessoas tanto quanto em máquinas. É preciso desenvolver uma estratégia que pense na tecnologia como instrumento de apoio para as pessoas que prestam atendimento ao cliente. Então, é fundamental transformar o recrutamento e o treinamento em uma política adotada para todos os cargos da empresa, mesmo àqueles considerados mais simples. Também é recomendável atrelar a remuneração ao desempenho de todos os níveis da organização. Ou seja, a empresa deve formular uma política que atenda desde à linha de frente até aos maiores escalões e que esteja voltada para a execução de um atendimento de qualidade em serviços superiores.

Para Hoffman e Bateson (2003), uma das ferramentas mais poderosas para romper a antiga lógica é a utilização do *empowerment*, que é explicado por Carlzon:

Liberar alguém de um controle rigoroso praticado por meio de instruções, políticas e ordens, e dar a essa pessoa liberdade de assumir a responsabilidade por suas idéias, decisões e ações significa deixar emergir recursos acobertados, que de outro modo, permaneceriam inacessíveis tanto para o indivíduo quanto para a organização. (CARLZON, 1994, p. 58).

Para Lovelock e Wright (2003), o pessoal de alto contato com o cliente tem dois papéis fundamentais que devem ser exercidos simultaneamente: o de produzir ou participar do processo de produção e entrega do serviço; e o papel de comercializar o mesmo, ou seja, ao mesmo tempo em que cumpre um papel operacional, deverá estar desempenhando uma tarefa de marketing. Já para os clientes, o pessoal da linha de frente é visto como evidências físicas, tornando tangível a expectativa de uma experiência a ser vivida. Dessa forma, acabam

desempenhando um terceiro papel: o de fazer parte do próprio produto. O conflito entre esses papéis é comum, principalmente em serviços em que o alto contato é estabelecido em processos de encontros de serviços longos. Então, o processo de seleção e recrutamento de funcionários é indispensável, pois é imprescindível que os candidatos tenham as características de personalidade e comportamento específicas, a fim de atender as necessidades de desempenhar tais papéis. Não se treina perfil, personalidade e comportamento. Logo, recrutar a pessoa certa para o cargo é fundamental.

O pessoal que mantém contato com os clientes, segundo Lovelock e Wright (2003), seguem as chamadas normas e regras de conduta e postura de expressão de emoção espontânea e genuína. Esses padrões refletem os costumes sociais e podem variar de acordo com as normas de cada sociedade. Os encontros em serviços, além de serem uma execução técnica de um processo, estão completamente envolvidos em elementos humanos, como cortesia, respeito, empatia e conduta pessoal. Isso envolve emoções tanto dos funcionários quanto dos clientes. Portanto, para muitos cargos é fundamental que sejam destacadas as pessoas certas. É difícil para muitos funcionários se deparar com a exigência de conformar-se com as expectativas dos clientes e demonstrar emoções autênticas, mesmo que não as sintam. Isso acaba tornando-se um fardo psicológico muito grande para o funcionário, que acaba comprometendo a operação.

O sucesso de uma organização de serviços na era da tecnologia depende, sobretudo, da contribuição do seu *staff*. As pessoas da organização precisam mais do que simplesmente estar atualizadas tecnologicamente, preparadas e treinadas. É essencial que as pessoas tenham uma atitude para servir aos clientes. Uma equipe experiente e capacitada, mas que não “sirva com o coração”, será muito mais prejudicial para a empresa do que uma equipe que sirva com o coração, mas não tenha capacidade. (CHIU; WAI LI; YAU, 2003, p. 287).

2.5.5 Qualidade nos serviços

Para Berry e Parasuraman (1995, p. 30), são identificadas cinco dimensões que interferem diretamente na avaliação dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados. São as abaixo relacionadas:

- **confiabilidade:** é a capacidade do prestador, prestar o serviço prometido e com a precisão requerida;
- **tangibilidade:** é a aparência física das instalações, equipamentos, pessoal, materiais de apoio, materiais de comunicação e todos os bens facilitadores que estão envolvidos no processo;
- **sensibilidade:** refere-se a disposição dos prestadores em ajudar o cliente e proporcionar com presteza o serviço;
- **segurança:** diz respeito ao conhecimento e a cortesia do pessoal e a habilidade dos mesmos em transmitir confiança e confiabilidade;
- **empatia:** é a atenção e carinho individualizados, que são proporcionados aos clientes.

A qualidade em serviços difere do que se difunde como qualidade para os produtos. As evoluções dos sistemas de qualidade baseadas em referências internas e externas procuram atingir o mínimo de defeitos de produtos entregues ao cliente. Para tal, é verificada a existência de falhas durante o processo de produção, possibilitando excluir os produtos defeituosos. Contudo, na qualidade em serviços é diferente, pois a presença e a participação do cliente no processo não oportuniza a eliminação de defeitos antes que o cliente os perceba. Hoffman e Bateson (2003, p. 363) descrevem que “qualidade em serviços não é um programa ou objetivo específico que possa ser atingido, mas uma parte em andamento de toda a produção de gerenciamento e serviço”.

Para Hoffman e Bateson (2003, p. 360), “o processo de qualidade de serviço pode ser descrito em termos de diferenças entre expectativas e percepções por parte da gerência, de funcionários e de clientes”, como exibido na figura 4.

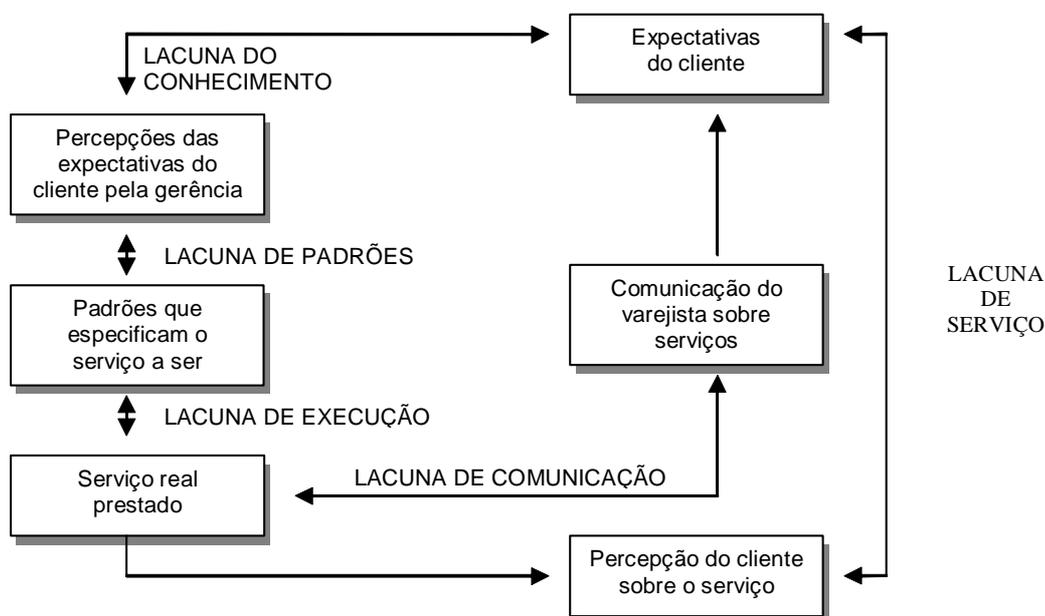


Figura 4: Modelo conceitual da qualidade do serviço

Fonte: Hoffman e Bateson, 2003, p. 360.

A diferença mais importante para o estabelecimento da qualidade, é a diferença entre a expectativa de serviço dos clientes e a percepção final dos mesmos sobre o serviço que receberam. Portanto, para a minimização dessa lacuna, a empresa deverá eliminar ou minimizar as outras quatro lacunas, que, de acordo com Hoffman e Bateson (2003, p. 365), podem ser explicadas como:

- lacuna nº 1: É a diferença entre o que os clientes realmente desejam de um serviço e o que a gerência percebe que eles esperam;
- lacuna nº 2: É a diferença entre o que a gerência percebe que os consumidores esperam e as especificações de qualidade determinadas para a execução do serviço;
- lacuna nº 3: É a diferença entre as especificações de qualidade determinadas para a execução do serviço e a verdadeira qualidade da execução do mesmo;

- lacuna nº 4: É a diferença entre a verdadeira qualidade de execução do serviço e a qualidade da execução do serviço descrita nas comunicações externas da empresa, que geraram uma determinada expectativa de serviço pelos clientes.

A qualidade de um serviço conforme percebida pelos clientes tem duas dimensões, a saber, uma dimensão ou resultado técnico e uma dimensão funcional ou relacionada a processo. (GRÖNROOS, 1993 p. 48).

Logo, a dimensão de qualidade técnica é resultante do processo de produção, é a qualidade com que foi entregue o serviço ao cliente. Enquanto que a dimensão funcional é como foi entregue, e de que forma o cliente percebeu as interações necessárias para a entrega do serviço. Elas podem acabar sendo transferidas para o resultado final, o qual podemos observar na figura 4.

Os clientes percebem os serviços de forma diferente, pois não é possível manter a qualidade constante. As variações de qualidade são percebidas pelas pessoas através de estímulos que dependem da disposição de uma série de fatores que influenciam nas diferentes percepções obtidas sobre o mesmo serviço. (LAS CASAS, 1999 p. 17).

Grönroos (1993, p. 55) entende que o conceito de hora da verdade significa uma verdadeira oportunidade. “Esta ocasião é a oportunidade e o lugar onde e quando o prestador de serviço tem a oportunidade de demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços”.

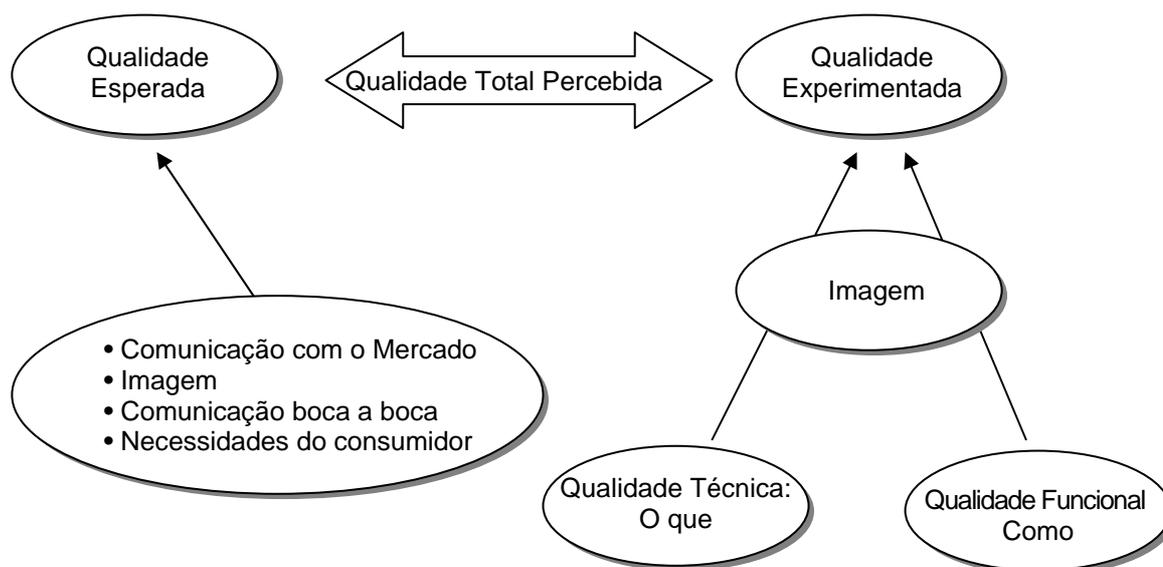


Figura 5: A qualidade total percebida

De acordo com Téboul (1999, p. 138), “a qualidade experimentada pelo cliente deve estar presente em cada hora da verdade”. Mas isso acaba envolvendo uma série de situações. Os serviços devem ser bons desde o primeiro momento, de acordo com o que fora prometido. As repetições são percebidas, e a recuperação do mesmo é muito cara. A hora da verdade acaba envolvendo uma relação entre todos os agentes, funcionários, cliente e outros clientes presentes no processo e no ambiente. Logo, os clientes estão sensíveis ao meio e são influenciados por ele. Os clientes exigem que a prestação de serviços seja impecável. Todo cliente é único e tem suas próprias expectativas e percepções, e somente ele pode escolher cooperar ou não com o prestador no processo de entrega do serviço.

2.6 OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após a análise e a compreensão dos elementos e das características pertinentes ao setor de serviços, o estudo concentra-se em identificar e entender as características e as peculiaridades do setor de serviços da área da saúde.

Apesar de compreender uma série de subsetores distintos, muitos elementos e características são comuns a todas as atividades de serviço. As características estudadas do setor de serviços se reproduzem claramente nas empresas do setor de serviços em saúde. Uma vez que os serviços dependem da interação entre pessoas e são intangíveis e imprevisíveis, têm a qualidade percebida pelo cliente associada a uma série de fatores de difícil mensuração.

Por sua vez, o setor de serviços em saúde também é formado por vários outros subsetores, os quais são interdependentes na oferta e na prestação de serviços de assistência à saúde.

Esse setor é bastante amplo, tendo em sua constituição empresas com atividades e características pouco homogêneas. Logo, é importante definir o que realmente pode ser entendido como serviços de saúde.

Arrow (1963), em trabalho considerado clássico sobre o assunto, define:

[...] o objeto do estudo da saúde em termos macroeconômicos está relacionado à indústria de cuidados médicos; mais precisamente, refere-se ao complexo de

serviços centrados no médico, grupos privados de atenção à saúde, hospitais e saúde pública... Apesar de a definição deixar claro qual o espaço de mercado reservado ao setor saúde “stricto sensu”, reabre o debate sobre sua especificidade. Uma das principais características do mercado de serviços de saúde é de que parte dos bens aí produzidos é considerado bens públicos e/ou meritórios. (citado por FARIAS; MELAMED, 2003, p. 586).

Pela análise da descrição de Arrow (1963), citado por Farias e Melamed (2003), pode-se afirmar que os serviços de saúde são aqueles que estão centrados no médico e nos cuidados com a saúde. Portanto, todos os agentes que estão envolvidos no tratamento e na prevenção da saúde fazem parte do setor dos serviços em saúde.

O setor de saúde sempre esteve inserido, e é interdependente com a pesquisa técnica e científica. Com isso, há a necessidade do uso de capital intensivo, pois o setor exige investimentos na renovação de instalações e equipamentos, substituindo-os por outros de tecnologias mais modernas, porém normalmente mais caras. (FARIAS; MELAMED, 2003).

A assistência à saúde, associada à indústria farmacêutica e de equipamentos, tem evoluído rapidamente e, dessa forma, disponibilizado novas opções de diagnóstico, tratamentos e terapias, advindas da altíssima tecnologia empregada pelos agentes do setor. Essa evolução acelerada propicia melhor qualidade e resolutividade para o paciente; entretanto, ela está gerando problemas de financiamento para a sustentação do setor. (MIRANDA, 2003).

O encarecimento da assistência à saúde tem consumido rapidamente os recursos reservados ao setor pelo poder público. Por outro lado, a iniciativa privada também apresenta dificuldades em continuar atendendo à necessidade de financiamento para a manutenção e a evolução do setor.

Contudo, mesmo o setor tendo problemas de capacidade de financiamento, verifica-se que é fundamental investir na qualificação do atendimento, para que o processo de prestação de serviços obtenha os resultados desejados.

Embora o setor seja de atendimento massificado, apresenta características de serviços personalizados. Isso se explica, pois o processo de diagnóstico, tratamento e cura, depende muito do contato humano individualizado e com soluções personalizadas para cada caso.

Um dos problemas críticos do setor reside no fato de que as pessoas, quando demandam por serviços de saúde assistenciais, normalmente estão frágeis e preocupadas com a sua própria saúde ou de pessoas próximas. Isso torna o processo de atendimento tenso, o que pode levar a desconfiança e até mesmo a conflitos no atendimento. Nessa perspectiva, os prestadores precisam estar preparados para conquistar a confiança dos usuários do sistema, transmitindo segurança, confiança, qualidade e preparo para o atendimento. Somente com a percepção desses atributos é que o usuário terá confiança no ambiente do serviço e, principalmente, nos profissionais de atendimento em saúde.

O ambiente social e econômico vivido pelos agentes que compõem o setor tem mudado rapidamente, sendo difícil para que os mesmos mantenham-se sempre atualizados. A evolução da Medicina, da Genética, da Biologia, da Química fina, da mecânica e da tecnologia da informação tem propiciado para o campo de saúde inúmeras inovações e melhorias, entrando no mercado a custos altíssimos, o que encarece o diagnóstico e o tratamento dos pacientes.

O encarecimento ocorre devido à necessidade de recuperação do alto investimento em pesquisa e desenvolvimento das empresas que produzem tais inovações. Também é prática comum nos mercados de alta tecnologia, e que exigem uso de capital intensivo, as empresas utilizarem a estratégia de aproveitar rapidamente o potencial de lucratividade do mercado. Essa estratégia é bastante utilizada porque a tecnologia envelhece rapidamente e há um pequeno espaço de tempo, quando o produtor pode maximizar seu lucro antes que o produto ou serviço seja copiado, fique obsoleto ou precise ser substituído.

É com essas variáveis que os agentes envolvidos no setor defrontam-se, fazendo com que os prestadores de serviços busquem alternativas para melhorar a administração das necessidades e exigências crescentes dos usuários do sistema. Contudo, as diferenças de interesses dos agentes envolvidos na prestação dos serviços de saúde criam tensões que mantêm a ineficiência do setor. Seria fundamental que cada agente procurasse desenvolver e melhorar sua parte dentro do sistema. Desse modo, os ganhos obtidos com a melhoria da cadeia, poderiam beneficiar todos os agentes envolvidos.

Os agentes estão distribuídos nas quatro funções básicas de um sistema de saúde: regulação, financiamento, administração e prestação dos serviços.

Na maioria dos países que historicamente organizaram seu sistema político-econômico conceituando bens de produção como privados – países capitalistas – conceituaram serviços de saúde como bens públicos. Estes serviços foram então organizados em Sistemas de Saúde sob duas formas predominantes. Alguns países, como a Inglaterra e o Canadá, constituíram Sistemas Nacionais de Saúde, em que as funções clássicas de regulamentação, financiamento e administração são públicas, mas a prestação dos serviços é realizada por prestadores públicos e privados. Outros países, como Alemanha, França e a maioria dos países capitalistas da Europa Ocidental e do restante do mundo (incluindo o Brasil), organizaram seus serviços de saúde sob a égide da Seguridade Social, sendo pública a função clássica de regulamentação, e mistas as demais funções de financiamento, administração e prestação dos serviços. (NICZ, 1998, p. 97).

O sistema de saúde brasileiro é misto, envolvendo entidades privadas e estatais, com o objetivo de complementação e melhoria dos serviços à população.

As políticas de saúde dependem muito do direcionamento da política governamental, que influencia diretamente todo o setor e é largamente influenciada pelos interesses dos agentes do sistema. Com isso, pode-se atrair ou não a iniciativa privada para investir no setor de saúde.

Para Nicz (1998), as políticas governamentais para a saúde e para o consumo dos serviços de saúde são influenciadas principalmente por quatro setores distintos:

- indústrias produtoras de equipamentos médico-hospitalares;
- indústrias produtoras de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares;
- empresas operadoras de planos e seguros de saúde;
- prestadores de serviços, como profissionais da área de saúde (com destaque para o médico), serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, hospitais e clínicas.

Esses setores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da cultura de medicalização da saúde. Essa cultura acredita que a vida do homem, desde a sua infância até a sua morte, é passível de ser melhorada pela intervenção da medicina, apoiada em um caro arsenal de equipamentos e de medicamentos, a qual é realizada, sobretudo, nos complexos hospitalares. Ou seja, como dizem muitos médicos: “cultura da doença e não da saúde”.¹⁰

¹⁰ Conceito utilizado pelos médicos que trabalham com prevenção da saúde. Fonte: Seminário de Medicina Preventiva do Sistema Unimed (2003).

A cultura da doença é um dos principais fatores que explicam o desenvolvimento mais expressivo da medicina assistencial em relação à medicina preventiva. Isso ocorreu em todos os países capitalistas ocidentais, visto que o interesse econômico do sistema sempre foi baseado nos processos curativos, e não de prevenção. Na prática, o sistema remunera a doença e não a saúde.

Esse conceito é ratificado por Iglehart (2003) que diz ser a prescrição de medicamentos um dos maiores responsáveis pelo crescimento dos gastos com saúde no mundo todo. Isso porque existem cada vez mais medicamentos à disposição. Em consonância, também existem cada vez mais pessoas com acesso à prescrição desses medicamentos. Com isso, observa-se que tem crescido o número de medicamentos prescritos por paciente; além disso, também tem aumentado o período de tempo de prescrição do medicamento. Para o autor, essa é uma das principais causas do aumento dos custos em saúde, chamado de inflação da saúde.

A medicalização, segundo Nicz (1998), induz a sociedade a um aumento contínuo do consumo de serviços de saúde, que se tornam cada vez mais caros. A evolução da tecnologia e da medicina não reduz os custos de produção como em outros setores da economia. Ao contrário, a evolução da medicina não substituiu a mão-de-obra, mas, exige mão-de-obra mais cara e qualificada para operar com a nova tecnologia. Outro fator a ser considerado é que novas tecnologias na saúde não substituem as já existentes, mas vão se superpondo, criando um novo custo sem substituir o que já existia.

A elevação dos gastos no setor também é explicada pelo aumento do número de pessoas a serem assistidas pelo sistema de saúde e pelo aumento do número de médicos e de procedimentos médico-hospitalares por pessoa assistida. Nesse caso, a oferta acaba gerando uma nova demanda.

Por outro lado, a melhoria dos hábitos das pessoas, como a busca de qualidade de vida, também é um fator que contribui para o aumento dos gastos com saúde. Mas, sobretudo, o aumento da expectativa de vida alcançado pela melhoria da Medicina, é a principal causa da elevação dos custos, pois os idosos consomem relativamente mais serviços de saúde do que os mais jovens.

Esses fatores, aliados à subutilização de medidas de promoção de saúde e de prevenção de doenças, constituem a cultura na qual se desenvolve a chamada inflação da saúde.

Segundo Seninger (2003), os gastos com saúde estão crescendo descontroladamente ano a ano em todo o mundo. Na economia dos Estados Unidos, os gastos com saúde têm crescido a uma taxa média de 7,5% ao ano, conforme demonstrado na figura 6. Isso se transformou em motivo de preocupação tanto para os provedores de saúde quanto para os consumidores, que sentem os reflexos dessa conduta a partir da elevação dos preços dos serviços e dos seguros de saúde. Os motivos do aumento dos gastos, citam Bahia et. al (2002), são principalmente atribuídos pela inflação da saúde, mas também tem contribuído o aumento de utilização dos serviços, como se observa na figura 5.

A inflação da saúde, um problema comum aos sistemas de saúde da maioria dos países, vem obrigando os responsáveis a tomarem medidas que racionalizem os gastos com serviços de saúde. Ou seja, a administração dos custos dos serviços passou a representar a maior preocupação dos responsáveis pelos sistemas de saúde em todos os países do mundo. (NICZ, 1998).

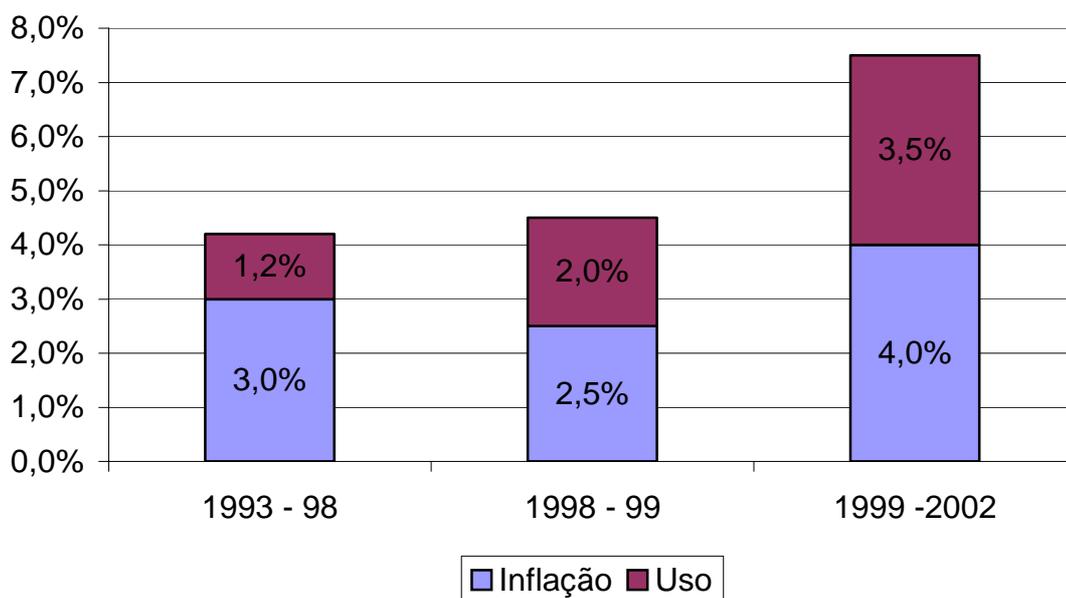


Figura 6: Crescimento da inflação da saúde e da utilização nos EUA

Fonte: Seninger, 2003, p. 42.

Parmenter (2003) descreve que o aumento do uso, bem como a elevação dos preços, principalmente no setor farmacêutico, têm sido as principais causas do aumento dos custos em saúde. O aumento do uso está ligado à cultura da sociedade, que quer ter uma qualidade de vida melhor. Dessa forma, se os usuários do sistema de saúde continuarem a realizar consultas médicas sem necessidade, os custos continuarão subindo.

Para o autor, a lei de Pareto é plenamente validada no setor de serviços de saúde. Analisando-se os planos de saúde suplementar privados, observa-se que 20% dos usuários do sistema são responsáveis por aproximadamente 80% dos custos. Refinando mais a observação, o autor sugere que apenas 5% dos usuários são os responsáveis por aproximadamente 50% dos gastos. (PARAMENTER, 2003).

Com isso, é preciso criar formas mais racionais de controlar os custos da saúde. Elas devem estar focadas principalmente no grupo dos maiores gastadores (20%) e, principalmente, no grupo dos usuários que comprometem a maior parte dos recursos financeiros dos planos (5%), estimulando o uso positivo do plano, controlando e reduzindo a utilização desnecessária. Também é importante criar uma cultura de saúde nos usuários,

estimulando um estilo de vida mais saudável e criando formas de acompanhamento para o grupo dos grandes gastadores.

O problema de aumento crescente nos custos é prejudicial tanto para o sistema de saúde público quanto para o privado. O setor de saúde público já vem sofrendo dificuldades no financiamento há muito tempo, mas o setor privado tem enfrentado o problema mais recentemente. O setor de saúde privado precisa reverter essa tendência, pois já começa a apresentar dificuldades no financiamento da assistência a seus usuários.

2.6.1 Serviços de saúde no Brasil

Para entender o setor de planos de saúde suplementar, deve-se entender a dinâmica da saúde e dos serviços de saúde do País.

A saúde pública no Brasil sempre foi bastante precária e muito contestada pela sociedade. Com isso, surgiram oportunidades para que a iniciativa privada constituísse um mercado de saúde suplementar ao sistema público, que passou a não atender às exigências crescentes do consumidor brasileiro.

Um dos motivos da ineficácia do sistema de saúde pública brasileiro é a má aplicação dos recursos. Por sua vez, o setor privado de provimento de saúde também não tem sido um bom gestor dos recursos alocados ao sistema. Para Landmann, citado por Duarte (1995), os governos utilizam a desculpa de escassez de verbas para saúde como uma forma de disfarçar a má aplicação desses recursos e a falta de capacidade de gestão do setor.

Como o maior problema reside na falta de capacidade para gerir os recursos, é importante que a gestão do sistema de saúde, tanto público quanto privado, evolua, possibilitando a melhoria do sistema, por meio da execução de uma administração mais qualificada. Para Duarte (1995), esse problema é decorrente não somente da falta de recursos, mas também da má utilização dos mesmos. Isso pode ser analisado como um problema comum ao setor de serviços, que, por muitos anos, foi regulamentado e quase sem concorrência, pois o financiamento do sistema na maior parte era de responsabilidade do Estado.

A saúde no Brasil, por muitos anos, foi totalmente responsabilidade do setor público. Nas primeiras décadas do século XX, começaram a surgir as primeiras entidades privadas com o objetivo de financiar a assistência à saúde de grupos organizados da sociedade, foram as caixas de assistência. Por muitos anos, o setor não teve grandes alterações. O estudo detém seu foco a partir dos anos 70, quando a dinâmica do setor passa a sofrer algumas alterações mais significativas.

Segundo Haegler et al., citado por Rocha e Mello (2000) no início dos anos 70 o governo diminuiu substancialmente o financiamento público da saúde. Por essa razão, houve um incremento no desenvolvimento de estruturas privadas, como alternativas para o financiamento dos serviços de saúde. Com o espaço dado pelo Estado e com a necessidade da população, surgiram empresas de medicina de grupo e também as cooperativas médicas. Essas últimas passam a ofertar para a população planos de saúde assistenciais privados, uma nova alternativa para o financiamento da saúde de grupos da sociedade. Com isso, o sistema brasileiro passou cada vez mais a ser financiado pelo setor privado. O setor que era financiado quase exclusivamente pelo Estado até a década de 60, hoje é financiado na maior parte pela iniciativa privada.

Esse segmento cresceu rápida e desordenadamente em função da lacuna deixada pelo Estado.

A rede empresarial envolvida com a comercialização e oferta de planos de saúde no Brasil é extremamente complexa. Entre as principais lacunas do conhecimento sobre o mercado de assistência suplementar destaca-se a segmentação de suas clientelas, na proliferação de esquemas assistenciais variados quanto aos padrões de financiamento e cobertura dos planos. (BAHIA, et al., 2002, p. 673).

Por ser muito complexo, não há estudos suficientes para contribuir com o desenvolvimento técnico e administrativo. Portanto, o estudo do setor de saúde suplementar do Brasil é fundamental para que o mesmo continue contribuindo de maneira cada vez maior e melhor com a saúde de grande parcela da população brasileira.

2.6.2 Sistema de saúde suplementar privado

O setor de saúde suplementar é composto por uma série de empresas que prestam serviços de saúde assistencial a uma parcela da população que tem condições financeiras para contribuir com um sistema de financiamento privado. Essas empresas financiam os atendimentos assistenciais de seus usuários, que são realizados em uma rede de prestadores de serviços. O pagamento desses serviços é realizado de acordo com a cobertura contratada pelo cliente com a empresa. A dinâmica do sistema inicia-se com a contratação de planos ou seguros de saúde, que são ofertados à população por uma série de empresas privadas.

Segundo Montone (2003) os planos de saúde privados tiveram origem no Brasil nas décadas de 40 e 50, com a implantação da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi). Inicialmente, os serviços de saúde privados surgiram para funcionários do setor público que não eram cobertos pelo INPS.¹¹ A relação entre usuário e operadora era bastante simples, os serviços em geral eram próprios, ou o pagamento aos prestadores de serviços era feito pelo usuário e, posteriormente, reembolsado ao mesmo pela operadora.

A partir dos anos 60, essas relações começaram a se modificar. Para Montone (2003), os planos de saúde privados surgem impulsionados pelos convênios médicos entre prestadores e grandes empresas. Assim, surgem as primeiras empresas de medicina de grupo, originadas em torno de hospitais.

Como alternativa para a criação de trabalho médico nos consultórios e para a independência dos médicos em relação às empresas de medicina de grupo, surge a Unimed, uma cooperativa de trabalho médico que começa a comercializar planos de saúde e espalha-se rapidamente pelo Brasil. O modelo de cooperativas regionais autônomas, que se organizam em federações, foi decisivo para sua multiplicação por todo o País. As cooperativas Unimed são entidades juridicamente autônomas, operam sob a mesma marca e atuam conjuntamente num sistema integrado.

Nos anos 70, os planos de autogestão de saúde cresceram muito. No final dos anos 70, conforme o Ministério da Saúde e ANS (2002), já existiam mais de 15 milhões de

¹¹ Instituto Nacional de Previdência Social, órgão estatal responsável pela assistência pública à saúde nas décadas de 60 e 70.

usuários cobertos por planos de saúde no País. Quando nos anos 80, foram regulamentados os seguros de saúde, as seguradoras importantes aderiram rapidamente a esse novo mercado. A estabilidade do plano real propiciou o crescimento dos planos que surgiram a partir de hospitais. Esses têm características regionais e coberturas limitadas, aproveitando a oferta da capacidade ociosa de seus próprios serviços.

No quadro 1 são demonstradas as alterações sofridas pelo mercado de planos de saúde sofreu na década de 90.

Até 1998, o sistema vinha crescendo desordenadamente, sem normas claras e leis que regulassem os planos de saúde. Então para organizar e regulamentar o sistema, foi promulgada, em 1998, a Lei 9.656/98, que passou a regular o setor. Nessa época não havia definições claras, de parte do governo, sobre quais seriam os limites da operação e quais seriam as garantias dos consumidores. A intervenção do Estado é justificada, segundo Bahia et al. (2002), devido a evidências do alto nível de seletividade praticado pelas operadoras. As mesmas criavam meios para bloquear o acesso das pessoas com risco elevado.

Portanto, isso se constituiu numa falha do mercado que precisaria ser corrigida pelo Estado. Da mesma forma, eram freqüentes os conflitos entre operadoras e clientes, discutindo o cumprimento de coberturas e contratos. Esses conflitos também se estendiam entre prestadores de serviços e operadoras, abrindo discussões sobre valores de remuneração. Com tudo isso, os consumidores ficavam à mercê da honestidade das operadoras, que nem sempre eram confiáveis.

Nesse cenário surge a regulação do setor, que é exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão de caráter fiscalizador e regulador, que passa a ser responsável pela implementação e fiscalização das leis e normas dos planos de saúde. (MANTONE, 2003, SALAZAR et al., 2002).

DEMANDAS	ELEGIBILIDADE PADRÃO ASSISTÊNCIAL FINANCIAMENTO	REORGANIZAÇÃO CRIAÇÃO DE EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE
• Trabalhadores assalariados do setor privado	• Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços.	• Entrada das seguradoras no mercado;
• Trabalhadores autônomos; • Trabalhadores de pequenas empresas com altos rendimentos	• Planos individuais; • Atendimento através de redes credenciadas de serviços.	• Consolidação de “empresas com atuação nacional” (como Amil, Golden Cross) • Criação de empresas (associações, entidades de previdência fechada);
• Funcionários públicos de instituições federais	• Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; • Adesão aos planos de outras instituições públicas (GEAP); • Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou de seguradoras; • Estruturação de planos para absorver funcionários demitidos e dependentes agregados; • Introdução de mecanismos de co-pagamento.	• Diversificação da atuação das grandes empresas e da Unimed, inclusive no que tange a aquisição e distribuição de medicamentos (como Farmalife, do grupo Amil, e as Unimed); • Associação entre empresas de assistência médica suplementar, de distintas naturezas jurídico-institucionais; • Formação de grupos empresariais;
• Funcionários públicos de instituições estaduais e municipais	• Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; • Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou seguradoras.	• Criação de empresas de medicina de grupo de pequeno porte, e comercialização de planos por hospitais filantrópicos de cidades interioranas.
• Trabalhadores autônomos; • Trabalhadores de pequenas empresas com baixos rendimentos	• Planos individuais; • Atendimento através de redes próprias de serviços de empresas médicas regionalizadas.	

Quadro 1: Mudanças no mercado e planos de saúde na década de 90

Fonte: Mantone, 2003, p.17.

Após 1999, passa a vigorar a Lei 9.656/98 referente à regulação dos planos de saúde. Com isso, os planos de saúde sofreram grandes mudanças, que obrigaram as operadoras a pôr em prática neles uma larga reestruturação, bem como nas próprias operadoras, para atender às novas exigências legais. De acordo com a Lei 9.656/98, os contratos dos planos tornam-se mais padronizados. Passa a ser considerada como cobertura obrigatória uma série de procedimentos e de patologias que, anteriormente à lei, dependia de negociação entre operadora e cliente. Isso gerava muitos problemas, pois, quando o usuário necessitava assistência, descobria que não tinha cobertura para muitos procedimentos. Com a

regulamentação, são exigidas coberturas mínimas para os planos, que acabaram tornando-se bastante semelhantes.

Para o consumidor, a lei trouxe benefícios, garantindo uma série de direitos e conferindo maior tranquilidade para o uso do plano, dando garantias para que o contrato não seja cancelado unilateralmente, devido ao alto uso do plano, o que era comum antes da regulamentação. (SALAZAR et al., 2002). Mas, para as operadoras, as novas coberturas obrigatórias resultaram no aumento dos custos de assistência médica. Como a maioria dos novos procedimentos é muito cara, os planos passaram a ter despesas que não haviam sido previstas, pois até então não existia modelo estatístico que pudesse projetar com confiabilidade os custos futuros que seriam gerados por essas novas coberturas. Logo, as operadoras começaram a enfrentar momentos de dificuldades econômicas, e, assim, o setor passou a se organizar e buscar alternativas para viabilizar o cumprimento dos novos contratos.

Conseqüentemente, a redução dos custos assistenciais passou a ser o objetivo número um de todo o sistema, que se tornou mais rígido na negociação com os prestadores de serviços, visando reduzir os preços cobrados pelos procedimentos. A melhoria das auditorias e a criação de pacotes de procedimentos negociados previamente com os prestadores também estão contribuindo para a redução dos custos.

O quadro 1 mostra o grande impacto que o setor teve após as mudanças decorrentes da intervenção governamental.

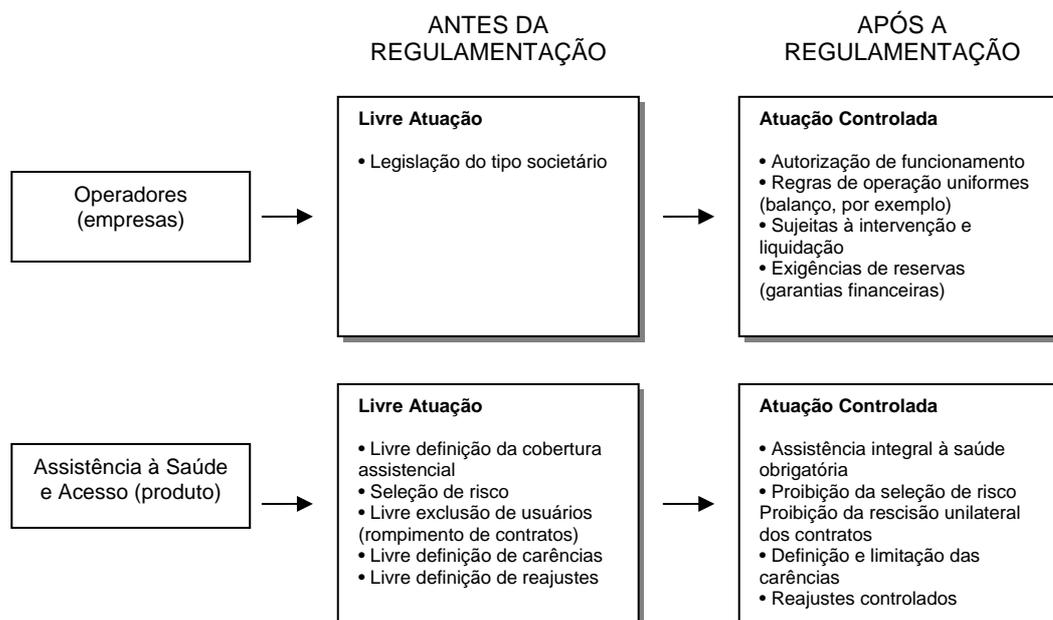


Figura 7: Características do setor antes e depois da regulamentação

Fonte: Montone, 2003, p.13.

Com a análise da figura 7, verifica-se que para Montone (2003), as operadoras passam a ter parâmetros rígidos e atuação controlada após a regulação. Depois de vigorar a Lei 9.656/98, o mercado de planos de saúde mudou bastante, provocando uma reestruturação total nas operadoras. O consumidor também mudou, gerando novas demandas para os planos. E, com tudo isso, as empresas precisaram melhorar a gestão do negócio para preservar sua viabilidade econômica.

A figura 7 também ilustra o novo perfil do mercado a partir da regulação estatal. Com a normalização e fiscalização, as operadoras passam a seguir regras claras e definidas. Como resultado, muitas operadoras sem estrutura não conseguiram manter-se atuando no mercado, que tornou-se muito mais exigente, tanto pelas empresas contratantes, quanto pelos indivíduos usuários do sistema.

Assim, os planos de saúde se tornaram mais qualificados e passaram a oferecer coberturas mais adequadas à realidade atual da Medicina. Entretanto, os custos dessas novas coberturas representam um risco econômico para as operadoras.

2.6.2.1 Planos de saúde

Para a melhor compreensão do estudo, é explicado a seguir o que é e como funciona um plano de saúde. Segundo Kornis e Caetano (2002), o plano de saúde é uma espécie de seguro de garantia de atendimento da assistência médico - hospitalar. Ele cobre as despesas resultantes da assistência referente aos eventos que estiverem cobertos, conforme o contratado pelo cliente.

Quando a contratação do plano de saúde for feita diretamente pelas pessoas com as operadoras, e o pagamento depender de sua própria renda, o plano é considerado pessoal ou particular. Nesses planos, o valor pago mensalmente tem origem em um cálculo que leva em conta o risco de adoecimento e a utilização do plano para cobertura assistencial. Esse cálculo baseia-se sobretudo nos dados do custo assistencial, que verifica a sinistralidade do plano. O risco tem uma relação com algumas variáveis, como idade, sexo, condições de morbidade e de doenças preexistentes, entre outras.

Já quando o contratante é uma empresa, que tem como objetivo oferecer um benefício para seus funcionários, o valor a ser pago à operadora tem que ser igual para todos os funcionários e dependentes, respeitando-se as faixas etárias. Nesse caso, o preço a ser pago é gerado a partir de um cálculo que representa uma projeção de sinistralidade, ou seja, uma aproximação do risco coletivo médio que envolve determinada população. (KORNIS; CAETANO, 2002; SALAZAR et al., 2002).

O sistema de atendimento tem a seguinte dinâmica: a operadora de planos paga diretamente os profissionais e as organizações médico-hospitalares credenciadas por meio de um sistema de contas, para prestarem serviços de assistência aos seus usuários. Em alguns casos, ela também pode reembolsar o valor pago para o usuário. Esse reembolso é feito de acordo com uma tabela estabelecida no contrato, contra a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares. O preço pago ao do plano pelo usuário varia segundo os níveis de cobertura contratados, ou seja, segundo consultas de rotina, exames, internações hospitalares, tratamentos e cirurgias constantes no contrato. As acomodações contratadas e a região geográfica de abrangência também contribuem para as diferenças nos preços.

O setor de saúde suplementar é composto de um diversificado e, muitas vezes, conflituoso conjunto de interesses de vários outros subsetores (empresas financeiras e não-financeiras, governo e famílias). Segundo Kornis e Caetano (2002), os agentes desse setor também pertencem a vários setores institucionais:

- empresas não-financeiras que prestam serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico e terapêuticos;
- empresas não-financeiras que prestam serviços de venda de planos de saúde;
- empresas financeiras (seguradoras) que prestam serviços de venda de seguros de saúde;
- governo que presta à coletividade serviço de regulação da ação dos planos de saúde e das empresas que atuam na área médica, hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos;
- famílias que pagam pelos serviços das empresas de planos e seguros de saúde. As famílias são as usuárias e únicas beneficiárias dos serviços de assistência médica.

Esse cenário demonstra que o setor ainda é bastante conflituoso, no qual os componentes da cadeia de valor ainda não estão conscientes de que os resultados positivos advindos da maior produtividade, reverteriam para toda a cadeia. A busca por melhorias do sistema e a redução de custos traria benefícios para todas as partes. Com a redução dos custos, os preços da assistência baixariam, trazendo para o sistema de saúde suplementar um segmento maior da população, diminuindo assim a parcela que necessita da assistência pública; dessa forma, possibilitaria ao governo melhorar o atendimento prestado. (MIRANDA 2003).

2.6.3 Operadoras de planos de saúde suplementar

As empresas operadoras de planos de saúde estão classificadas segundo a RDC 39, de outubro de 2000, emitida pela ANS, e estão distribuídas nos seguintes grupos:

2.6.3.1 Medicina de grupo

A medicina de grupo foi a primeira modalidade de saúde assistencial privada a aparecer no país. Apresentou-se, desde os anos 60, como uma modalidade de atenção às necessidades médico-hospitalares constituídas por empresas médicas. Essas empresas, em sua maioria, não dispõem de serviços próprios e, predominantemente, contratam serviços médicos de terceiros; sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica. (KORNIS; CAETANO, 2002).

A utilização de serviços pelo contratante e seus beneficiários está vinculada ao pré-pagamento de planos de saúde, que podem ser empresariais ou individuais, e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito ao atendimento para os eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto por meio de uma rede conveniada. Essas empresas médicas são administradoras de planos de saúde de tipo diversificado, para contratantes diferenciados: empresas, indivíduos ou famílias. (BAHIA et al., 2002).

2.6.3.2 Cooperativas médicas

São organizações regidas e administradas de acordo com os princípios e as leis do cooperativismo. Nessas, os médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são simultaneamente sócios da cooperativa e prestadores de serviço. A remuneração é feita com base na sobra, ou seja, de acordo com o resultado obtido pela cooperativa no período. Os cooperados recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das operações do período.

Nas cooperativas médicas, a vinculação dos usuários também se faz mediante pré-pagamento de planos individuais, familiares e/ou empresariais. Essas cooperativas, presentes em cerca de 80% do território brasileiro, têm organização predominantemente regional e municipal. Quase a totalidade desse segmento é constituído pelas cooperativas autônomas Unimed, organizadas nacionalmente na Confederação Unimed do Brasil. (KORNIS; CAETANO, 2002).

2.6.3.3 Planos de empresas e autogestão

Nessa modalidade assistencial, as empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), quanto podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração). No primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário (empregados e dependentes) e o prestador de serviços de saúde; no segundo, as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações.

Esses planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). A empresa que implanta o sistema de autogestão, ou de planos administrados, estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e as coberturas. (KORNIS; CAETANO, 2002).

2.6.3.4 Seguro saúde

Nessa modalidade, há a intermediação financeira de uma entidade seguradora que, embora não preste diretamente assistência médico-hospitalar, cobre, segundo os termos da apólice do segurado, os custos da assistência. O seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica (empresas, em favor de pessoas físicas). O financiamento dessa modalidade também se dá por meio de um sistema de pré-pagamento, no qual o contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato. (KORNIS; CAETANO, 2002).

2.6.3.5 Outras modalidades

Também existem outras modalidades de menor expressão, classificadas de acordo com a ANS como:

- Cooperativa odontológica

São regidas de acordo com as leis cooperativistas. Essas cooperativas podem comercializar somente planos para cobertura odontológica.

- Odontologia de grupo

São empresas privadas, que operam exclusivamente planos odontológicos, responsáveis pela contratação de prestadores de serviço e pelo pagamento dos mesmos de acordo com o contratado pelo usuário.

- Filantropia

São os planos de saúde administrados por entidades reconhecidas legalmente como filantrópicas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Têm benefícios fiscais, pois são consideradas de utilidade pública. Quanto à operação, são semelhantes à medicina de grupo.

- Administradora

É a modalidade de autogestão, no entanto administrada por terceiros, ou seja, a empresa contrata uma empresa para intermediar a contratação de serviços de saúde para seus funcionários. A administradora não assume o risco do negócio, que fica com a operadora contratada, ou com a empresa.

O estudo do setor de planos de saúde indica que um dos maiores problemas enfrentados pelas operadoras são os custos crescentes decorrentes do aumento da utilização e do encarecimento da medicina assistencial. Portanto, é importante buscar alternativas que melhorem o desempenho da gestão econômica dos planos de saúde.

A necessidade de redução de custos é proeminente. Por isso, é preciso criar controles e indicadores que forneçam informações sobre onde e como estão sendo consumidos os recursos. Assim, espera-se que o setor possa criar uma cultura voltada para a melhoria contínua de seus processos, favorecendo, assim, todos os agentes envolvidos no sistema, sobretudo o consumidor, que sempre é o objetivo final de qualquer cadeia de valor.

Os planos de saúde estão estáveis em relação ao número de usuários atendidos no País. Esse fato pode ser explicado pelo encarecimento dos planos e também pelo reflexo da queda de poder aquisitivo gerado pelo desemprego e pela recessão econômica.

A tabela 2 apresenta o total dos indivíduos cobertos por planos de saúde em todas as modalidades dentro do Brasil. Observa-se que o número de usuários do sistema é maior nos planos contratados anteriormente à Lei 9.656/98. Portanto, pode-se afirmar que o mercado tem seu crescimento desacelerado. Também se observa que a maioria dos indivíduos não

migrou para planos atualizados após a Lei 9.656/98. Esse fator ocorre, sobretudo, pelo encarecimento substancial das mensalidades dos novos planos.

Tabela 2: Quantidade de beneficiários ativos por classificação de operadora e vigência do plano

Classificação	Anteriores à Lei 9.656/98	Posteriores à Lei 9.656/98	Total
Administradora	9.714	26	9.740
Autogestão	4.057.162	1.539.270	5.596.432
Cooperativa Médica	5.451.357	3.758.432	9.209.789
Filantropia	837.333	571.781	1.409.114
Medicina de Grupo	6.982.303	5.586.750	12.569.053
Seguradora	26.910	36.593	63.503
Seguradora Esp. em Saúde	3.020.222	1.790.890	4.811.112
Cooperativa Odontológica	568.647	734.729	1.303.376
Odontologia de Grupo	1.411.353	1.365.027	2.776.380
Total	22.465.001	15.383.498	37.748.499

Fonte: Cadastro de beneficiários - ans/ms - 10/2003

2.6.4 Lacunas do setor de serviços de saúde suplementar

Com a análise do setor de serviços de saúde suplementar, pode-se concluir que as operadoras de planos de saúde vivem um grande desafio, que precisa ser superado para a continuidade do setor. Para isso, é necessário investir no desenvolvimento e na melhoria dos processos de gestão administrativa e econômica das operadoras de planos de saúde.

Com a crescente evolução dos custos de assistência à saúde e com o aumento do uso de serviços assistenciais, a sinistralidade aumenta, comprometendo de forma crescente a maior parte da receita advinda dos pré-pagamentos realizados pelos clientes. Por outro lado, o mercado não aceita aumentos nos preços, provocando redução das margens, que são necessárias para cobrir custos de administração; formar reservas técnicas e provisões para o envelhecimento da população, além de constituir o lucro ou a sobra para os acionistas ou cooperados.

Com a constante redução das margens, os resultados operacionais dos planos de saúde têm sido cada vez piores. Por isso, é preciso buscar novos métodos para controle do consumo dos recursos, verificando a eficácia da utilização dos mesmos e procedendo à racionalização da utilização dos recursos de saúde.

Porém, a maior parte dos custos dos planos de saúde é de utilização de serviços de saúde, que, em sua maioria, são realizados por terceiros, o que dificulta o controle e a melhoria dos processos. Nesse aspecto, deve haver um comprometimento de todos os agentes da cadeia com a viabilidade econômica do sistema, pois será a única forma de o setor continuar operando.

As empresas do setor acostumaram-se a atuar sem muita competição por muitos anos, o que lhes proporcionava praticar margens altas que cobriam as ineficiências do sistema. Entretanto, isso está chegando ao fim, pois as operadoras precisam qualificar os seus processos de gestão para adaptarem-se à nova realidade de trabalhar com margens baixas. Estas precisam cobrir todos os custos administrativos e provisões necessárias, além de gerar o lucro necessário ao desenvolvimento de qualquer negócio.

Assim, é importante o desenvolvimento de um sistema de gestão de custos indiretos mais adequado, que possa fornecer indicadores sobre a gestão econômica dos planos de saúde; sobre o real desempenho econômico de contratos de planos, de segmentos de mercado, e também sobre o resultado de clientes. Isso possibilita às operadoras a adoção de um posicionamento adequado aos objetivos estratégicos da empresa, trazendo resultados positivos para os acionistas e para os consumidores.

Para isso, é preciso compreender de que forma se estabelece o consumo de recursos e a alocação dos custos em empresas de serviços, pois essa é a base para o desenvolvimento de um sistema de gestão de custos indiretos, que forneça informações subsidiárias à criação de indicadores gerenciais.

Dessa forma, é preciso conhecer e compreender a gestão estratégica de custos e sistemas de custeio, com o objetivo de identificar as melhores alternativas a serem utilizadas na construção de ferramentas que possibilitem a melhoria da gestão das operadoras de planos de saúde.

No próximo capítulo, é desenvolvida a revisão da literatura sobre gestão de custos, ABC/ABM e custos, e valor em serviços.

3 GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo, são discutidos e analisados estudos sobre gestão de custos e metodologia de custeio ABC/ABM, com o objetivo de embasar a discussão sobre as carências e necessidades do setor de serviços de saúde suplementar, com relação à gestão estratégica de custos.

3.1 GESTÃO ESTRATÉGICA DE CUSTOS

O acirramento da concorrência e o aumento progressivo dos custos de assistência à saúde são fatores que têm acarretado uma série de mudanças nas empresas do setor. Dentre essas, destaca-se a necessidade que as empresas têm de ser mais competitivas. Assim há a necessidade de evolução constante, e da criação de diferenciais competitivos que possam estabelecer um distanciamento dos outros competidores.

Dentro desse cenário, tem crescido a importância de as empresas conhecerem melhor seu processo de negócio. Para isso, segundo Kaplan e Cooper (1998), é essencial conhecer e compreender os processos e as atividades realizados pela empresa, bem como conhecer a forma como se dá o consumo dos recursos pelos produtos e serviços produzidos.

Nesse ambiente existe pouco espaço para falhas e desperdícios na utilização dos recursos. Com isso, os mesmos devem ser direcionados principalmente para as atividades essenciais da cadeia de valor do negócio, ou seja, para as atividades que realmente agreguem valor para o cliente. (KAPLAN; COOPER, 1998). De outra forma, certamente, alguma empresa obterá essa vantagem, atendendo melhor às expectativas dos clientes e assim conquistando rapidamente o mercado.

As empresas prestadoras de serviços são constituídas por uma grande cadeia de processos interligados por atividades, na qual a presença do trabalho humano e a interatividade com o consumidor são uma constante. Isso imprime à execução das atividades um alto grau de imprevisibilidade e variabilidade. (HOFFMAN; BATESON, 2003). Então, a

análise e a compreensão das atividades é o ponto de partida para a formulação de um sistema de gestão que atenda às necessidades da empresa.

Para Peter et al. (2002), uma técnica que tem se demonstrado favorável à adaptação para as empresas do setor de serviços, é a utilização dos métodos de custeio e gestão baseados em atividades. Esses métodos já estão sendo utilizados em alguns segmentos de serviços. Porém, na área da saúde, ainda não existe uma grande difusão e utilização dessa metodologia, com exceção do setor hospitalar, onde foram desenvolvidos alguns estudos e implementados sistemas baseados nessas técnicas.

Portanto, neste capítulo é feita uma releitura das teorias, dos conceitos, das características e opiniões de diversos autores sobre as técnicas do *Activity-Based Costing* – *ABC* e do *Activity-Based Management* – *ABM*, bem como dos elementos que estão associados e fundamentam essas técnicas, a cadeia de valores, os processos e as atividades além da gestão estratégica de custos.

Para o melhor entendimento do assunto, antes é necessário fazer um breve estudo sobre a contabilidade e gestão de custos, que são a base para os estudos sobre a gestão estratégica de custos, bem como para as técnicas a serem apresentadas.

3.2 ANÁLISE GERENCIAL DE CUSTOS

Com o aumento da competitividade, a importância das informações sobre os custos dos produtos e serviços tem sido fundamental para que os gestores possam formular estratégias de ação para a empresa. Essas informações não podem ser fornecidas baseando-se somente em dados gerados pela contabilidade de custos tradicional, os quais têm o foco financeiro e fiscal. A contabilidade tradicional fornece informações que são mais importantes para o público externo da empresa do que para o público interno. Então, para decidirem com maior segurança, os gestores precisam de informações mais confiáveis acerca dos produtos e serviços; de como está a eficiência dos processos e das atividades da empresa; rentabilidade de clientes e de segmentos de mercado.

As informações sobre os custos e a alocação dos recursos aos produtos e serviços, atividades e processos, como destacam Hansen e Mowen (2003), não aparecem na contabilidade financeira. Porém, é fundamental para uma empresa, preocupada em perseguir o aumento da produtividade e competitividade, que essas informações possam estar disponíveis aos gestores, trazendo dados relevante, que sirvam de ferramenta de apoio à decisão.

A contabilidade de custos é uma ferramenta de geração de informações para determinados fins. Para Hansen e Mowen (2003), o sistema de informações contábeis é dividido em dois subsistemas: a contabilidade financeira e a contabilidade gerencial. Enquanto a contabilidade financeira tem como principal finalidade fornecer informações externas para o governo, o fisco e aos investidores, a contabilidade gerencial, por meio da gestão de custos, produz informações para os usuários internos, para a gestão, o planejamento, o controle e a tomada de decisões. “A contabilidade gerencial de custos consiste na organização sistematizada de informações relativas aos custos de uma empresa.” (KLIEMANN, 2000, p. 3).

As informações sobre os custos são essenciais para qualquer empresa, pois refletem os recursos que a empresa despense para fornecer produtos e serviços. Então, à medida que a empresa produz a mesma coisa com menor utilização de recursos, ela se torna mais eficiente. (ATKINSON et al., 2000). A mensuração dos custos também define a relação do custo e do preço de venda de um produto ou serviço. O preço deve cobrir os custos de produção e proporcionar uma margem de lucratividade para a empresa. Para que o preço seja aceito pelo cliente, o valor percebido deve estar adequado ao seu preço monetário, caso contrário, a empresa talvez não deva mais produzir esse produto ou serviço.

Contudo, a mensuração dos custos de produtos e serviços está se tornando cada vez mais complexa, devido principalmente ao aumento da proporção dos custos indiretos em relação aos custos diretos de produção. Segundo a maioria dos especialistas, isso é reflexo da evolução da tecnologia, que reduz a necessidade de mão-de-obra e informatiza os processos. Dessa forma, os custos atribuídos diretamente a um produto ficam cada vez menores em relação aos seus custos indiretos. Isso, em parte, é consequência do aumento significativo da participação dos custos de marketing, distribuição, venda e assistência, os quais também não podem ser atribuídos diretamente a um produto ou serviço. Esses custos crescem dia a dia em razão da grande competitividade estabelecida no mercado.

Em razão dessas mudanças, surgiram novas metodologias de mensuração e de alocação do consumo de recursos, para atender às novas necessidades de informação demandadas pelas empresas modernas.

3.2.1 Contabilidade de custos

A contabilidade de custos é uma técnica que serve para identificar e quantificar os recursos utilizados para produção e entrega de algum produto ou serviço. Segundo Crepaldi (2002), o principal objetivo da contabilidade de custos é produzir informações gerenciais de forma rápida e eficiente, e com isso permitir aos gestores a tomada de decisão baseadas nessas informações.

A mensuração correta dos custos de produtos e serviços é a base para a geração de informações corretas para o sistema.

Custo, segundo Hansen e Mowen (2003), é uma medida crítica da eficiência de um processo, que resulta em um objeto ou um serviço, designados objeto de custo, que é definido por Horngren, Foster e Datar (2003) como qualquer coisa da qual se deseja mensurar o custo.

Ressalta-se que a contabilidade de custos não está atrelada a regras contábeis legais e a normas fiscais. É uma ferramenta gerencial, e o seu maior objetivo é fornecer informações.

A contabilidade de custos também pode ser definida como “o processo ordenado de usar os princípios da contabilidade geral para registrar os custos de operação em um negócio”. (BRUNI; FAMÁ, 2002, p. 24).

Porém, com a evolução das empresas, os objetivos da contabilidade de custos também têm mudado. Martins (2003) analisa que os seus principais objetivos eram a mensuração e a quantificação monetária dos resultados da empresa. No entanto, com a crescente necessidade de as empresas obterem vantagens significativas em seus mercados, a contabilidade de custos evoluiu, buscando utilizar todo o seu potencial de informações.

De outra forma, Kliemann (2000) cita que a administração de custos é um meio para melhorar a competitividade e a excelência empresarial em um mercado cada vez mais globalizado. E, assim, fornece subsídios para a avaliação de estoques e determinação de resultados, além da gestão de custos também fornecer informações para o planejamento e controle das atividades empresariais. Também é uma importante ferramenta de suporte à tomada de decisões gerenciais.

Shank e Govindarajan (1997) concordam que a análise de custos é normalmente vista como um processo de impacto financeiro das decisões gerenciais alternativas. A gestão estratégica de custos pode dar às empresas e aos gestores importante ferramenta, na qual os custos são usados para desenvolver estratégias superiores, a fim de obter vantagem competitiva. Assim, as empresas que tiverem capacidade de gerenciar seus custos de forma mais eficiente e racional poderão obter uma grande vantagem competitiva de mercado.

A busca incessante por competitividade, segundo Hansen e Mowen (2003), tem levado as empresas cada vez mais a estarem focadas em agregar valor para o cliente.

A criação de valor é o objetivo final de qualquer atividade econômica. A cadeia de valores deve ser analisada sob a ótica das atividades necessárias para projetar, desenvolver, produzir, comercializar e entregar produtos e serviços aos clientes. Logo, é importante que um sistema de gestão de custos possa apurar, identificar e fornecer informações relativas às várias atividades que são importantes para o cliente, como o desempenho do produto, sua qualidade, a precisão e qualidade da entrega, além de outras tantas atividades necessárias para cumprir o processo de produção e entrega de valor para o cliente. (HANSEN; MOWEN, 2003).

Para que sejam cumpridas essas etapas, é necessário que alguns processos sejam cumpridos em um determinado período de tempo. O tempo é o elemento crucial da cadeia de valores e a forma com a qual as empresas são capazes de reduzir o tempo gasto desde o projeto até a entrega do produto ou serviço; é decisivo na competitividade. “As empresas precisam competir não apenas em termos tecnológicos e de manufatura, mas também em termos de velocidade de entrega e de resposta.” (HANSEN; MOWEN, 2003, p. 34). A redução do tempo gasto com atividades que não agregam valor para o cliente está atrelada ao aumento da qualidade e da eficiência dos processos.

3.2.2 Sistema gerencial de custos

De acordo com Atkinson et al. (2000), na contabilidade financeira as informações são determinadas externamente, tanto as de cunho fiscal quanto as de informações financeiras para crédito. Ao contrário, na contabilidade gerencial, é necessário estar sempre avaliando o custo e o benefício de aprofundar a mensuração de uma informação, porque muitas vezes o custo de medir algo pode se tornar maior que o benefício, que pode ser auferido com o conhecimento de tal informação.

Para que tal mensuração possa ser feita, são necessários parâmetros estabelecidos previamente, visando à padronização da informação. É preciso haver um sistema que detenha e organize todas essas regras e parâmetros. Martins (2003) cita que um sistema de custos é um conjunto de normas, condutas, fluxos e padrões, que depende primordialmente de quem o alimenta, o homem, que é quem dá entrada aos dados iniciais, dos quais dependerão as informações que serão processadas e emitidas na outra ponta. Essas informações nunca serão de melhor qualidade do que os dados obtidos no início do processo, porém podem ser piores e inconfiáveis, caso a entrada de dados não tenha sido correta.

Os sistemas de custeio mais utilizados atualmente, principalmente em empresas de prestação de serviços, são bastante antigos e foram desenvolvidos, segundo Kaplan e Cooper (1998), para apresentar dados sob a ótica da perspectiva financeira. Observa-se que muitas empresas utilizam sistemas de orçamento e centro de custos, os quais revelam informações somente financeiras sobre a operação, relatando se o orçamento foi cumprido ou não, bem como a distribuição dos recursos pelos setores. Nesses, não se contesta a informação, buscando saber se o consumo de recursos foi necessário, feito corretamente, e se efetivamente foi consumido dentro do setor onde foi alocado. Ou seja, sabe-se quanto foi gasto, mas não se sabe se foi bom ou não para que os objetivos estratégicos da empresa sejam atingidos.

Um sistema de custos relata números que indicam como determinados objetos de custo, produtos ou serviços consomem recursos de uma empresa. (HORNGREN; FOSTER; DATAR, 2003, p. 67). Esses autores concordam que os sistemas de custos devem ser elaborados em razão das operações, e não as operações em razão dos sistemas de custos, o que é bastante comum em empresas administradas sob a ótica da contabilidade financeira.

Outros conceitos importantes para entender os sistemas de custos são os de centro de custos e de critérios de alocação, que são definidos por Horngren, Foster e Datar (2003, p. 67) como:

- centro de custos: são agrupamentos de diferentes itens de custo. Eles podem ser abrangentes, concentrando todos os custos de um recurso para toda a empresa. Como exemplo, os gastos de telefones da empresa. Ao contrário, também podem ser restritos, tais como os gastos de telefones no setor de vendas;
- critério de alocação: é um fator denominador comum para ligar um custo a um objeto de custo.

Por meio dos critérios de alocação é que os custos são rateados, ou seja, distribuídos entre os centros de custos que compõem os departamentos e setores da empresa. Posteriormente, são novamente alocados aos produtos e serviços, também por meio de normas de rateio, definidas pelo sistema de custos utilizado. Os custos são rateados com o objetivo de atribuir um custo indireto a um objeto de custo, produto ou serviço, respeitando-se os parâmetros arbitrados pela empresa, de acordo com o sistema adotado.

O rateio de custos pode utilizar como base o critério de divisão pela receita, que é a atribuição ao objeto de custo à proporção dos custos indiretos, conforme a proporção de sua receita. Existem também outras bases para o rateio como, por exemplo, o número de funcionários de um departamento, o volume de horas trabalhadas e o volume de clientes atendidos, entre outros.

As dificuldades encontradas pelas empresas no mercado têm levado a gestão de custos a se modernizar e procurar novas soluções que forneçam respostas mais precisas às novas necessidades encontradas pelas empresas. Para Hansen e Mowen (2003), o foco da gestão de custos passou a ser a melhoria contínua e a gestão da cadeia de valores. Assim, surgiram técnicas inovadoras de gestão de custos, com o aparecimento de sistemas de custeio por atividades e por processos.

O princípio desses sistemas de custeio está atrelado à mensuração dos processos que fazem parte da cadeia de valores, que é explicada por Hansen e Mowen (2003), como o conjunto de atividades necessárias para projetar, desenvolver, produzir, comercializar e entregar produtos ou serviços aos clientes. Logo, o sistema de gestão de custos deve estar

apto a rastrear uma série de informações que são importantes para o cliente, como a qualidade de atendimento, a entrega do serviço e a gestão ambiental.

3.3 CADEIA DE VALORES – LÓGICA DOS PROCESSOS

As empresas podem ser analisadas como se fossem seqüências de atividades reunidas em torno de um objetivo final. Atkinson et al. (2000) sugerem que essa seqüência de atividades também pode ser vista como uma cadeia de valores desde que, agreguem valor para o produto ou serviço. Segundo o autor, a cadeia de valores deve ser constituída tendo o foco no cliente. Os esforços devem estar centrados no fornecimento de um produto ou serviço com qualidade e valor para seu cliente, que é o elo final da cadeia. Logo, cada elo passa a ser o cliente do elo anterior. Portanto, se o entendimento de cada elo for atender com a melhor qualidade as necessidades de seu cliente, a empresa terá condições de entregar o produto final desejado pelo cliente. (ATKINSON et al., 2000).

A cadeia de valores pode ser vista pelo contexto global ou pela ótica externa. Shank e Govindarajan (1997) entendem a cadeia de valor como o conjunto de atividades criadoras de valor, desde a matéria-prima básica, passando por fornecedores de componentes, até que o produto final entregue ao consumidor. Também pode ser vista pela ótica interna da empresa, como o conjunto de atividades internas, que passam desde compra, recepção processamento, venda até a entrega do produto final para o consumidor. As duas situações podem ser entendidas como sendo complementares. Então, conclui-se que o valor é a diferença que é agregada ao produto desde suas fases iniciais de matéria-prima até a sua entrega ao consumidor.

A análise da cadeia de valores é a primeira etapa para o entendimento dos processos e das atividades, por meio dos quais a empresa realiza suas ações e cria relacionamentos com seus clientes. Assim, com o mapeamento da cadeia, a empresa tem condições de estabelecer formas de controle e mensuração de resultados dos seus processos.

“O controle do processo é a atividade de avaliar o desempenho da cadeia de valores em satisfazer as exigências do cliente.” (ATKINSON et al., 2000, p. 81). Para o autor, o controle

organizacional é a atividade de avaliação de desempenho pela ótica da organização e de seus objetivos estratégicos.

Avaliar o desempenho dos processos de negócio, em relação aos objetivos estratégicos da empresa, é uma das principais metas da gestão estratégica de custos. Contudo, para isso, é necessário o desenvolvimento de novas metodologias de gerenciamento de custos, com vistas a decifrar de forma mais precisa a organização dos processos e das atividades da empresa, estabelecendo qual é a relação da alocação e consumo de recursos, bem como a gestão de melhorias do sistema, que devem sempre estar voltadas para agregar valor ao cliente.

Na figura 8, pode ser visualizado um esquema da cadeia de valor dentro uma empresa.



Figura 8: Cadeia de valor dentro de uma empresa

Fonte: Shank e Govindarajan, 1997, p.66.

O estudo das técnicas do ABC e ABM tem o objetivo de suprir o embasamento técnico para a aplicação da visão da cadeia de valores em uma empresa prestadora de serviços de saúde suplementar.

3.4 ACTIVITY-BASED COSTING – ABC

Como decorrência da evolução do mercado, as necessidades e exigências dos clientes têm ficado cada vez mais complexas. As empresas têm que atender a inúmeros nichos de mercado, que exigem uma grande diversidade de produtos e serviços diferenciados e que tenham uma personalização que os identifique para cada grupo de destino. Isso contrapõe a forma como as empresas estavam preparadas para produzir e abastecer seus clientes com

produtos e serviços padronizados, produzidos em grandes lotes, aproveitando as economias de escala e da produção em série massificada.

Em decorrência dessa evolução, a complexidade da produção tem aumentado rapidamente os custos. (KAPLAN; COOPER, 1998). As empresas precisam dispor de uma grande diversidade de itens, acarretando a necessidade de manter diversas linhas de produção e grandes quantidades de estoques em função da grande diversidade de matérias-primas e componentes. Além disso, há perda de tempo e produtividade pelo aumento de paradas para *setups*, devido à preparação dos equipamentos para a produção da diversidade exigida pelos clientes. (COGAN, 2000).

Com as mudanças no campo da produção, observa-se que os sistemas tradicionais de custeio são incapazes de medir com eficiência os recursos que são utilizados, de acordo com os diferentes volumes de produção. Frequentemente, há distorções nos custos dos produtos e serviços, o que acaba desencadeando uma série de decisões equivocadas dos gestores quanto aos preços e produtos a serem descartados ou focados.

As informações geradas pelos sistemas tradicionais não atendem à necessidade de avaliar os custos e o desempenho dos clientes. Para Maher (2001), identificar custos gerados por um cliente é uma tarefa bastante difícil. A mensuração do consumo dos recursos pelos clientes traz aos gestores uma nova possibilidade de análise sobre quais clientes geram lucros e quais não contribuem de forma significativa.

Nesse cenário, surge o *Activity-Based Costing* (ABC) como alternativa de sistema gerencial de custos para atender à demanda por informações mais precisas e confiáveis sobre o consumo de recursos dos produtos e serviços. Esse sistema possibilita que as empresas obtenham uma precisão maior na alocação dos custos indiretos aos produtos em diversos volumes de produção.

No passado, a proporção de custos diretos de produção era maior do que os custos indiretos. (COGAN, 1994). Assim, as empresas raramente direcionavam seus esforços para a evolução do conhecimento quanto ao consumo dos recursos que não eram diretamente associados a um objeto de custo. Entretanto, com o acirramento da competitividade, a modernização das empresas, a automatização e o aumento dos gastos de marketing,

comercialização e distribuição, os custos indiretos se tornaram cada vez mais representativos. Assim, cresceu o risco de cometer erros com a utilização de critérios arbitrários no rateio dos custos indiretos pelos produtos e serviços. Apesar disso, segundo Walter (2001), existem discussões que tratam da importância da correta avaliação e mensuração dos custos relativos às despesas geradas pelos processos de apoio. Estes têm se tornado mais relevantes no custo total das empresas, dificultando a avaliação efetiva do comportamento dos custos de um produto ou serviço. Portanto, muitos autores afirmam que avaliar os custos indiretos de apoio é fundamental para que as empresas se mantenham competitivas.

Kaplan e Cooper (1998) destacam a importância da mensuração dos custos indiretos. Nos métodos convencionais de custeio, os custos indiretos são rateados com base em volumes. Logo, os produtos com alto volume absorvem maiores porções de custos indiretos e assim, acabam subsidiando os produtos com menores volumes, os quais, por serem produzidos em pequenos lotes, absorvem proporcionalmente maior quantidade de recursos que os produzidos em grandes lotes. Isso causa distorções perigosas, que podem levar os gestores a tomarem decisões equivocadas.

Objetivando reduzir as distorções das informações sobre os custos, é necessário analisar a empresa sob outra perspectiva: a lógica dos processos. A visão horizontal dos processos permite ver que um processo é um conjunto de atividades encadeadas, que transcendem os departamentos. Martins (2003) observa que por meio da visão horizontal, surgem oportunidades de melhorias dos processos e da execução das atividades.

Para Walter (2001), são as atividades realizadas pelo negócio que consomem os recursos, e não os produtos, como entendido pelos sistemas tradicionais de custos. Nakagawa (1991) também afirma que as atividades são as responsáveis pelo consumo efetivo dos recursos, e os produtos e serviços consomem as atividades. O desempenho destas é que resulta no maior ou menor consumo de recursos.

Além da mensuração do desempenho econômico das atividades, é preciso analisar as atividades quanto à agregação de valor. Contudo, para efetuar a análise das atividades, é preciso ver a empresa como um conjunto de processos de negócio, os quais horizontalmente cruzam as estruturas hierarquizadas e verticalizadas dos departamentos. Cogan (2000) cita que os paradigmas da administração estão sendo contrapostos com outra visão da

organização. Enquanto a empresa tradicional tem estrutura organizacional piramidal e departamental, as empresas voltadas à gestão por processos priorizam os mesmos em detrimento dos departamentos. Os processos cruzam as estruturas departamentais e muitas vezes acabam criando problemas de resistência a mudanças, pois os gerentes ficam receosos em perder seu poder e *status*. Conforme se observa na figura 9, os processos iniciam em um departamento, cruzando vários outros até a finalização e a entrega ao cliente.

Dessa forma, é preciso haver interação entre todos os departamentos, nos quais, as pessoas têm de estar conscientes de que a sua tarefa nada mais é que o complemento de outra e a preparação para a atividade posterior. Com esse entendimento, a empresa tem maiores oportunidades de repensar os processos sob uma óptica global do negócio.

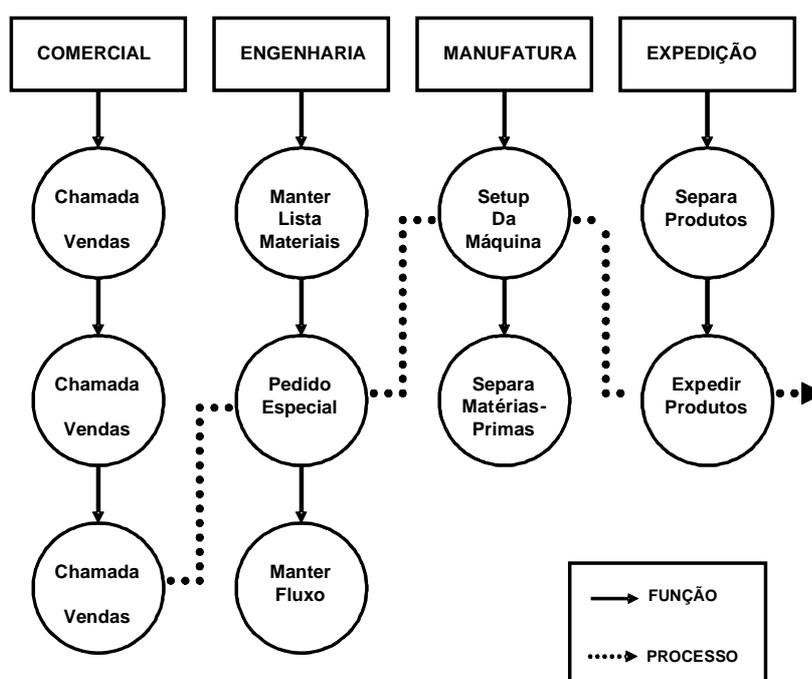


Figura 9: Processos cortam as funções

Fonte: Ching, 2001, p. 47.

A organização por processos torna as empresas mais ágeis e flexíveis, dando condições de rastrear as atividades e tarefas e tornando possível a realização de melhorias no sistema. Com isso, uma empresa poderá avaliar de forma mais precisa se seus objetivos estratégicos estão sendo atingidos.

Por meio da utilização do ABC, como sistema de custeio em organizações geridas por processos, as informações sobre os custos dos processos podem ser utilizadas como uma ferramenta para análise. É possível ver onde e como estão sendo consumidos os recursos e quais atividades realmente agregam valor ou simplesmente burocratizam o processo, tornando-o mais lento e menos flexível. Dessa forma, podem-se rastrear os custos, pois os mesmos podem ser atribuídos a alguma atividade. Segundo Maher (2001, p. 280), “o custeio baseado em atividade é um método pelo qual os custos indiretos são primeiramente atribuídos às atividades e posteriormente aos produtos ou serviços, de acordo com o consumo dessas atividades”. O autor também relata que muitos defensores do custeio baseado em atividade afirmam que as pessoas administram as atividades e não os custos. O foco está na atividade, que é quem consome os recursos. Portanto, deve ser constantemente analisada e melhorada, buscando a excelência.

Kaplan e Cooper (1998) explicam que os sistemas ABC não devem ser focados somente na análise contábil do passado, pois são ferramentas importantes na tomada de decisão relativa aos períodos futuros. O ABC, por concentrar-se nos processos e nas atividades, revela aos gestores, além dos gastos incorridos em cada etapa do processo, a possibilidade de análise das atividades que estão consumindo mais recursos, quais agregam realmente valor para a cadeia e quais podem ser substituídas ou eliminadas.

Kaplan e Cooper (1998) destacam, também, que o foco central do custeio baseado em atividade está na mensuração e no gerenciamento da capacidade utilizada e da capacidade ociosa. Com a análise de dados históricos e com a projeção de volume de atividades futuras, os gestores podem estimar a capacidade ociosa, que pode ser eliminada pela redução de gastos a partir da restrição do fornecimento de recursos, ou pelo aumento das vendas, aumentando o volume de atividades necessárias para consumir o mesmo volume de recursos.

Muitos dos gastos que determinam o volume de recursos despendidos pelas atividades são fixos. Como exemplo, podemos citar os gastos com pessoal de vendas, que, gerando ou não novos pedidos, serão realizados. Com isso, por meio da análise do custo da atividade de gerar um pedido e da capacidade total de pedidos que poderão ser gerados pela equipe, pode-se estimar o nível de ociosidade. Portanto, os gerentes terão informações confiáveis do histórico e poderão projetar a demanda futura, readequando os gastos com

vendas, para eliminar a ociosidade ou traçar novas estratégias que resultem em maior utilização da atividade pelos vendedores.

A criatividade e a busca de alternativas para o melhor uso dos recursos resultará em novas opções de mercado para a empresa, que poderá aproveitar melhor seu parque de produção. Para Kaplan e Cooper (1998), os custos da capacidade ociosa somente deverão ser entendidos como custos fixos, caso a empresa não consiga criar alternativas para explorar a capacidade ociosa ou eliminar a fonte desse desperdício.

A metodologia de custeio baseada em atividades também pode ser vista como uma ferramenta de estratégia, e não como um sistema contábil. É o que pensam Shank e Govindarajan (1997), que observam que o ABC é muito útil como ferramenta de apoio à gestão estratégica. Entretanto, como um sistema contábil, ele não reverte em benefícios proporcionalmente aos esforços para administrar rotineiramente esse tipo de sistema, pois, para os autores, sua implantação é muito complexa e onerosa.

O ABC também está sendo utilizado em conjunto com outras ferramentas que buscam a qualidade e a melhoria contínua. No setor público, Kline (2003) sugere a utilização do ABC relacionado ao *benchmarking* para estimular os governos a utilizarem parâmetros do setor privado, como forma de buscar a excelência e mensurar a eficiência dos processos. Nesse caso, o ABC fornece os subsídios por meio de informações mais precisas dos processos do setor público. Com o uso do ABC, são criados indicadores de mensuração que facilitam a comparação dos processos internos com os processos de um outro setor externo da organização, facilitando aos gestores a avaliação da eficiência de seus serviços.

A metodologia ABC, por poder ser elaborada também de forma simples, é uma excelente ferramenta de apoio à decisão para as empresas de serviços. (COSTA; FAZAN, 2001). Para os autores, por terem estruturas de custos baseadas em custos fixos, e que não são facilmente alocáveis aos serviços finais, o ABC é superior aos métodos convencionais, que não conseguem apurar de forma eficiente o custo individual de cada serviço ou de cada cliente.

Para Lere (2000), a grande contribuição do ABC está no processo de formação de preços de venda. Devido à compreensão de que apesar dos custos dos produtos e serviços não

variar de acordo com o volume, eles podem variar com a alteração no consumo de alguma atividade. Outra contribuição importante consiste nas informações que o ABC pode fornecer ao gerente comercial para uso em processos de negociações, possibilitando a simulação de qual seria o impacto para o resultado de um cliente, caso mudassem as condições de negociação com ele. Por exemplo: um cliente compra freqüentemente pequenos lotes de um produto; qual seria o resultado do mesmo, caso fosse concedido um desconto para que ele comprasse lotes maiores? Com o uso das informações provenientes do ABC, é possível responder a essa questão com grande margem de precisão, favorecendo ao gerente tomadas de decisão sobre a negociação.

Para Chiu, Wai Li e Yau (2003), a contribuição essencial do ABC, comparado com outros sistemas de custeio, são as suas informações de fácil compreensão. A linguagem utilizada é um excelente instrumento de comunicação entre as hierarquias das organizações. Enquanto os diretores concentram-se em suas informações estratégicas, fornece informações sobre a alocação de recursos para os gerentes e, para o pessoal de nível operacional, traz informações a respeito dos processos por meio das atividades diárias.

O ABC atualmente é tido como uma ferramenta eficiente para subsidiar com informações o processo de decisão gerencial. Ressalta-se também que o uso dessa metodologia pode ser associado a outros métodos com o objetivo de aprimoramento da gestão empresarial. Falk (2001) observa que o ABC não é uma alternativa nova para o setor de saúde, pois já tem tido bons resultados com a sua utilização no setor hospitalar.

3.4.1 Estrutura do ABC

O ABC, como nos sistemas de custeio tradicional, aloca os custos em dois estágios. Segundo Cogan (1994), o custeio tradicional aloca os custos em centros de custos e, em seguida, rateia esses aos produtos e serviços, utilizando medidas arbitrárias, comumente baseadas no consumo de mão-de-obra direta alocada aos produtos, e serviços. Já o ABC acumula os custos em centros de atividades e aloca os mesmos aos produtos de acordo com o consumo dessas atividades. Portanto, o ABC procura atribuir aos produtos e serviços somente a parcela de custos indiretos efetivamente consumidos individualmente por eles.

Na figura 10, pode ser observada a estrutura de sistemas de custeio tradicional e de como os recursos são acumulados e rateados pelos objetos de custo.

Para Ching (2001), no ABC existem muito mais possibilidades de tornar custos fixos em variáveis, quando vistos em relação a uma atividade, e logo pode ser feita a sua alocação aos produtos e serviços que se utilizam dessa atividade. Assim, o critério de rastreabilidade é favorecido em detrimento da simples alocação de custos.

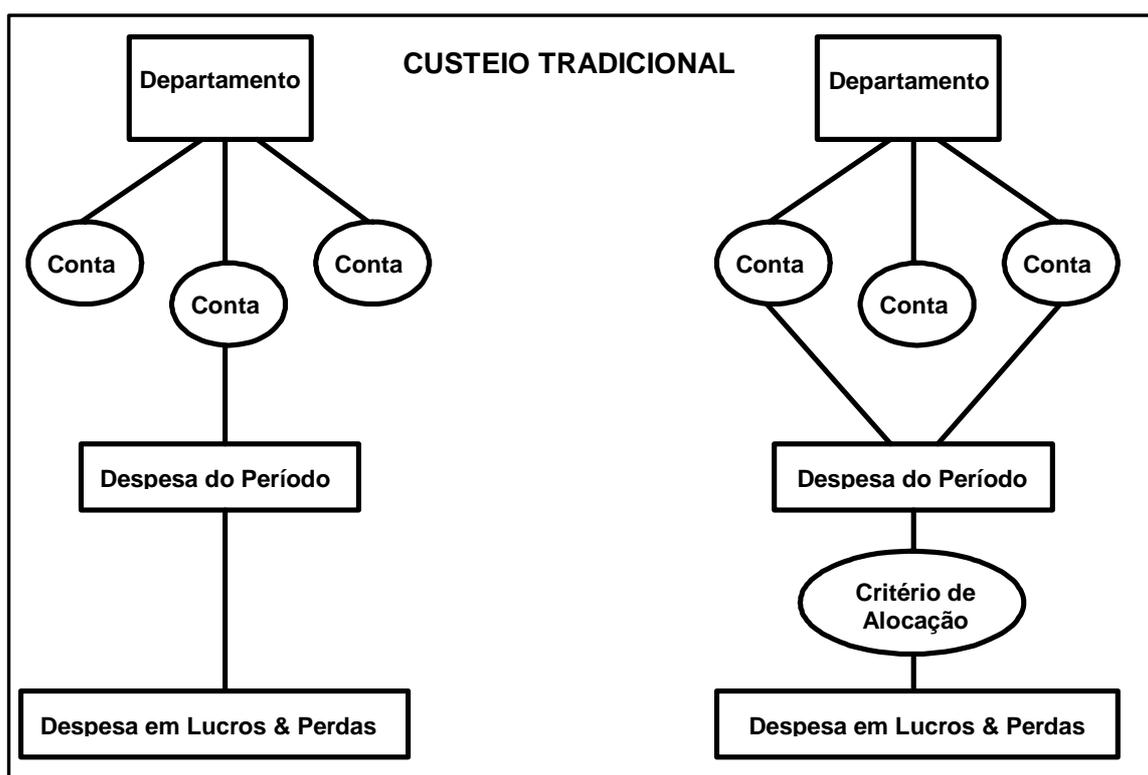


Figura 10: Sistema de custeio tradicional

Fonte: Ching,2001, p. 32.

Na figura 11, é apresentado um esquema gráfico de um sistema de custeio ABC. Verifica-se que, diferentemente do sistema tradicional apresentado na figura 7, os recursos não são acumulados em contas ou centros de despesas, mas, sim, em centro de atividades. Posteriormente, os recursos serão alocados aos produtos conforme o processo de produção dos mesmos forem consumindo as atividades. Essa distribuição é feita por um critério de alocação, que tem por base medidas de atividades que direcionam o custo aos produtos e aos serviços.

A utilização do ABC deve ser feita por empresas que desejam entender seus processos e suas atividades, buscando assim rever a cadeia de valores, com o objetivo de modificá-la, alterando e excluindo atividades que não agreguem valor para o cliente.

O ABC enxerga a empresa sob a ótica do processo, desconsiderando a hierarquia das funções bem como a divisão de tarefas dentro da empresa. Isso porque os produtos e serviços são produzidos, comercializados e entregues aos clientes a partir de processos, e não a partir de funções estáticas e departamentalizadas, que priorizam as tarefas em detrimento ao foco do negócio e ao resultado eficaz para o cliente. (CHING, 2001).

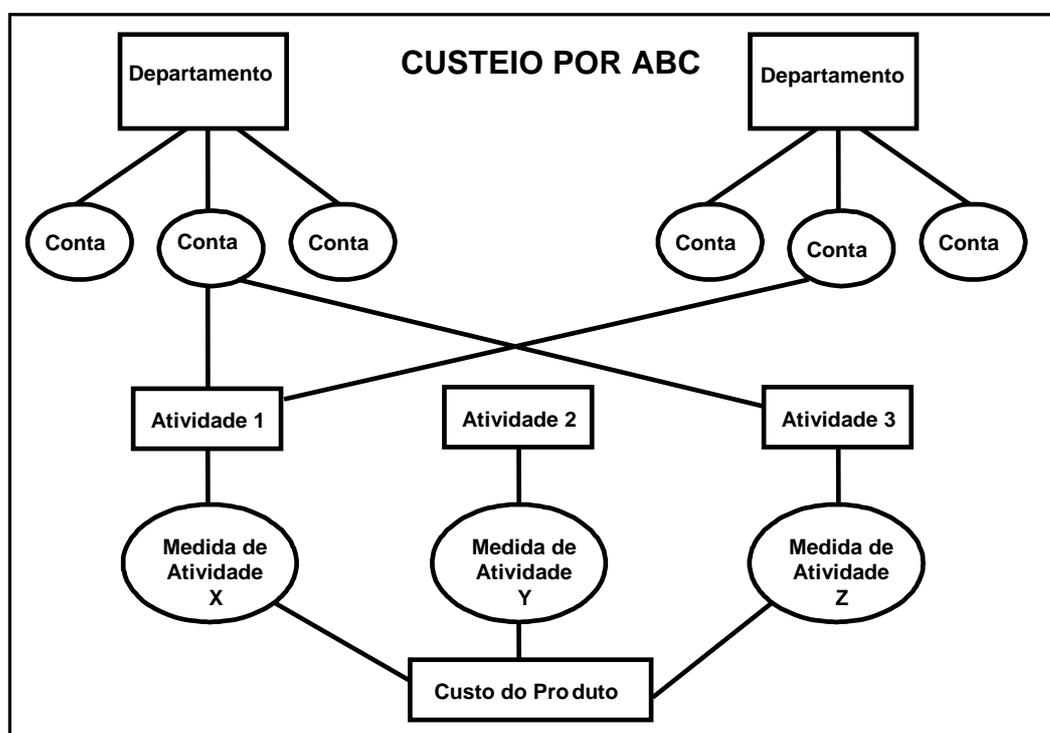


Figura 11: Custeio ABC

Fonte: Ching, 2001, p. 32.

Para Nakagawa (1994), o ABC possibilita observar a empresa sob dois aspectos: uma visão econômica e de custeio e uma visão de aperfeiçoamento do processo, como se observa na figura 11.

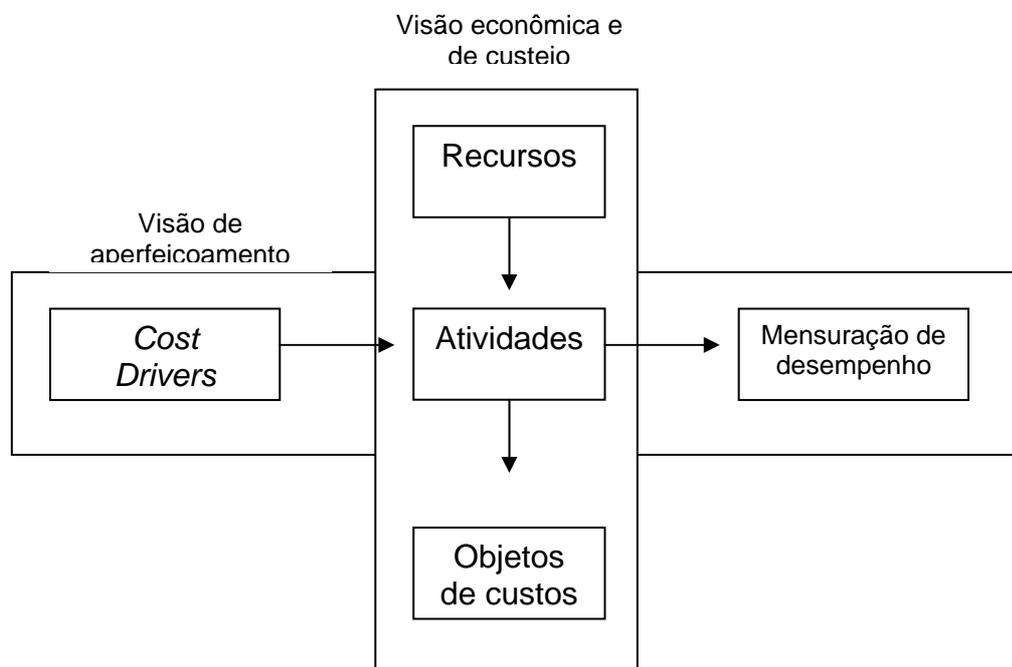


Figura 12: Segunda versão do ABC

Fonte: Nakagawa, 1994.

A implantação do ABC é bastante complexa. Para Maher (2001, p. 282), o processo envolve quatro etapas, que são descritas a seguir:

- 1ª etapa: identificação das atividades que consomem os recursos e atribuição de custos às mesmas;
- 2ª etapa: identificação dos direcionadores de custos, que são as causas que direcionam os custos de uma atividade;
- 3ª etapa: determinação dos critérios de divisão dos custos das atividades pelos direcionadores, que podem ser por unidade ou por transação;
- 4ª etapa: atribuição de custos aos produtos ou serviços, multiplicando a taxa do direcionador pelo volume do direcionador da atividade consumido pelo produto.

O processo de identificação das atividades e dos direcionadores deve ser feito cuidadosamente, para que o sistema seja eficiente. O entendimento das atividades é que dará condições para determinar os critérios de como serão alocados os custos.

Portanto, o entendimento dos processos de negócios e das atividades que envolvem os mesmos é o primeiro passo para o desenvolvimento de um sistema de custeio baseado em atividade. A seguir, é apresentada a relação entre processos, atividades e seus desdobramentos.

3.4.2 Hierarquia de análise ABC

Para Ching (2001), as relações hierárquicas se estabelecem entre elementos representativos do trabalho, que são apresentados na figura 13.

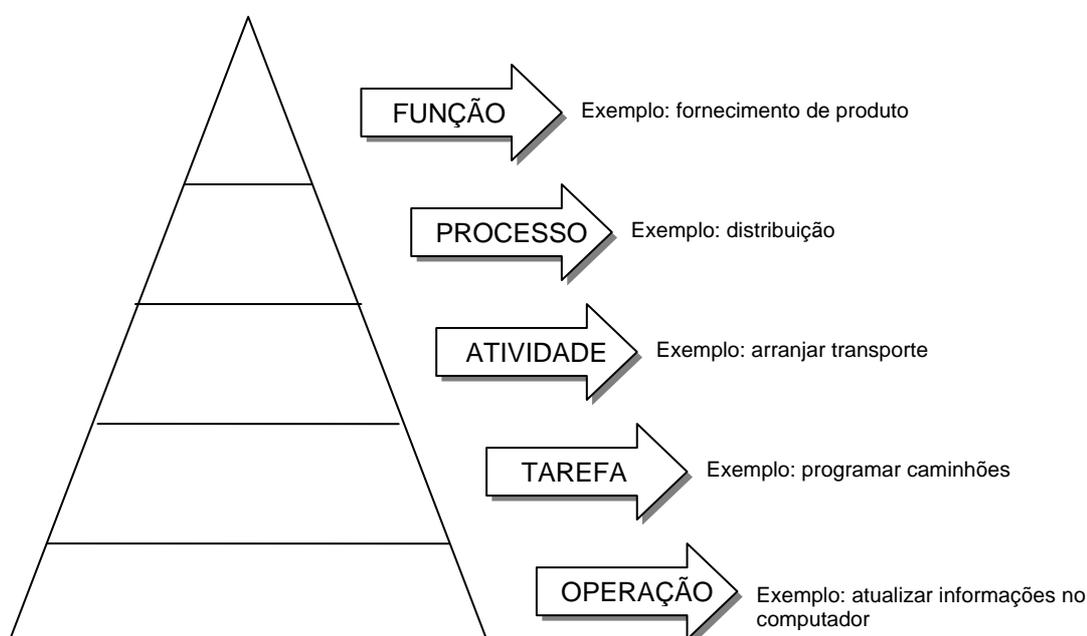


Figura 13: Elementos representativos do trabalho

Fonte: Ching, 2001, p. 46.

Os elementos da figura 13 são descritos da seguinte forma:

- **função**: uma função é um agregado de tarefas segundo um propósito comum, exemplo: engenharia, compras, vendas. As funções são representadas normalmente nos retângulos de um organograma. A pergunta a ser feita é: por que estou fazendo isso?
- **processo**: consiste numa seqüência de atividades ou rede de atividades relacionadas e interdependentes realizadas com propósito específico. Os processos freqüentemente cortam as funções e podem ultrapassar as fronteiras da empresa. Na figura 14, é feita a representação gráfica dos processos operacionais e gerenciais.

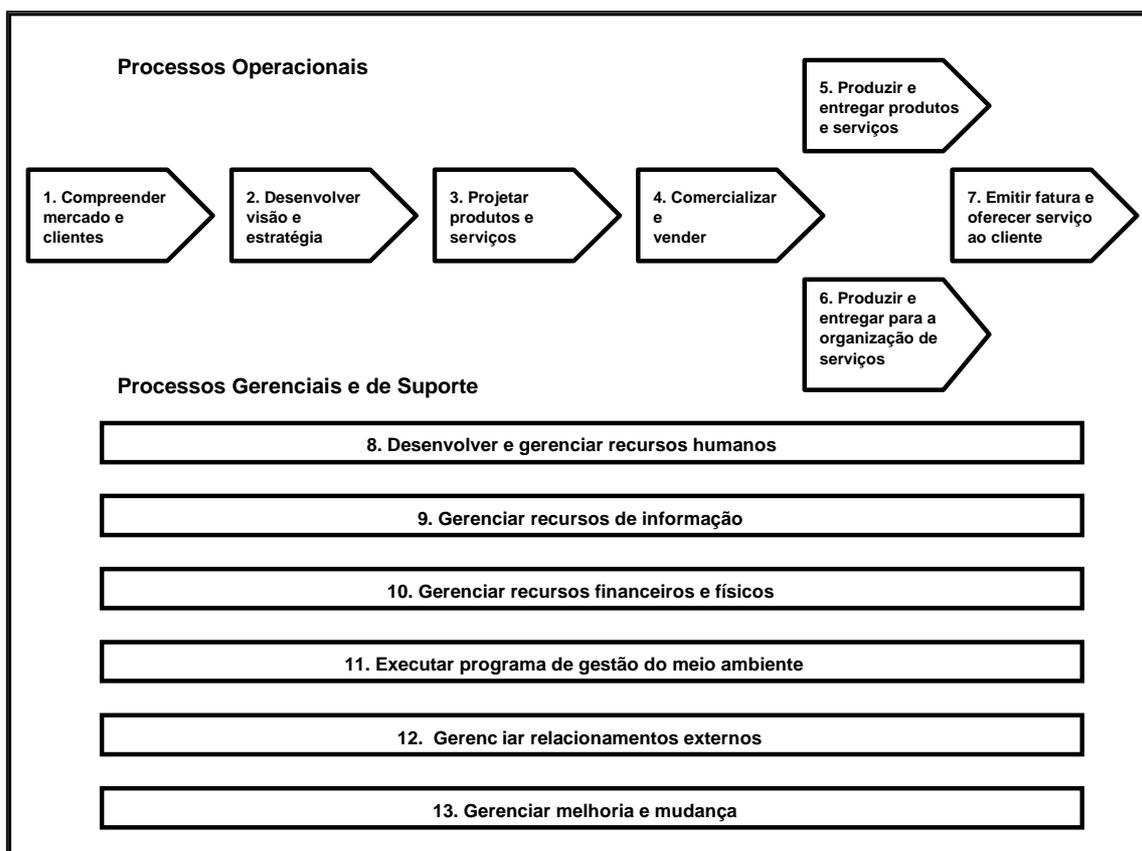


Figura 14: Processos operacionais e gerenciais

Fonte: Kaplan e Cooper, 1998, p. 123.

- atividades: um evento externo ao processo inicia a primeira atividade no processo que, por sua vez, dispara outra, e assim por diante, originando uma relação de causa e efeito. As atividades consomem recursos para produzir produtos e serviços. Na figura 15, são representadas graficamente a composição e a execução de uma atividade. Segundo Ching (2001), as atividades podem ser classificadas como VA, aquelas que agregam valor ao cliente final, e as que não agregam valor NVA, que podem ser eliminadas, reduzidas ou alteradas, visando à agregação de valor para a cadeia.

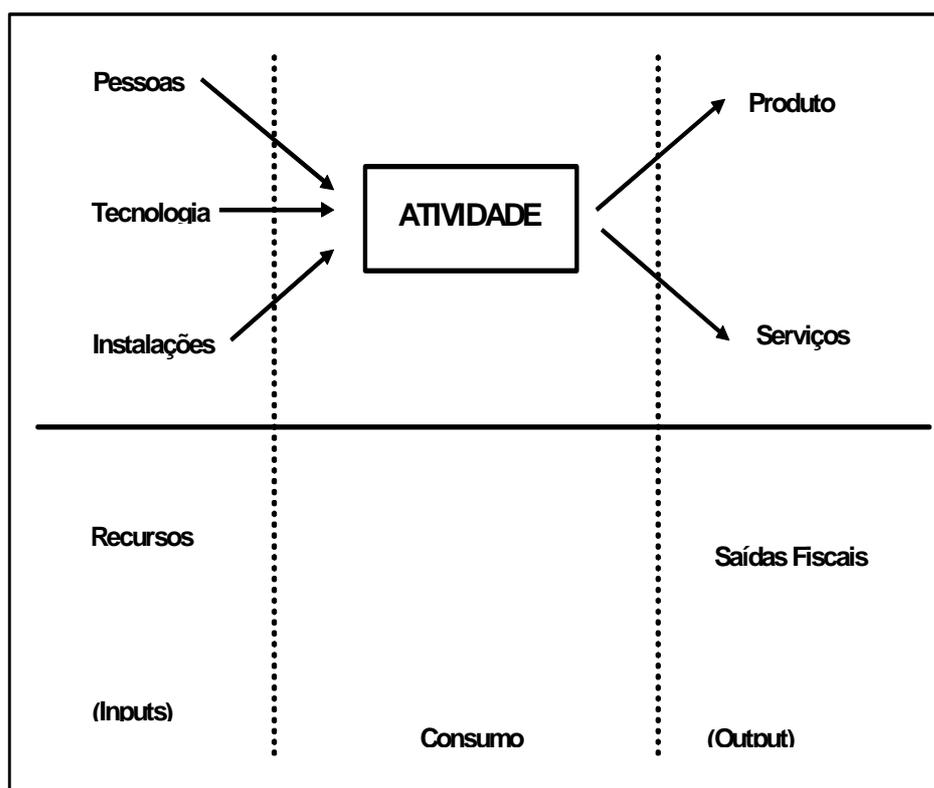


Figura 15: Representação das atividades

Fonte: Ching, 2001, p.48.

- tarefas: são os componentes comuns das atividades. Elas demonstram como a atividade é realizada. Exemplo: preparar um contrato;
- operações: é a menor unidade de trabalho. Exemplo: digitar um relatório.

Pode-se dizer que uma atividade é um conjunto de tarefas e operações. As atividades foram escolhidas como o nível ideal para ações de gerenciamento de custos, pois as tarefas são muito genéricas. Então, as tarefas são as ações tomadas, logo, pode-se dizer que empresas fazem atividades.

Já o processo de negócio é definido por Ching (2001) como sendo diversas atividades integradas, realizadas por um ou mais departamentos, que podem participar de diversos processos.

Assim, os processos de negócio são compostos por atividades, e essas é que consomem os recursos. Então, é necessário levantar de forma correta quais são as atividades envolvidas no processo e qual o volume de recursos consumidos por elas.

3.4.3 Identificação das atividades e dos direcionadores de custo

A complexidade das atividades que compõem o processo é que determina a quantidade de recursos consumidos. Dessa forma, a sua descrição deve ser feita criteriosamente, analisando-se detalhadamente cada processo e separando-os em grupos de atividades que sejam heterogêneas e possam utilizar um mesmo direcionador de custos. Elas não devem entrar no detalhamento das tarefas, pois o custo de mensuração seria muito elevado, não justificando os resultados que seriam auferidos.

O ABC identifica as atividades que estão sendo executadas pelos recursos indiretos de apoio. Essas, após serem identificadas, são catalogadas numa tabela que utiliza verbos associados a um objeto. Como exemplo, cita-se a atividade de cadastrar contratos de novos clientes. Esses catálogos, também chamados por Kaplan e Cooper (1998) de “dicionários de atividades”, no princípio do ABC continham um detalhamento de atividades que chegava até à tarefa individual. Com a evolução do método, reduziu-se o detalhamento, atendo-se a mapear somente as atividades principais, aquelas que são responsáveis pelo consumo da maioria dos recursos. Inicialmente, os dicionários podiam conter centenas, e até mesmo milhares, de atividades. Mas, atualmente, os dicionários normalmente são breves, contendo de 10 a 30, principalmente quando se pretende custear produtos, serviços ou clientes. “Os sistemas mais complexos, por serem altamente onerosos, são utilizados em processos complexos com objetivo de busca de melhoria contínua e re-concepção de projetos” (KAPLAN; COOPER, 1998, p. 100).

Os sistemas de custeio ABC utilizados, segundo Kaplan e Cooper (1998), desenham mapas de recursos e atividades, utilizando para isso os geradores de custo de recursos. Esses geradores de custo de recursos associam gastos e despesas às atividades executadas. Os autores concordam que não é relativamente simples a associação de custos às atividades. Entretanto, o objetivo não é atingir cem por cento de precisão, mas ter um bom nível de informação, que será muito superior a qualquer sistema tradicional de custeio. Os autores relatam ironicamente que, em muitos sistemas tradicionais de alocação de custos, busca-se

uma precisão quase absoluta, utilizando-se até mesmo seis dígitos. Entretanto, devido aos procedimentos de alocação arbitrária, o primeiro dígito pode estar errado.

Uma das vantagens produzidas pelo ABC é a hierarquização das atividades, identificando-se os atributos críticos de cada uma delas.

Essas, por sua vez, também podem ser agrupadas em processos de negócios. Em alguns sistemas, a organização é feita em torno dos processos de negócios, ignorando-se os detalhes das atividades. Entretanto, existem processos que são heterogêneos demais para acumular os custos que serão posteriormente distribuídos por clientes ou produtos e serviços por um único direcionador de custo. Como exemplo, observa-se que o processo de compras poderia envolver uma série de atividades, como a seleção de fornecedores, o pedido, a inspeção e a negociação, que podem exigir direcionadores de custos diferentes.

Os direcionadores de custos são importantes na determinação dos custos atribuídos aos produtos e serviços. Quanto mais acertada for a escolha do direcionador, melhor será o resultado da mensuração dos objetos de custo. Para Maher (2001), o direcionador ideal é aquele que tem uma relação causal, ou seja, aquele que causa o custo. Há também outros critérios de escolha de direcionadores de custos, que podem ser pela atribuição de custos com base nos benefícios recebidos, ou pela razoabilidade; também existem aqueles que não podem ser atribuídos pelos critérios anteriores e, dessa forma, deve-se buscar o modo mais lógico e justo para a escolha do melhor direcionador.

Os diferentes direcionadores de custos são os responsáveis pela forma como será distribuído o consumo de recursos das atividades. Cogan (1998) relata que, com a distribuição dos recursos acumulados nos centros de atividades, observa-se que realmente alguns são proporcionais ao volume de produção; outros, entretanto, incidem em cada lote. Há também outros que estão associados à concepção do produto e, portanto, não dependem do volume de produção. E, por fim, também há aqueles que estão ligados ao período referente à execução das despesas de operação do negócio.

As taxas predeterminadas que servem como base para o rateio dos custos indiretos aos objetos de custo, são calculadas dividindo-se o custo total da atividade pelo volume total do direcionador. Exemplo: o custo de uma atividade de um atendimento da operação de *call*

center pode ser encontrado dividindo-se o valor total da atividade de *call center* pelo número total de ligações atendidas, que será o direcionador de custo dessa atividade.

Assim, à medida que o produto ou serviço for sendo produzido, os custos são atribuídos a ele mediante a multiplicação da taxa do direcionador de cada atividade pelo consumo da atividade utilizada naquele processo. (MAHER, 2001).

No quadro 2 são descritas algumas atividades e o seu direcionador de custo.

Atividade	Direcionador de custo da atividade
Cadastrar contratos	Número de contratos por cliente
Atendimento personalizado	Horas / analista
Deslocamento ao cliente	Km rodado, Horas / analista
Autorizações de Laudos	Número de laudos processados
Emissão de carteiras	Número de carteiras, Horas / assistente de cadastro

Quadro 2: Direcionadores de custo da atividade

Fonte: Adaptado de Kaplan e Cooper, 1998, p. 110.

A escolha dos direcionadores de custo, segundo Kaplan e Copper (1998), pode se dar a partir de três critérios: por transação, duração ou intensidade.

1. Direcionadores de transação: Podem ser usados quando todos os resultados das atividades geram as mesmas exigências. Por exemplo: o processamento da autorização de um exame, o processamento de um contrato. São os mais simples e baratos de serem mensurados, mas podem ser os menos precisos, pois pressupõem que é gasta a mesma quantidade de recursos toda vez que a atividade é executada, ou seja, a atividade deve ser homogênea para todos os objetos de custo.

2. Direcionadores de duração: Representam o tempo necessário para executar uma atividade. Devem ser usados quando existem variações significativas no volume de atividade necessária para diferentes objetos de custo. Por exemplo: horas de analista para o atendimento ao cliente, horas de mão-de-obra direta. Os direcionadores de duração são mais precisos que os de transação; no entanto, mais complexos e mais caros de serem implantados. Logo, a vantagem de escolha entre um ou outro deve estar baseada numa análise econômica de custo e benefício da precisão da informação.

3.Direcionadores de intensidade: afeta diretamente os recursos utilizados toda vez que a atividade é executada. São complexos e muito caros para serem mensurados. Assim, só compensa a implantação em atividades em que os recursos necessários são caros e variáveis.

A escolha do tipo de direcionador de custo deve ser feita a partir da verificação do comportamento do consumo de recursos pelas atividades, analisando o custo de mensuração em relação aos benefícios que poderão ser proporcionados pelos dados auferidos.

3.5 *ACTIVITY-BASED MANAGEMENT* – ABM

Em Marinho (2003), observa-se o comentário sobre confusão que muitos acabam tendo em relação ao ABC e ao ABM. É importante ressaltar que o ABC é uma ferramenta que revela o consumo de recursos pelas atividades, aponta os custos e suas verdadeiras causas. O ABM, entretanto, é uma prática de gestão que se apóia em informações geradas pelo ABC, para produzir correções e melhorias nos processos e no negócio da empresa.

A gestão baseada em atividades *Activity-Based Management* – ABM é o processo de gestão de uma empresa a partir das informações técnicas geradas pelo custeio por atividade – ABC. (CHING, 2001).

Kaplan e Cooper (1998) entendem que a gestão baseada em atividade, ABM, é realizada por meio das ações tomadas, considerando as informações geradas pela utilização de um sistema de custeio ABC. Com a gestão por atividade, a organização tem maior facilidade em concretizar seus objetivos. O ABM tem duas aplicações: a operacional e a estratégica, conforme descrito na figura 16.

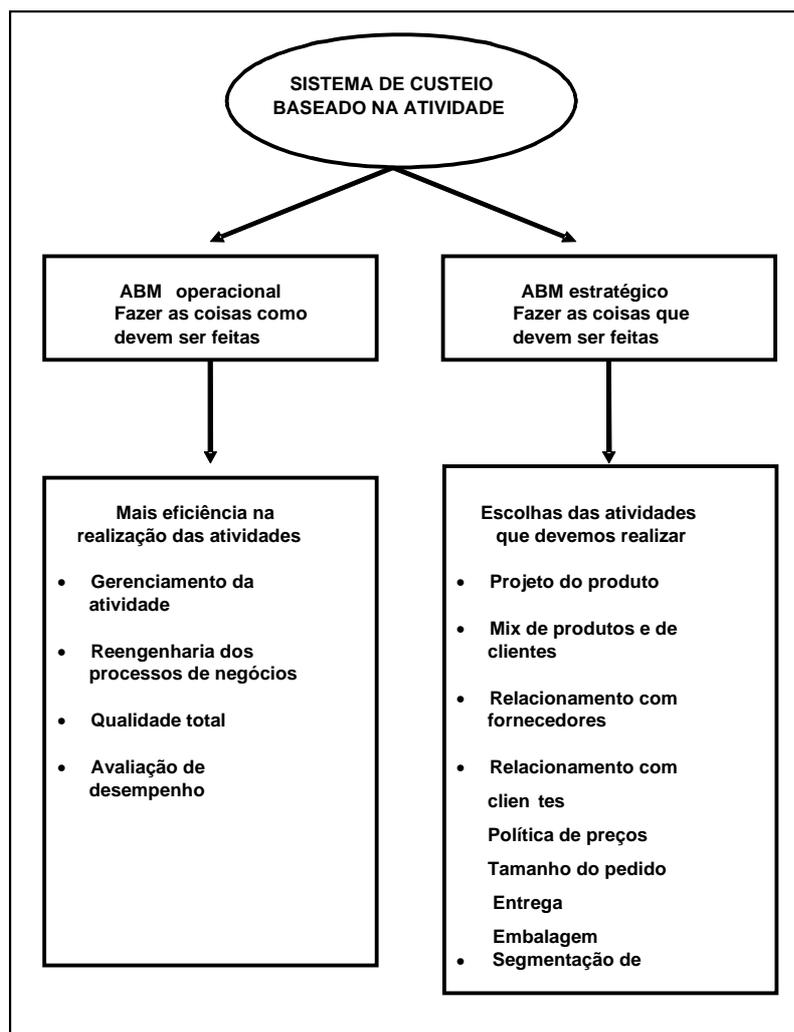


Figura 16: Utilização do ABM para aprimoramentos operacionais e decisões estratégicas

Fonte: Kaplan e Cooper, 1998, p.15.

Kaplan e Cooper (1998), explicando a figura 16, entendem que o ABM operacional é a gestão das atividades pelo seu lado de como fazer, ou seja, fazer as coisas como elas devem ser feitas, buscando a melhoria dos processos e visando à constante redução dos custos da operação, por meio da melhor utilização dos recursos. Com base no ABM, as empresas buscam otimizar os recursos, reduzindo os gastos ou aumentando a capacidade. O ABM estratégico, entretanto tenta racionalizar os processos com o objetivo de aumentar a lucratividade. O ABM estratégico obtém informações a partir do ABC, voltadas ao suporte de decisões estratégicas. Essas por sua vez subsidiam os gestores nas decisões quanto à segmentação de mercados, *mix* de produtos, clientes lucrativos e não lucrativos e decisões sobre desenvolvimento de projetos de novos produtos e serviços.

Dessa forma, o ABM pode ser definido como a utilização das informações de consumo e alocação de recursos gerados pelo ABC, para analisar o negócio de uma forma ampla e estratégica em seu mercado de atuação. Por sua vez, Walter (2001) destaca que a análise desses elementos deve estar sempre voltada para os objetivos estratégicos da empresa e para a busca constante da melhoria do desempenho econômico da organização.

A gestão por atividade contrapõe fortemente os paradigmas de gestão utilizados pela maioria das empresas. No quadro 3, Ching (2001) descreve alguns contrapontos importantes que refletem diferenças do ABM em relação à gestão tradicional.

PENSAMENTO TRADICIONAL	PENSAMENTO MODERNO
Orientação por função	Orientação por processo de negócio
Redução de custos	Prevenção de custos
Informação precisa, estática	Informação relevante, oportuna
Busca por culpados	Participação pró-ativa, busca por soluções
Hierarquia / Departamento	Equipe / células de processo
Desempenho individual	Desempenho por processo (coletivo)
Voltado para a organização interna	Voltado para o cliente (mercado)
“Olhar o próprio umbigo”	“Olhar o umbigo do cliente”

Quadro 3: Novos paradigmas do ABM

Fonte: Ching, 2001, p. 51.

Observando o quadro acima, verifica-se que o ABM tem maiores condições, que as técnicas de gestão convencionais, para atender à necessidade de evolução na gestão das empresas, buscando o desenvolvimento dos seus processos e visando a melhoria e redução dos custos de produtos e serviços

Rastreando os custos baseados nas atividades, é possível analisar seu desempenho, possibilitando a melhoria e remodelação das mesmas. Isso é possível porque, para entender como os recursos são consumidos, é preciso entender as atividades em que eles são consumidos. Assim, as empresas podem administrar as suas atividades utilizando o *Activity-Based Management* (ABM) em contraponto aos sistemas convencionais que gerenciam o consumo dos recursos diretamente do objeto de custo, produtos ou serviços.

Para Ching (2001, p. 58), os princípios do ABM são:

- os custos não acontecem mas são causas;
- gerenciamento das atividades e não recursos e custos;

- focalização dos fatores geradores de custos, tomando ações para reduzir esses geradores;
- as atividades devem ser direcionadas pelos clientes, ou seja, realizar somente atividades que agreguem valor para o cliente;
- os processos precisam ser enxutos com o menor número de atividades, sendo assim ágeis, de menor custo e com maior qualidade;
- eliminação de atividades que não agreguem valor, desnecessárias, duplicadas, retrabalhadas;
- tudo deve ser feito corretamente desde a primeira vez;
- as atividades devem ser feitas corretamente e não do jeito certo.

As novas formas de análise disponibilizadas pelo ABM proporcionam aos gestores uma visão diferente do negócio. A análise, sob a ótica dos processos de negócios, tem permitido aos gestores tomar decisões mais confiáveis com relação à continuidade de produtos e serviços, rentabilidade de clientes, foco em segmentos, reestruturação de processos e tudo isso acaba contribuindo para a formação de uma nova estrutura organizacional da empresa.

A gestão por atividades tem sido uma das contribuições mais significativas para o campo da gestão da produção, pois a possibilidade de combinar análise de custos com medidas de desempenho tem proporcionado às empresas novas perspectivas quanto ao uso eficiente dos recursos. (NAKAGAWA, 1994).

Em suma, o ABM é a técnica de gestão que provém da utilização das informações geradas pelo ABC, para a melhoria dos processos e das atividades da empresa.

3.6 CUSTOS NAS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS

Com a abertura e a desregulamentação dos mercados de serviços, as empresas deparam-se com um novo cenário muito competitivo, no qual os clientes são cada vez mais exigentes e têm consciência do poder que têm para a escolha de prestador. Com isso, torna-se

necessário melhorar a gestão das empresas do setor, que precisam descobrir novas técnicas que possam revelar a empresa sob outras perspectivas.

A gestão estratégica de custos é uma importante ferramenta que vem sendo utilizada pelo setor de serviços, oferecendo mais do que simplesmente a possibilidade de gerenciamento de custos, mas, também uma ferramenta de apoio à gestão da empresa. Esta por meio do conhecimento e entendimento dos processos que envolvem a produção e a entrega do serviço ao cliente, possibilita aos gestores obterem uma ampla visão do negócio.

Kaplan e Cooper (1998) entendem que as empresas do setor de serviços encontram as mesmas dificuldades gerenciais que as indústrias. A diferença de estágio de desenvolvimento de sistemas de custeio reside no fato de que a indústria já se preocupa em custear seus produtos há muito tempo, enquanto que os serviços têm sentido essa necessidade somente nos últimos anos.

As grandes empresas do setor atuaram, durante muito tempo, em um mercado onde a concorrência não era fator determinante. Essas praticavam uma administração baseada, quase exclusivamente, na concorrência. A maioria das empresas de serviços, explicam Kaplan e Cooper (1998), nunca precisaram custear seus produtos e seus clientes.

Essas empresas trabalhavam com um sistema de controle de gerenciamento por centro de custos de responsabilidade ou departamentos, nos quais o desempenho é medido comparando-se o orçado e o realizado, numa visão basicamente financeira. Esse tipo de controle sintoniza-se com a premissa de que a maioria dos custos das empresas são fixos, e já estão comprometidos antes do uso. É preciso apenas controlar financeiramente a execução dos gastos. Como as empresas de serviços são complexas e diversificadas, quando se utiliza esse controle, não é possível custear produtos, serviços e clientes. (KAPLAN; NORTON, 2001).

Lovelock e Wright (2003) explicam que, pelo fato de que muitos serviços apresentam uma maior proporção de custos fixos em relação aos custos variáveis, isso dificulta a mensuração do consumo de recursos, pois a maior parte dos custos são indiretos. Os custos fixos de alguns serviços podem ser elevados, envolvendo custos com instalações, rede de comunicações, tecnologia, veículos, custos de folha de pagamento, enquanto os custos variáveis para atender mais um cliente podem ser mínimos. Por isso, é muito complexo

definir um critério arbitrário de rateio dos custos indiretos sobre o serviço final fornecido ao consumidor. Como exemplo da dificuldade de distribuição dos custos fixos pela estrutura de um serviço, pode-se observar que num hospital alguns custos fixos podem ser associados diretamente à operação de uma UTI. Entretanto, é difícil definir qual parcela dos custos fixos da administração do hospital deve ser alocada à unidade de UTI. Portanto, é importante a utilização de metodologias de custeio, que possam desdobrar os custos fixos e torná-los variáveis, possibilitando alocar de forma técnica uma maior quantia de recursos consumidos pelos serviços.

Verifica-se comumente erros de mensuração nos custos dos serviços, o que para Lovelock e Wright (2003) explica o fato de os gestores das empresas de serviços entenderem que possuem flexibilidade para fixarem seus preços. E, dessa forma, normalmente tendem a definir uma estratégia de preços baixos, visando à realização de vendas extras. Contudo, muitas vezes não conseguem atingir os volumes necessários para que haja realização de lucro, o que, em muitos casos, acaba levando as empresas à inviabilidade econômica.

Nas empresas de serviços, a maior parte dos custos é aparentemente fixa, pois normalmente elas não têm custos com materiais ou outras despesas variáveis. Kaplan e Cooper (1998) explicam que nas empresas de serviços, os recursos são fornecidos previamente. Assim, os recursos é que fornecem a capacidade necessária para atender os clientes dentro de um período. As flutuações da demanda não influenciam tanto no consumo de recursos pelas atividades executadas durante aquele período. Como exemplo, pode-se citar que, quando uma operadora de plano de saúde realiza um contrato para um cliente individual, não teria custos adicionais caso nesse contrato fossem incluídas mais algumas pessoas da família. O acréscimo desses novos clientes resultaria em pequenos custos adicionais, de emissão de cartões e custos de processamento de mais alguns clientes. Outro exemplo é venda de passagem aérea para mais um passageiro num determinado avião. Esse cliente extra gerará somente alguns pequenos custos adicionais, pois a maioria dos custos ocorreria também sem ele.

Com base nesses fatos, observa-se que a análise de custo marginal é largamente adotada no setor de serviços, pois os custos incorridos no curto prazo, para se adicionar um cliente adicional na atividade, não são significativos. Logo, os empresários tendem a praticar

políticas de desconto para a captação de novos clientes. Mas essa política pode ser perigosa, pois não são avaliados os verdadeiros custos dos serviços e dos clientes.

Para VanDerbeck e Nagy (2001), as empresas de serviços deveriam utilizar formas de custeio que permitissem associar aos produtos ou clientes o maior número possível de custos diretos e buscar uma forma de custeio baseada em atividade, para que possam ser convertidos em custos diretos os custos que não puderem ser alocados diretamente ao objeto de custo.

Segundo Atkinson et al. (2000), mesmo sabendo-se que os serviços não são estocáveis, os sistemas de contabilidade apresentam uma série de relatórios financeiros com exigências de avaliar o estoque. Em muitos casos, há exigência externa de relatórios financeiros com estruturas próprias. Com isso, normalmente esses relatórios não servem para o gerenciamento da empresa, que necessita manter um outro sistema contábil em paralelo. Como exemplo, citam-se as operadoras de planos de saúde, que precisam atender a normas contábeis da Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil (ANS), que exige estrutura contábil própria, que não atende às necessidades gerenciais da empresa, desperdiçando, assim, trabalho para atender às normas que não beneficiam com informações também a empresa.

Para Atkinson et al. (2000), a maior parte dos custos das empresas de serviços é dificilmente associada a seu produto final ou a algum cliente. Então, é fundamental que seja feita uma ampla análise dos processos e das atividades, visando estabelecer um critério correto de alocação dos custos aos produtos e clientes.

Assim, com a análise cuidadosa dos processos, pode-se entender o que é necessário e o que está travando e/ou onerando o processo. Para Grönroos (1993), o bom gerenciamento dos custos também está associado à produtividade nos serviços.

Grönroos (1993) destaca as citações de Carlzon e Nordin quanto à utilização de conceitos de custos benéficos e custos maléficos. Os primeiros são os produtivos e estão ligados ao aumento da capacidade de oferta, de serviços de qualidade e logo aumentam a receita. Já os maléficos provêm da burocracia e do excesso de níveis hierárquicos dentro de uma organização. Promovem o aparecimento de rotinas administrativas complexas, onerosas e que tomam muito tempo das empresas de serviços, gerando custos que não afetam

diretamente, de forma positiva, a produtividade e a qualidade percebida pelos clientes. Dessa forma, Grönroos (1993) conclui que os custos benéficos que geram as receitas e os custos maléficis que reforçam a burocracia deveriam ser tratados de formas distintas e serem analisados separadamente.

De acordo com o conceito de Grönroos (1993), é fundamental o aumento de custos benéficos dentro de uma empresa, mesmo quando esteja em condições deficitárias. Essa seria a forma que a empresa teria para melhorar sua competitividade e buscar a recuperação econômica, por meio do aumento de receitas geradas por um consumidor mais satisfeito.

Segundo Heskett, Sasser e Hart (1994), a avaliação dos custos da qualidade no setor de serviços é crítica, devido a fatores que tornam a tarefa mais complexa e mais cara que nos setores industriais. Conforme os autores, os principais fatores são listados a seguir:

- a intangibilidade dos serviços: dificulta a mensuração, pois é complexo medir valores normalmente subjetivos;
- falta de dados sobre as falhas: os serviços não podem ser devolvidos. Dessa forma, as empresas de serviços não têm evidências de suas falhas. Logo, não podem determinar facilmente os custos das falhas, devido ao desconhecimento das mesmas;
- recursos requeridos para a instalação de sistemas de medição do custo da qualidade: normalmente, o desenvolvimento de um sistema de apuração de custos e desempenho consome muito tempo e recursos financeiros, tornando-os não prioritários para a maioria das empresas;
- incompatibilidade de medição do custo da qualidade com a cultura da organização: uma cultura baseada na criatividade e na experimentação pode chocar-se com um modelo de mensuração, pois isso pode acabar reprimindo a criatividade, o que pode provocar o desvio de objetivo de atender às necessidades dos clientes, ou seja, o excesso de padronização pode não atender às necessidades específicas que são baseadas na criatividade e na experimentação dos funcionários que estão realizando o serviço;
- estruturas dos sistemas contábeis: os sistemas contábeis não são compatíveis com mensurações de benefícios e custos da qualidade, o que requer mensuração paralela periodicamente.

Grönroos (1993) observa que o excesso de qualidade, apesar de absorver maiores recursos financeiros, não custa mais. Ao contrário, quando a qualidade é muito baixa, acaba

ocorrendo retrabalho e, com isso, são gerados gastos de recuperação de clientes, além de desperdício de tempo, custando mais caro para a empresa.

Para Heskett, Sasser e Hart (1994, p. 85.), “as falhas em serviços têm efeitos secundários que são extremamente custosos, ainda que nem sempre visíveis”.

A maior satisfação externa acaba trazendo efeitos favoráveis, que normalmente resultam em aumento de vendas. Clientes satisfeitos acabam tornando eficientes defensores da marca.

Se a eficiência externa e a qualidade dos serviços forem controladas simultaneamente, pode-se esperar que este maior volume de vendas tenha um efeito financeiro sólido e melhore a posição competitiva da empresa. (GRÖNROOS, 1993, p. 145).

Na figura, Grönroos demonstra que investimento em melhoria da qualidade acaba desencadeando um ciclo positivo de percepção positiva e satisfação do cliente, favorecendo a melhoria das vendas e o aumento da rentabilidade.

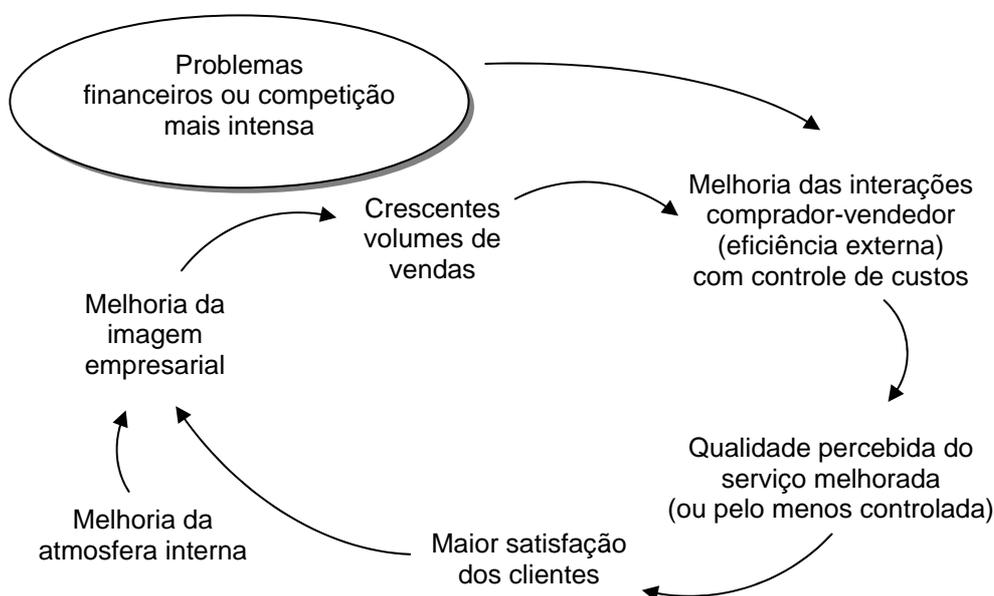


Figura 17: Uma abordagem orientada para serviços

Fonte: Grönroos (1993, p.144).

Segundo Grönroos (1993), a implantação da industrialização dos serviços nos setores onde não existe o contato com o cliente pode resultar em redução de custos. Mas existem riscos na utilização dessa abordagem em setores onde há um nível alto de contato com os clientes. A implantação da industrialização dos serviços deve ser feita com cuidado, para que

os ganhos com as economias de escala e padronização não acabem afetando a qualidade percebida pelo cliente, o que poderá resultar em redução de receitas e diminuição da lucratividade.

A perecibilidade dos serviços não é problema quando a demanda é estável. Porém, quando a demanda oscila, as empresas de serviços têm grandes problemas. (KOTLER, 2000). Como normalmente não existe estoque regulador, torna-se complicado atender a essas oscilações. Então é fundamental estudar minuciosamente essas oscilações, obtendo informações para que a empresa possa melhorar os processos, e assim atender com mais qualidade seu público sem onerar em demasia os custos desse atendimento.

Dearden, citado por Hoffman e Bateson (2003), argumenta que para haver a avaliação da relevância dos custos envolvidos no serviço, é preciso considerar a questão de “custos singularmente atribuíveis”. Ou seja, custos que podem ser associados facilmente à venda ou à produção de um serviço, pois, se o serviço não for produzido, os custos desaparecem. Para os autores, a utilização do conceito de custos singularmente atribuíveis torna-se fundamental em empresas de serviços, pois difere do conceito de custos variáveis, que mudam de acordo com o volume produzido e logo sugerem que a empresa continue a produzir e a comercializar o serviço.

Sob a avaliação dos problemas encontrados nas empresas prestadoras de serviços, Kaplan e Cooper (1998) acreditam que essas são ideais para a aplicação de uma metodologia de custeio baseada em atividades. As informações geradas com a análise ABC podem fornecer aos gerentes subsídios para o aprimoramento da gestão da empresa, por meio da análise de suas atividades. Também com a aplicação do ABC, a empresa poderá desenvolver a gestão baseada em atividade, assim dando oportunidade para a empresa rever sua operação e suas estratégias.

O preço de um serviço é percebido mais facilmente que seus custos. Assim, as empresas acabam concentrando seus esforços em proceder à redução contínua nos seus custos. Conquanto, entende-se o quanto é difícil compreender os custos de uma empresa, o que se complica mais ainda se ela for uma prestadora de serviços. (PETER et al., 2002). Portanto, é importante o desenvolvimento de métodos de avaliação dos custos antes de definir-se a estratégia de preços.

3.7 VALOR E PREÇOS NOS SERVIÇOS

A pergunta: “como definir um preço para um serviço?” é uma constante para os gestores do setor. Isso porque é complexo definir o preço de algo que, na maioria das vezes, é intangível, existindo somente durante o tempo em que o processo de prestação do serviço acontece. É difícil estabelecer e mensurar o valor de algo que somente terá os resultados avaliados pelo cliente após a sua execução. Isso porque, na verdade, o serviço é somente uma experiência, da qual o cliente, na maioria das vezes, somente poderá realizar uma avaliação após sua execução.

Os serviços não são facilmente avaliados pelos clientes quanto às suas características técnicas e estruturais. Dessa forma, é difícil para o cliente fazer uma análise, comparando o preço cobrado e o valor percebido. Portanto, entende-se que definição de preços está atrelada ao valor percebido em função da qualidade do serviço ofertado.

Segundo Lovelock e Wright (2003), é mais difícil definir o preço de um serviço, pois, além de possuir desempenho intangível e variável para os clientes, também apresenta dificuldades na mensuração dos recursos utilizados para a sua produção e entrega. As unidades de serviços normalmente não mensuram corretamente os custos dos recursos envolvidos no atendimento do cliente. A variação dos serviços constantes e o valor percebido pelos clientes podem ter diferentes percepções entre diferentes clientes. Esse fato acontece principalmente quando a qualidade do serviço não é padronizada, pois é difícil estabelecer uma unidade padrão para a mensuração de serviços, pois os mesmos, por mais padronizados que sejam, raramente são iguais em suas repetições.

Logo, os preços estão atrelados à qualidade dos serviços, e os bons serviços resultam em benefícios para os clientes. De acordo com Grönroos (1993), na indústria produtora de bens tangíveis esses benefícios são facilmente mensuráveis em termos de vantagens financeiras para o cliente. Nos serviços, isso é mais complexo: os benefícios são distinguidos pelo cliente, pela experiência gerada por três fontes distintas de redução de custos das empresas. Estas influenciam na gestão das relações com o cliente. E, em muitos casos, a redução de custos para o cliente pode ser facilmente calculada de acordo com as fontes descritas a seguir:

- menores recursos: menos pessoas envolvidas para manter contatos com o fornecedor;
- economia de tempo: as pessoas envolvidas economizarão tempo nos contatos com o fornecedor;
- menos desgaste psicológico: o desgaste psicológico de manter diversos contatos com o fornecedor é menor, o que aumenta a capacidade mental que poderá ser empregada em outras ações.

Com o gerenciamento dessas fontes, visando ao melhor para o cliente, o mesmo terá condições de mensurar as vantagens econômicas advindas da boa qualidade do serviço.

Kotler (1999) sugere que existem duas maneiras de reduzir os outros custos do cliente, obtendo argumentos para a venda dos serviços, mesmo sendo eles mais elevados do que os de outra empresa. Uma, é mostrar ao cliente que seu custo total é menor apesar do preço mais elevado. Outra forma é ajudá-lo a reduzir seus outros custos. Em ambas as alternativas, o cliente pode dispor-se a pagar um valor mais alto, pois pode perceber, que no montante de seus custos, terá uma vantagem.

Uma das principais características dos serviços é o alto grau de intangibilidade que, em muitos casos, nem mesmo as instalações físicas são conhecidas pelo cliente. Os funcionários que realizam operações de apoio normalmente estão nos bastidores, longe do contato com os clientes. Dessa forma, Lovelock e Wright (2003) citam que os clientes têm dificuldades em proceder à verificação da relação custo/benefício do que estão recebendo em troca de seu dinheiro. Em muitos casos, ficam com a impressão de que estão sendo explorados, de que o valor cobrado foi muito além da necessidade da cobertura dos custos do serviço e da remuneração do lucro justo ao prestador de serviços.

A dificuldade de entendimento do custo dos serviços pelos clientes é exemplificada por Peter et al. (2002, p. 7), conforme citação que segue:

Observa-se, como já mencionado, que o produto decorrente da prestação de serviço é intangível. Portanto, normalmente, a percepção do custo do serviço é bastante complicada, principalmente sob a óptica do cliente. Se um electricista é contratado para resolver um determinado problema, e cobra, por exemplo, \$30,00, por cerca de vinte minutos de trabalho, o comprador daquele serviço provavelmente achará muito caro. Porém o electricista estará apenas procurando recuperar os custos operacionais, fixos e variáveis de seu negócio. (PETER, et al., 2002, p. 7).

Então, o valor de um serviço para o cliente pode ser definido como a soma de todos os benefícios que o cliente percebe, subtraindo-se a soma de todos os custos que ele percebe do serviço, o que, segundo Lovelock e Wright (2003), quanto maior for a diferença positiva, maior será o valor líquido percebido pelo cliente. Do ponto de vista do cliente, o preço monetário cobrado pelo fornecedor pode ser apenas o primeiro de muitos custos associados à compra e a entrega de um serviço. (LOVELOCK; WRIGHT, 2003, p. 271).

Segundo o autor, os principais custos associados ao serviço podem ser classificados em dois tipos:

- custos financeiros do serviço: existem outros custos financeiros associados à compra de um serviço, são as despesas com o deslocamento até o local de prestação do serviço, estacionamento, alimentação e outros, que geram um total adicional ao preço do serviço original;
- custos não financeiros do serviço: representam o tempo, o desconforto, o envolvimento do cliente na produção do serviço, encargos como o desgaste físico e mental e experiências sensoriais indesejadas. Serviços que dependem muito da confiança podem causar custos psicológicos atrelados à ansiedade. São agrupados em quatro categorias:
 1. *custos temporais do serviço*: são o tempo gasto pelo cliente do serviço para cumprir todas as etapas do processo de produção e entrega do serviço;
 2. *custos físicos do serviço*: são os desgastes físicos indesejados pelo comprador do serviço, decorrentes da participação no processo de produção e entrega do serviço;
 3. *custos psicológicos do serviço*: são os efeitos mentais e emocionais gerados a partir de experiências vividas pelo cliente durante o processo de produção e entrega do serviço. É o esforço mental, a sensação de impotência e entre outros;
 4. *custos sensoriais do serviço*: são as sensações sensoriais que os sentidos experimentam durante o processo do serviço. O cliente pode experimentar uma série de sensações, como cheiro, temperatura inadequada, ambientes visualmente desagradáveis e necessidade de esforço físico indesejado.

Então, segundo Lovelock e Wright (2003), pode-se explicar que os custos dos serviços para os clientes também devem incluir tarefas como a procura pelo serviço e os custos que podem decorrer, depois que o serviço inicial é concluído ou entregue. Também devem ser consideradas as falhas no serviço, que acabam provocando novos custos para o

cliente, como perda tempo, novos deslocamentos e esforço extra despendido para resolver o problema.

Assim, é importante avaliar corretamente os preços a serem praticados e procurar reduzir ao máximo os custos associados para o cliente, diminuindo assim o custo total do serviço para o mesmo. Heskett, Sasser e Hart (1994, p. 85) explicam que “as falhas em serviços têm efeitos secundários que são extremamente custosos, ainda que nem sempre visíveis”. Ou seja, é melhor fazer correto da primeira vez, pois caso contrário não será possível medir o dispêndio para a recuperação do serviço.

Outro fator que torna complicada a mensuração dos custos nos serviços, e por conseqüência a definição dos preços de venda, são os custos de capacidade instalada, a qual, para Hoffman e Bateson (2003), tem que estar preparada para atender a uma demanda flutuante e irregular. Assim, a capacidade instalada acaba sendo um dos principais custos de uma empresa de serviços. Um custo que não pode ser alocado diretamente a nenhum serviço final ou a um cliente em especial. Nesse caso, os custos variáveis atribuídos aos serviços são baixos, e o valor em obter clientes adicionais, mesmo que a preços com desconto, são bastante altos para a empresa. Com isso, a estratégia de preços de venda a ser desenvolvida pelos gestores deve estar de acordo com a necessidade da empresa em suavizar a distribuição da demanda no tempo. Isso pode ser feito por meio da criação de novas demandas nos períodos de baixa utilização da capacidade, e também por meio do nivelamento dos picos de demanda, transferindo alguns clientes já existentes para períodos de menor utilização da capacidade. Para Hoffman e Bateson (2003), o uso dessa estratégia de discriminação de preços, além de minimizar o excesso de consumidores e maximizar o número de clientes, tende à utilização máxima da capacidade do prestador de serviços.

Entretanto, os gestores devem estar atentos à capacidade de atendimento. Para Hoffman e Bateson (2003), os clientes incrementais somente agregam lucratividade à empresa quando essa tiver capacidade para atendê-los. Com a proximidade da utilização total da capacidade, cresce a tendência de deterioração da qualidade da experiência que será fornecida ao cliente. Os gestores devem levar em conta essa situação quando utilizarem essa estratégia, pois, com a redução sistemática da qualidade, a empresa certamente terá perdas maiores que a não-utilização de toda sua capacidade instalada.

Para melhorar o aproveitamento da capacidade instalada, existem algumas ações, como a venda antecipada, que podem fornecer à empresa informações sobre a demanda futura. Shugan e Xie (2000) referem que muitos serviços normalmente são consumidos em momentos distintos da compra, possibilitando a utilização da estratégia de venda antecipada, para a maximização dos resultados. Com a venda antecipada, a empresa poderá utilizar a segmentação de mercado, oportunizando maior lucratividade.

Para Shugan e Xie (2000), a venda antecipada é uma excelente maneira de diminuir a imprevisibilidade da demanda. Contudo, para que essa estratégia seja adotada com segurança, é fundamental o conhecimento correto dos custos, assegurando a viabilidade econômica da operação. Nesse caso, enquadram-se serviços de pré-pagamento, como: telefonia, transporte público e, principalmente, planos de saúde. Este último recebe uma mensalidade antecipada, para dar garantia de atendimento em assistência à saúde durante o período vigente. Com isso, as operadoras de planos de saúde sabem com que receita contarão no período e podem realizar ações de correção na demanda de serviços.

Por outro lado, a venda antecipada pode tornar o serviço menos atraente. Shugan e Xie (2000) entendem que, como o consumidor está comprando um serviço que não será consumido imediatamente, ele se sente inseguro quanto à sua real utilização futura. Assim, o consumidor poderá ser mais resistente em realizar a compra antecipada, pois não terá certeza de que ele realmente fará uso do serviço. Por isso, é necessário haver estímulos com descontos, para que o consumidor leve em consideração o risco e o benefício que poderá auferir.

3.8 O PROBLEMA DE MENSURAÇÃO DE CUSTOS EM EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A grande dificuldade encontrada em proceder à mensuração do real consumo de recursos nas empresas de serviços é ocasionada pela grande incidência de custos indiretos. Em Horngren, Foster e Datar (2003), verifica-se que uma das formas para aumentar a confiabilidade de apuração dos custos em serviços é classificar o maior número de custos possíveis como custos diretos.

Para Hansen e Mowen (2003), o crescimento e o acirramento da competição no setor de serviços têm levado gestores a demandarem cada vez mais informações sobre a gestão de custos e o desempenho econômico de suas empresas.

Quando a análise é focada no setor de serviços de saúde suplementar, verifica-se que a dificuldade em mensurar e alocar eficazmente os custos é ainda maior, refletindo diretamente sobre os preços, margens e também sobre posicionamento estratégico. Os gestores, baseando-se em informações distorcidas, fornecidas por sistemas de custeio tradicionais, acabam tomando decisões equivocadas quanto a preços, contratos com clientes e também quanto à priorização de planos e segmentos de mercado. Essas informações distorcidas podem até mesmo levar a decisões de descontinuidade de alguns serviços, ou do atendimento de alguns clientes. Isso pode acarretar descontinuidade da oferta de serviços lucrativos, em detrimento de outros menos lucrativos, mas que se mostram com resultados contábeis melhores que os outros.

Analisando esses problemas, verifica-se que existe a necessidade de implementação de uma outra sistemática de gestão econômica dos recursos das empresas de serviços de saúde suplementar. Este deve basear-se em informações confiáveis, que reflitam o efetivo consumo de recursos pelas atividades realizadas pelos planos de saúde.

Segundo Seibel (2003), os gestores dessas empresas precisam entender que as soluções gerenciais adotadas há poucos anos precisam ser adequadas a uma nova ordem econômica. Muitos sistemas gerenciais foram aperfeiçoados, principalmente devido à evolução da tecnologia da informação. Esses podem ser uma alternativa para que os gestores obtenham informações confiáveis de forma rápida e barata.

Nesse ambiente, o ABC/ABM apresenta-se como uma solução interessante, pois tem como princípio tornar os custos indiretos em diretos. Quando essa ferramenta é utilizada na indústria para alocar corretamente os custos indiretos, mostra-se muito eficiente no custeio dos serviços de apoio. (KAPLAN; COOPER, 1998). Dessa forma, a aplicação de um sistema baseado no ABC/ABM poderá trazer bons resultados para as empresas do setor de serviços de saúde suplementar.

Com as informações geradas pelo ABC/ABM, a gestão baseada em atividades pode trazer para as empresas de serviços de saúde suplementar a capacidade de avaliação de seus processos, sob a óptica das atividades e, dessa forma, dar condições aos gestores de realizarem uma avaliação mais correta sobre os resultados obtidos.

Horngren, Foster e Datar (2003) entendem que os gestores precisam identificar quais clientes são rentáveis e quais não são, assegurando para aqueles que contribuem consideravelmente com o lucro da empresa, um atendimento diferenciado. Com a identificação dos resultados por clientes, as estratégias de marketing poderão ser desenvolvidas com vistas à retenção dos clientes que tragam maior rentabilidade, e serem direcionadas para os segmentos mais rentáveis do mercado.

Como visto no capítulo II, o setor enfrenta vários problemas de elevação dos seus custos. Devido à inflação da saúde, é preciso estabelecer controles que possam gerar maiores informações sobre a causa dos custos. Para Capettini, Chow e McNamme (1998), o ABC é o sistema ideal para controlar e analisar os custos das organizações do setor de saúde. Em hospitais, o uso do ABC tem demonstrado ser mais eficiente que o de sistemas tradicionais, pois com o ABC os custos de procedimentos podem ser descritos com maior segurança. Como hospitais são complexos integrados por inúmeras atividades, ter o controle e os custos das mesmas facilita a administração hospitalar.

Portanto, é importante o desenvolvimento de um sistema que possa auxiliar os gestores das empresas de saúde suplementar na administração econômica e na mensuração dos resultados obtidos pelos planos de saúde. E, assim, contribuir para a resolução de uma lacuna do setor, que se resente de técnicas de gestão adaptadas às características do mesmo.

3.9 MEDIDAS E INDICADORES DE DESEMPENHO

Segundo Atkinson et al. (2000, p. 87), um sistema eficiente de avaliação do desempenho de uma operação deve conter indicadores críticos que abranjam diversos aspectos da empresa, conforme segue:

- considera as atividades e a empresa sob a perspectiva do cliente;

- avalia as atividades com medidas de desempenho validadas pelo cliente;
- contempla todas as faces do desempenho da atividade, sob a perspectiva do cliente. Logo são bastante abrangentes;
- fornece *feedback* possibilitando a identificação de problemas e oportunidades de melhorias.

A reflexão dos membros da empresa sob a ótica do cliente dá condições para empresa mensurar o que seus clientes efetivamente desejam. Assim, os esforços da empresa em relação aos processos da cadeia de valores, podem concentrar-se onde a empresa terá melhores resultados, propiciando maior satisfação para seus clientes. (ATKINSON et al., 2000).

Dessa forma, as medidas de desempenho devem fornecer subsídios para apoiar as decisões. Por meio da análise e da investigação dos sinais de advertência ou de diagnóstico emitidos, a partir da mensuração de desempenho, os gestores podem prevenir e resolver problemas. (ATKINSON et al., 2000).

Kaplan e Norton (2004) enfocam que os sistemas de mensuração de desempenho devem estar situados na estratégia da organização, e em como ela espera continuar gerando valor no futuro.

Assim, entende-se que um sistema de indicadores, além de ter os indicadores financeiros para o gerenciamento da operação de curto prazo, devem buscar um equilíbrio entre os indicadores que traduzem a operacionalização da estratégia da empresa. Kaplan e Norton (2004) acreditam que as empresas devem se concentrar nos fatores críticos que podem refletir e interferir na criação de valor a médio e longo prazos.

As empresas do setor de serviços de saúde suplementar têm necessidade de um sistema de indicadores econômicos e de gestão, para subsidiar as decisões sobre o posicionamento estratégico das operadoras de planos de saúde.

Para tanto, no próximo capítulo é apresentado um modelo para a implementação de um sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde. E, por meio da análise dos

resultados obtidos com a mesma, fornecer um conjunto de indicadores que possam subsidiar a tomada de decisões gerenciais.

4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo, é apresentado o modelo de um sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde. A proposta é desenvolvida com a aplicação do método de custeio ABC/ABM. Com esse, pretende-se obter informações para a análise econômica de planos de saúde e de contratos com clientes.

Para a aplicação do método de custeio ABC/ABM nos planos e saúde, antes é necessário analisar e compreender os processos e as atividades das empresas de serviços de saúde suplementar, bem como o ambiente econômico, social e legal onde as mesmas estão inseridas.

A implementação do modelo demonstrado na figura segue três fases importantes. As duas primeiras referem-se à análise do macro e microambiente externo e interno da empresa. Essas informações podem ser obtidas a partir do planejamento estratégico; contudo, para as empresas que não possuem um planejamento formalizado, o desenvolvimento dessas é necessário. Na terceira fase é desenvolvido e implementado o modelo de custeio ABC/ABM, originando indicadores para análise e gerenciamento dos custos indiretos dos planos. A aplicação do modelo está descrita na figura, que demonstra, mediante um fluxograma, os passos a serem realizados para a implementação do sistema.

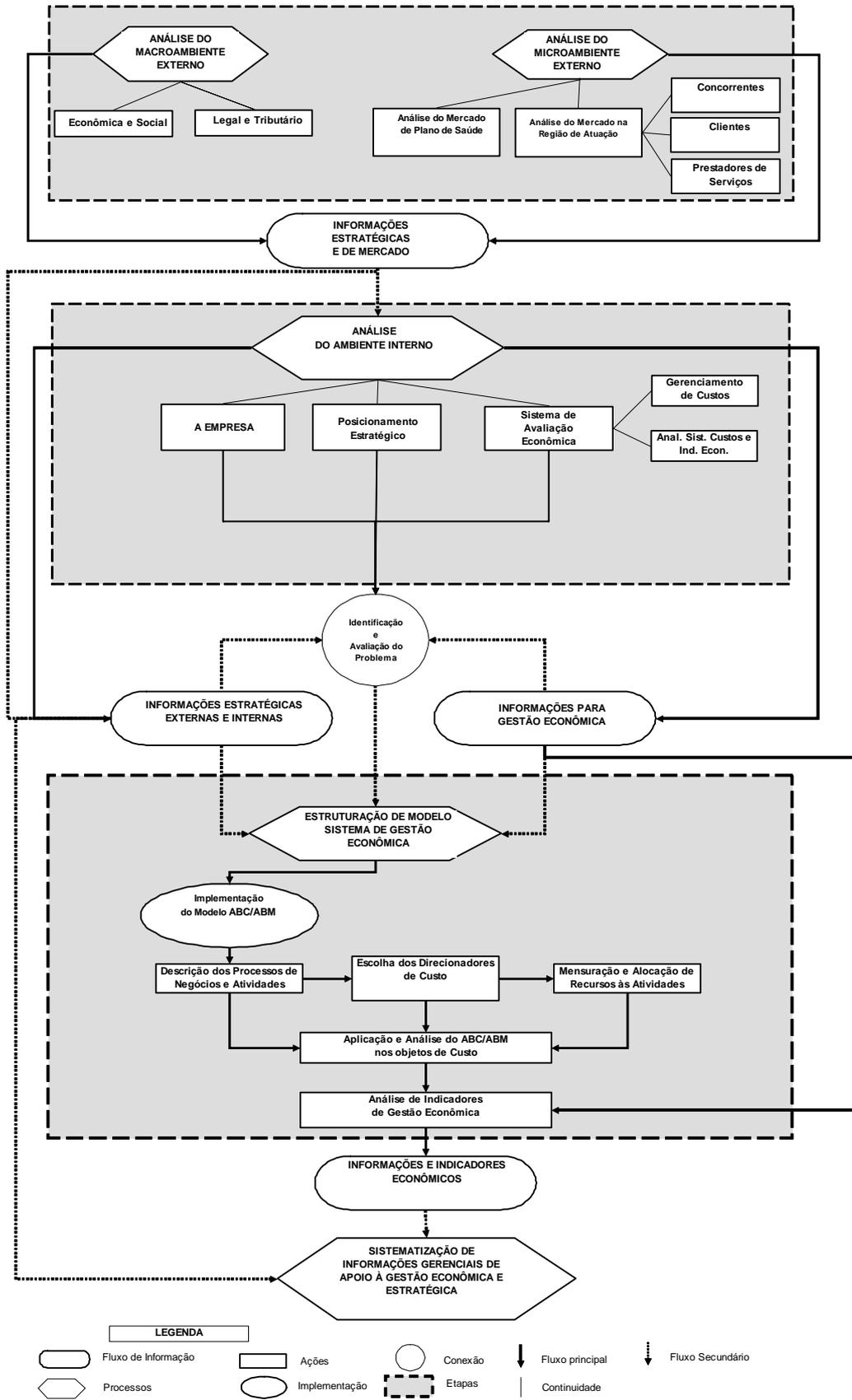


Figura 18: Fluxograma do modelo de sistema para gestão custos indiretos em operadoras de planos de saúde

4.1 PRIMEIRA FASE: ANÁLISE DO MACRO E MICROAMBIENTE EXTERNO

A primeira fase é constituída pelo levantamento e pela análise de informações que podem ser obtidas no planejamento estratégico da empresa. Contudo, quando a empresa não dispor dessas informações, é preciso cumprir essa etapa.

O primeiro passo é realizar uma análise completa do ambiente social e econômico no qual a empresa se insere; também é necessário proceder à verificação e análise do ambiente legal e fiscal, pois esse setor é bastante regulamentado, sofrendo a interferência do estado por meio de uma extensa legislação referente à administração de planos de saúde.

Paralelamente é realizada a análise do microambiente externo da empresa. Para isso, é feita a verificação e a análise do mercado de planos de saúde na região onde se insere a empresa, bem como a avaliação nacional e global, visando identificar linhas de ação e tendências de mercado.

4.1.1 Análise do macroambiente econômico e social

Nesta etapa, deve-se buscar o entendimento e a compreensão dos elementos responsáveis pelas características do setor de atuação da empresa.

Dentro do ambiente onde a empresa se insere, existem vários fatores que influenciam direta ou indiretamente seu posicionamento e sua atuação, bem como seus resultados econômicos e sua capacidade de permanência no mercado.

Esses fatores devem ser entendidos para a compreensão do setor, como interferem e se relacionam com os agentes que fazem parte do setor.

A análise deve iniciar com a verificação do ambiente econômico e social. Sendo assim, é necessário avaliar informações e dados sobre a evolução do setor, bem como seu estágio de desenvolvimento atual e as perspectivas para o futuro.

A análise deve contemplar aspectos sociais e econômicos do setor da saúde, tanto em nível global, nacional, quanto em nível regional, que é onde a empresa primeiramente sente os reflexos advindos de alterações na estrutura do setor.

4.1.2 Análise do macroambiente legal e tributário

Esse ponto deve ser verificado cuidadosamente. O setor é bastante regulamentado e normatizado. Sofre o impacto de uma série de leis que são alteradas frequentemente. Essas alterações tornam o setor bastante instável e dificultam a previsibilidade econômica dos planos de saúde no longo prazo, pois eles podem sofrer influências em seus custos, devido às novas leis ou novas regras editadas. Por isso, o setor é vulnerável à intervenção dos organismos estatais de controle, que fiscalizam rigidamente a conduta das empresas operadoras de planos de saúde.

Existem muitas situações na administração de planos de saúde que estão atreladas a uma série de leis e normas, as quais, se não cumpridas, podem levar a um comprometimento da viabilidade econômica futura das operadoras de planos de saúde.

Outro fator que deve ser observado é a tributação que recai sobre o setor bem como impacto dela na empresa e nos concorrentes. Como existem várias modalidades de empresas administrando planos de saúde, a tributação pode ser diferente de uma para outra, influenciando diretamente na competitividade final dos planos de saúde.

4.1.3 Análise do mercado de planos de saúde

A análise do mercado envolve a compreensão das características e da forma como os agentes envolvidos no setor atuam. Esses são os beneficiários que utilizam os recursos; os clientes que podem ser jurídicos, físicos ou associativos; os fornecedores de serviços e recursos de saúde; os médicos; o Estado (SUS) e as operadoras de planos de saúde suplementar (concorrentes), além da possibilidade de novos entrantes ou serviços substitutos.

Nessa etapa, são levantadas e analisadas informações sobre esses agentes. Algumas questões básicas devem ser averiguadas na busca por informações importantes para a empresa, quanto à decisão de seu posicionamento estratégico e sua forma de atuação. As principais questões a serem analisadas são listadas a seguir.

- Como está o desenvolvimento local dos agentes que compõem o setor de saúde?
- Como se apresentam as condições de competitividade no mercado?
- Existem perspectivas de crescimento do mercado?
- O mercado é atraente para novos competidores?
- Qual a participação do Estado no financiamento e fornecimento de serviços de saúde local?
- Como é a rede de prestadores de serviços? Qual é a disponibilidade e qualidade dos mesmos?
- Quais são as características dos consumidores locais?
- Como é a relação operadora, prestadores, médicos e clientes?

A análise deve primeiramente avaliar o mercado nacional e global, para numa segunda fase restringir-se somente ao mercado local. As relações entre os agentes podem ser observadas nacional e localmente, trazendo assim maiores subsídios para a empresa em relação ao seu negócio e ao mercado.

4.1.4 Análise de mercado na região de atuação

Nesse é focada a análise no mercado regional, onde a empresa sofre a influência direta e instantânea do comportamento dos agentes que compõem o sistema. Portanto, são descritas as características básicas do mercado, bem como a participação das diversas empresas nesse segmento.

Após a descrição inicial, o estudo dedica-se a descrever mais detalhadamente os agentes.

4.1.4.1 Análise dos concorrentes

Nessa fase, o estudo dedica-se à verificação e à análise dos concorrentes locais que disputam o mercado de planos de saúde com a empresa. Devem ser consideradas as características dos concorrentes, a forma de atuação, os serviços disponíveis e os principais diferenciais de cada empresa.

Também é importante discutir quais são as probabilidades da entrada de novos concorrentes no mercado local.

Dessa forma, a empresa terá informações fundamentais para a decisão de seu posicionamento estratégico e para a segmentação de seu mercado.

4.1.4.2 Análise dos clientes

Nesse ponto, é dada continuidade à análise do mercado, restringindo o foco à investigação dos clientes dos planos de saúde. Essa análise deve contemplar tanto os beneficiários quanto os clientes pessoas físicas e jurídicas.

É importante analisar o potencial de mercado ainda não atendido pelos planos, e também qual a percepção dos clientes quanto à mudança de operadora de plano.

4.1.4.3 Análise dos prestadores de serviços

Nessa, conclui-se a análise do mercado, porém, estabelecendo o foco somente nos fornecedores, que para os planos de saúde são os prestadores de serviços que atendem aos beneficiários dos planos, e também as indústrias de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.

Com isso, pretende-se ter uma visão panorâmica do mercado e de seu funcionamento. E, assim, entender melhor a forma como se dá a interação entre os diversos agentes que compõem esse sistema.

Após estarem completas as análises do macro e do microambiente externo da empresa, o estudo proporcionará um conjunto de informações estratégicas e de mercado, que serão valiosas para subsidiar as definições futuras do posicionamento estratégico da empresa.

4.2 SEGUNDA FASE: ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO

Após a verificação das condições do ambiente externo, segue-se a análise do ambiente interno da empresa. Nessa etapa, o estudo deve se concentrar na compreensão dos processos internos da empresa e na sua relação com os outros agentes do sistema, bem como avaliar seu posicionamento estratégico e também a sistemática de gestão econômica da empresa.

Essa fase também é constituída por informações que podem ser encontradas no planejamento estratégico da empresa. Entretanto, é importante dar seqüência ao desenvolvimento do modelo complementando as informações não disponíveis no planejamento.

4.2.1 A empresa

Antes de iniciar o estudo, é interessante descrever a empresa, relatando sua estrutura, tanto de produtos e serviços, quanto organizacional. Também deve ser descrito como é a conduta da gerência e diretoria da empresa e sua relação frente à resolução de problemas. E, por fim, de que forma os gestores buscam alternativas de crescimento e de manutenção da empresa.

Após a descrição inicial da empresa, inicia-se a primeira fase por meio da análise do posicionamento estratégico, seguindo-se pela análise dos processos e das atividades desenvolvidas na empresa. Após entender os processos e as atividades, é realizada a análise do sistema de indicadores de consumo e a alocação de recursos. Tal sistema é responsável pela mensuração e avaliação econômica dos planos de saúde, dos serviços e dos clientes.

Com a realização da análise interna, é possível constatar os problemas enfrentados pelos gestores da empresa quanto ao seu sistema de indicadores econômicos. Além disso, é possível ainda verificar se o sistema de alocação de custos é condizente com a realidade de mercado e se atende ao posicionamento estratégico da empresa. Com isso, levantam-se informações sobre as principais carências em informações da empresa.

4.2.2 Posicionamento estratégico

A análise do posicionamento estratégico da empresa dará condições de avaliar se seus objetivos estão sendo atingidos e se a empresa está conseguindo operacionalizar a estratégia. Assim, a empresa terá condições de verificar se a operação está alinhada à estratégia, ou se precisa ser ajustada.

Nessa análise, será verificado qual o foco do negócio e qual a segmentação de mercado escolhida pela empresa. Com isso, ao final do trabalho, a empresa poderá avaliar se o processo de operacionalização da estratégia está tendo resultados conforme os previstos no planejamento.

4.2.3 Sistema de avaliação econômica dos planos de saúde

Nessa etapa é descrito o sistema gerencial de custos e de que forma são avaliados economicamente o desempenho da gestão dos produtos, os serviços e clientes, bem como o sistema de indicadores econômicos que são fornecidos por meio das informações geradas por esse sistema de alocação de custos.

Também deve ser analisado de que forma essas informações estão sendo utilizadas e que impacto provoca na gestão da empresa e no seu posicionamento estratégico. É preciso verificar o conjunto de indicadores econômicos gerados pelo sistema de custos, e como as decisões tomadas com base nele podem influenciar decisivamente a empresa no mercado.

Nesse ponto, é descrito o problema da empresa em relação à necessidade de uma nova sistemática de gestão de custos indiretos em planos de saúde. Também devem ser citados quais problemas a empresa enfrenta sem um sistema adequado de gestão, e quais informações são necessárias, para que as decisões de gestão se tornem mais eficazes e alinhadas ao posicionamento estratégico da empresa.

4.2.3.1 Gerenciamento de custos

Para identificar esses pontos críticos, é necessária a descrição do sistema de alocação de custos e como são avaliados os resultados econômicos da empresa. Para tanto, é preciso avaliar o sistema utilizado, fazendo-se uma análise dos resultados obtidos na sua aplicação em um elemento piloto, que pode ser um departamento, um produto ou serviço ou um grupo de planos e clientes.

Sugere-se que a análise tenha por base planos de saúde, grupos de empresas, ou contratos de clientes, pois é um exemplo bastante completo do funcionamento do sistema quanto à avaliação econômica dos resultados.

4.2.3.2 Análise do sistema de custos e indicadores econômicos

Nessa etapa é feita a análise dos resultados obtidos a partir do sistema de custeio utilizado pela empresa. Esses resultados geram um conjunto de indicadores econômicos que podem ser analisados conjuntamente com as informações obtidas na fase de análise do macro e microambiente externo da empresa.

Com base nessas informações, avaliam-se as lacunas que o sistema de custos atual não consegue preencher, identificando questões estratégicas para a empresa que não podem ser avaliadas com segurança, se for com base no sistema de alocação dos custos indiretos.

Ao final dessa análise, obtêm-se informações que servirão de base para a formulação de um novo modelo de gestão dos custos indiretos em planos de saúde.

A nova sistemática de gestão de custos indiretos de planos de saúde depende da aplicação de um método de custeio e de gestão baseado em atividades ABC/ABM, com o que, a empresa terá à disposição informações para obter indicadores mais confiáveis quanto ao desempenho econômico do seu negócio.

4.2.4 Avaliação e considerações sobre o problema da empresa

Mediante informações obtidas com as análises feitas anteriormente, é possível dimensionar o problema de gestão da empresa em questão. Também poderá ser feita uma avaliação do impacto e das ameaças que o problema representa para a continuidade da empresa.

Com o problema delimitado, na próxima fase é descrita a estruturação do modelo que pretende suprimir a lacuna apresentada.

4.3 TERCEIRA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS PARA PLANOS DE SAÚDE, BASEADO NA ÓTICA DO ABC/ABM

Para o desenvolvimento de um sistema de gestão de custos indiretos, que possa avaliar de forma mais consistente o desempenho da gestão econômica dos planos de saúde, é necessário a implementação de um sistema de alocação de custos ABC, que fornecerá informações reais acerca do efetivo consumo de recursos pelas atividades desenvolvidas pela empresa.

De posse dessas informações, os gestores podem realizar a gestão baseada em atividades, buscando obter melhores resultados com a correta avaliação dos planos e dos clientes, frente ao posicionamento estratégico da empresa.

4.3.1 Implementação do ABC/ABM

A implementação de um sistema de custos ABC é um pouco complexa, e o trabalho deve ser desenvolvido em quatro etapas, até que o sistema possa ser implementado efetivamente na avaliação de um plano de saúde.

Para isso é necessária a divisão do processo em quatro etapas, que serão realizadas pelos gestores em conjunto com os responsáveis pela realização das atividades. A correta implementação do sistema depende do também correto levantamento e da mensuração de dados da empresa. Esses podem ser coletados tanto na contabilidade, quanto em mensurações de amostras de lotes de atividades escolhidos para esse fim.

4.3.1.1 Etapa nº 1 – Descrição dos processos e atividades

Primeiramente, devem ser verificados e descritos os processos que compreendem a gestão de um plano de saúde, desde a sua concepção, passando pela venda, até a entrega dos serviços de saúde propriamente ditos aos beneficiários do plano. O mapeamento dos processos deve ter o detalhamento de acordo com a capacidade de a empresa rastrear e mensurar o consumo de recursos dentro da viabilidade econômica do processo. Processos que tenham rastreamento ou mensuração muito complexos, poderão ser agrupados em um centro de custos de processos de apoio, podendo utilizar algum critério de alocação de custos indiretos mais adequado à realidade da empresa.

Após a divisão em processos de negócios, o próximo passo é a identificação das atividades desenvolvidas dentro dos processos.

Observa-se, na figura 19, que o fluxo dos processos e das atividades não é linear e permeia os departamentos, transpondo-os em determinadas etapas do processo, sendo finalizado normalmente por outro departamento.

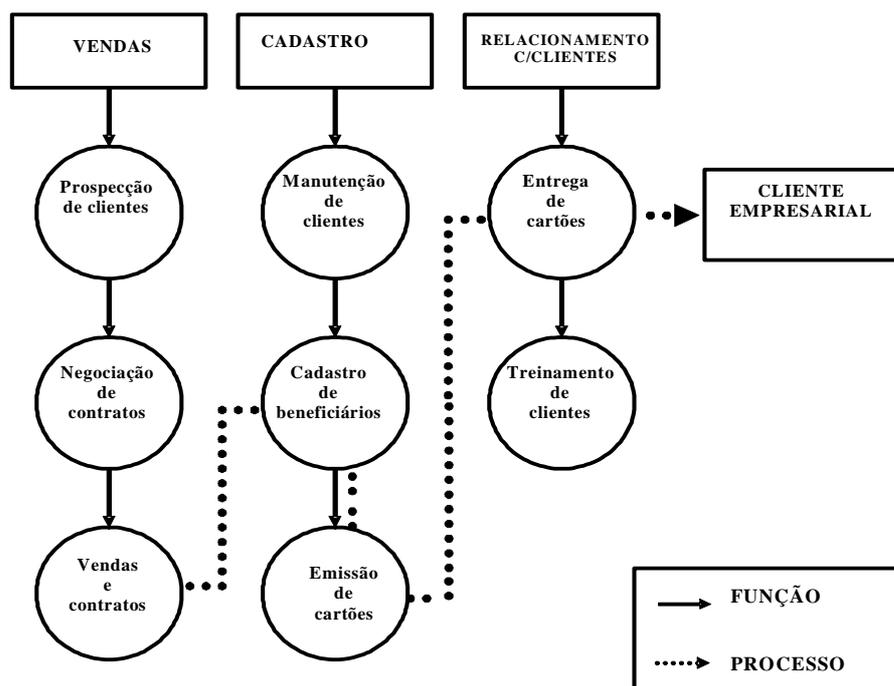


Figura 19: Fluxo de processos e atividades

Fonte: Adaptado de Ching, 2001, p. 47.

Por meio da análise dos processos, identificam-se pontos críticos, que podem estar provocando perdas na produtividade dos serviços. Outro fato importante é dado pela possibilidade de se obter uma visão ampla do negócio, vendo o mesmo como um todo, um processo de início, meio e fim. Essa possibilidade de visualização do todo permite às pessoas compreenderem o negócio como uma cadeia de valores, e não como uma pequena parte da empresa.

Pela lógica convencional, onde os departamentos e os centros de custos por responsabilidade são fechados e têm um fim em si mesmos, as pessoas tendem a ver seus departamentos como uma parte estanque, que tem somente a responsabilidade limitada à conclusão de suas tarefas, não considerando se o processo será bem concluído ou não.

Após ter desenhado os processos e as atividades do negócio de planos de saúde, é preciso definir quais são os direcionadores de custos mais recomendáveis para mensurar o consumo de atividades pelos planos e pelos clientes.

4.3.1.2 Etapa nº 2 – Escolha dos direcionadores de custo

O passo seguinte é decidir quais os direcionadores de custos serão utilizados pelo sistema.

A escolha deve ser feita baseada em critérios de facilidade e confiabilidade de mensuração do consumo de atividades e recursos por um objeto de custo.

Em algumas atividades, o melhor direcionador é o de mão-de-obra, horas de trabalho. Em outras atividades, o direcionador que pode executar melhor a tarefa é uma taxa referente ao volume de atividade. A escolha é feita levando em conta a melhor forma de mensurar a utilização de atividades por um objeto de custo.

A alocação da quantidade de atividade ao objeto de custo é feita com base na taxa de alocação. Essa é a razão entre o montante financeiro referente aos recursos acumulados pela atividade, dividido pela quantidade total de unidades do direcionar de custo. Exemplo: a emissão de faturas tem como direcionar a fatura; a taxa de alocação é obtida pelo valor total acumulado pela atividade, dividido pelo total de eventos do direcionador. Nesse caso, é o número total de faturas emitidas.

Observando-se a tabela 3, podem ser obtidos exemplos de escolhas de direcionadores e taxas de rateio de algumas atividades.

4.3.1.3 Etapa nº 3 – Mensuração e alocação dos recursos às atividades

Para obter as informações básicas para que na próxima etapa possam ser realizadas a aplicação e análise ABC/ABM, é necessário o levantamento de informações quanto ao consumo total de recursos que são alocados às atividades. Assim, se obtém o custo total da realização das atividades durante um determinado período. Esse custo refere-se ao custo total alocado para cada atividade, na execução de tarefas para todos os planos de saúde, serviços e clientes durante determinado período.

A tabela 3 pode ser utilizada como modelo para a consolidação dos dados referentes às atividades, aos direcionadores e às taxas de alocação.

Tabela 3 - Custo total das atividades, direcionadores de custo e taxas de alocação

ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	VALOR R\$	HORAS	QT	R\$ HORAS	R\$ QT
Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	342.000,00	25.168		13,59	
Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	58.400,00		116.800		0,50
Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord e gerente	84.000,00	1.936		43,39	
Vender	Comissões	43.000,00		8.500		5,06

Os valores referentes aos custos das atividades devem ser encontrados por meio da cuidadosa análise das tarefas realizadas dentro das atividades e dos custos incorridos na realização das mesmas. Para auferir tais valores, é necessário levantar dados da contabilidade convencional e também informações gerenciais a respeito da execução de cada atividade.

Os custos das atividades algumas vezes podem ser agrupados em atividades principais, somando-se todos os custos para a realização das mesmas e consolidando-os na atividade principal. Exemplo: a atividade de envio de cartões compreende uma série de tarefas e outras atividades, como: separação e agrupamento, envelopamento, emissão de etiquetas e postagem. Para simplificar o sistema, os gastos com as atividades secundárias foram agrupados na atividade principal – envio de cartões, e o direcionador escolhido foi o de número de postagens, por representar o maior custo unitário envolvido na atividade.

A realização desse trabalho de base depende da colaboração de todos os setores envolvidos no processo. O detalhamento e o refinamento das informações devem ser feitos com base sempre na lógica do custo/benefício da informação.

Essa fase é sem dúvida a mais trabalhosa, é uma atividade operacional e deve ser realizada cuidadosamente para que a mensuração dos custos e a alocação das atividades retratem da forma mais fiel possível, a realidade.

Na tabela 4, observa-se o exemplo da alocação de custos de tarefas e atividades secundárias a uma atividade principal.

Tabela 4 - Agrupamento de atividades

Atividades	Direcionador de Custo	Valor R\$/At.
Envio de Cartões Separação e agrupamento de famílias Envelopamento Emissão de etiquetas Postagem no correio	Postagem	0,80

4.3.1.4 Etapa n° 4 – Aplicação e análise ABC/ABM dos objetos de custo

Com todas as informações à disposição, finalmente será aplicada a metodologia ABC/ABM aos objetos de custo, os planos de saúde.

Devem ser escolhidos para análise planos ou clientes que gerem dúvidas quanto aos resultados. Esses estão ligados na base do problema, e a gestão dos mesmos pode afetar as decisões estratégicas da empresa, podendo levando-a a um posicionamento que não seria o mais adequado para a sua realidade.

Com isso, é necessário realizar a análise com a aplicação do ABC/ABM nos mesmos produtos já avaliadas anteriormente no item 4.3.3.2. Ao final do trabalho, poderão ser feitas a comparação dos dados e a reflexão sobre os resultados, verificando se o posicionamento da empresa está adequado ou não.

O processo de mensuração é semelhante ao realizado quando foram auferidos os custos totais das atividades. Devem ser verificadas e analisadas informações contábeis e gerenciais. Nesse caso, as informações levantadas por meio das informações gerenciais são mais importantes, pois são essas que normalmente fornecem subsídios para a mensuração da quantidade de atividades utilizadas para a realização de um processo num dado período de tempo.

Com os dados obtidos pela mensuração das atividades, basta multiplicar os valores de consumo de atividades pela taxa do direcionador de custo e, assim, obter o custo total da atividade consumida dentro do processo do referido plano. E, com o somatório dos custos das atividades, o quadro apresentará o custo total da gestão do plano de saúde,

fornecendo assim importantes subsídios para o gerenciamento das atividades e também para a avaliação dos resultados econômicos dos planos de saúde analisados.

Esse processo deve ser repetido para fazer-se a análise de todos os planos a serem comparados.

Tabela 5 - Análise ABC de plano de saúde

PROCESSOS	ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	TAXA	CONSUMO	VALOR
VENDAS	Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	13,59	0	0,00
	Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	0,50	0	0,00
	Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord. e gerente	43,39	0	0,00
	Vender	Comissões	5,06	0	0,00

A tabela 5 descreve a mensuração do consumo de atividades pelo plano e a alocação de custos de todos os processos envolvidos na gestão de planos de saúde. A sua análise oferece uma visão ampla do negócio. Também através da análise desse quadro podem ser obtidas diversas informações importantes para a confecção de um painel de indicadores de gestão econômica dos planos, possibilitando comparativos entre os resultados dos diferentes planos ou clientes.

Com essas informações, os gerentes têm melhores condições de avaliar se a operação dos planos está realmente adequada ao posicionamento estratégico escolhido pela empresa.

4.3.2 Análise de indicadores de gestão econômica

Com a consolidação das informações obtidas com o uso do ABC/ABM, obtém-se um painel de indicadores, que possibilita a condução da gestão econômica dos planos de saúde de forma mais segura e confiável.

Essa metodologia permite que sejam feitas análises sob diversos aspectos, dependendo do interesse, do foco e da necessidade que tem a empresa de obter informações a respeito de determinados pontos críticos.

As informações econômicas obtidas com a utilização dessa metodologia oferecem indicadores para que sejam analisados a rentabilidade dos planos de saúde, os contratos e

os clientes. Essas informações serão úteis para alimentar o sistema de informações estratégicas e gerenciais que subsidia a decisão sobre o posicionamento estratégico da empresa.

4.3.3 Sistematização de informações gerenciais de apoio à gestão econômica e estratégica

A combinação das informações estratégicas de mercado, das estratégias internas, e das informações de indicadores econômicos permite sistematizar um amplo conjunto de informações.

Esse sistema combina informações estratégicas com indicadores de desempenho econômico, constituindo-se numa ferramenta de apoio à decisão gerencial.

Com isso, pretende-se contribuir para o aprimoramento da gestão nas operadoras de planos de saúde, criando o processo inicial para a sistematização de informações estratégicas, que permitam a evolução e criação de métodos para a melhoria da gestão dessas empresas.

No próximo capítulo, o modelo apresentado é implementado em uma operadora de planos de saúde, a Unimed Nordeste RS. Assim, pretende-se testar a viabilidade do sistema na gestão de custos indiretos em planos de saúde.

5 IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Neste capítulo, é apresentada a implementação do modelo desenvolvido no capítulo 4 em uma operadora de planos de saúde, a Unimed Nordeste RS.

5.1 PRIMEIRA FASE: ANÁLISE DO MACRO E MICROAMBIENTE EXTERNO

5.1.1 Análise do macroambiente externo

O ambiente externo deve ser analisado sob a ótica da evolução social e econômica e sob o impacto que essa evolução provoca no mercado de planos de saúde. Devido à forte intervenção e regulação estatal, também é preciso realizar a análise do impacto da legislação e das normas fiscais sobre as diferentes categorias de operadoras de planos de saúde.

5.1.2 Análise do macroambiente econômico e social

A análise social e econômica já foi realizada no capítulo 2, item 2.6 e no capítulo 3, item 3.5., e a mesma serve de base para o levantamento dos principais fatores que estão ou virão a influenciar os agentes inseridos no setor. Assim, é possível listar, sob o ponto de vista socioeconômico, os principais elementos que devem ser considerados no planejamento estratégico das empresas que atuam nesse setor.

Portanto, neste capítulo não é feita novamente a análise, mas, somente são listados os principais pontos encontrados, conforme análise realizada nos capítulos anteriores, isto é, os fatores que mais têm produzido reflexos no setor:

- evolução da medicina no mundo;
- evolução tecnológica do setor de equipamentos médicos;
- evolução do setor farmacêutico;

- rápida difusão das informações e da tecnologia;
- elevação do consumo *per capita* dos recursos de saúde;
- elevação constante nos custos com saúde;
- redução de investimentos públicos na área da saúde;
- redução do financiamento público da saúde;
- aumento da expectativa de vida da população;
- busca por melhoria da qualidade de vida;
- crescimento da exigência dos consumidores;
- estilo de vida atual;
- crescimento dos fatores de risco de doenças não contagiosas;
- crescimento da violência entre a população mais jovem;
- aumento do uso de drogas;
- aumento da exigência dos consumidores;
- acirramento da competitividade no setor;
- abertura de mercado.

Os diversos fatores listados têm como principal reflexo o aumento de custos de assistência à saúde. Então, pode-se afirmar que o principal problema que afeta, e continuará afetando o setor, é a tendência de aumentos constantes nos custos de assistência à saúde.

Todos esses fatores têm contribuído para o encarecimento dos recursos em saúde, seja pelo aumento do uso, pela elevação dos custos dos recursos, pela evolução tecnológica, seja pelo aumento da expectativa de vida e pela exigência do consumidor por melhor qualidade nos serviços.

Também merece ser destacado que a competitividade do setor tem crescido muito nos últimos anos. Com a previsão de abertura nos mercados de serviços, essa concorrência deverá ficar ainda mais acirrada.

O aumento de custos e o crescimento da concorrência indicam que as empresas do setor de saúde suplementar devem aumentar a competitividade, mediante melhoria da gestão econômica e estratégica, para que proporcionem à empresa melhores condições para gerirem seus planos de saúde.

Como o estudo detém-se no impacto que os custos têm sobre os planos de saúde, é importante discutir melhor as causas da elevação dos custos assistências e seus reflexos sobre os planos de saúde.

5.1.2.1 A elevação dos custos e as dificuldades de custeio

Havia uma expectativa, por parte do governo, de um rápido crescimento da população atendida pelo sistema de saúde suplementar, com a migração de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devido à limitação que apresenta. Entretanto, dados recentes da ANS revelam que a população assistida por planos de saúde está estável. Na figura 20, observa-se o número total de pessoas atendidas por planos de saúde no Brasil. Houve um incremento no ano 2000, mas após o setor estabilizou-se. Conseqüentemente, não ocorreu a redução do número de usuários e a desoneração do SUS para atender as novas populações; ao contrário, conforme citação de Miranda (2003):

O rigor burocrático imposto pela ANS e a retração significativa do mercado resultaram no encerramento das atividades de diversas empresas, nacionais e transnacionais, trazendo à baila a necessidade de um gerenciamento mais austero dos recursos disponíveis. Nesse corolário de dificuldades, a sustentação do sistema passa a ser questionada e a necessidade de ferramentas de gestão mais eficazes torna-se a tônica das demandas da alta gerência. Em verdade, na impossibilidade de crescimento sustentável da população de usuários, as empresas passaram e exercer atitudes compatíveis com canibalismo de mercado, cujas conseqüências desastrosas podem ser discutidas no escopo teórico da gestão estratégica. (MIRANDA, 2003, p. 4).

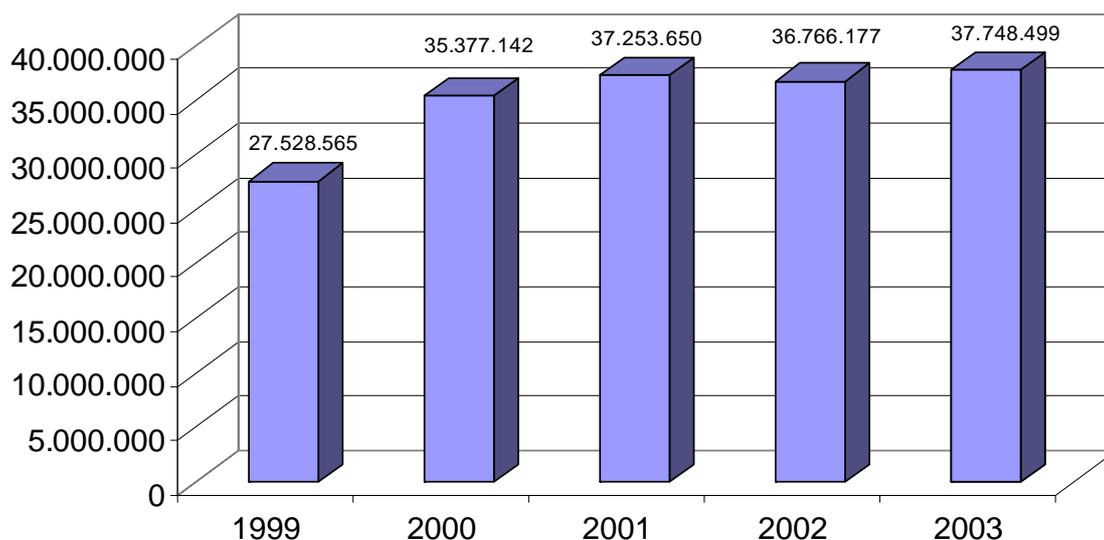


Figura 20: Crescimento do número de usuários de planos de saúde no Brasil

Fonte: ANS, 2003.

Com essa observação, Miranda (2003) explica que a intervenção estatal acabou desestimulando o sistema privado e trouxe uma nova tônica para o setor. Como financiar o sistema que tem custos crescentes e impossibilidade de expansão? Essa é uma questão que precisa ser resolvida com prioridade. Para Iglert (2003), na medida em que o envelhecimento populacional, a incorporação de novas tecnologias na execução dos procedimentos e a constatação de um aumento na utilização dos serviços. Esse fenômeno é chamado de inflação da saúde, e, se não for controlado, tende a inviabilizar economicamente os planos de saúde.

Para Miranda (2003), outro fator que complica o gerenciamento dos custos são as receitas fixas e predeterminadas, em contraposição com as despesas que sofrem a variabilidade dos gastos com assistência médica. A tendência de elevação dos custos, combinada à oscilação do risco, faz do gerenciamento dos custos de assistência à saúde uma tarefa cada vez mais complexa, porém, cada vez mais necessária.

No figura 21 verifica-se a diferença entre os índices de inflação e o reajuste máximo permitido pela ANS para os planos de saúde. Isso demonstra que a defasagem da receita também é outro fator que colabora com a elevação da relação entre custo e receita.

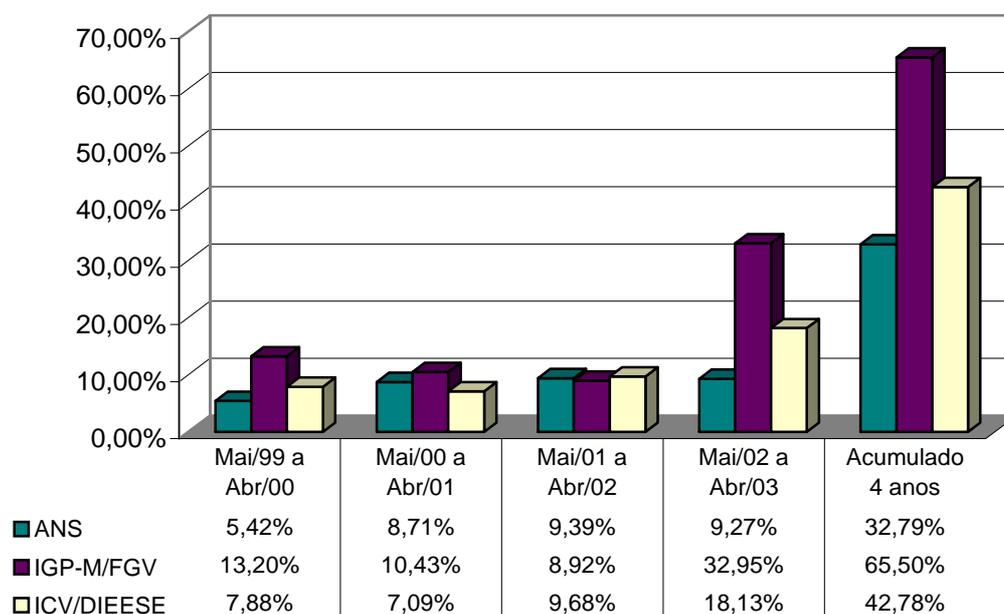


Figura 21: Comparação dos índices de reajuste aplicados pela ANS com as taxas de inflação medidas pela FGV e pelo Dieese

Fonte: Montone, 2003, p. 30.

5.1.3 Análise do macroambiente legal e tributário

Segundo Bahia et al. (2002), em 3 de junho de 1998, a Lei 9.656 estabeleceu os princípios e as diretrizes para a operação dos planos de saúde no Brasil, que foi alterada por 44 Medidas Provisórias, sendo a última a de número 2.177, datada de 24 de agosto de 2001.

No ano 2000, foi aprovada a Lei 9.961, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passou então a assumir a regulação do setor. A partir de então, por meio de diversas Resoluções da Diretoria Colegiada, RDC; Resoluções Normativas, RN; Resoluções Operacionais, RO; a agência vem normatizando e fiscalizando as operações no setor, tanto no que se refere à constituição das empresas operadoras quanto aos direitos e às obrigações dos beneficiários dos planos de saúde. A ANS também fiscaliza a atuação de empresas empregadoras, quando a operação se dá na modalidade de autogestão. (MIRANDA, 2003; MONTONE, 2003).

Segundo Miranda (2003), os relatórios de gestão da ANS mostram balanços positivos em relação ao impacto da legislação no setor, destacando a evolução de uma atuação

livre das operadoras no mercado, para uma atuação controlada com obrigatoriedade de obtenção de autorização para funcionamento, concedida após demonstração de sua viabilidade econômico-financeira.

Um dos problemas que as operadoras passaram a enfrentar, cita Miranda (2003), refere-se ao acesso de beneficiários de alto risco. A ANS introduziu normas que impedem a seleção de risco, e outras que estabelecem as condições para entrada e saída dos beneficiários do plano. Da mesma forma, em relação à assistência, estabeleceu normas quanto à cobertura, sob a ótica da assistência integral à saúde. Também acabou a restrição nos limites de número e tipos de procedimentos, e a ampliação da abrangência das doenças para todas as que integram a Classificação Internacional das Doenças da OMS. (SALAZAR et al., 2002).

Para Miranda (2003), analisando dados da ANS, observa-se um importante avanço na organização do setor, que tem maior transparência na relação entre beneficiários, prestadores de serviços e operadoras.

Com referência à tributação, o principal problema enfrentado pelas cooperativas operadoras de planos de saúde é o constante aumento da carga tributária que recai sobre os planos. Aliado a isso, há um crescimento das empresas que utilizam a filantropia para reduzir a carga tributária dos planos. Isso faz com que as operadoras cooperativa, enfrentem uma concorrência injusta, pois não há um tratamento fiscal igualitário para todos os competidores.

Outro fator, que tem sido um ponto de atrito entre as operadoras de planos de saúde e o Fisco, é a base de cálculo para o cálculo de tributos que incidem sobre a Receita. Como as operadoras de planos de saúde são administradoras e repassadores de recursos, logo se entende que a base de cálculo deve incidir somente sobre o valor agregado pela operadora e não sobre o valor total cobrado nas mensalidades dos planos de saúde. Essa discussão é muito importante, pois caso a tese das operadoras não seja aceita pelo Estado, isso implicará aumentos de preços consideráveis dos serviços.

Portanto, é fundamental para as operadoras manterem departamentos jurídicos sempre atualizados sobre todas as questões tributárias que podem refletir sobre as operadoras e, assim, manter os gestores sempre informados, possibilitando-lhes tomar decisões rápidas e baseadas em informações confiáveis.

Inicialmente é discutido o mercado de planos de saúde global e nacional, no qual são consideradas as variáveis que influenciam os rumos do setor em todo o mundo e principalmente no Brasil.

Em seguida a análise se restringe ao mercado onde a cooperativa atua, verificando o resultado da relação entre os agentes do sistema local.

5.1.4 Análise do mercado de planos de saúde

Para Peck e Handscombe (2000), é necessário o desenvolvimento de uma nova matriz no marketing de serviços de saúde, pois, dentro do marketing da saúde, a doença acaba sendo tratada como foco principal. Assim, o consumidor sente-se estimulado a utilizar os serviços, provocando um aumento da demanda.

Para Miranda (2003), os planos de saúde, de forma geral, acabam estimulando a utilização dos serviços de saúde. Devido à política estratégica usada, os planos procuram vender seus serviços, sua rede de prestadores, confiança e segurança dos médicos. Com essa disponibilidade, a demanda acaba crescendo. O próprio plano de certa forma está dizendo: use, use,..., ou seja, como os serviços são intangíveis, a compra é decidida por meio da análise da informação e pela forma com a qual ela consegue tornar tangível para o consumidor o serviço proposto. Com isso, o consumidor acaba comprando um plano de doença, e não um plano de saúde.

O foco deveria estar centrado na saúde, na prevenção, na busca da qualidade de vida, longevidade, dando pequenos espaços para a garantia e a segurança em ter um determinado plano. Assim, as informações recebidas pelos clientes seriam a de buscar a saúde. Prevenir é melhor do que remediar, e a qualidade de vida depende da forma como se cuida da saúde enquanto se está saudável, e não após ficar doente.

5.1.4.1 Os agentes do sistema

Para Miranda (2003) a gestão de planos de assistência à saúde deve analisar e levar em conta os principais agentes que atuam no sistema a partir de suas crenças e interesses.

1.As operadoras de saúde

As operadoras de planos de saúde suplementar acreditam que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde são os grandes responsáveis pelo aumento do custo assistencial à saúde. Por isso, criam formas para evitar a realização ou o pagamento dos procedimentos que consideram desnecessários ou praticados irregularmente. As operadoras entendem que os beneficiários dos planos são movidos pela conveniência do uso e, por isso, criam formas para evitar a adesão ao sistema apenas em momentos de necessidade. Acreditam participar de um sistema no qual são obrigados a trabalhar com valores de contribuição cada vez menores e com despesas de serviços cada vez maiores, prejudicando seus resultados a ponto da inviabilidade econômica. (MIRANDA, 2003; BAHIA et al., 2002).

2.Contratantes dos serviços de saúde (pessoas jurídicas)

Os contratantes dos serviços de planos de saúde, pessoas jurídicas, acreditam ser necessário, conforme políticas próprias de benefícios, ou são obrigados, por acordos trabalhistas, a oferecer planos de saúde para seus funcionários e dependentes. Como se trata de um benefício, o qual é uma despesa para a empresa contratante, eles querem pagar o mínimo possível e, principalmente, não ter nenhum tipo de problema que prejudique a operação do seu próprio negócio. Normalmente, os contratantes se importam mais com os custos do que com a qualidade dos serviços (MIRANDA, 2003; SENINGER, 2003).

3.Pessoas associadas aos planos de saúde

As pessoas associadas aos serviços de planos de saúde acreditam que as operadoras de planos saúde querem tornar difícil a realização de muitos procedimentos de que necessitam e têm direito. Elas entendem que os prestadores de serviços e os profissionais de saúde têm condições técnicas para resolver seus problemas de saúde, e confiam que os mesmos estão interessados em mantê-los saudáveis. Acreditam que pagam um valor mensal, normalmente considerado caro e sujeito a reajustes abusivos. Então, com o intuito de valorizarem seus gastos, acabam utilizando os serviços de saúde, quando quiserem e bem entenderem sem consciência do caráter coletivo da sua contribuição. (MIRANDA, 2003).

4.Prestadores e profissionais de serviços de saúde

Os prestadores e profissionais dos serviços de saúde credenciados pelas operadoras de planos de saúde, para prestar atendimento aos beneficiários de planos, acreditam que recebem muito pouco pelos serviços que prestam. Entendem que as operadoras de saúde são beneficiadas com essa situação. Acreditam que as operadoras de saúde querem ganhar sempre e, por isso, criam formas de cobrar tudo o que podem e o que não podem, com a alegação de que precisam sobreviver. (MIRANDA, 2003).

Esse quadro contempla as relações conflituosas e distorcidas que são encontradas dentro do setor, e compõe esse complexo sistema de assistência à saúde, no qual os agentes movem-se de acordo com seus interesses, muitas vezes prejudicando um outro agente envolvido no processo. Segundo Miranda (2003), as relações que seguem a operação do sistema tornam os agentes extremamente interdependentes.

A seguir é descrita a base de ações e reações do sistema:

- os prestadores de serviços baseiam sua viabilidade econômica na geração de despesas para o sistema, o que resulta em um clima de adversidade entre operadoras e beneficiários;
- existe falta de sensibilidade coletiva dos beneficiários para o uso adequado dos recursos disponíveis. Com isso geram-se desperdícios, fraudes, o que acaba elevando os custos do sistema. Conclui-se que os beneficiários não têm noção dos custos dos benefícios disponíveis;
- a inflação da saúde é causada principalmente pela utilização em larga escala de novas tecnologias para a realização do diagnóstico e tratamento de doenças. Também existe a elevação de custos resultantes do aumento da longevidade, dos riscos legais, aumentando os custos de maneira desproporcional aos benefícios gerados. A utilização dos sistemas de saúde também cresce, na medida em que as características da vida moderna: a competição, o estresse, o sedentarismo, a violência, a insegurança, os hábitos alimentares nocivos, entre outros, funcionam como geradoras de demanda.

Os sistemas de informação e de indicadores, capazes de gerir os relacionamentos entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviços, são precários. Estão muito longe de operar como uma rede, integrando todos os agentes, visando à maximização do uso dos recursos por todos.

A preocupação central na gestão dos sistemas de saúde está na redução de custos, e inexistente incentivo para a melhoria do desempenho do sistema, harmonizando qualidade e custos.

A análise macroscópica do cenário sugere que o gerenciamento do sistema de assistência e atenção à doença e à saúde não garante a criação de um sistema de saúde sustentável ou viável ao longo do tempo. Portanto, propostas inovadoras de gestão deverão considerar relevante criar mecanismos de gestão que solucionem ou minorem os dilemas do sistema. (MIRANDA, 2003, p. 9).

Se a situação não for revertida, os sistemas de saúde estão correndo o risco de se tornarem inviáveis economicamente. Para combater essas situações, várias alternativas são propostas, quase todas baseadas na necessidade de mudar o foco do sistema da doença para a saúde por meio da adoção de medidas preventivas.

5.1.5 Análise do mercado na região de atuação da Unimed Nordeste RS

A Unimed Nordeste RS é líder do mercado de planos de saúde desde a sua fundação, chegando a trabalhar muitos anos sem sofrer concorrência. Mas, com o crescimento da demanda por planos de saúde privados, começaram a surgir empresas e entidades dispostas a investir no ramo.

Somente na década de 90, surgiram concorrentes locais para disputar mercado com a Unimed Nordeste RS. Portanto, foram quase 20 anos praticamente sem uma concorrência estruturada. Como a concorrência era incipiente, a Unimed Nordeste RS sucumbiu à tendência de acomodação, comum às empresas nas mesmas situações de liderança de mercado. Essa acomodação resultou em um certo descaso com o mercado, que não tardou em sentir-se refém de uma empresa monopolista. A atitude e o posicionamento da cooperativa davam respaldo a esse pensamento coletivo da maioria dos clientes.

Assim, por muito tempo não houve investimento no desenvolvimento de técnicas de gestão mais avançadas, que permitissem que a cooperativa continuasse a competir em um mercado no qual a concorrência vem aumentando gradativamente. Com isso, a cooperativa não evoluiu seus processos internos na mesma ordem do crescimento do negócio.

Quando a concorrência passou a ter maior agressividade no mercado, a diretoria da cooperativa não tinha experiência nem ferramentas de gestão que subsidiassem uma reação. Por isso, a Unimed buscou rapidamente auxílio para desenvolver a gestão da cooperativa. Passou a investir na profissionalização dos quadros funcionais, buscando profissionais qualificados no mercado, que pudessem trazer experiência administrativa para a cooperativa. Assim, a cooperativa evoluiu em um curto espaço de tempo, pelo menos o suficiente para administrar de forma mais segura seu negócio.

Hoje, os gestores da Unimed Nordeste RS entendem que precisam estar preparados para administrar, sempre voltados à melhoria da gestão. Existe a consciência de que é preciso melhorar, buscar alternativas e novas formas de fazer. Essa é a forma de manter-se e preparar-se para continuar liderando o mercado no futuro.

O mercado de saúde na região de atuação da Unimed Nordeste RS é constituído pelos serviços de saúde pública e o sistema de saúde privado. A população da região é de aproximadamente 700 mil habitantes, e aproximadamente 425 mil, 61% da população, contam com algum plano de saúde privado, enquanto o restante é atendido pelo sistema público de saúde. Isso significa que, por ter um índice muito alto da população total com planos de saúde, o mercado já está chegando próximo da saturação da demanda. Então, a disputa por novos clientes se dá em cima da carteira dos concorrentes, o que torna o mercado muito mais disputado.

Com a análise da figura 22, verifica-se que a participação de mercado da Unimed é de 64%, ou seja, quase o dobro do que todos os outros juntos. A Unimed atende 43% do total da população da região. Esses números confirmam a responsabilidade e a importância que a Unimed Nordeste RS tem com a saúde da população da Região Nordeste Do Estado do Rio Grande do Sul.

Sabe-se que o mercado não tem crescido nos últimos anos e, devido aos reflexos da crise econômica, muitas empresas têm procurado por planos de saúde mais baratos. Essa situação acaba favorecendo os concorrentes, pois operam com preços inferiores ao da cooperativa, o que corrobora com a necessidade de a cooperativa implantar um sistema de controle e de gestão de custos que contribua com a racionalização dos custos indiretos, melhorando a competitividade e os resultados econômicos da cooperativa.

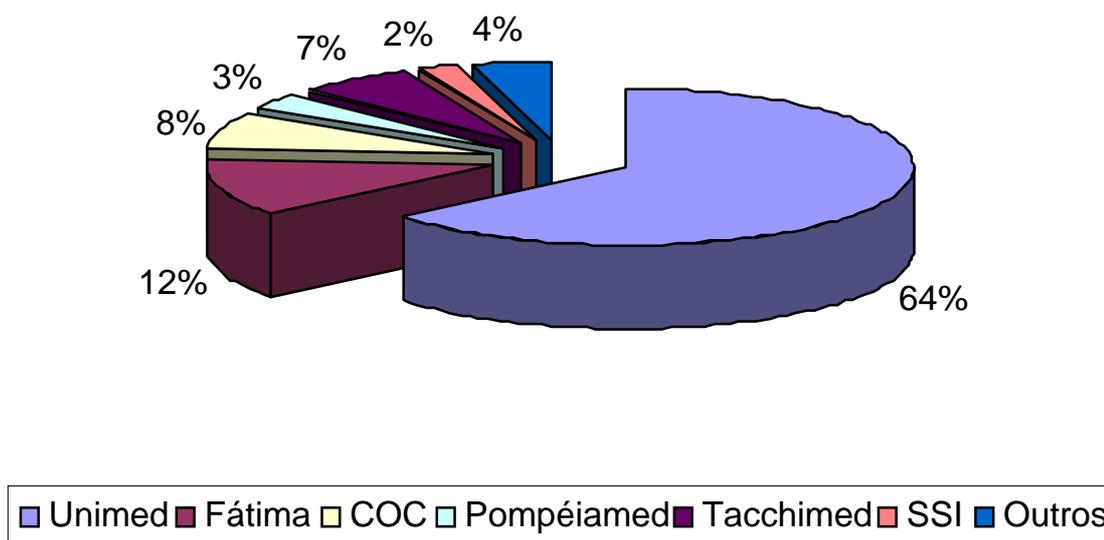


Figura 22: Participação no mercado de planos de saúde na Região NE / RS

5.1.5.1 Análise da concorrência

• Plano Fátima

O Plano de Saúde Fátima é operado pelo Grupo Fátima. É classificado como uma empresa de medicina de grupo. O grupo também tem um hospital, rede de farmácias e laboratório. Os beneficiários desse plano de saúde são atendidos somente nos serviços próprios do grupo e em alguns poucos serviços credenciados. O plano não tem rede nacional de prestadores de serviços e, quando é necessário utilizá-lo fora da região de atuação, as despesas são reembolsadas de acordo com a tabela padrão do plano. Devido às restrições no atendimento, os custos do plano são menores, o que possibilita a cobrança de preços baixos. O Grupo Fátima também oferece os serviços de saúde ocupacional para os clientes empresariais, e nessa modalidade é o líder de mercado na região. O plano de saúde atende aproximadamente 52 mil beneficiários.

- **Plano de Saúde do Círculo – COC**

Esse plano é operado por uma entidade sem fins lucrativos, o Círculo Operário Caxiense, uma instituição tradicional em toda a região. A entidade tem hospital próprio, rede de farmácias, laboratórios clínicos e serviços de diagnóstico de imagem, o que lhe permite ter uma integração vertical reduzindo muito os custos assistenciais do plano. Entretanto, oferece uma rede restrita composta pelos seus serviços próprios e mais alguns prestadores. Esse plano compra serviços médicos da Unimed Nordeste RS, que fornece seus médicos credenciados para os beneficiários do Círculo. O hospital do COC tem como seu principal cliente a Unimed Nordeste RS, que é responsável por aproximadamente 50% da ocupação do mesmo. O contrato de parceria tem sido prejudicial para a cooperativa, pois o COC passou a concorrer diretamente com ela. De acordo com o contrato, a Unimed oferece ao COC seus médicos cooperados, que são o principal diferencial da cooperativa. Assim, a Unimed está tendo que enfrentar um concorrente, que era um antigo parceiro e está muito ligado à marca Unimed. O plano do Círculo atende aproximadamente 34 mil beneficiários.

- **Tacchimed**

Esse plano pertence ao Hospital Beneficente Tacchini de Bento Gonçalves. Sua atuação se restringe somente à cidade de Bento Gonçalves, onde é líder de mercado, e em algumas cidades próximas, nas quais não consegue competir com a Unimed. Sua principal força é o Hospital Tacchini, que é considerado pela população um bom serviço de saúde. Contudo, sua maior força reside no fato de que é o único hospital da cidade – e não aceita ser credenciado pela Unimed. Com esse impeditivo, fica muito difícil o crescimento da Unimed na cidade, pois, quando for preciso internação, o beneficiário Unimed terá que ir para outra cidade, ou utilizar o Hospital Tacchini, e após solicitar reembolso de parte das despesas. O plano Tacchimed atende aproximadamente 30 mil beneficiários.

- **Outros concorrentes**

São concorrentes menos expressivos os planos de saúde de autogestão de grandes grupos empresariais, destacando-se o SSI, do grupo Randon S.A., que conta com mais de 10 mil beneficiários. Além desses principais concorrentes, existem mais algumas pequenas empresas de medicina de grupo que não são representativas para efeito de análise. Também é preciso considerar que existem muitos beneficiários de planos de saúde de outras regiões. Exemplo: Bradesco Saúde, Amil Saúde, Golden Cross, Sul América e até mesmo Unimed de outras regiões. Individualmente, nenhum deles é representativo, mas, em conjunto, somam aproximadamente 25 mil usuários.

Um dos concorrentes, o plano Pompéamed, foi incorporado pela Unimed em dezembro de 2003. Com isso, foram integrados mais 14 mil beneficiários à carteira da cooperativa. O plano continuará usando a marca Pompéamed e continuará tendo rede restrita, com o principal ponto de atendimento no Hospital Pompéia, que é o maior e mais completo hospital da região. Com essa estratégia, a Unimed pretende ter uma opção com custos mais baixos, para focar o mercado de renda inferior, que exige preços mais baixos.

- **Novos entrantes**

O mercado de planos de saúde da Região Nordeste tem uma das maiores taxas de penetração, aproximadamente em cada dez pessoas sete já possuem algum tipo de plano de saúde suplementar privado. Dessa forma, não existe um grande interesse por novos entrantes em explorar o mercado. As grandes operadoras nacionais, para estabelecerem uma base numa nova região, precisariam de uma carteira inicial considerável. Isso levaria tempo, pois o processo de compra ou de troca de planos de saúde é demorado. E, assim, não possibilita aos entrantes conquistarem rapidamente um número de clientes que viabilize investir na região. Contudo é importante ressaltar que, para obter uma carteira de clientes pronta, bastaria algum entrante comprar uma operadora já estabelecida localmente. Dessa forma já entrariam no mercado num patamar que lhe permitisse brigar pelo mercado. Sendo assim, a Unimed Nordeste RS deve ficar sempre atenta às possíveis perturbações no mercado, para não ser surpreendida com a entrada de algum grande concorrente na sua região de atuação.

5.1.5.2 Análise dos clientes

A carteira de clientes da cooperativa atingiu, em dezembro de 2003, 295 mil clientes, somando-se todos os beneficiários de todos os planos da cooperativa.

A Unimed Nordeste RS detém uma fatia substancial do mercado de planos de saúde na região, o que lhe traz uma grande responsabilidade em relação aos seus beneficiários, que tem um nível de exigência elevado em relação aos serviços prestados, tanto pela cooperativa quanto pelos prestadores.

Os gerenciamentos das relações com os clientes são realizados por departamentos distintos, especializados no público focado. As empresas são atendidas por equipe de analistas

de negócios. Já os beneficiários, pessoas físicas, contam com um moderno sistema de atendimento ao cliente e um departamento de relacionamento. Existe um grande cuidado com os beneficiários, justificando o investimento constante na melhoria do relacionamento da Unimed com seus diversos públicos.

A busca por novos clientes é realizada por uma equipe que trabalha exclusivamente a prospecção e venda de planos para novos beneficiários.

Sendo o mercado bastante saturado, a Unimed Nordeste RS entende que, para continuar o crescimento de sua carteira de beneficiários, precisa obter mercado de seus concorrentes. Dessa forma, existe a necessidade de desenvolvimento de novos planos para outros segmentos de mercado, procurando adaptar os serviços aos padrões desse público.

5.1.5.3 Análise dos prestadores de serviços

A Unimed tem credenciado, em sua área de atuação, uma ampla rede de prestadores de serviços. Esses, na maioria das vezes, têm na cooperativa seu maior cliente, sendo responsáveis por 50% a 95% de sua receita. Com isso, a Unimed Nordeste RS tem maior facilidade na imposição de negociações que sejam mais adequadas à realidade dos custos dos planos de saúde.

Como visto no capítulo 2, a oferta de serviços de saúde provoca o aumento da demanda. Portanto, a grande rede de prestadores oferecida pela Unimed Nordeste RS, por um lado agrega um diferencial ao plano, mas por outro lado proporciona um rápido aumento do uso, trazendo conseqüências na elevação da sinistralidade do plano.

Entretanto, a remuneração paga não satisfaz as necessidades financeiras dos prestadores, colocando em risco a qualidade ofertada para os clientes da Unimed. Assim, surge uma difícil equação: como conciliar os interesses dos prestadores, possibilitando-lhes uma remuneração justa, dentro dos padrões que possam ser suportados pelos planos de saúde?

A busca por qualificação de toda a cadeia, que envolve a prestação de serviços em saúde, é fundamental para a continuidade e para a qualificação do sistema. Com isso, a cadeia

poderia obter ganhos com melhoria de produtividade, os quais poderiam ser distribuídos pelos agentes, sem onerar o cliente.

5.2 SEGUNDA FASE: ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO

Essa análise é feita tendo por base a verificação e discussão da empresa, de seu posicionamento estratégico e de seu sistema de gestão de custos.

5.2.1 A empresa

A Unimed Nordeste RS é uma cooperativa de trabalho médico que tem, na administração de planos de saúde suplementar, seu principal negócio. Os outros negócios da cooperativa, como hospital, plantões, serviço de remoções, etc., existem somente em razão da busca de melhoria na administração dos custos dos planos de saúde.

A Unimed é uma cooperativa de serviços médicos, criada e dirigida por profissionais da Medicina, garantindo-lhes a ética na prática profissional, enquanto o beneficiário (cliente) tem o privilégio de ser atendido com qualidade, atenção e segurança no consultório do sócio do Sistema. Sem finalidade lucrativa, a Unimed presta assistência à saúde através de meios clínicos, ambulatoriais ou hospitalares, tanto aos beneficiários particulares quanto aos empresariais e associativos (pertencentes a associações e/ou entidades). Com o surgimento das cooperativas médicas, o médico ampliou seu mercado de trabalho mediante uma remuneração mais justa. (SIEBEL, 2003).

5.2.1.1 Histórico da empresa

O cooperativismo consiste num sistema de organização com característica e ideologia próprias, iniciado em 1844 na Inglaterra por um grupo de tecelões. Seus princípios nortearam a criação de cooperativas médicas, sendo a primeira a ser fundada em 1967, em Santos (São Paulo). No Rio Grande do Sul, a primeira cooperativa médica a ser inaugurada foi em Erechim, no ano de 1971. Hoje, o Sistema congrega 386 Unimed (singulares),

distribuídas em 4.300 municípios brasileiros, totalizando mais de 11,7 milhões de beneficiários e 98 mil médicos cooperados.

A cooperativa foi fundada em 9 de junho de 1972 por um grupo de 42 médicos. Integra a Federação das Unimed do Estado do Rio Grande do Sul, que reúne 30 cooperativas singulares no Estado. Tem uma carteira total de cerca de 305 mil beneficiários distribuídos em planos assistenciais, de saúde ocupacional e de acidente de trabalho. Os beneficiários estão distribuídos entre os 17 municípios de sua área de abrangência. Atualmente, a cooperativa é composta por 1.004 médicos cooperados, que realizam uma média mensal de 75 mil consultas em toda a área de ação.

A Unimed Nordeste RS é a singular que tem o maior índice de beneficiários em relação à população da sua região no Rio Grande do Sul. Em termos de receita e beneficiários, é considerada a segunda maior do Rio Grande do Sul e a sétima do País. A cooperativa tem sua sede em Caxias do Sul, e conta com oito escritórios regionais, que prestam os mesmos serviços da sede, agilizando o atendimento aos beneficiários residentes nas cidades onde estão instalados.

Estão localizados em:

- Antônio Prado
- Bento Gonçalves
- Carlos Barbosa
- Farroupilha
- Flores da Cunha
- Garibaldi
- Nova Petrópolis
- São Marcos

5.2.1.2 Estrutura organizacional

Essa singular é administrada por um presidente e por um vice-presidente, nomeados pelo Conselho de Administração pelo período de um ano. A Diretoria Executiva é escolhida pelo presidente e é formada por:

- Diretoria Superintendência;
- Diretoria Técnica;
- Diretoria de Mercado;
- Diretoria de Serviços Próprios;
- Diretoria de Medicina Preventiva.

Segundo o Estatuto da cooperativa, os cargos diretivos somente podem ser exercidos por médicos cooperados.

O Conselho de Administração é formado por nove médicos cooperados, eleitos em Assembléia Geral, cumprindo mandato de três anos. A partir de reuniões semanais, são analisados e discutidos assuntos estratégicos e os resultados da cooperativa. Esse conselho também recebe o apoio e tem a fiscalização do Conselho Fiscal, que é formado por seis médicos cooperados, igualmente eleitos em Assembléia Geral para o mandato de um ano.

Tanto o presidente quanto o vice e os diretores cumprem uma jornada de aproximadamente dez horas semanais na cooperativa, pois os mesmos continuam tendo como atividade principal o trabalho médico. Como os diretores não são profissionais da área de gestão, nomeiam gerentes executivos responsáveis pela operação das áreas e dos departamentos.

Por sua vez, os gerentes dividem as áreas em departamentos, que são comandados por coordenadores com função gerencial sobre o setor. Com isso, os gerentes podem absorver funções mais estratégicas, assessorando a diretoria executiva nas suas funções. A estrutura organizacional é representada no organograma da figura 23.

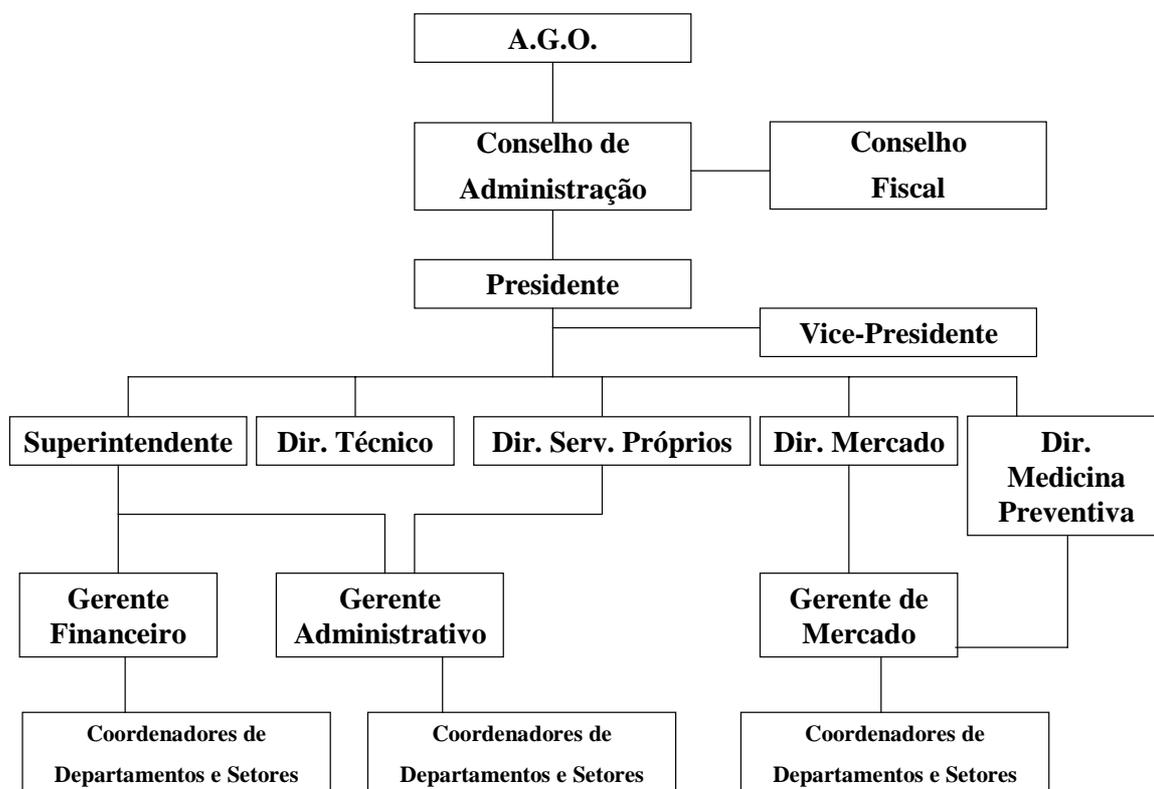


Figura 23: Organograma da Unimed Nordeste RS

Os coordenadores de departamentos gerenciam os processos e as atividades da cooperativa. A função do coordenador está associada à principal função gerida pelo departamento, exemplo: coordenador de vendas, coordenador de contas e coordenador de medicina preventiva. Entretanto, os processos não ficam enclausurados nos departamentos. Ao contrário, são compostos de diversas atividades executadas em departamentos diferentes. Mas, como acontece na maioria das empresas de serviços geridas com base em centro de custos por responsabilidade e função, surgem feudos em torno do departamento, que acaba não se comprometendo com o todo, mas somente com suas funções. Isso acontece por falta de entendimento de que um processo iniciando ou cruzando o departamento deve ser priorizado da mesma forma. Deve-se compreender que, dentro de um departamento, são executadas apenas algumas atividades que, unidas a outras, resultam na oferta de um serviço de qualidade ao cliente.

5.2.1.3 Planos de saúde

O negócio da Unimed Nordeste RS é a gestão e operação de planos de saúde suplementar. Agregando-se a esse serviço, a Unimed oferece outros produtos: planos de acidente de trabalho, planos de saúde ocupacional e planos de serviços de emergência. Também vende trabalho médico para outras operadoras de planos de saúde, no formato de plano de pré-pagamento.

Como visto anteriormente, a Unimed, segundo a ANS, enquadra-se na categoria de Cooperativa Médica, operadora de plano de saúde suplementar.

Os planos de saúde suplementar que são ofertados pela Unimed são denominados de planos assistenciais, e podem ser comercializados sob duas formas: os planos de pré-pagamento e os de pós-pagamento, também conhecidos como planos de custo operacional.

Dentro da carteira da cooperativa existem 28 modalidades de planos particulares e mais 51 de planos empresariais. O grande número de planos ativos é justificado em razão das mudanças constantes na legislação. Com isso, a cada alteração de normas legais há a necessidade de se constituírem novos planos, que, em suma, são muito parecidos com os seus antecessores, mudando apenas alguns detalhes para atender à nova legislação. Portanto, existe

a necessidade de manter em operação todos os planos registrados que contenham clientes ativos, pois os mesmos podem optar por nele permanecerem o quanto desejarem. Como existem pequenas diferenças entre esses planos, operacionalmente é necessário que eles continuem separados.

Os tipos de planos comercializados pela Unimed Nordeste RS são classificados como:

- Planos Assistenciais de Saúde: são os principais negócios da cooperativa. São ofertados em três categorias: Planos Coletivos Empresariais, Planos Particulares e Planos Coletivos por Livre Adesão, associativos, considerando que os planos empresariais podem ser de pré e pós-pagamento.
- Plano de Acidente de Trabalho: esse plano dá cobertura de atendimento assistencial para os acidentes de trabalho e o tratamento posterior.
-
- Programas da Saúde no Trabalho: o serviço de saúde ocupacional oferece todos programas os em medicina do trabalho, para dar cumprimento à legislação do Ministério do Trabalho e do INSS. Os serviços são ofertados por meio de um plano de pré-pagamento, ou na modalidade de pós-pagamento.
- Planos de Resgate Médico: O SOS Unimed oferece dois produtos: Área Protegida, que garante atendimento de emergência dentro de áreas físicas delimitadas em contrato, normalmente empresas, e o SOS Emergência, que garante o atendimento para indivíduos e sua família 24 horas por dia, dentro da região de cobertura do serviço.

Com esse *mix* de produtos e serviços disponíveis, a Unimed Nordeste RS tem o objetivo de atender integralmente às necessidades em saúde de seus clientes empresariais e particulares.

5.2.1.4 Serviços

A Unimed Nordeste RS oferece aos seus beneficiários vários serviços, em estruturas próprias ou terceirizadas. Esses serviços, além de conferirem um diferencial de qualidade em relação a outros planos de saúde concorrentes, também são responsáveis pela redução do custo assistencial em saúde. Visto que a tendência de crescimento do custo assistencial se confirma a cada dia, é importante estabelecer formas de controle desses custos. A Unimed Nordeste RS entendeu, há alguns anos, que os serviços próprios seriam uma boa alternativa para controlar e conhecer os custos assistenciais, hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico.

Assim, além da redução dos custos com o melhor controle dos recursos, a cooperativa pode negociar melhor com seus fornecedores, pois passa a conhecer o padrão de custos dos mesmos.

Assim, a cooperativa vem lançando vários serviços, que são descritos a seguir:

- Hospital Unimed

A Unimed Nordeste RS inaugurou recentemente seu hospital próprio. Uma unidade hospitalar moderna e qualificada para atender a casos de alta complexidade. O hospital apresenta inúmeros diferenciais de qualidade técnica na gestão hospitalar na qualidade do atendimento ao paciente. Isso faz com que o empreendimento seja percebido pelo cliente como o melhor hospital da região, talvez um dos melhores do estado.

O hospital da cooperativa tem como principal objetivo a redução de custos assistenciais com cirurgias e internação dos beneficiários dos planos de saúde Unimed. O atendimento é feito somente a beneficiários dos planos, o que será um grande diferencial que o plano de saúde passará a oferecer aos seus beneficiários.

O hospital tem 116 leitos, e conta com uma ampla estrutura de serviços de diagnóstico por imagem e clínicos. O centro cirúrgico tem seis salas e foi concebido com a mais avançada tecnologia do setor, e as UTIS, adulta e pré-natal, foram projetadas com todo o cuidado, por quem entende do assunto, os médicos. Os diferenciais são muitos, citam-se: fluxo de ar-condicionado individualizado, banheiro privativo por box de UTI, equipamentos modernos, entre outros.

- Unimed 24 horas e Plantões

Hoje, a cooperativa médica dispõe de três Unimed 24 Horas, que são pronto-atendimentos localizados em Caxias do Sul, Farroupilha e Bento Gonçalves. Também conta com dois laboratórios de análises clínicas próprios. São cinco plantões noturnos em parceria com hospitais credenciados de Antônio Prado, Carlos Barbosa, Flores da Cunha, Garibaldi e Nova Petrópolis. O funcionamento desses serviços é feito 24 horas durante os finais de semana e feriados, além de ser noturno (das 19h às 7h) de segunda a sexta-feira. Os plantões

foram implantados com o objetivo de garantir o atendimento 24 horas aos beneficiários residentes nos municípios que, por serem de menor porte, não dispõem de Unimed 24 Horas.

- SOS Unimed

A cooperativa também tem, em seus serviços próprios, o SOS Unimed Serviço de Remoções, que conta com uma ampla estrutura para atendimentos de urgência e emergência, além dos traslados hospitalares. O serviço de SOS disponibiliza dois produtos para os beneficiários da Unimed Nordeste RS: o SOS Emergência, atendimento individual de remoções de urgência e emergência em qualquer parte da área de atuação; e Área Protegida, que garante o atendimento para empresas em suas dependências físicas para qualquer pessoa que se encontrar dentro daquela área. O SOS Unimed também dá suporte aos Unimed 24 Horas, plantões noturnos, pacientes da Assistência Domiciliar e às remoções e traslado de beneficiários.

- Assistência Domiciliar

Outro importante serviço da Unimed Nordeste RS é o de Assistência Domiciliar, que foi criada com o objetivo de reduzir custos com internações que pudessem ser acompanhadas na residência do paciente. A Assistência Domiciliar conta com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas, assistente social e motorista). Esse serviço é uma espécie de hospital residencial, e atualmente atende uma média de 150 pacientes por dia. O serviço é requisitado pelo médico que está assistindo o paciente, quando clinicamente o mesmo achar adequado a recuperação em casa. E também para pacientes que estejam hospitalizados e possam ter alta hospitalar, porém necessitando de cuidados especiais.

A Assistência Domiciliar conferiu maior humanização no atendimento ao paciente, possibilitando a aproximação com a família e o conforto do doente. Mensalmente, a equipe multidisciplinar organiza encontros direcionados aos cuidadores dos pacientes do serviço (que podem ser familiares ou não), abordando temas selecionados pelo público-alvo.

- Medicina Preventiva e Saúde Ocupacional

A promoção da saúde da Unimed Nordeste RS conta com departamentos próprios compostos pelos serviços de Medicina Preventiva e Saúde Ocupacional. Os dois serviços têm sedes próprias em Caxias do Sul e postos de atendimento em Bento Gonçalves e Farroupilha.

1.Saúde Ocupacional

A unidade de Saúde Ocupacional realiza todo atendimento necessário para cumprir as Normas Regulamentares referentes à Medicina do Trabalho, incluindo exames clínicos e complementares a cada função. Também é responsável pelos cursos de CIPA e de Primeiros-Socorros, laudo ergométrico, Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Controle Auditivo (PCA) e Programa de Proteção de Riscos Ambientais (PPRA). Para tanto, possui duas unidades móveis totalmente equipadas, e conta com uma equipe especializada, formada por engenheiros de segurança, enfermeiras do trabalho, técnicos de segurança do trabalho, fonoaudiólogas e médicos especializados em medicina do trabalho. Essa unidade está inaugurando um centro de reabilitação para doenças ocupacionais como a LER (Lesões por Esforços Repetitivos) e DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Visa, assim, melhorar a eficiência dos programas de saúde ocupacional para as empresas contratantes.

2.Medicina Preventiva

A unidade de Medicina Preventiva trabalha em conjunto com a saúde ocupacional nos programas que envolvem as empresas e em conjunto com a assistência domiciliar para programas destinados a clientes individuais. O objetivo da Medicina Preventiva é promover a saúde dos beneficiários, mudando o foco de plano de doença para realmente um plano de saúde. O trabalho é realizado por meio de campanhas e programas de promoção da saúde, como vacinação, grupos de patologias, controle individual de doentes crônicos, palestras nas empresas, ministradas por médicos cooperados sobre temas de interesse do público-alvo; programas de monitoramento de medicação para pacientes crônicos e uma série de outras atividades coordenadas por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, professor de Educação Física e profissionais de apoio. Para tais ações, a Unimed conta com a participação do boneco Doutor Saudável, criado para identificar a Medicina Preventiva Unimed. Esse personagem também

realiza visitas aos hospitais credenciados da cooperativa na região, acompanhado da equipe do Departamento de Marketing, objetivando aproximar-se dos beneficiários e, conseqüentemente, da comunidade.

- Convênios e diferenciais

Os beneficiários da Unimed Nordeste RS podem contar com o atendimento psicológico e odontológico mediante os convênios firmados com empresas da região. A prestação de serviços obedece às tabelas de procedimentos com descontos proporcionais aos planos Unimed contratados.

- Uniair

O Transporte Aeromédico Uniair é considerado um importante diferencial de mercado da Unimed Nordeste RS, proporcionando a remoção de um paciente internado de um hospital a outro, em situação que exija cuidados médicos especializados, imediatos e intensivos, quando a primeira instituição hospitalar não tiver condições técnicas para o atendimento. Com hangar aeromédico instalado no Aeroporto Salgado Filho (Porto Alegre), o Uniair possui helicópteros, ambulâncias distribuídas estrategicamente pelo estado e aeronaves (entre elas o *King Air*, a mais bem-equipada UTI aérea a operar na região). Esse serviço é disponibilizado aos beneficiários da Unimed Nordeste RS.

- Seguros e benefícios

Outro serviço que complementa o plano de saúde e confere um diferencial ao mesmo são os seguros agregados. Os seguros são operados em conjunto com a Unimed Seguradora, e proporcionam benefícios para os clientes nas seguintes situações:

- seguro de funeral: oferecem cobertura às despesas com funeral, traslados de corpo e outros, além de assumir para a família, por meio de uma central, todas as providências necessárias para o funeral;
- seguro garantia desemprego: esse seguro cobre até seis mensalidades do plano de saúde quando o beneficiário perder o emprego sem justa causa;
- Unimed Assist: oferece para os beneficiários do plano de saúde cobertura de até cinco mil reais em regiões onde não forem encontrados serviços assistenciais credenciados pela Unimed.

5.2.2 Posicionamento estratégico

O posicionamento estratégico da Unimed Nordeste RS é o de líder de mercado, oferecendo planos com diferenciais de qualidade, para um público que esteja disposto a pagar mais pela segurança de um plano superior.

O posicionamento é revisto e em seu rumo corrigido, no planejamento realizado anualmente e revisado semestralmente. Os responsáveis pelo planejamento são o conselho de administração, a diretoria executiva e os gerentes. Os mesmos reúnem-se para analisar os resultados e traçar estratégias para o próximo período.

No planejamento estratégico, são discutidos o posicionamento, as estratégias e os macroobjetivos, que, posteriormente, são desenvolvidos pelos gerentes e por suas equipes de coordenadores. Essas equipes traduzem em ações os objetivos estratégicos, traçando o plano de ação e a forma para sua operacionalização. Na última fase, depois de aprovado pelo conselho e pela diretoria, é feito o orçamento, adequando o plano de ação aos recursos necessários, dentro de índices e parâmetros estabelecidos anteriormente.

O planejamento é feito baseando-se praticamente em premissas financeiras advindas do orçamento. As perspectivas dos clientes, dos processos internos e do aprendizado, normalmente ficam prejudicadas devido ao excessivo foco na perspectiva financeira. Com isso, a cooperativa começa a sentir o efeito de não ter trabalhado melhor as premissas que possam alinhar seu posicionamento estratégico à operação.

Pela perspectiva do cliente, por muitos anos vários pontos que enfraqueciam o relacionamento entre os clientes e a Unimed não foram priorizados e, assim, foram deixados como estavam. Quanto aos clientes cooperados, também não houve investimento na satisfação dos mesmos, pois os resultados, apesar de bons, não estão sendo entendidos dessa forma pelos sócios da cooperativa.

Quanto à perspectiva dos processos internos e da aprendizagem e do crescimento da organização, observa-se que o investimento em infra-estrutura tem sido muito baixo nos últimos anos, trazendo problemas de ordem operacional. Estes acabam se refletindo no

desenvolvimento e na melhoria dos processos, e também na qualificação e no crescimento das pessoas.

O grande problema de empresas geridas sob o ponto de vista da contabilidade tradicional e financeira é que normalmente os gestores acabam focando nos resultados de curto prazo. Contudo, um dos objetivos estratégicos da cooperativa é a manutenção e melhoria do rendimento financeiro do cooperado, bem como o aumento de trabalho para o médico. Para isso, a Unimed precisa crescer e manter seus clientes satisfeitos, de forma que eles percebam o valor dos diferenciais de qualidade dos seus planos de saúde, e assim possibilitar o aumento da lucratividade e melhoria no rendimento dos médicos cooperados. Para que haja aumento do trabalho médico, visando ofertar trabalho aos novos cooperados que se engajam na cooperativa anualmente, é preciso crescer. O crescimento em número de beneficiários nem sempre representa aumento de faturamento *per capita*. Para que essa condição seja atingida, a empresa deve praticar uma estratégia de relacionamento com os clientes, o que exige um grande investimento nas áreas de atendimento ao público, tanto aos clientes quanto aos *prospects*; de marketing, vendas e de serviços.

Como o foco sempre foi financeiro e de curto prazo, os clientes sentem falta de um relacionamento de maior qualidade. Isso tem feito com que alguns clientes não percebem mais o diferencial de valor da cooperativa e, logo, não se dispõem a pagar mais caro por seus planos. Então, esses fazem pressão sobre os preços, usando a “arma” da concorrência, que está cada vez mais agressiva.

A gestão por atividades ABM poderá dar à Unimed Nordeste RS uma importante ferramenta para a construção e a manutenção de vantagens competitivas. Como visto no capítulo 3, o ABM é a utilização das informações geradas pelo sistema de custeio ABC, para realizar a gestão da empresa. Com isso, a primeira fase do trabalho deverá consistir do desenvolvimento e da implantação de um sistema de custeio ABC. Posteriormente, após a análise das informações geradas pelo sistema, os gerentes terão em mãos uma ferramenta de gestão e de apoio a decisões estratégicas para a cooperativa.

5.2.3 Sistema de avaliação econômica dos planos de saúde

A Unimed Nordeste RS é uma organização pouco comum quanto ao processo de controle e alocação de custos, pois, por ser uma cooperativa, tem algumas particularidades na realização do controle e da alocação dos mesmos.

Já foi visto em itens anteriores o problema de crescimento de custos assistenciais enfrentados pelas empresas de planos de saúde nos últimos anos.

A oferta de serviços sendo facilitada, estimula a demanda por serviços de saúde entre os beneficiários de planos. O consumidor, quando tem facilidade de acesso, sente-se mais estimulado ao uso. Segundo Bahia et al. (2002), o número de consultas e de exames realizados por clientes de planos de saúde, em comparação com clientes sem acesso aos planos é bem maior. Quando comparados os clientes de planos de saúde mais abrangentes, em relação aos clientes com planos menos abrangentes, com menor acesso e menor disponibilidade de prestadores de serviço, verifica-se que os primeiros apresentam um consumo mais alto de recursos que os segundos. Isso explica por que a disponibilidade de serviços de saúde tende à elevação de custos pelo aumento de uso.

O aumento de uso que define o índice de utilização do plano pode torná-lo inviável economicamente, visto que a receita pode tornar-se menor que os custos. Como os preços não podem ser elevados sem autorização da ANS, a única saída passa pelo controle e pela administração dos custos.

O índice de sinistralidade de um plano pode ser controlado, desde que se conheça como se dá o consumo dos recursos, onde e com quem são gastos. Com essas informações, os gerentes podem tomar medidas de redução de custos por meio da implantação de auditorias mais eficazes, da ampliação dos programas de promoção da saúde e da negociação de preços mais baixos com os fornecedores. E, em alguns casos, investir na implantação de serviços próprios.

Segundo a Universidade Unimed,¹² o índice de sinistralidade, para um plano manter-se equilibrado economicamente, é de no mínimo 80% de uso, ou seja, de custos assistenciais em relação à receita total do plano. Portanto, é preciso ter cuidado com as despesas de administração do plano, as quais devem, além de cobrir os gastos, prover recursos para fundos de reserva, pois é fundamental ter um lastro financeiro, devido ao risco do negócio. Dessa forma, a gestão dos custos indiretos pode ser decisiva na realização de lucro ou prejuízo para a empresa. Nesse caso, por ser uma cooperativa, a unidade de remuneração médica varia de acordo com o resultado obtido pela cooperativa no período. E o resultado final depende de haver sobras para serem distribuídas.

Não se pode dizer que a Unimed Nordeste RS tem um sistema efetivo de custeio gerencial de seus custos. Os sistemas contábeis empregados são sistemas tradicionais, com o foco na contabilidade e nas informações financeiras. Os custos não são utilizados como uma forma de gestão estratégica, mas somente financeira.

O método utilizado para controle e planejamento de custos e despesas é de centro de custos por responsabilidade de departamento. Cada departamento tem orçamento próprio, referente à realização das despesas previstas com as ações planejadas e com o custeio do próprio departamento, salários, despesas de telefone, luz, correios, material de escritório, etc. Os centros de custos levam em conta somente as despesas intradepartamentais. Essa prática pode resultar em grandes distorções no onde e no como são consumidos os recursos, além de gerar dificuldades administrativas que podem estimular o surgimento de feudos, ou seja, departamentos preocupados simplesmente com a execução pura e simples de seu orçamento, sem a devida preocupação com o contexto e a realização de todo o processo.

O foco da gestão atual está nas funções e nos departamentos. Um prestador de serviços da área da saúde, na qual os processos são bastante complexos e compostos por atividades que atravessam os setores, com o fim de atender os clientes, deveria conhecer e entender as atividades e como elas operam dentro dos processos do seu negócio.

¹² Universidade Unimed é a organização de ensino e educação provida pela Fundação Unimed e ligada à Unimed do Brasil. Seus objetivos são o de qualificar o sistema Unimed com ações de ensino e treinamento profissional para médicos cooperados e funcionários do Sistema.

Contudo, o modelo de gestão de custos adotado pela cooperativa não favorece esse tipo de interpretação do sistema. O sistema de custos gera apenas informações contábeis e financeiras.

5.2.3.1 Gerenciamento de custos

O sistema de custos utiliza o princípio de absorção total. Os custos indiretos são absorvidos pelos produtos, serviços ou clientes, por um critério de rateio arbitrado, correspondente ao volume de faturamento ou quantidade de beneficiários. O método de custeio é o de Centro de Custos, que acumula as despesas indiretas, para depois ratear as mesmas pelos objetos de custos.

Os custos diretos de utilização assistencial dos planos de saúde são alocados diretamente aos objetos de custo, produtos, serviços ou clientes. Entretanto, não é entendido como e por que esses custos diretos estão ocorrendo, tampouco quais seriam as alternativas para os mesmos.

Nesse ponto ressalta-se novamente que, apesar dos custos indiretos serem pequenos em relação aos diretos, são esses controláveis pela operadora. Assim devem ser controlados e gerenciados de forma eficiente, pois a margem de contribuição que já é pequena tende a reduzir-se cada vez mais.

Os custos indiretos, em sua maioria custos fixos, não são facilmente alocáveis aos objetos de custo, pois, como em todas as empresas de serviços, a estrutura para atender um cliente a mais, praticamente não trará mais despesas para a empresa. Esses custos irão existir independentemente desse cliente extra ou não. Os custos indiretos são rateados pelo critério da absorção de uma parcela dos mesmos, conforme a proporção da receita gerada pelo objeto de custo. Outra forma também utilizada é o rateio pelo número de beneficiários do plano ou cliente que está sendo mensurado.

Não é analisado se o cliente ou o plano em questão está realmente consumindo o nível de recursos indiretos arbitrados pelo sistema, tampouco como as atividades estão se comportando, e como elas consomem esses recursos.

Com essas informações, seria possível verificar se determinados planos são mais complexos em sua administração, gerando mais custos indiretos do que outros e também quais segmentos são mais rentáveis, quais os níveis de descontos adequados para atender a grandes contratos mantendo a lucratividade, entre outros.

Essas questões podem ser resolvidas por meio da utilização de um sistema estratégico de gestão de custos baseados em atividades, o qual forneça informações gerenciais para alimentar um painel de indicadores de gestão que permitirão à cooperativa tomar decisões mais rápidas e precisas quanto a produtos, serviços, clientes. Essa análise é importante para a cooperativa, pois existe uma discussão permanente sobre a vantagem da manutenção de contratos com clientes empresariais que são deficitários pela análise de custos tradicional. De acordo com a tabela 6, observa-se o esquema sintético de alocação de custos diretos de um contrato de plano empresarial. Por esse sistema, são realizadas análises de custos de produtos e serviços da Unimed Nordeste RS. Percebe-se que o foco está somente em alocar os custos diretos aos contratos.

Os custos indiretos são considerados menos importantes e são alocados aos objetos de custos sob duas óticas. A primeira, a do rateio dos custos indiretos com base na receita, e a segunda, pelo rateio dos custos indiretos pelo número de beneficiários de planos assistenciais vinculados ao contrato.

Essa análise permite que os gerentes tenham somente uma visão financeira. Ela não permite que sejam feitas maiores análises sobre de que forma e como são consumidos os recursos dentro dos processos e das atividades.

Tabela 6 – Esquema de custeio de contratos empresariais

		Custo médio dos procedimentos e serviços realizados	Quantidade de procedimentos e serviços realizados	Custo Total dos procedimentos e serviços realizados
PLANO 1 - GRANDES EMPRESAS				
CUSTOS DIRETOS EM ASSISTENCIA DE SAUDE				
Procedimentos	Sigla	R\$	Quant. UN.	R\$
Consultas Médicas	CON	18,69	42.790	799.925,48
Exames Baixa Resolução	Ex. BR	11,02	65.699	724.309,95
Exames Alta Resolução	Ex. AR	97,40	737	71.784,79
Exames Ambulatorial	Ex. Ab	0,00	0	0,00
Procedimentos Ambulatoriais.	PA	29,93	23.556	705.064,17
Hemodinâmica Gen	HG	1.011,51	48	48.552,26
Ressonância Magnética e Radioterapia	RMR	393,74	113	44.492,34
Hospitalização em Apto. Coletivo	HC	1.103,08	2.129	2.348.454,97
Hospitalização em Apto. Individual	HI	0,00	0	0,00
Procedimentos Cardíacos	PC	2.777,06	19	52.764,12
Transplantes Rins	TRP	0,00	0	0,00
Hemodinâmica Hospitalar	HH	2.257,12	11	24.828,34
Radioterapia Hospitalar	RH	3.137,85	9	28.240,65
Intercâmbio	IT	6,05	42.169	255.236,87
Total dos Custos Diretos			177.280	5.103.653,94

Algumas perguntas se fazem presentes e devem ser respondidas: será que esses contratos estão gerando custos indiretos que não são mensuráveis por um sistema tradicional de custeio? Qual é o consumo de atividades gerado por esses clientes? Qual o consumo de recursos dessas atividades? Na avaliação financeira pelo princípio da absorção parcial, os custos indiretos estão sendo alocados corretamente aos contratos com clientes, produtos e serviços? Os critérios de rateio utilizados representam com relativa confiança a realidade de alocação dos custos indiretos?

São questões levantadas a partir da limitação de informações impostas pelo sistema de custeio utilizado.

5.2.3.2 Análise do sistema de custos e indicadores econômicos

O sistema de custos da Unimed Nordeste RS está baseado na alocação das despesas atribuídas em centros de custos por responsabilidade. Estes normalmente recebem o nome da função que os nomeia. Exemplo: Relacionamento com Cliente, Atendimento, SAC, Cadastro

e Vendas, entre outros. Com isso, as despesas de cada setor são gerenciadas dentro do mesmo. O foco principal dos departamentos acaba ficando atrelado a aspectos financeiros referentes ao centro de custos.

O método de centro de custos adotado é bastante simples. Primeiramente, é realizado o orçamento para o período vigente. Depois de aprovado o orçamento pela diretoria e pelo conselho, controla-se mensalmente sua realização do mesmo. O caráter da análise é quanto ao cumprimento dos objetivos financeiros, visto que não existe um sistema de indicadores gerenciais eficientes, que possa gerar informações sobre outros objetivos não financeiros. Quando esses existem, não são vinculados a um sistema. Assim, as informações tornam-se dispersas e acabam tendo pouca resolubilidade. O quadro 4 ilustra a forma como é estruturado um centro de custos de um departamento.

A alocação das despesas é feita diretamente ao centro responsável. Não são repassadas despesas geradas em um centro para outro, mesmo que seja esse departamento o responsável pelo consumo do recurso. Dessa forma, torna-se mais difícil ver como se comportam os processos quando os mesmos cruzam os departamentos. Na verdade, é comum os coordenadores de departamentos manifestarem a idéia de que o mesmo executa tarefas estanques, e que suas atividades não dependem de outros setores, elas se iniciam e acabam dentro do departamento. Se fosse assim, elas teriam um fim em si mesma.

Por fim, os centros de custos são finalizados e agrupados dentro das gerências e diretorias, verificando-se também de forma isolada o cumprimento financeiro do orçamento.

Conta Contábil	Descrição
21.102	RELACIONAMENTO COM CLIENTE
46111.9.01.1.1.1.09-	Reembolso Km rodado
46111.9.01.2.1.1.01-	Salários
46111.9.01.2.1.1.04-	Férias
46111.9.01.2.1.1.05-	Abono de férias
46111.9.01.2.1.1.06-	Décimo Terceiro Salário
46111.9.01.2.1.1.13-	Quinquênio
46121.9.01.3.1.1.01-	Inss
46121.9.01.3.1.1.02-	FGTS
46121.9.01.3.1.1.04-	Salário-educação
46121.9.01.4.1.1.03-	Seguro de vida em grupo
46121.9.01.4.1.1.04-	Auxílio-creche
46121.9.01.4.1.1.05-	Programa de Alimentação ao trabalhador
46121.9.01.4.1.1.06-	Vale-transporte
46121.9.01.4.1.1.07-	Uniformes
46121.9.01.4.1.1.08-	Cursos e treinamentos
46211.9.01.1.1.1.03-	Estagiários e temporários
46311.9.01.1.1.1.04-	Locação de imóveis
46311.9.01.3.1.1.02-	Manutenção e cons.de máquinas e eq.
46311.9.01.3.1.1.05-	Instalações imóveis próprios
46311.9.01.3.1.1.06-	Instalações imóveis terceiros
46311.9.01.4.1.1.01-	Seguro de veículos
46311.9.01.4.1.1.03-	Seguro de imóveis
46321.9.01.1.1.1.01-	Material de escritório
46321.9.01.1.1.1.03-	Fotocópias e autenticações
46321.9.01.1.1.1.06-	Impressos
46321.9.01.3.1.1.01-	Combustíveis e lubrificantes
46321.9.01.4.1.1.01-	Materiais de consumo médico
46371.9.01.1.1.1.01-	Água e esgoto
46371.9.01.1.1.1.02-	Energia elétrica
46371.9.01.1.1.1.03-	Despesas c/ telefone
46371.9.01.1.1.1.06-	Despesas c/correios e malotes
46371.9.01.1.1.1.07-	Limpeza e conservação
46371.9.01.1.1.1.08-	Vigilância
46381.9.01.1.1.1.01-	Quotas de depreciação imobilizado
46411.9.01.2.1.1.03-	Produção/Criação Impressos
46411.9.01.4.1.1.01-	Brindes
46631.9.01.1.1.1.01-	Doações
46681.9.01.1.1.1.01-	Assinaturas livros, jornais e revistas
46681.9.01.1.1.1.03-	Fretes e Carretos
46681.9.01.1.1.1.04-	Bens de natureza permanente
46681.9.01.1.1.1.10-	Viagens e estadias
46681.9.01.1.1.1.13-	Copa/cozinha
46681.9.01.1.1.1.15-	Condução e transporte (inclui des

Quadro 4: Centro de custos relacionamento com clientes

Esse sistema já provou, há muito, que não contribui com a visão gerencial dos custos. Nesse caso, os custos são analisados como simples fatos contábeis e financeiros. A mensuração dos custos tem o objetivo de avaliar os resultados financeiros auferidos pelos planos de saúde.

Para analisar a alocação dos custos aos produtos e serviços, na Unimed Nordeste RS são apresentados três planos de saúde, com características iguais. Esses planos são contratados por três grupos de empresas.

- **plano 1:** plano para grandes empresas. Nesse plano, são contratantes, apenas duas grandes empresas;
- **plano 2:** plano para médias e pequenas empresas. Esse plano tem 1.350 empresas contratantes, as quais têm tamanhos diversos, de 10 até 1000 beneficiários;
- **plano 3:** planos associativos. São planos de associações de classe, as quais estendem seus contratos para seus associados, tornando-os subcontratantes. São compostos por micro e pequenas empresas, de um até 100 beneficiários.

A seguir, são apresentadas as tabelas 7, 8, 9, 10, 11, e 12, que descrevem a alocação de custos diretos e o rateio dos custos indiretos dos planos analisados.

Para a análise de custos, o período descrito compreende os dados registrados entre janeiro e dezembro de 2003. Os valores são acumulados e representam o total anual.

Para o rateio dos custos indiretos, utilizam-se dois critérios. No primeiro, os custos indiretos são distribuídos pela receita; logo, absorvem parte dos custos diretos, de acordo com a proporção de sua receita líquida. Os custos indiretos totais representaram, em 2003, 7,9% da receita total do ano. No segundo, é usado como critério de rateio o número de beneficiários do plano. Os custos indiretos totais são rateados pelo número total de beneficiários, chegando-se a um valor de apropriação de custos indiretos por beneficiário. Nesse estudo, o custo por beneficiário é de R\$ 51,95. Com esse dado basta multiplicar o número de beneficiários do plano pelo custo unitário. Essa forma pressupõe que, na média, todos os beneficiários são responsáveis pelo custo indireto na mesma proporção, ou seja, um grupo de beneficiários de um plano, na média, terá um comportamento de consumo de recursos indiretos semelhante aos demais grupos.

O rateio dos custos indiretos de forma arbitrária, utilizando o critério da receita ou do número de beneficiários, não permite a visualização de onde estão sendo consumidos os recursos alocados as atividades realizadas pelos departamentos.

Esse tipo de análise contempla uma visão financeira que avalia a rentabilidade dos produtos, serviços e clientes, sem preocupação de avaliar individualmente seu comportamento, quanto ao consumo de recursos indiretos. E, assim, entende os diversos grupos de clientes ou produtos e serviços pela média, estabelecendo um critério arbitrário para alocar os custos indiretos a estes.

Como exemplo, observando-se as tabelas a seguir, não existe a possibilidade de definir-se com razoável correção qual é o consumo de recursos alocados ao marketing pelos três diferentes planos. Portanto, estabelece-se um padrão para o rateio, sem que efetivamente esses recursos tenham sido utilizados por estes.

Tabela 7 - Dados da Unimed e do Plano 1 – grandes empresas

Dados da UNIMED	
Número de beneficiários	295.000
Receita total Líquida	194.000.000,00
Despesas Total - CI	15.326.000,00
Dados do Plano - Médias e Pequenas empresas	
Número de beneficiários	37.200
Receita Líquida	21.595.340,69
Valor líquido percapita	580,52

Tabela 8 - Alocação de custos no Plano 1 – grandes empresas

PLANO 1 - GRANDES EMPRESAS				
CUSTOS DIRETOS EM ASSISTENCIA DE SAUDE				
Procedimentos	Sigla	R\$	Quant. UN.	R\$
Consultas Médicas	CON	18,69	42.790	799.925,48
Exames Baixa Resolução	Ex. BR	11,02	65.699	724.309,95
Exames Alta Resolução	Ex. AR	97,40	737	71.784,79
Exames Ambulatorial	Ex. Ab	0,00	0	0,00
Procedimentos Ambulatoriais.	PA	29,93	23.556	705.064,17
Hemodinâmica Gen	HG	1.011,51	48	48.552,26
Ressonância Magnética e Radioterapia	RMR	393,74	113	44.492,34
Hospitalização em Apto. Coletivo	HC	1.103,08	2.129	2.348.454,97
Hospitalização em Apto. Individual	HI	0,00	0	0,00
Procedimentos Cardíacos	PC	2.777,06	19	52.764,12
Transplantes Rins	TRP	0,00	0	0,00
Hemodinâmica Hospitalar	HH	2.257,12	11	24.828,34
Radioterapia Hospitalar	RH	3.137,85	9	28.240,65
Intercâmbio	IT	6,05	42.169	255.236,87
Total dos Custos Diretos			177.280	5.103.653,94
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pela receita			%D/RL	Valor
Despesas Administrativas e Financeiras			4,10%	235.721,11
Despesas Comerciais e de Marketing			2,80%	160.980,27
Despesas com Promoção da Saúde			0,50%	28.746,48
Despesas Diretoria, Presidência e Conselhos			0,50%	28.746,48
Despesas Totais - Custos Indiretos			7,90%	454.194,34
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio pela Receita)				5.557.848,28
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pelo n° de beneficiários			Quantidade	Valor
Distribuição percapita CI sobre total de beneficiários				51,95
Total de beneficiários do plano			16.650	
Despesas Totais - Custos Indiretos				865.009,83
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio n° beneficiários)				5.968.663,77

Tabela 9 - Dados da Unimed e Plano 2 – pequenas e médias empresas

Dados da UNIMED	
Número de beneficiários	295.000
Receita total Líquida	194.000.000,00
Despesas Total - CI	0,00
Dados do Plano - Plano 3 Médias e Pequenas empresas	
Número de beneficiários	37.200
Receita Líquida	21.595.340,69
Valor líquido percapita	580,52

Tabela 10 - Alocação de custos Plano 2 – pequenas e médias empresas

	Custo médio dos procedimentos e serviços realizados	Quantidade de procedimentos e serviços realizados	Custo Total dos procedimentos e serviços realizados
PLANO 2 - MÉDIAS E PEQUENAS EMPRESAS			
CUSTOS DIRETOS EM ASSISTENCIA DE SAUDE			
Procedimentos	Sigla	R\$	Quant. UN.
Consultas Médicas	CON	19,58	124.338
Exames Baixa Resolução	Ex. BR	10,51	190.221
Exames Alta Resolução	Ex. AR	95,25	2.435
Exames Ambulatorial	Ex. Ab	0,00	2
Procedimentos Ambulatoriais.	PA	30,52	72.072
Hemodinâmica Gen	HG	2.845,32	36
Ressonância Magnética e Radioterapia	RMR	368,24	301
Hospitalização em Apto. Coletivo	HC	1.053,04	6.032
Hospitalização em Apto. Individual	HI	0,00	0
Procedimentos Cardíacos	PC	3.814,07	76
Transplantes Rins	TRP	0,00	1
Hemodinâmica Hospitalar	HH	11.667,66	7
Radioterapia Hospitalar	RH	1.890,39	43
Intercâmbio	IT	47,22	40.831
Total dos Custos Diretos			436.395
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pela receita			%D/RL
			Valor
Despesas Administrativas e Financeiras			4,10%
Despesas Comerciais e de Marketing			2,80%
Despesas com Promoção da Saúde			0,50%
Despesas Diretoria, Presidência e Conselhos			0,50%
Despesas Totais - Custos Indiretos			7,90%
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio pela Receita)			17.518.814,77
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pelo n° de beneficiários			Quantidade
			Valor
Distribuição percapita CI sobre total de beneficiários			51,95
Total de beneficiários do plano			37.200
Despesas Totais - Custos Indiretos			1.932.634,58
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio n° beneficiários)			17.745.417,44

Tabela 11 - Dados da Unimed e Plano 3 – associativos

Dados da UNIMED	
Número de beneficiários	295.000
Receita total Líquida	194.000.000,00
Despesas Total - CI	0,00
Dados do Plano - Plano 3 Associativos	
Número de beneficiários	17.350
Receita Líquida	11.659.739,01
Valor líquido percapita	672,03

Tabela 12 - Alocação de custos Plano 3 – associativos

		Custo médio dos procedimentos e serviços realizados	Quantidade de procedimentos e serviços realizados	Custo Total dos procedimentos e serviços realizados
PLANO 3 - ASSOCIATIVOS				
CUSTOS DIRETOS EM ASSISTENCIA DE SAUDE				
Procedimentos	Sigla	R\$	Quant. UN.	R\$
Consultas Médicas	CON	24,65	70.649	1.741.236,78
Exames Baixa Resolução	Ex. BR	10,07	123.740	1.246.027,68
Exames Alta Resolução	Ex. AR	90,48	1.953	176.708,32
Exames Ambulatorial	Ex. Ab	0,00	1	85,47
Procedimentos Ambulatoriais.	PA	34,64	39.293	1.361.120,49
Hemodinâmica Gen	HG	31,08	82	2.548,37
Ressonância Magnética e Radioterapia	RMR	422,17	220	92.877,10
Hospitalização em Apto. Coletivo	HC	1.100,10	3.450	3.795.351,66
Hospitalização em Apto. Individual	HI	0,00	0	0,00
Procedimentos Cardíacos	PC	4.257,63	37	157.532,31
Transplantes Rins	TRP	0,00	0	0,00
Hemodinâmica Hospitalar	HH	1.029,31	39	40.143,01
Radioterapia Hospitalar	RH	1.018,03	14	14.252,44
Intercâmbio	IT	85,53	10.811	924.717,17
Total dos Custos Diretos			250.289	9.552.600,80
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pela receita			%D/RL	Valor
Despesas Administrativas e Financeiras			4,10%	478.049,30
Despesas Comerciais e de Marketing			2,80%	326.472,69
Despesas com Promoção da Saúde			0,50%	58.298,70
Despesas Diretoria, Presidência e Conselhos			0,50%	58.298,70
Despesas Totais - Custos Indiretos			7,90%	921.119,38
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio pela Receita)				10.473.720,18
CUSTOS INDIRETOS - Absorção total / Rateio pelo n° de beneficiários			Quantidade	Valor
Distribuição percapita CI sobre total de beneficiários			17.350	51,95
Total de beneficiários do plano			17.350	
Despesas Totais - Custos Indiretos				901.376,61
CUSTO TOTAL CD+CI (Rateio n° beneficiários)				10.453.977,41

Na tabela 13, é apresentado um painel com indicadores econômicos dos planos analisados, comparando-se os resultados obtidos pelos dois critérios de rateio normalmente utilizados na cooperativa: a divisão pela receita ou pelo número de beneficiários.

Tabela 13 - Comparativo dos resultados dos planos

ANÁLISE DOS PLANOS	%/ RL	P/Benef	PLANO 1	%/RL	P/Benef	PLANO 2	%/RL	P/Benef	PLANO 3
RECEITA LÍQUIDA		345,30	5.749.295,46		580,52	21.595.340,69		672,03	11.659.739,01
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS			16.650			37.200			17.350
CUSTO DIRETO (Sinistralidade)	88,77%	306,53	5.103.653,94	73,22%	425,07	15.812.782,86	81,93%	550,58	9.552.600,80
CUSTO INDIRETO (Rateio pela Receita)	7,90%	27,28	454.194,34	7,90%	45,86	1.706.031,91	7,90%	53,09	921.119,38
CUSTO INDIRETO (Rateio N° Beneficiários)	15,05%	51,95	865.009,83	8,95%	51,95	1.932.634,58	7,73%	51,95	901.376,61
RESULTADO DO PLANO									
ALOCAÇÃO DO CI (Rateio pela Receita)	3,33%	11,50	191.447,18	18,88%	109,58	4.076.525,92	10,17%	68,36	1.186.018,83
ALOCAÇÃO DO CI (Rateio N° Beneficiários)	-3,82%	-13,18	-219.368,31	17,83%	103,49	3.849.923,25	10,34%	69,50	1.205.761,60

Com a observação das tabelas anteriores, pode-se descrever que os custos diretos são facilmente atribuíveis aos planos, pois eles são pagos de acordo com a prestação de conta dos procedimentos e custos dos serviços realizados por um prestador a um beneficiário. Como esses são facilmente rastreáveis, são atribuídos ao plano correspondente.

Verifica-se que os custos indiretos representam 7,9% da receita líquida total do plano. Então, pode-se afirmar que é mais importante controlar os custos diretos, que representam grande parte do custo total. Entretanto, como os valores envolvidos são importantes, mesmo que proporcionalmente os custos indiretos não sejam tão importantes quanto os diretos, convém realizar seu controle, pois uma redução anual de 1% significa uma economia de quase dois milhões de reais.

Os custos indiretos são alocados aos planos, de acordo com dois critérios de rateio, pela receita e pelo número de beneficiários.

Quando analisados pela proporção da receita, acredita-se que todos os planos devam contribuir na mesma razão de absorção, pois todos apresentam o mesmo perfil de custos indiretos. Entretanto, quando a análise é realizada, baseando-se no número de beneficiários, conclui-se que existem grandes diferenças quanto à proporcionalidade de recursos consumidos pelos diversos planos.

Com a análise do comparativo de resultados, observa-se que, no Plano 1, o rateio dos custos indiretos pela receita ou pelo número de beneficiários apresenta uma variação de 90%. Conclui-se então, que alguma das formas de análise deve estar completamente equivocada,

não espelhando a real proporção dos recursos indiretos de sua responsabilidade. Com essa análise, também se verifica que a diferença entre a proporção dos custos indiretos dos planos é muito grande quando o critério de rateio é o número de beneficiários.

As principais distorções observadas referem-se às diferenças entre os planos de grandes empresas e os outros. O Plano 1, de grandes empresas, tem os custos indiretos, proporcionalmente à sua receita, maior que nos Planos 2 e 3.

Isso acontece porque o Plano 1 é composto por grandes empresas. Estas, normalmente conseguem preços mais baixos devido à quantidade de beneficiários que possuem, e os preços menores são justificados com base nas economias de escala. Entretanto, segundo Lovelock e Wright (2003), a estratégia de preços com desconto baseado no volume deve ser muito bem-avaliada quando utilizada no setor de serviços. Nem sempre há economia no consumo dos recursos indiretos quando se aumenta o volume de atividade. Por outro lado, em certas atividades do processo, isso pode ocasionar elevação no consumo de recursos indiretos.

Portanto, apesar da proporção dos custos indiretos em relação aos diretos significar apenas 7,9% da receita líquida, para que possa ser feita uma análise correta da alocação dos custos aos planos, faz-se necessário o desenvolvimento de um sistema de custos ABC.

Esse, inicialmente, traria informações reais quanto ao consumo de recursos pelas atividades e, conseqüentemente, dos planos. Mas, numa segunda etapa, poderia ser utilizado para o custeamento dos processos que envolvem os custos diretos. Com isso, a Unimed Nordeste RS poderia dispor de uma ferramenta que descreva e analise os processos de saúde, permitindo aos especialistas a criação de protocolos de procedimentos, estabelecendo custos do tipo padrão para os mesmos e, ao final, preços fechados para os prestadores de serviços realizarem os procedimentos.

No próximo item, são avaliadas a possibilidade e a validade de se desenvolver um sistema de custos ABC na Unimed Nordeste RS, bem como a capacidade do mesmo em gerar informações que possam servir para a análise gerencial dos custos e para a avaliação da eficácia dos processos e atividades da cooperativa.

5.2.4 Avaliação e considerações sobre o problema da empresa Unimed

O problema enfrentado atualmente pela Unimed Nordeste RS é descrito por Kaplan e Cooper (1998), que dizem que as empresas de prestação de serviços, por viverem durante anos sem um nível elevado de concorrência, muitas vezes em setores regulamentados e protegidos, não se preocupavam com sistemas de custeio. Entretanto, com a crescente concorrência vêm-se diante de uma necessidade proeminente de gerenciar de maneira mais correta seus custos, pois passam a enfrentar problemas semelhantes aos demais setores da economia. Então, torna-se necessário enfrentar os problemas gerenciais conforme os demais segmentos da economia, de forma técnica e profissional, buscando o melhor resultado entre a alocação e a utilização dos recursos.

A Unimed Nordeste RS é líder de mercado na sua região de atuação. Entretanto, para que continue em crescimento é preciso aprimorar seus sistemas de gestão, principalmente no que diz respeito ao consumo de recursos e à alocação de custos. Ou seja, é necessário um sistema de informações gerenciais que identifique onde e como os recursos são consumidos e de que forma eles são alocados aos serviços da cooperativa.

5.3 TERCEIRA FASE: ESTRUTURAÇÃO DO MODELO PARA GESTÃO DE CUSTOS INDIRETOS EM OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, BASEADO NA ÓTICA DO ABC/ABM

O sistema de custeio tradicional utilizado pela Unimed Nordeste RS não oferece informações suficientes a respeito do desempenho dos seus produtos, bem como SOBRE a avaliação individual de contratos e clientes.

Analisar o desempenho dos planos e dos clientes é uma atividade essencial para a gerência no momento de tomar decisões quanto aos preços, reajustes de contratos e priorização de tipos de planos ou de segmentos de mercado. Em suma, são decisões que se refletem na estratégia da cooperativa. Com toda essa responsabilidade, é fundamental que as decisões estejam baseadas num sistema de informações confiáveis, o qual possa fornecer informações quanto ao real desempenho de produtos e clientes. Um sistema que reflita sobre como realmente são consumidos os recursos pelas atividades da empresa, e sobre o comportamento das mesmas em relação aos processos de negócios. Deve ter informações que

subsidiem os gerentes na avaliação da eficácia das atividades e dos processos, permitindo que sejam avaliados sob a ótica da geração de valor para o cliente.

5.3.1 Implementação do ABC/ABM

Tomando-se por base o sistema atualmente utilizado na empresa, é desenvolvido um sistema de custos alicerçado no consumo de atividades. O objetivo desse sistema é verificar o consumo de recursos pelas atividades, como são alocados os custos aos planos, visando à operacionalização e à gestão de um plano de saúde.

A seguir é feita a aplicação e análise do ABC/ABM nos mesmos planos analisados no item 5.3.3.2.

5.3.1.1 Etapa 1 – Descrição dos processos e atividades

Nessa etapa, foram verificados quais são os processos que compreendem a administração de um plano de saúde, desde a venda até a entrega dos serviços de saúde. É importante salientar que, devido à complexidade de uma empresa operadora de planos de saúde, poderia ter sido mapeado um maior número de processos e uma infinidade de atividades. Contudo, o estudo ateve-se à operação de um plano de saúde, relevando outros processos e atividades dos outros negócios da empresa. Esses, como não foram analisados neste estudo, são descritos como processos de apoio e são constituídos por diversas atividades. Para efeito de alocação de custos, serão tratados como custos indiretos não-rastreáveis.

O custo de levantar a informação com maiores detalhes e precisão seria alto em relação ao benefício a ser auferido pela empresa, com a utilização desse método de custeio. Também foram consideradas as delimitações do estudo, que se detêm somente ao processo de operação e gestão de planos e clientes. Para tanto, o estudo focou-se na análise das principais atividades que compõem o processo.

São apresentados na tabela 14 os onze principais processos e as sessenta atividades que perfazem o trajeto de um plano, desde quando está sendo prospectado o negócio, passando pelo cadastramento, pelo processo de relacionamento, de entrega do serviço até a cobrança.

Os processos têm a maioria de suas atividades centradas nos departamentos. Entretanto, sua execução depende de atividades que são executadas em outros setores. Para esse estudo foi descrita a atividade principal, mas ela compreende uma série de outras atividades menores, ou tarefas, que são realizadas por diversos setores. Como exemplo, cita-se: dentro do processo de cadastramento, as atividades de emissão e envio de cartões pressupõem outras tarefas ou atividades, as quais são realizadas por departamentos distintos. Conforme a figura 24, observa-se que essas atividades, quando vistas isoladamente, podem constituir um processo composto de várias etapas.

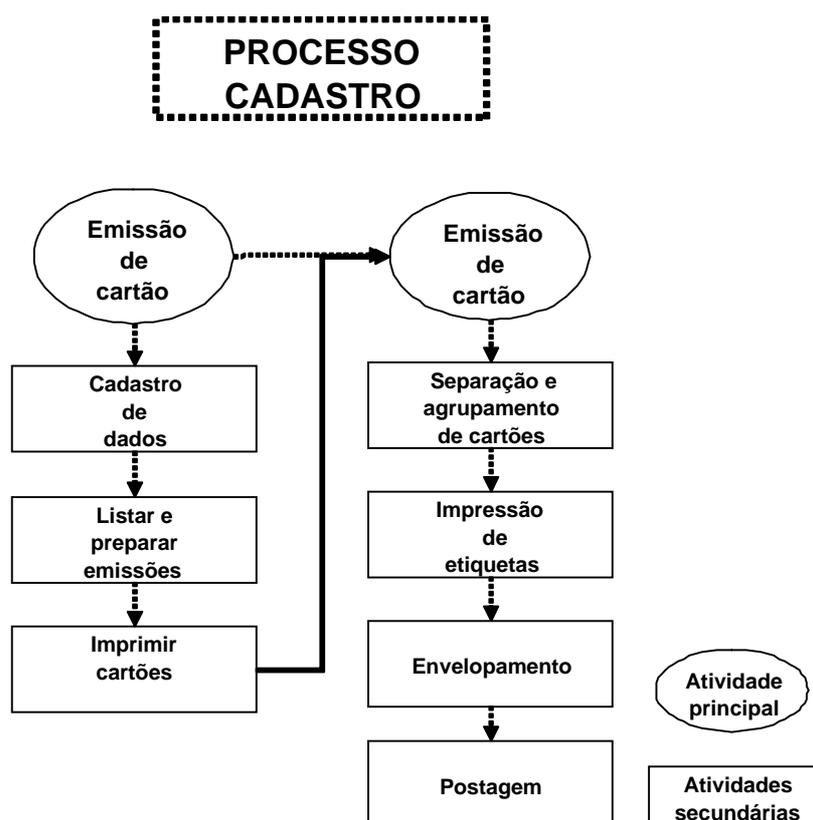


Figura 24: Mapeamento das atividades de emissão e envio de cartão

Tabela 14 - Processos e atividades

PROCESSOS	ATIVIDADES
VENDAS	Prospecção e Negociação Viagens e deslocamentos Acompanhamento Coordenador e Gerente Vender
CADASTRO	Contrato Incl. Excl. beneficiários - manual Incl. Excl. beneficiários - Internet Emissão de cartão Envio de cartões Envio de informações beneficiário Gerenciamento
FATURAMENTO	Processamento e envio de faturas Envio de Fatura
RELACIONAMENTO DE PÓS-VENDA	Visita de rotina Atendimento requisição de clientes Atendimento telefônico de clientes Gerenciamento do relacionamento Viagens e deslocamentos
MARKETING	Materiais de Divulgação e Promocionais Planejamento e Gestão de marketing Envio de materiais Mídia aberta Mídia específica Repasse de verbas Ações Promocionais e Eventos Patrocínios Desenvolver e Criar materiais Gerenciar e acompanhar ações de marketing nos clientes
PRODUTOS E INFORMAÇÃO	Assessoria equipe vendas e relacionamento e SAC Formulação de contratos Análise de custos
JURÍDICO	Processos Legais Análise de documentos e parecer
AUTORIZAÇÕES	Autorizações de procedimentos Posto de Atendimento Laudos Intercâmbio
PROCESSAMENTO DA ENTREGA DO SERVIÇO DE SAÚDE	Processamento e Geração de Informações
PROCESSAMENTO DE CONTAS	Consultas Médicas Exames Baixa Resolução Exames Alta Resolução Exames Ambulatorial Procedimentos Ambulatoriais. Hemodinâmica Ressonância Magnética e Radioterapia Hospitalização em apartamento coletivo Hospitalização em apartamento individual Procedimentos Cardíacos Transplantes Rins Hemodinâmica Hospitalar Radioterapia Hospitalar Intercâmbio Auditar Contas
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Palestras Grupos de apoio Controle e Acompanhamento Vacinação Atendimentos individuais Demais atividades Estatística e análise de dados Programa empresa saudável
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE APOIO	Diversas
PROCESSOS FINANCEIROS DE APOIO	Diversas
DIRETORIA, PRESIDÊNCIA E CONSELHOS	Diversas
DESPESAS NÃO RASTREÁVEIS	Diversas

Caso fossem subdivididas e mapeadas as atividades constantes na tabela 14, acabariam sendo listadas algumas centenas de subatividades.

Assim, o estudo baseia-se somente nas atividades descritas na tabela 14. Na mensuração da acumulação de recursos nessas atividades, são contabilizados aqueles referentes ao total das atividades agrupadas naquela principal.

5.3.1.2 Etapa 2 – Escolha de Direcionadores de Custo

Após a descrição das atividades, o passo seguinte foi verificar e decidir qual direcionador de custo deverá ser utilizado para cada uma delas.

O direcionador de custo deve representar a melhor forma de rateio dos recursos pelo consumo de atividades. Dessa escolha dependerá o nível de arbitrariedade do sistema.

Os direcionadores das diversas atividades podem ser baseados em diferentes critérios de alocação. A melhor solução deve ser encontrada com o estudo da atividade, através de entrevistas com os coordenadores e funcionários, que poderão fornecer subsídios importantes para essa decisão.

5.3.1.3 Etapa 3 – Mensuração e alocação dos recursos às atividades

A mensuração dos recursos alocados às atividades foi feita por meio da verificação das despesas contabilizadas nos centros de custo. Foram associadas às atividades as despesas das contas contábeis que estão ligadas a ela, como as despesas com pessoal e encargos sociais. Também foi avaliado o consumo de outros recursos pelas atividades, associando-os a elas.

A quantidade de atividade foi avaliada de acordo com a quantidade de eventos ou volume total do direcionador utilizado. Como exemplo, há o número total de horas disponíveis para a atividade de prospecção de venda, ou o número total de beneficiários novos que as vendas captaram.

Sabendo-se o valor dos recursos alocados à atividade e à quantidade de atividade realizada no período, é calculada a taxa de rateio, que distribuirá os custos pelos produtos e clientes. Neste estudo, os custos são distribuídos conforme o consumo de atividades pelos planos analisados.

Na tabela 15, são descritos os valores totais alocados nas atividades, bem como a quantidade de atividade e também a taxa de rateio que é utilizada no custeio ABC dos planos analisados a seguir.

5.3.1.4 Etapa 4 - Análise ABC/ABM dos planos de saúde

Após a verificação da alocação dos recursos às atividades, e das taxas de rateio, é realizado o custeio das atividades alocadas aos planos.

Nesse ponto, foram custeados e analisados sob a óptica do ABC os mesmos planos analisados no item 5.3.3.2, que representam três segmentos de mercado distintos atendidos pela Unimed Nordeste RS.

As tabelas 16, 17 e 18 são formatados utilizando-se as informações descritas nas tabelas 14 e 15 .

Os processos e as atividades descritas nessas tabelas são as principais atividades de gerenciamento de um plano de saúde. Portanto, para verificar os custos reais dessas atividades, é necessário mensurar a quantidade de atividades que cada plano utiliza a cada período determinado. Nesse caso, foi escolhido como ideal o período de um ano, visto que períodos inferiores são afetados por sazonalidade, que pode distorcer os resultados. Com a observação desse período, o ciclo de relações com os clientes fica completo, compreendendo todas as atividades que são realizadas em momentos distintos do ano.

Para proceder à mensuração do consumo de atividades pelos planos, foi verificado o número de empresas com contratos em cada plano. Muitas atividades estão ligadas diretamente ao número de empresas contratantes, outras estão ligadas ao número de beneficiários, e outras ocorrem de acordo com o volume de atividade, ou seja, o volume de

procedimentos realizados. Com o levantamento dos dados a respeito dessas informações, torna-se possível verificar como se comporta o consumo de atividades nesses planos.

Tabela 15 - Direcionadores de custo e taxas de alocação

ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	VALOR R\$	HORAS	QT	R\$ HORAS	R\$ QT
Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	342.000,00	25.168		13,59	
Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	58.400,00		116.800		0,50
Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord e gerente	84.000,00	1.936		43,39	
Vender	Comissões	43.000,00		8.500		5,06
Contrato	Cadastramento	24.771,00		2.178		11,37
Incl. Excl. beneficiários - manual	Transação	13.992,00		14.648		0,96
Incl. Excl. beneficiários - Internet	Transação	62.376,00		155.165		0,40
Emissão de cartão	Cartão	91.600,00		74.850		1,22
Envio de cartões	Postagem	9.200,00		11.500		0,80
Envio de informações beneficiário	Postagem	25.400,00		31.750		0,80
Gerenciamento	Horas/coord. e ger.	84.000,00	1.936		43,39	
Processamento e envio de faturas	Fatura emitida	438.150,00		381.000		1,15
Envio de Fatura	Postagem	304.800,00		381.000		0,80
Visita de rotina	Horas/homem	397.000,00	15.488		25,63	
Atendimento requisição de clientes	Horas/homem	14.500,00	1.936		7,49	
Atendimento Telefônico de clientes	Horas/homem	31.500,00		190.080		0,17
Gerenciamento do relacionamento	Horas/homem	96.000,00	1.936		49,59	
Viagens e deslocamentos	Reembolso de despesas e KM	45.089,00		90.178		0,50
Materiais de Divulgação e Promocionais	Quantidade	283.000,00		379.000		0,75
Planejamento e Gestão de marketing	Horas/análise	33.600,00	387		86,82	
Envio de materiais	Postagem	67.850,00		59.000		1,15
Mídia aberta	Beneficiário	576.000,00		295.000		1,95
Mídia específica	Ação	125.000,00		75.000		1,67
Repasse de verbas	Valor	35.000,00		35.000		1,00
Ações Promocionais e Eventos	Beneficiário	177.000,00		607.000		0,29
Patrocínios	Beneficiário	180.000,00		295.000		0,61
Desenvolver e Criar materiais	Horas/criação	82.200,00	1.156		71,11	
Gerenciar e Acompanhar ações de Mkt. nos clientes	Horas/ homem	96.000,00	1.936		49,59	
Assessoria equipe vendas e relacionamento e SAC	Horas/análise	57.914,00	1.936		29,91	
Formulação de contratos	Horas/análise	41.240,00	1.936		21,30	
Análise de custos	Horas/análise	36.570,00	1.936		18,89	
Processos Legais	Horas/advogado					
Análise de documentos e parecer	Horas /advogado	310.000,00	3.872		80,06	
Autorizações de procedimentos	Procedimento autorizado	357.000,00		88.786		4,02
Posto de Atendimento	Custo do posto	38.714,00		1		38.714,00
Laudos	Laudos	270.078,00		47.786		5,65
Intercâmbio	Processo	56.714,00		398.628		0,14
Processamento e Geração de Informações	Transação Intermed	372.000,00		2.340.000		0,16
Consultas Médicas	Procedimento	11.140,00		853.108		0,01
Exames Baixa Resolução	Procedimento	6.500,00		1.371.543		0,00
Exames Alta Resolução	Procedimento	6.500,00		263.901		0,02
Exames Ambulatorial	Procedimento	1.000,00		1.104		0,91
Procedimentos Ambulatoriais.	Procedimentos	16.000,00		23.548		0,68
Hemodinâmica	Procedimento	16.000,00		152.685		0,10
Ressonância Magnética e Radioterapia	Procedimento	6.500,00		15.645		0,42
Hospitalização em Apto. Coletivo	Evento	22.000,00		44.360		0,50
Hospitalização em Apto. Individual	Evento	3.000,00		4.350		0,69
Procedimentos Cardíacos	Evento	16.000,00		26.724		0,60
Transplantes Rins	Evento	1.000,00		5		200,00
Hemodinâmica Hospitalar	Procedimento	6.500,00		3.457		1,88
Radioterapia Hospitalar	Procedimento	6.500,00		2.654		2,45
Intercâmbio	Procedimento	135.520,00		398.628		0,34
Auditara Contas	Processo	268.086,00		8.448		31,73
Palestras	Custo/palestra	23.000,00		46		500,00
Grupos de apoio	Custo/grupo	16.000,00		8		2.000,00
Controle e Acompanhamento	Atendimento	720,00		16		45,00
Vacinação	Custo/vacina	137.280,00		20.557		6,68
Atendimentos individuais	Atendimento	5.443,00		224		24,30
Demais atividades	Beneficiário atendido	19.800,00		980		20,20
Estatística e análise de dados	Questionário aplicado	6.000,00		5.400		1,11
Programa empresa saudável	Atendimento	45,00		250		0,18
Diversas	Beneficiário	3.985.000,00		295.000		13,51
Diversas	Beneficiário	2.025.000,00		295.000		6,86
Diversas	Beneficiário	1.819.738,00		295.000		6,17
Diversas	Beneficiário	1.404.700,00		295.000		4,76
TOTAL CUSTOS INDIRETOS UNIMED		15.326.630,00				

Em seguida são apresentadas as tabelas 16, 17 e 18, que descrevem o cálculo do custeio ABC para os três planos em análise.

Tabela 16 - Análise ABC do Plano 1 – grandes empresas

ANÁLISE ABC					
PLANO 1 - Grandes Empresas					
PROCESSOS	ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	TAXA	CONSUMO	VALOR
VENDAS	Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	13,59	0	0,00
	Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	0,50	0	0,00
	Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord e gerente	43,39	0	0,00
	Vender	Comissões	5,06	0	0,00
CADASTRO	Contrato	Cadastramento	11,37	8	90,99
	Incl. Excl. beneficiários - manual	Transação	0,96	0	0,00
	Incl. Excl. beneficiários - Internet	Transação	0,40	7.389	2.970,36
	Emissão de cartão	Cartão	1,22	18.149	22.210,40
	Envio de cartões	Postagem	0,80	0	0,00
	Envio de informações beneficiário	Postagem	0,80	96	76,80
	Gerenciamento	Horas/coord. e ger.	43,39	102	4.425,62
FATURAMENTO	Processamento e envio de faturas	Fatura emitida	1,15	96	110,40
	Envio de Fatura	Postagem	0,80	96	76,80
RELACIONAMENTO DE PÓS VENDA	Visita de rotina	Horas/homem	25,63	55	1.409,80
	Atendimento requisição de clientes	Horas/homem	7,49	112	838,84
	Atendimento Telefônico de clientes	Horas/homem	0,17	950	157,43
	Gerenciamento do relacionamento	Horas/homem	49,59	80	3.966,94
	Viagens e deslocamentos	Reembolso de despesas e KM	0,50	1.050	525,00
MARKETING	Materiais de Divulgação e Promocionais	Quantidade	0,75	18.000	13.440,63
	Planejamento e Gestão de marketing	Horas/análise	86,82	50	4.341,09
	Envio de materiais	Postagem	1,15	0	0,00
	Mídia aberta	Beneficiário	1,95	16.650	32.509,83
	Mídia específica	Ação	1,67	0	0,00
	Repasse de verbas	Valor	1,00	3.500	3.500,00
	Ações Promocionais e Eventos	Beneficiário	0,29	5.000	1.457,99
	Patrocínios	Beneficiário	0,61	16.650	10.159,32
	Desenvolver e Criar materiais	Horas/criação	71,11	20	1.422,15
	Gerenciar e Acompanhar ações de Mkt. nos clientes	Horas/ homem	49,59	60	2.975,21
PRODUTOS & INFORMAÇÃO	Assessoria equipe vendas e relacionamento e SAC	Horas/análise	29,91	56	1.675,20
	Formulação de contratos	Horas/análise	21,30	16	340,83
	Análise de custos	Horas/análise	18,89	24	453,35
JURÍDICO	Processos Legais	Horas/advogado	0,00	0	0,00
	Análise de documentos e parecer	Horas /advogado	80,06	3	240,19
AUTORIZAÇÕES	Autorizações de procedimentos	Procedimento autorizado	4,02	3.227	12.975,46
	Posto de Atendimento	Custo do posto	38.714,00	1	38.714,00
	Laudos	Laudos	5,65	2.242	12.671,39
	Intercâmbio	Processo	0,14	42.169	5.999,51
PROCESSAMENTO DA ENTREGA DO SERVIÇO DE SAÚDE	Processamento e Geração de Informações	Transação Intermed	0,16	132.782	21.108,93
PROCESSAMENTO DE CONTAS	Consultas Médicas	Procedimento	0,01	42.790	558,76
	Exames Baixa Resolução	Procedimento	0,00	65.699	311,36
	Exames Alta Resolução	Procedimento	0,02	737	18,15
	Exames Ambulatorial	Procedimento	0,91	0	0,00
	Procedimentos Ambulatoriais.	Procedimento	0,68	23.556	16.005,44
	Hemodinâmica	Procedimento	0,10	48	5,03
	Ressonância Magnética e Radioterapia	Procedimento	0,42	113	46,95
	Hospitalização em Apto. Coletivo	Evento	0,50	2.129	1.055,86
	Hospitalização em Apto. Individual	Evento	0,69	0	0,00
	Procedimentos Cardíacos	Evento	0,60	19	11,38
	Transplantes Rins	Evento	200,00	0	0,00
	Hemodinâmica Hospitalar	Procedimento	1,88	11	20,68
	Radioterapia Hospitalar	Procedimento	2,45	9	22,04
	Intercâmbio	Procedimento	0,34	42.169	14.336,03
Auditar Contas	Processo	31,73	358	11.360,65	
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Palestras	Custo/palestra	500,00	0	0,00
	Grupos de apoio	Custo/grupo	2.000,00	0	0,00
	Controle e Acompanhamento	Atendimento	45,00	0	0,00
	Vacinação	Custo/vacina	6,68	0	0,00
	Atendimentos individuais	Atendimento	24,30	0	0,00
	Demais atividades	Beneficiário atendido	20,20	0	0,00
	Estatística e análise de dados	Questionário aplicado	1,11	0	0,00
	Programa empresa saudável	Atendimento	0,18	0	0,00
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	13,51	16.650	224.916,10
PROCESSOS FINANCEIROS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	6,86	16.650	114.292,37
DIRETORIA, PRESIDÊNCIA E CONSELHO	Diversas	Beneficiário	6,17	16.650	102.707,25
DESPESAS NÃO RASTREÁVEIS	Diversas	Beneficiário	4,76	16.650	79.282,22
CUSTO INDIRETO TOTAL					765.794,71

Tabela 17 - Análise ABC do Plano 2 – pequenas e médias empresas

ANÁLISE ABC					
PLANO 2 - Médias e Pequenas Empresas					
PROCESSOS	ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	TAXA	CONSUMO	VALOR
VENDAS	Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	13,59	14.350	194.997,62
	Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	0,50	67.000	33.500,00
	Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord e gerente	43,39	230	9.979,34
	Vender	Comissões	5,06	2.780	14.063,53
CADASTRO	Contrato	Cadastramento	11,37	2.350	26.727,20
	Incl. Excl. beneficiários - manual	Transação	0,96	8.150	7.785,01
	Incl. Excl. beneficiários - Internet	Transação	0,40	24.230	9.740,41
	Emissão de cartão	Cartão	1,22	22.500	27.535,07
	Envio de cartões	Postagem	0,80	0	0,00
	Envio de informações beneficiário	Postagem	0,80	28.200	22.560,00
FATURAMENTO	Gerenciamento	Horas/coord. e ger.	43,39	102	4.425,62
	Processamento e envio de faturas	Fatura emitida	1,15	28.200	32.430,00
RELACIONAMENTO DE PÓS VENDA	Envio de Fatura	Postagem	0,80	28.200	22.560,00
	Visita de rotina	Horas/homem	25,63	6.458	165.536,29
	Atendimento requisição de clientes	Horas/homem	7,49	830	6.216,43
	Atendimento Telefônico de clientes	Horas/homem	0,17	68.900	11.418,09
	Gerenciamento do relacionamento	Horas/homem	49,59	240	11.900,83
	Viagens e deslocamentos	Reembolso de despesas e KM	0,50	39.760	19.880,00
MARKETING	Materiais de Divulgação e Promocionais	Quantidade	0,75	37.200	27.777,31
	Planejamento e Gestão de marketing	Horas/análise	86,82	20	1.736,43
	Envio de materiais	Postagem	1,15	2.350	2.702,50
	Mídia aberta	Beneficiário	1,95	37.200	72.634,58
	Mídia específica	Ação	1,67	3.250	5.416,67
	Repasse de verbas	Valor	1,00	6.000	6.000,00
	Ações Promocionais e Eventos	Beneficiário	0,29	7.600	2.216,14
	Patrocínios	Beneficiário	0,61	37.200	22.698,31
	Desenvolver e Criar materiais	Horas/criação	71,11	20	1.422,15
	Gerenciar e Acompanhar ações de Mkt. nos clientes	Horas/ homem	49,59	120	5.950,41
PRODUTOS & INFORMAÇÃO	Assessoria equipe vendas e relacionamento e SAC	Horas/análise	29,91	158	4.726,45
	Formulação de contratos	Horas/análise	21,30	72	1.533,72
	Análise de custos	Horas/análise	18,89	116	2.191,18
JURÍDICO	Processos Legais	Horas/advogado	0,00	0	0,00
	Análise de documentos e parecer	Horas /advogado	80,06	96	7.685,95
AUTORIZAÇÕES	Autorizações de procedimentos	Procedimento autorizado	4,02	8.950	35.987,09
	Posto de Atendimento	Custo do posto	#####	0	0,00
	Laudos	Laudos	5,65	6.032	34.091,79
	Intercâmbio	Processo	0,14	40.831	5.809,15
PROCESSAMENTO DA ENTREGA DO SERVIÇO DE SAÚDE	Processamento e Geração de Informações	Transação Intermed	0,16	389.000	61.841,03
PROCESSAMENTO DE CONTAS	Consultas Médicas	Procedimento	0,01	124.338	1.623,62
	Exames Baixa Resolução	Procedimento	0,00	190.221	901,49
	Exames Alta Resolução	Procedimento	0,02	2.435	59,98
	Exames Ambulatorial	Procedimento	0,91	2	1,81
	Procedimentos Ambulatoriais.	Procedimento	0,68	72.072	48.970,27
	Hemodinâmica	Procedimento	0,10	36	3,77
	Ressonância Magnética e Radioterapia	Procedimento	0,42	301	125,06
	Hospitalização em Apto. Coletivo	Evento	0,50	6.032	2.991,52
	Hospitalização em Apto. Individual	Evento	0,69	0	0,00
	Procedimentos Cardíacos	Evento	0,60	76	45,50
	Transplantes Rins	Evento	200,00	1	200,00
	Hemodinâmica Hospitalar	Procedimento	1,88	7	13,16
	Radioterapia Hospitalar	Procedimento	2,45	43	105,31
	Intercâmbio	Procedimento	0,34	40.831	13.881,16
	Auditar Contas	Processo	31,73	1.013	32.146,20
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Palestras	Custo/palestra	500,00	0	0,00
	Grupos de apoio	Custo/grupo	2.000,00	0	0,00
	Controle e Acompanhamento	Atendimento	45,00	0	0,00
	Vacinação	Custo/vacina	6,68	0	0,00
	Atendimentos individuais	Atendimento	24,30	0	0,00
	Demais atividades	Beneficiário atendido	20,20	0	0,00
	Estatística e análise de dados	Questionário aplicado	1,11	0	0,00
	Programa empresa saudável	Atendimento	0,18	0	0,00
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	13,51	37.200	502.515,25
PROCESSOS FINANCEIROS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	6,86	37.200	255.355,93
DIRETORIA, PRESIDENCIA E CONSELHOS	Diversas	Beneficiário	6,17	37.200	229.472,05
DESPESAS NAO RASTREAVEIS	Diversas	Beneficiário	4,76	37.200	177.135,05
CUSTO INDIRETO TOTAL					2.189.223,42

Tabela 18 - Análise ABC do Plano 3 – associativos

ANÁLISE ABC PLANO 3 - Associativos					
PROCESSOS	ATIVIDADES	DIRECIONADOR DE CUSTO	TAXA	CONSUMO	VALOR
VENDAS	Prospecção e Negociação	Horas/vendedor	13,59	0	0,00
	Viagens e deslocamentos	Reembolso despesas e KM	0,50	0	0,00
	Acompanhamento Coordenador e Gerente	Horas/coord e gerente	43,39	0	0,00
	Vender	Comissões	5,06	0	0,00
CADASTRO	Contrato	Cadastramento	11,37	8	90,99
	Incl. Excl. beneficiários - manual	Transação	0,96	0	0,00
	Incl. Excl. beneficiários - Internet	Transação	0,40	7.389	2.970,36
	Emissão de cartão	Cartão	1,22	18.149	22.210,40
	Envio de cartões	Postagem	0,80	0	0,00
	Envio de informações beneficiário	Postagem	0,80	96	76,80
	Gerenciamento	Horas/coord. e ger.	43,39	102	4.425,62
FATURAMENTO	Processamento e envio de faturas	Fatura emitida	1,15	96	110,40
	Envio de Fatura	Postagem	0,80	96	76,80
RELACIONAMENTO DE PÓS VENDA	Visita de rotina	Horas/homem	25,63	1.936	49.625,00
	Atendimento requisição de clientes	Horas/homem	7,49	112	838,84
	Atendimento Telefônico de clientes	Horas/homem	0,17	15.840	2.625,00
	Gerenciamento do relacionamento	Horas/homem	49,59	500	24.793,39
	Viagens e deslocamentos	Reembolso de despesas e KM	0,50	35.000	17.500,00
MARKETING	Materiais de Divulgação e Promocionais	Quantidade	0,75	25.500	19.040,90
	Planejamento e Gestão de marketing	Horas/análise	86,82	100	8.682,17
	Envio de materiais	Postagem	1,15	408	469,20
	Mídia aberta	Beneficiário	1,95	17.350	33.876,61
	Mídia específica	Ação	1,67	17.350	28.916,67
	Repasse de verbas	Valor	1,00	25.000	25.000,00
	Ações Promocionais e Eventos	Beneficiário	0,29	250.000	72.899,51
	Patrocínios	Beneficiário	0,61	105.000	64.067,80
	Desenvolver e Criar materiais	Horas/criação	71,11	50	3.555,36
	Gerenciar e Acompanhar ações de Mkt. nos clientes	Horas/ homem	49,59	500	24.793,39
	PRODUTOS & INFORMAÇÃO	Assessoria equipe vendas e relacionamento e SAC	Horas/análise	29,91	168
Formulação de contratos		Horas/análise	21,30	48	1.022,48
Análise de custos		Horas/análise	18,89	170	3.211,21
JURÍDICO	Processos Legais	Horas/advogado	0,00	0	0,00
	Análise de documentos e parecer	Horas /advogado	80,06	100	8.006,20
AUTORIZAÇÕES	Autorizações de procedimentos	Procedimento autorizado	4,02	0	0,00
	Posto de Atendimento	Custo do posto	#####	2	77.428,00
	Laudos	Laudo	5,65	0	0,00
	Intercâmbio	Processo	0,14	0	0,00
PROCESSAMENTO DA ENTREGA DO SERVIÇO DE SAÚDE	Processamento e Geração de Informações	Transação Intermed	0,16	250.289	39.789,53
PROCESSAMENTO DE CONTAS	Consultas Médicas	Procedimento	0,01	70.649	922,54
	Exames Baixa Resolução	Procedimento	0,00	123.740	586,43
	Exames Alta Resolução	Procedimento	0,02	1.953	48,10
	Exames Ambulatorial	Procedimento	0,91	1	0,91
	Procedimentos Ambulatoriais.	Procedimento	0,68	39.293	26.698,15
	Hemodinâmica	Procedimento	0,10	82	8,59
	Ressonância Magnética e Radioterapia	Procedimento	0,42	220	91,40
	Hospitalização em Apto. Coletivo	Evento	0,50	3.450	1.711,00
	Hospitalização em Apto. Individual	Evento	0,69	0	0,00
	Procedimentos Cardíacos	Evento	0,60	37	22,15
	Transplantes Rins	Evento	200,00	0	0,00
	Hemodinâmica Hospitalar	Procedimento	1,88	39	73,33
	Radioterapia Hospitalar	Procedimento	2,45	14	34,29
	Intercâmbio	Procedimento	0,34	10.811	3.675,37
	Auditar Contas	Processo	31,73	840	26.656,28
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Palestras	Custo/palestra	500,00	0	0,00
	Grupos de apoio	Custo/grupo	2.000,00	0	0,00
	Controle e Acompanhamento	Atendimento	45,00	0	0,00
	Vacinação	Custo/vacina	6,68	0	0,00
	Atendimentos individuais	Atendimento	24,30	0	0,00
	Demais atividades	Beneficiário atendido	20,20	0	0,00
	Estatística e análise de dados	Questionário aplicado	1,11	0	0,00
	Programa empresa saudável	Atendimento	0,18	0	0,00
PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	13,51	17.350	234.372,03
PROCESSOS FINANCEIROS DE APOIO	Diversas	Beneficiário	6,86	17.350	119.097,46
DIRETORIA, PRESIDÊNCIA E CONSELHO	Diversas	Beneficiário	6,17	17.350	107.025,27
DESPESAS NÃO RASTREÁVEIS	Diversas	Beneficiário	4,76	17.350	82.615,41
CUSTO INDIRETO TOTAL					1.144.766,93

Finalizando a implementação e a análise ABC dos três planos em foco, reúnem-se as informações necessárias para integrar um painel de indicadores econômicos apresentados na tabela 19. Esse é formatado com o cruzamento dos dados levantados pela análise econômica convencional dos planos e com os resultados obtidos com a análise de custos ABC para os mesmos planos.

5.3.2 Análise de indicadores de gestão econômica

Na tabela 19 é feita a análise comparativa dos resultados obtidos pelo custeio dos Planos 1, 2 e 3, pelo método convencional, utilizando-se o rateio pela receita e pelo número de beneficiários, também pelo método ABC.

Tabela 19 - Comparação entre os resultados dos planos

ANÁLISE DOS PLANOS	%/ RL	P/Benef	PLANO 1	%/RL	P/Benef	PLANO 2	%/RL	P/Benef	PLANO 3
RECEITA LÍQUIDA		345,30	5.749.295,46		580,52	21.595.340,69		672,03	11.659.739,01
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS			16.650			37.200			17.350
CUSTO DIRETO (Sinistralidade)	88,77%	306,53	5.103.653,94	73,22%	425,07	15.812.782,86	81,93%	550,58	9.552.600,80
CUSTO INDIRETO (Rateio pela Receita)	7,90%	27,28	454.194,34	7,90%	45,86	1.706.031,91	7,90%	53,09	921.119,38
CUSTO INDIRETO (Rateio N° Beneficiários)	15,05%	51,95	865.009,83	8,95%	51,95	1.932.634,58	7,73%	51,95	901.376,61
CUSTO INDIRETO ABC	13,32%	45,99	765.794,71	10,14%	58,85	2.189.223,42	9,82%	65,98	1.144.766,93
RESULTADO DO PLANO									
ALOCAÇÃO DO CI (Rateio pela Receita)	3,33%	11,50	191.447,18	18,88%	109,58	4.076.525,92	10,17%	68,36	1.186.018,83
ALOCAÇÃO DO CI (Rateio N° Beneficiários)	-3,82%	-13,18	-219.368,31	17,83%	103,49	3.849.923,25	10,34%	69,50	1.205.761,60
ALOCAÇÃO DO CI PELO CUSTEIO ABC	-2,09%	-7,22	-120.153,19	16,64%	96,60	3.593.334,41	8,25%	55,47	962.371,29

Com a análise da tabela 19, observa-se que existe uma significativa diferença na alocação dos custos indiretos aos planos pelos três critérios de rateio. Essa é mais significativa no Plano 1, composto por grandes empresas. Quanto aos Planos 2 e 3, as diferenças resultantes das análises são menores. Entretanto, correspondem a variações que comprometem a rentabilidade dos planos.

Quando os custos indiretos são alocados com base na proporção da receita, esse plano absorve 7,9% das despesas indiretas. Nesse caso, a proporção é a mesma para todos os planos ou clientes. Com essa forma de rateio, não é possível avaliar o comportamento dos processos e as atividades em relação aos planos. Somente é possível fazer uma análise financeira, não permitindo aos gerentes qualquer tipo de conclusão a respeito da eficácia dos processos. Se o critério utilizado para o rateio for o número de beneficiários, os resultados são muito diferentes. Verifica-se que, se os custos indiretos tivessem um comportamento médio para cada beneficiário, bastaria multiplicar esse custo pelo número total. Assim, como outros fatores não afetam o comportamento dos custos indiretos, a realização de lucro dependeria de margens e preços equivalentes nos três planos, não sendo possível a utilização de ganhos de escala e aproveitamento de clientes adicionais para a diluição do custo. Através dessa percebe-se que se for decidido pela adoção desse critério, o Plano 1 estaria com preço muito abaixo do que deveria ser praticado.

Entretanto, com a análise ABC, verifica-se que o consumo de atividades alocadas ao Plano 1 não é proporcional ao número de beneficiários e tampouco assemelha-se à absorção

pela proporcionalidade da receita. Por meio da análise ABC, verifica-se que os custos indiretos alocados ao Plano 1 tornam o mesmo deficitário. Esse déficit é menor quando comparado com o número de beneficiários, mas é um valor significativo. Sendo assim, entende-se que a estratégia de venda a preços com desconto, baseando-se nas economias de escala, pode ser muito perigosa e deve ser bem-equacionada para não gerar prejuízo.

O Plano 1, apesar de aparentemente utilizar menos atividade em função do pequeno número de empresas ligadas ao mesmo, acaba consumindo proporcionalmente um maior nível de atividades do que os Planos 2 e 3, que são praticados com políticas de preços com descontos bem menores.

Já os Planos 2 e 3 apresentam análises semelhantes em ambos. Analisando-se pelo critério da receita, esses planos absorvem a mesma proporção de custos indiretos que outros. Por terem menor número de beneficiários, entretanto o custo unitário é muito superior ao Plano 1. Quando o critério é o número de beneficiários, os resultados sofrem pequenas alterações. Portanto, não é possível verificar o real consumo de recursos por esses planos. Quando a análise é feita com base no método ABC, fica claro que a utilização de atividades por esses planos representa uma proporção maior dos custos indiretos alocados pelas outras formas de rateio.

Conclui-se que os Planos 2 e 3, que são compostos por um maior número de empresas, trazem resultados mais favoráveis quanto à proporção da receita comprometida com os custos indiretos. Isso se deve aos preços maiores que são praticados nesses planos, pois o custo unitário por beneficiário é bastante superior que no Plano 1.

A análise ABC permite que se entendam algumas questões fundamentais para o gerenciamento de planos de saúde. A idéia de descontos progressivos pode ser adotada; entretanto, com muito cuidado, pois a redução de custos indiretos pelo volume não corresponde à redução de utilização de atividades e o conseqüente consumo dos recursos. Planos de pequenas e médias empresas podem trazer um bom resultado, pois, apesar de terem um custo unitário de administração por beneficiário mais alto que os planos de grandes empresas, possuem preços mais altos. Quanto aos planos associativos, mesmo tendo os maiores custos unitários por beneficiários, são planos que têm a menor proporção da receita

comprometida com os custos indiretos. Esse fato também se deve aos preços mais altos que são praticados nessa modalidade.

Pela análise ABC, verifica-se que o custo indireto, para administrar um beneficiário num plano, permite avaliar as grandes diferenças de custo por beneficiário dos diferentes planos. Essas diferenças se relacionam com a utilização das atividades da cooperativa e com conseqüente consumo de recursos que são alocados aos planos.

O custo de administração por beneficiário do Plano 1 é de R\$ 45,99, enquanto que no Plano 2 é de R\$ 58,85, ou seja, 28% maior que no Plano 1. Já no Plano 3, o custo por beneficiário é de R\$ 68,35, 16% maior que no Plano 2 e 49% maior que no Plano 1.

Com essa análise, concluiu-se que o consumo de recursos é menor na administração de planos de grandes empresas do que nos de pequenas e médias. Entretanto, o resultado apresentado dependerá do preço praticado em cada modalidade. É necessário que os preços praticados nesses planos levem em conta os custos da administração do grupo de beneficiários.

De acordo com a análise ABC, o custo indireto por beneficiário, para administrar o Plano 1 é inferior aos outros planos. Entretanto, o resultado total do Plano 1 compromete uma maior parte da receita com os custos indiretos, do que os outros planos. A explicação para o fato deve-se ao preço médio praticado no Plano 1, de R\$ 345,30, ser 40,5% inferior ao do Plano 2, com preço médio de R\$ 580,52. Observa-se que o desconto praticado foi desproporcional à redução de custos em relação ao Plano 2, que foi da ordem de 28% menor. Essa diferença se reflete num prejuízo operacional no Plano 1.

Esses fatos revelam a necessidade de um sistema de informações gerenciais que coloque à disposição dos gerentes indicadores confiáveis a respeito e custos, preços, clientes e rentabilidade de planos. E, com isso, possibilitar um melhor posicionamento estratégico para a cooperativa.

5.3.3 Sistematização de informações gerenciais de apoio à gestão econômica e estratégica

Utilizando os indicadores do painel de gestão econômica, combinando-os com as informações estratégicas e gerenciais anteriormente disponibilizadas, obtém-se um amplo conjunto de informações gerenciais estratégicas e econômicas.

Analisando as informações, verifica-se que apesar de terem um custo de gestão mais baixo, os planos direcionados a grandes empresas não são rentáveis, isso se deve principalmente aos preços baixos praticados. De outra forma, os planos dirigidos às pequenas e médias empresas possuem custos de gestão mais altos. Como o mercado aceita a prática de preços mais elevados, os resultados são melhores.

Através da verificação dos recursos despendidos pelas atividades e do seu consumo pelos clientes e pelos produtos e serviços, os gestores terão oportunidade de conhecer onde e com quem são consumidos os recursos e, então, possibilitar a ação de melhoria do sistema. Unindo-se essas informações técnicas às estratégicas e ao mercado, podem-se delimitados os segmentos com maior potencial, os mais rentáveis e quais oferecem maior risco.

O escopo deste estudo não se deteve no desenvolvimento e na análise da sistematização das informações estratégicas. Seu propósito foi o desenvolvimento de um modelo de gestão de custos indiretos que, na sua implementação, gerasse informações econômicas e também estratégicas, que poderão ser utilizadas na continuidade futura do modelo.

6 CONCLUSÃO

O objetivo primário deste estudo, ou seja, propor um modelo que contribuísse para a melhoria da gestão dos custos indiretos dos planos de saúde, foi atingido.

O estudo discutiu os elementos que caracterizam e definem o setor de saúde suplementar privado, fazendo um levantamento de dados e informações sobre a dinâmica do mercado de planos de saúde e do cenário socioeconômico enfrentado por essas empresas.

Com a análise e a estruturação dessas informações, foi possível o desenvolvimento de um modelo de sistema de gestão de custos indiretos em planos de saúde. Tal modelo foi testado através da simulação da implementação do modelo em planos de saúde da Unimed Nordeste RS.

Para entender o setor de saúde suplementar, foi necessário identificar e conhecer os elementos e as características das empresas provedoras desse serviço. Essa etapa foi de extrema importância para conhecer a dinâmica do setor e as interações realizadas com seus públicos e com os demais setores da economia.

Através da compreensão do setor de serviços, a análise pôde focar-se no segmento de saúde suplementar, buscando entender os problemas e as carências das empresas que atuam nesse mercado.

Com a interposição da teoria dos serviços e da dinâmica do setor de saúde suplementar, concluiu-se que as operadoras de planos de saúde enquadram-se nos critérios que definem as empresas provedoras de serviços. Dessa forma, constatou-se que essas sofrem reflexos dos elementos e das características particulares dos serviços.

Considerando que os serviços são intangíveis e não são completamente replicáveis, as formas como o consumidor percebe os planos de saúde suplementar são semelhantes a como percebe um hotel ou uma lavanderia, onde estão envolvidos todos os elementos que podem influenciar a percepção do consumidor, na realização da experiência do serviço.

A prestação de serviços com excelência não pode afetar os resultados da empresa, mas traduzir-se em maior rentabilidade. Para isso, além da operação estar alinhada ao pacote de serviços, precisa ser produtiva e eficaz na utilização e alocação dos recursos, possibilitando, assim, a oferta de serviços de qualidade com custos reduzidos e permitindo que a empresa seja competitiva sem afetar sua lucratividade.

Nas empresas operadoras de planos de saúde, as dificuldades encontradas na gestão e no custeio dos serviços não diferem muito daquelas encontradas em outras empresas do setor. Essas são oriundas da dificuldade de mensuração e alocação dos recursos, não possibilitando a geração de informações a respeito da eficácia dos processos e das atividades, bem como da rentabilidade de produtos e clientes.

Assim, as gestões das operadoras de planos de saúde carecem de informações que sejam confiáveis e subsidiem a melhoria da aplicação dos recursos e a identificação e resolução de deformidades nos processos da empresa.

Para melhorar a geração de informações sobre o consumo e alocação dos recursos, assim como da análise da eficácia das atividades, o desenvolvimento do sistema de gestão de custos indiretos para planos de saúde, apresentado neste trabalho, buscou contribuir com o setor, oferecendo uma ferramenta de análise de custos e indicadores econômicos.

Essa ferramenta utiliza como base o método ABC/ABM, que tem se mostrado eficiente no custeio dos serviços. Para o desenvolvimento do sistema, buscou-se o entendimento da forma como o consumo e a alocação de recursos se dão nos serviços.

A discussão e análise da gestão estratégica de custos e dos sistemas de custeio confirmaram as dificuldades das empresas do setor em mensurar a utilização de recursos, bem como a falta de capacidade para a avaliação da eficácia de suas atividades. As operadoras de planos de saúde enfrentam esses problemas, agravados pelo impacto da inflação da saúde, fenômeno de elevação rápida e constante dos custos de assistência à saúde.

A elevação dos custos da assistência à saúde, associados ao aumento acelerado do uso, estão tornando crítica sua manutenção desse tipo de financiamento. Portanto, o

desenvolvimento de uma sistemática de gestão de custos indiretos em planos de saúde é a única alternativa para a sobrevivência dos planos de saúde.

O sistema apresentado neste trabalho baseou-se nas informações obtidas no estudo dos serviços e de gestão estratégica de custos, o qual foi validado na sua implementação parcial na Unimed Nordeste RS. Foram analisados três grupos de contratos de planos de saúde empresarial, comparando os resultados obtidos com a utilização do método adotado pela empresa.

Os resultados indicaram que as informações ora obtidas, através de um sistema tradicional de custeio, podem estar distorcidas e, assim, levar os gestores a tomada de decisões equivocadas.

As análises demonstraram que os planos de grandes empresas, quando custeados pelo ABC, não são lucrativos, pois apesar do custo por beneficiário ser menor, os descontos praticados afetaram a receita desproporcionalmente em relação à redução do custo. Essa distorção sobre a rentabilidade dos planos pode ser explicada como sendo reflexo da utilização de informações advindas do sistema de custos adotado pela empresa. Nesse, os custos indiretos são rateados pela receita, mas, conforme o sistema de indicadores descritos na tabela 15, esse método distorce os resultados, visto que o custo indireto por beneficiário não é semelhante em todos os planos.

Os indicadores econômicos resultantes do sistema de gestão proposto oferecem um quadro comparativo entre as formas convencionais de alocação de custos indiretos e os resultados obtidos através do custeio baseado em atividades. Esse comparativo pode ser importante fonte de informações para a gestão estratégica da empresa, pois pode esclarecer quais segmentos de mercado e quais clientes são mais rentáveis, e assim subsidiar a decisão sobre o posicionamento estratégico mais adequado para a realidade do mercado.

Além da análise econômica dos planos, o sistema proposto pretende oferecer aos gestores, uma ferramenta para o entendimento e a análise de como se comportam os processos e as atividades realizados pelas empresas e como e onde são consumidos os recursos, possibilitando à empresa, então, avaliar o desempenho e a eficácia das atividades verificando falhas no processo que poderão ser corrigidas ou eliminadas.

Apesar de as operadoras de planos de saúde terem uma proporção baixa de custos indiretos em relação aos diretos, esses são controláveis. Ao contrário dos custos diretos, que normalmente são realizados com pouca intervenção, de terceiros e clientes, os custos indiretos devem ser avaliados sob outra perspectiva, pois, como são de natureza fixa, podem ser diluídos com geração de mais receita, ou eliminados, caso a receita se mantenha estável. Portanto, a gestão eficaz desses recursos pode ser decisiva para a lucratividade da empresa.

A implementação do sistema na Unimed Nordeste RS foi positiva, pois forneceu informações importantes sobre o consumo de recursos e a alocação dos custos indiretos, estabelecendo uma nova visão sobre a gestão dos planos de saúde. Essas informações poderão levar a cooperativa a decidir, com maior segurança, sobre qual o melhor posicionamento estratégico para enfrentar a problemática do setor de saúde suplementar brasileiro. Assim, espera-se que a cooperativa possa manter seus resultados positivos, para continuar a satisfazer tanto seus clientes, quanto seus funcionários e cooperados.

6.1 ESTUDOS FUTUROS

Devido às delimitações do estudo, a impossibilidade de implementação real e em toda empresa do modelo, e também o fato da mesma não poder representar o universo dos serviços de saúde suplementar, sugere-se que seja implementado o modelo aos demais setores da cooperativa, ampliando a análise para outros produtos e serviços e, com isso, poder estabelecer o real consumo de recursos pelas atividades da empresa, possibilitando a melhoria de desempenho e a rentabilidade de todo o negócio.

Outro estudo sugerido seria ampliar esse modelo para todo o sistema integrado Unimed. Dessa forma, possibilitar a avaliação das ineficiências que prejudicam todas as cooperativas Unimed, onerando em demasia seus custos. Isso seria importante, pois a racionalização dos custos do processo é necessária para a viabilidade futura do sistema Unimed.

Por fim, como sugestão de um estudo mais profundo, indica-se uma ampla discussão sobre a cadeia de valor do setor de saúde suplementar privado, que é composto por muitos outros subsetores. Estes também procuram otimizar seus resultados sem a preocupação com

os demais elos da cadeia. Por ser fundamental para a sociedade, é importante buscar soluções e alternativas para a continuidade e viabilidade econômica do setor de saúde suplementar no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. **Service América!** doing business in the new economy. New York: Warner Books Inc., 1990.

_____. **Serviço ao cliente:** reinvenção da gestão do atendimento ao cliente. São Paulo: Campus, 2002.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em: outubro 2003.

ATKINSON, Antony A. et al. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

BAHIA, Lígia. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 7, n. 4, p. 671 – 686, 2002.

BECKWITH, Harry. Como vender o invisível. **HSM Management**. São Paulo: n. 24, ano 4, p. 21-26, jan./fev. 2001.

BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN A. **Serviços de marketing:** competindo através da qualidade. 3 ed. São Paulo: Maltese, 1995.

BRUNI, Adriano L.; FAMÁ, Rubens. **Gestão de custos e formação de preços:** com aplicação na HP 12C e Excel. São Paulo: Atlas, 2002.

CAPETTINI, Robert; CHOW, Chee W.; MCNAMEE, Alan H. **On the need and opportunities for improving costing and cost management in healthcare organizations.** : **Managerial Finance**, Patrinton, U.S, v. 24, n. 1, p. 46, 1998.

CARLZON, Jan. **A hora da verdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: COP, 1994.

CERONI, Sílvio. **Elementos fundamentais para a excelência na prestação de serviços**. Dissertação (Mestrado), PPGEP/UFRGS, Porto Alegre, 1997.

CERONI, Sílvio. **Gerência de serviços**. Porto Alegre, 2000. Polígrafo da disciplina PPGEP/UFRGS.

CHING, Hong Yuh. **Gestão baseada em custeio por atividades**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Manual de custos de instituições de saúde**: sistemas tradicionais de custos e sistema de custeio baseado em atividade. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Medindo e Gerenciando atividades**: os modelos de ABC e Balanced Scorecard. São Paulo: Business Transformation, 2002.

CHIU, Ping Ip.; WAI LI Ping; YAU Joseph S W. Application of activity based-costing: the case of a non-government organization. **International Journal of Management**. Poole: v.20, n. 3, p. 282, 2003.

_____. **Activity-Based Costing - ABC**: a poderosa estratégia empresarial. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1994.

_____. **Custos e preços**: Formação e Análise. São Paulo: Pioneira, 1999.

_____. **Modelos ABC / ABM**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

_____. **Activity-Based Costing - ABC**: A poderosa ferramenta empresarial. Rio de Janeiro: Griffon Enterprise, 1994.

CORRÊA, L. Henrique; CAON, Mauro. **Gestão de serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

COSTA, João C.; FAZAN, Elisa. Método de custeio nas empresas de serviços: vantagens da aplicação da metodologia ABC em relação às tradicionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, VIII., 2001, ABC, t. 9.27, São Leopoldo. **Anais VIII**, São Leopoldo, 2001.

CREPALDI, Silvio Aparecido. **Curso básico de contabilidade e custos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DUARTE, Érica R. M. **Avaliação e custeio de processos hospitalares**: um estudo de caso no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado), PPGA/UFRGS, Porto Alegre, 1995.

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

FARIAS, Luís O.; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585 – 598, 2003.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços**: operações, estratégia e tecnologia de informação. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Luiz Henrique. **Administração estratégica de serviços**: São Paulo: Atlas, 1994.

GRÖNROOS, Cristian. **Marketing, gerenciamento de serviços**: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HANSEN, Don R.; MOWEN, Maryanne M. **Gestão de custos**: contabilidade e controle. São Paulo: Pioneira, 2003.

HESKETT, James L.; SASSER JR., W. Earl; HART, Cristopher W. L. **Serviços revolucionários**: mudando as regras do jogo competitivo na prestação de serviços. São Paulo: Pioneira, 1994.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E.G. **Princípios de marketing de serviços**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

HORNGREN, Charles T.; FOSTER, George; DATAR Srikant M. **Contabilidade de custos**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

HUGON, Paul. **História das doutrinas econômicas**. São Paulo: Atlas, 1984.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: fev. 2004.

IGLEHART, John K. Will reference pricing address the health cost conundrum? **Health affairs**, v. 22, n. 3, p. 7, 2003.

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

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A organização orientada para a estratégia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Mapas estratégicos**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

KINSELLA, Steven M. Activity-based costing: does it warrant inclusion in a guide to the project management body of knowledge (PMBOK guide). **Project Management Journal**, U.S., v. 33, 2. ed., p. 49-56, jun, 2002.

KLIEMANN NETO, Francisco José. **Análise gerencial de custos**. Porto Alegre, 2000. Polígrafo da Disciplina, PPGE/UFGRS.

KLINE, James J. Activity-Based Costing and benchmarking: a tandem for quality-oriented governments. U.S.: **The Journal of Government Financial Management**, U.S., v. 53, n. 3, p. 50, 2003.

KORNIS, George Edward; CAETANO, Rosângela. **Dimensão e estrutura econômica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Regulação & Saúde, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar ANS/MS, 2002, p. 35.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Marketing para o século XXI**: como criar, conquistar e dominar mercados. São Paulo: Futura, 1999.

- LAS CASAS, Alexandre Luiz . **Qualidade total em serviços** São Paulo: Atlas,1999.
- LOVELOCK, Cristopher; WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- LERE, Jonh C. Activity-Based Costing: a powerful tool for pricing. **The Journal of Business e Industrial Marketing**, U.S. v .15, n. 1, p. 23, 2000.
- LEONE, George S. B. Guerra. **Custos: planejamento, implantação e controle**. São Paulo: Atlas, 2000.
- MAHER, Michael. **Contabilidade de custos: criando valor para a administração**. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARINHO, Sidnei Vieira. **Utilização do conceito de gestão estratégica de custos dentro do Balanced Scorecard**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, UFSC, Florianópolis, 2003.
- MARTINS, Eiseu. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MAUAD, Luiz Guilherme A.; PAMPLONA, Edson. O custeio ABC em empresas de serviços: avaliação dos problemas da implantação em uma empresa de pesquisa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, ABC, VIII., 2001. São Leopoldo. **Anais VIII**, São Leopoldo, 2001.
- MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução RDC n. 39. Disponível em: www.ans.gov.br . Acesso em: out. 2003.
- MIRANDA, Cláudio Rocha. **Gerenciamento de custos em planos de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: ANS / PNDU, 2003.
- MONTONE, Januário. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2003.
- NAKAGAWA, Masayuki. **Gestão estratégica de custos**. São Paulo: Atlas, 1991.
- _____. **ABC - Custeio baseado em atividades**. São Paulo: Atlas, 1994.
- NICZ, L. Fernando. Manage Care. **Revista Médicos HC/FMUSP**. São Paulo, ano 1, n. 2, p.96-105, maio-junho 1998.
- PARMENTER, Eric M. Controlling health care costs: components of a new paradigm. **Journal of Financial Service Professionals**. U.S., v. 57, n. 4, p.59, 2003.
- PEREZ, JR; et al. **Gestão estratégica de custos**. São Paulo: Atlas, 1999.
- PECK, Martin; HANDSCOMBE , Robert D. Marketing performance and business risk in acute care trusts. **The Service Industrie Journal**. Londres, v. 20, p. 61, 2000.

PETER, Maria da Glória A. et al. O custeio baseado em atividade em organizações de serviços. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, ABC, IX, 2002, São Paulo, **Anais IX**. São Paulo, 2002.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. **Vantagem competitiva**. 13. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **On competition: estratégias competitivas essenciais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

ROCHA, Ângela; MELLO, Renato C de. **Marketing de serviços: casos brasileiros**. São Paulo: Atlas, 2000.

SALAZAR, Andréa et al. **Planos de saúde**: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. São Paulo: Globo, 2002.

SAMARA, Beatriz Santos; BARROS, José Carlos de. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Makron Books, 1997.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. São Paulo: Best-Seller, 1999.

SEIBEL, Ivan. **Formação cooperativista I: história, estrutura e educação cooperativista no complexo Unimed**. Belo Horizonte: Ed. da Universidade Unimed, 2003.

_____. **Formação cooperativista II: a gestão da singular Unimed**. Belo Horizonte: Ed. da Universidade Unimed, 2003.

_____. **Formação cooperativista III: o cooperado e a singular**. Belo Horizonte: Ed. Universidade Unimed, 2003.

SEMINÁRIO DE MEDICINA PREVENTIVA DO SISTEMA UNIMED, 2003.

SENINGER, Steve. **Health care spending and costs**. *Montana Business Quarterly*, U.S. v. 41, n. 1, p. 26, 2003.

SHANK, Jhon K.; GOVINDARAJAN, Vijay. **A revolução dos custos**. Rio de Janeiro: 1997.

SCHMENNER, Roger W. **Administração de operações em serviços**. São Paulo: Futura, 1999.

SHUGAN, M Steven; XIE, Jinhong. Advance pricing of services and other implications of separating purchase and consumption. **Journal of Service Research Jsr**, U.S. Feb., 2000.

SISTEMA DE CONTAS NACIONAIS. IBGE - Brasil 1996/2000. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: jan. 2003.

TÉBOUL, James. **A era dos serviços: uma nova abordagem de gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

UNIVERSIDADE UNIMED. Fundação Unimed do Brasil. Disponível em: www.fundacaunimed.org.br. Acesso em: jun. 2003.

VANDERBECK, Edward j.; NAGY, Charles F. **Contabilidade de custos**. 11. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

WALTER, Fábio. Metodologia de utilização da gestão baseada em atividades na operacionalização da perspectiva dos processos internos do balanced scorecard. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

ZEITHAML, Valerie A.; BITNER, Mary Jo. **Marketing de serviços**: a empresa com foco no cliente. Porto Alegre: Bookman, 2003.