

RONALDO SILVA

**CONTABILIDADE DE CUSTOS PARA OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE :
APURAÇÃO PELO VALOR DOS RESULTADOS**

Monografia apresentada ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de especialista em contabilidade e finanças.

Prof. Orientador: MSc. Luiz Carlos de Souza

Curitiba

2008

AGRADECIMENTOS

O Ser Humano é um Ser incompleto, por isso, depende sempre do outro para a realização de todo e qualquer empreendimento, dos mais simples aos mais complexos. É como um filme, que conta uma estória que gira sempre entorno do ator principal, mas, que no final ao apresentar os créditos exhibe uma lista interminável de pessoas que colaboraram para a sua realização. Ao aparecer os créditos do final do filme ninguém tem paciência para observá-los atentamente, somente os primeiros nomes são percebidos ainda que os demais também sejam importantes.

Meus sinceros agradecimentos à Deus, o criador de todas as coisas. À Universidade Federal do Paraná representada nas pessoas do coordenador do curso e dos professores, todos empenhados em possibilitar acesso ao conhecimento. À minha esposa, Sandra, que domou incansavelmente duas feras para que eu pudesse escrever, um menino de 3 anos, o Gabriel (você já escreveu numa casa com um menino de 3 anos ?) e uma menina de 12 anos, a Carolina, ela toca violão e bateria.

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é o resultado da minha intenção em contribuir para o aperfeiçoamento do mercado de saúde suplementar. Uma contribuição para o sucesso de todos os atores do sistema, em especial às operadoras de planos de saúde, que têm uma importante responsabilidade social de financiar o sistema. É o meu maior esforço para que clientes, operadoras, prestadores, fornecedores e governo sejam todos remunerados com justiça pelos seus serviços à sociedade.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FÓRMULA DE CÁLCULO DA SINISTRALIDADE

FIGURA 2 - SINISTRALIDADE DAS OPS

FIGURA 3 - PARCELA DA POPULAÇÃO QUE CONSOME MAIS RECURSOS

FIGURA 4 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA AGUDA

FIGURA 5 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA CRÔNICA

FIGURA 6 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA PROGRESSIVA

FIGURA 7 – PRINCÍPIOS DA COMPETIÇÃO BASEADA EM VALOR

FIGURA 8 – FRONTEIRA DE PRODUTIVIDADE

FIGURA 9 – CÍRCULO VIRTUOSO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA

FIGURA 10 – HIERARQUIA DAS INFORMAÇÕES

FIGURA 11 – EFEITO DAS INOVAÇÕES NO IAM – INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

FIGURA 12 – DEFINIÇÃO GRÁFICA DE CONTABILIDADE DE CUSTOS

FIGURA 13 – A CONTABILIDADE DE CUSTOS COMO CENTRO PROCESSADOR DE INFORMAÇÕES

FIGURA 14 – A CONTABILIDADE DE CUSTOS EM SUAS TRÊS FASES

FIGURA 15 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REDE DE ATENDIMENTO

FIGURA 16 – VISÃO GERENCIAL DOS CUSTOS

FIGURA 17 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA OPS

FIGURA 18 – COMPOSIÇÃO DA HIERARQUIA DAS INFORMAÇÕES

FIGURA 19 – ÍNDICE DO CID 10

FIGURA 20 – CADEIA DE VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

FIGURA 21 – TRANSFORMANDO OS PAPÉIS DAS OPS

FIGURA 22 – IMPERATIVOS PARA OS PLANOS DE SAÚDE

RESUMO

SILVA, R. **Contabilidade de Custos para Operadoras de Planos de Saúde : Apuração pelo Valor dos Resultados.**

O sistema de saúde suplementar brasileiro vive uma realidade bastante preocupante, os custos praticados estão muito elevados e a causa principal disso é o tipo de competição praticado nesse segmento de mercado; a competição por transferência de custos. Todos os esforços aplicados ao longo de décadas pelos integrantes desse sistema para a redução dos custos falharam, a única saída é mudar o tipo de competição para a competição pelo valor dos resultados. Pesquisas recentes revelam que essa mudança é inevitável e já começou, por isso, a Contabilidade de Custos, como ciência de vanguarda, precisa estabelecer as diretrizes de uma metodologia para apuração dos custos a partir desse novo paradigma; pelo valor dos resultados. Alguns aspectos são fundamentais para o sucesso dessa nova metodologia de apuração dos custos: a hierarquia das informações, a cadeia de valor e as mudanças na estrutura organizacional das operadoras de planos de saúde. A principal característica dessa nova metodologia é que ela combina na apuração dos custos pelo valor dos resultados duas variáveis de mensuração: dados clínicos e dados financeiros. Esses dados são coletados por paciente no ciclo total do tratamento de uma condição de saúde específica, porque o valor é gerado nesse contexto.

Palavras Chave: Cadeia de Valor, Ciclo Total do Tratamento, Condição de Saúde, Contabilidade de Custos, Hierarquia das Informações, Operadoras de Planos de Saúde, Valor dos Resultados.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	I
DEDICATÓRIA	II
LISTA DE FIGURAS	III
RESUMO	IV
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Apresentação e Delimitação do Tema	1
1.2 Problema de Pesquisa	1
1.3 Objetivos Geral e Específico	2
1.4 Justificativa	2
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 Contexto Histórico	4
2.2 Regulamentação	6
2.3 Sinistralidade	9
2.4 Paradigmas e Paradoxos	13
2.5 Princípios da Competição pelo Valor dos Resultados	16
3. ARQUITETURA DA CONTABILIDADE DE CUSTOS	23
3.1 Conceitos Fundamentais	23
3.2 Departamentalização	25
3.3 Objeto de Custo	27
3.4 Plano de Contas	28
3.5 Sistema de Custos	29
4. MATRIZ DE APURAÇÃO	32
4.1 Dinâmica Operacional das OPS	32
4.2 Apropriação dos Custos	35
4.3 Pressupostos Fundamentais da Apuração	41
5. CONCLUSÃO	45
6. REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

A concorrência e a tecnologia são aspectos fundamentais para a redução de custos em qualquer mercado. Quanto maior o nível de concorrência e tecnologia de um mercado, menor serão os custos praticados. Mas, como para toda regra existe exceção, o mercado de assistência médica é exceção. A concorrência e a tecnologia estão em níveis bastante elevados nesse mercado e ainda assim os custos praticados também estão em níveis bastante elevados.

A explicação para esse fenômeno é que os participantes desse mercado (prestadores, operadoras, empregadores, fornecedores e governo) desenvolveram involuntariamente um tipo de concorrência onde todos perdem; a competição em transferência de custos. É preciso desenvolver estratégias para combater esse tipo de competição e promover outro tipo de concorrência entre os participantes do sistema, uma concorrência onde todos ganham; a competição pelo valor dos resultados (PORTER e TEISBERG, 2007).

1.1 Apresentação e Delimitação do Tema

Reduzir custos sempre foi uma tarefa extremamente difícil para qualquer empresa, principalmente quando os executivos não utilizam uma ferramenta específica para demonstrá-lo. A ferramenta específica para essa tarefa árdua de demonstração é a CONTABILIDADE DE CUSTOS, tema dessa pesquisa. A demonstração dos custos de uma empresa é o primeiro passo para a implementação de estratégias para sua redução.

A ênfase dessa pesquisa será a contabilidade de custos das operadoras de planos de saúde no Brasil, constituídas sob a forma de empresas privadas de medicina de grupo.

1.2 Problema de Pesquisa

Vários artigos científicos estão anunciando que o sistema de saúde privado brasileiro está doente; uma ironia do destino. As instituições (prestadores, operadoras, empregadores, fornecedores e governo) responsáveis pelo funcionamento desse mercado, desenvolveram involuntariamente um tipo de

concorrência que é bastante prejudicial para o sistema, a competição em transferência de custos. Nesse tipo de concorrência as empresas do sistema na busca de estratégias para a redução de custos competem transferindo custos entre si, o que onera o sistema e não gera resultados para o cliente. Nosso problema de pesquisa é responder a pergunta:

Como apurar os custos das operadoras de planos de saúde pelo valor dos resultados?

Ao estabelecer uma metodologia de apuração dos custos pelo valor dos resultados a Contabilidade de Custos das operadoras de planos de saúde contribuirá significativamente para promover no mercado de assistência médica privada, a competição pelo valor dos resultados.

1.3 Objetivos Geral e Específico

Propor uma Contabilidade de Custos capaz de auxiliar as operadoras de planos de saúde a mudar o paradigma do mercado, de competição em transferência de custos para a competição pelo valor dos resultados é o objetivo geral dessa pesquisa.

O objetivo específico do trabalho é desenvolver as diretrizes de uma metodologia para que a Contabilidade de Custos consiga apurar os custos pelo valor gerado aos clientes; um dos aspectos fundamentais para mudar o paradigma do sistema de saúde privado brasileiro.

1.4 Justificativas

O sistema privado de assistência médica no Brasil tem um papel social muito importante. O sistema público já há muito tempo revelou a sua incapacidade para atender as necessidades básicas de saúde da população, foi exatamente aí que surgiu o sistema privado. As operadoras de planos de saúde ao constituírem carteiras de clientes assumindo os riscos do sistema, possibilitaram o acesso de milhões de pessoas à assistência médica negligenciada pelo estado. Mas, as previsões para o futuro do sistema são bastante preocupantes, principalmente

porque chegam a questionar até mesmo a sua sobrevivência. É preciso atenção especial à esse sistema; desenvolver estratégias para mantê-lo saudável.

Observamos que existe literatura significativa sobre Contabilidade de Custos para prestadores de serviços de saúde (Hospitais e Clínicas), mas, literatura específica sobre esse tema para operadoras de planos de saúde é bastante limitada. Pretendemos com essa pesquisa ampliar essa literatura.

Trabalhando há 13 anos nesse mercado, o autor se deparou com um grande desafio: desenvolver uma Contabilidade de Custos capaz de auxiliar no processo de mudança do paradigma do mercado.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo apresentaremos cinco aspectos do mercado de saúde suplementar que são de conhecimento fundamental para o estabelecimento da Contabilidade de Custos das operadoras de planos de saúde: Contexto Histórico, Regulamentação, Sinistralidade, Paradigmas e Paradoxos e Princípios da Competição pelo Valor dos Resultados.

A compreensão desses cinco aspectos nos ajudará a estabelecer as diretrizes fundamentais para que a Contabilidade de Custos das operadoras de planos de saúde desenvolva uma metodologia de apuração dos custos pelo valor dos resultados.

2.1 Contexto Histórico

O Brasil possui dois sistemas de saúde, um público e outro privado. O sistema de saúde privado, daqui em diante designado SSP, originou-se a partir das limitações do sistema de saúde público, que incapaz de fornecer serviços de assistência médica para toda a população (aliás não há no mundo sistema de saúde capaz disso) deu origem a esse novo sistema. Inicialmente o SSP era formado por consultórios, clínicas, hospitais e centros de diagnósticos. Essas instituições tinham como missão, fornecer serviços de assistência médica em caráter suplementar, porque também não seriam capazes de atender toda a demanda nacional por serviços de saúde.

Na origem do SSP os principais clientes eram os funcionários das empresas multinacionais que gerenciadas pelos princípios da administração científica viam na saúde dos seus operários uma ótima estratégia de maximizar o lucro. Através de convênios com consultórios, clínicas, hospitais e centros de diagnósticos, essas grandes empresas cuidavam da saúde de seus operários. Mas, com a evolução tecnológica da medicina, os altos custos da assistência médica diminuíram a procura pelo atendimento particular.

É nesse contexto que surgiram as empresas operadoras de planos de saúde, daqui em diante designadas OPS. O início da década de 60 é o marco histórico da sua origem e o cenário é o ABC paulista, região metropolitana de São Paulo, área

de grande concentração da indústria automobilística e setor de auto-peças (SOARES, 2006).

As OPS surgiram no SSP com a missão de reduzir os preços dos serviços de assistência médica pagos pelas grandes empresas e também pelas pessoas físicas que cansadas de esperar pelo atendimento médico no sistema de saúde público optaram pelo atendimento particular. A principal estratégia das OPS para cumprir essa missão foi constituir uma carteira de clientes (contrato coletivo e contrato individual) e intermediar a prestação dos serviços de assistência médica realizados por instituições de saúde, assumindo o risco do cliente ficar doente (sinistro) e cobrando para isso uma prestação mensal fixa (prêmio).

Inicialmente, o SSP antes da origem das OPS era uma espécie de rede credenciada do sistema de saúde público. Instituições de saúde privadas foram constituídas para complementar a rede pública de assistência médica. Essa rede credenciada despertou o interesse da indústria automobilística pelo atendimento particular, porque a rede pública já não conseguia proporcionar atendimento médico de qualidade aos seus funcionários.

O aspecto principal que contribuiu para a origem das OPS foi a necessidade do SSP de uma instituição com capacidade financeira para financiar a prestação dos serviços de assistência médica prestados pelas instituições de saúde desse sistema (consultórios, clínicas, hospitais e centros de diagnósticos). Foi esse caráter de financiador que conferiu às OPS o *status* de gestor do sistema, que até esse momento tratava as instituições de saúde como uma rede credenciada. Com o aumento dos custos médicos e conseqüente redução do lucro, as OPS adotaram a estratégia de criar outra rede de prestação de serviços de assistência médica; a rede própria.

A criação da rede própria foi a saída que as OPS encontraram para melhorar sua rentabilidade. Enquanto que na rede credenciada a gestão das OPS era indireta, agora, na rede própria a gestão é direta. Essa função de gestor do SSP deu às OPS o estigma de carrasco do sistema.

É compreensível que um sistema composto por instituições com interesses tão adversos gere muitos conflitos. De um lado do sistema temos instituições responsáveis pela realização dos serviços de assistência médica (OPS, consultórios, clínicas, hospitais e centros de diagnósticos) todas com fins lucrativos, do outro lado temos instituições (clientes) interessadas em receber esses serviços (

pessoas físicas e empregadores) todas com a intenção de diminuir suas despesas orçamentárias.

Com a intensificação dos conflitos entre essas instituições o Estado se viu obrigado a intervir no SSP. Com a intervenção o Estado passou a ocupar a função de gestor do sistema, até então ocupada pelas OPS.

2.2 Regulamentação

Podemos dizer que há um “divisor de águas” na história do SSP; antes de 1998 e depois de 1998. Até 1998 as regras do sistema eram ditadas pelas OPS e depois de 1998 passaram a ser ditadas pelo Estado.

O processo de regulamentação tornou a Contabilidade de Custos ainda mais relevante para o setor, porque reduziu significativamente a rentabilidade das operadoras de planos de saúde. O que veremos a seguir é um resumo dos principais aspectos do processo de regulamentação do setor: a evolução da regulamentação, regras de funcionamento, impactos, classificação das operadoras e tipos de planos de saúde (ANS, 2008).

O marco histórico da evolução da regulamentação do SSP se deu a partir da última promulgação constitucional que em seu artigo 197 estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e por isso cabe ao Estado a responsabilidade de regulamentação, fiscalização e controle.

Somente dez anos depois da promulgação da CF/88 é que o governo efetivamente regulamentou o SSP e essa intervenção só foi possível após muito debate no Congresso Nacional entre o governo e a iniciativa privada. Com a conclusão dessas negociações o governo publicou a Lei 9.656/98 que só foi aprovada no Senado após a alteração de alguns enunciados legais por meio da Medida Provisória 1.665. Republicada várias vezes, leva atualmente o número 2177-44. Dois anos depois o governo publicou a Lei 9.961/00, criando a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, responsável pelas atribuições de regulamentação do setor.

Portanto, o marco legal do processo de regulamentação do setor é a Lei 9.656/98, a MP 2.177-44 e a Lei 9.961/00. É a partir dessa legislação que surgiram todas as demais normas para o setor. Estão sob essa regulamentação mais de 2.000 operadoras de planos de saúde que ao comercializarem seus produtos

reúnem ao sistema, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas.

Todas essas instituições formam uma rede prestadora de serviços de saúde responsável pelo atendimento de mais de 37 milhões de clientes que através da contratação de um plano de saúde, recebem tratamento de saúde por meio de consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, exames de diagnósticos, internamentos clínicos e cirúrgicos. Toda essa dinâmica operacional está sob a responsabilidade da ANS, “uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que trabalha para promover o equilíbrio nas relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo” (ANS, 2008).

Quanto ao aspecto do processo de regulamentação que estabelece as regras de funcionamento do setor é importante salientar que existem critérios rigorosos para que empresas de saúde candidatas ao *status* de operadora entrem, operem e saiam do setor. Basicamente essas regras de funcionamento estão relacionadas com os padrões de cobertura e de qualidade da assistência médica prevista nos contratos de planos de saúde. O termo técnico da legislação é Plano de Referência, que definiu os atributos essenciais e específicos como pressuposto fundamental para todos os contratos.

Na prática o processo de regulamentação trouxe para o mercado impactos de toda ordem, principalmente econômico-financeiro, segue alguns exemplos. Para uma instituição de saúde entrar no mercado de comercialização de planos de saúde precisa obter junto a ANS um registro provisório de funcionamento e registrar também todos os produtos que pretenda comercializar. As OPS estão impedidas de recorrer a concordata e seus credores impedidos de pedirem sua falência. A liquidação de uma OPS só pode ser solicitada a pedido da ANS, medida tomada para proteger os direitos dos clientes.

Outro impacto da regulamentação é a obrigatoriedade de apresentação periódica de informações. Essa medida serve para acompanhar a evolução dos custos para conceder reajuste dos contratos e medir a saúde financeira das OPS. Ainda que constituídas sob a forma de Ltda's, as OPS são obrigadas a publicar suas demonstrações contábeis.

Os contratos comercializados têm garantia de cobertura a todas as doenças reconhecidas pela OMS – Organização Mundial de Saúde, além de impedimento às

restrições do número de benefícios, essa regra é válida inclusive para os contratos assinados antes da regulamentação. Por exemplo, não podem ser rescindidos sem a concordância do cliente, as internações só podem ser encerradas por alta médica, as mensalidades só podem ser reajustadas com autorização da ANS (regra para contratos individuais/familiares).

Ao órgão regulamentador do mercado cabe, sempre que julgar necessário, aplicar às OPS regimes especiais de direção fiscal e técnica e liquidações extrajudiciais ao detectar irregularidade grave ou insolúvel para a continuidade da prestação dos serviços de saúde aos clientes.

A classificação das OPS é outro aspecto relevante da regulamentação do setor, porque traz implicações societárias, tributárias e fiscais para sua saúde financeira. A ANS estabeleceu 8 modalidades de OPS: Administradoras, Cooperativas médicas, Cooperativas Odontológicas, Instituições Filantrópicas, Autogestões (Patrocinadas e Não Patrocinadas), Seguradoras especializadas em saúde, Medicina de Grupo e Odontologia de Grupo.

O último aspecto da regulamentação do setor e que em conjunto com os demais apresentados anteriormente influenciam significativamente a estrutura da Contabilidade de Custos das operadoras é o tipo dos contratos de planos de saúde. A Lei 9.656/98 dá tratamento diferenciado aos contratos a partir dos tipos: quanto a forma de contratação, quanto a data da assinatura, quanto a cobertura assistencial, quanto a abrangência geográfica e quanto a organização da rede de serviços.

Quanto as formas de contratação os contratos são classificados em individual/familiar e coletivo (com ou sem patrocinador). O fator mais importante desse aspecto para a Contabilidade de Custos é a livre negociação de reajustes das mensalidades para os contratos coletivos e para os contratos individuais/familiares reajustes estabelecidos pela ANS.

A data de assinatura dos contratos também tem influência econômico-financeira para as OPS, porque a Lei 9.656/98 estabelece a obrigatoriedade de registro para todos os contratos assinados a partir da regulamentação. O processo de registro dos contratos é uma espécie de “confissão de dívidas” para a OPS porque registra oficialmente a sinistralidade e as suas garantias financeiras necessárias para a manutenção e continuidade do contrato. A legislação estabelece também que a partir da assinatura do contrato inicia-se uma relação entre operadora e cliente por prazo indeterminado. Isso significa dizer que se uma operadora

registrar e comercializar um contrato e depois constatar *déficit* financeiro, não pode rescindir o contrato.

Para compreender melhor o impacto financeiro desse aspecto, basta comparar um contrato de plano de saúde com um contrato de seguro de saúde. O período de vigência do seguro de saúde é determinado, ou seja, havendo constatação de *déficit* financeiro do contrato é possível corrigi-lo na data do vencimento e isso não é possível para o contrato de plano de saúde. O que a operadora pode fazer é deixar de comercializá-lo, mas, para os contratos vigentes o *déficit* financeiro permanecerá até que o cliente concorde em extingui-lo.

A cobertura assistencial é o conjunto de serviços de assistência médica contratado pelo cliente e discriminado no contrato. A legislação exige essa discriminação para evitar que as operadoras apresentem negativas futuras para serviços de assistência médica contratados. Os planos de saúde podem oferecer dois tipos de cobertura: a cobertura integral do Plano de Referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológico). A lei também permite a comercialização de planos com coberturas superiores.

A abrangência geográfica é outro aspecto do contrato que estabelece a região geográfica onde o cliente será atendido. Pode ser: abrangência municipal, abrangência estadual e abrangência nacional.

Os contratos também precisam especificar a organização da sua rede de serviços responsável por garantir aos clientes a prestação dos serviços de assistência médica estabelecidos na cobertura assistencial contratada. A rede de serviços pode ser própria e credenciada, a diferença entre as duas está na gestão aplicada pela OPS. Na rede própria a gestão é direta e na rede credenciada a gestão é indireta.

2.3 Sinistralidade

A sinistralidade é outro tema do SSP de compreensão fundamental para o estabelecimento da Contabilidade de Custos baseada no valor dos resultados. Esse tema está diretamente relacionado com o custo médico desse mercado.

Sinistro é um termo técnico do mercado de seguros emprestado ao SSP para descrever o momento em que o cliente, por um problema de saúde, recorre ao

sistema requerendo atendimento médico para sua enfermidade e gerando um custo médico para a operadora, a contra partida do cliente é o prêmio pago anteriormente (mensalidade do plano de saúde).

A sinistralidade, por sua vez, é o indicador financeiro que mede a utilização dos recursos de saúde. Significa a relação entre os sinistros realizados e os prêmios pagos; os custos sobre as receitas. O cálculo da sinistralidade pode ser feito para um indivíduo, um grupo de indivíduos ou até mesmo para toda a carteira da OPS, conforme Figura 1.

$$S = S/P = \% \text{ (média percentual)}$$

FIGURA 1 – FÓRMULA DE CÁLCULO DA SINISTRALIDADE

Ocorre que na prática, a sinistralidade do SSP é tão elevada que pode levar o setor ao colapso. Dados da ANS, coletados a partir das informações periódicas enviadas pelas OPS revelam crescimento na taxa de sinistralidade, conforme Figura 2.

Sinistralidade

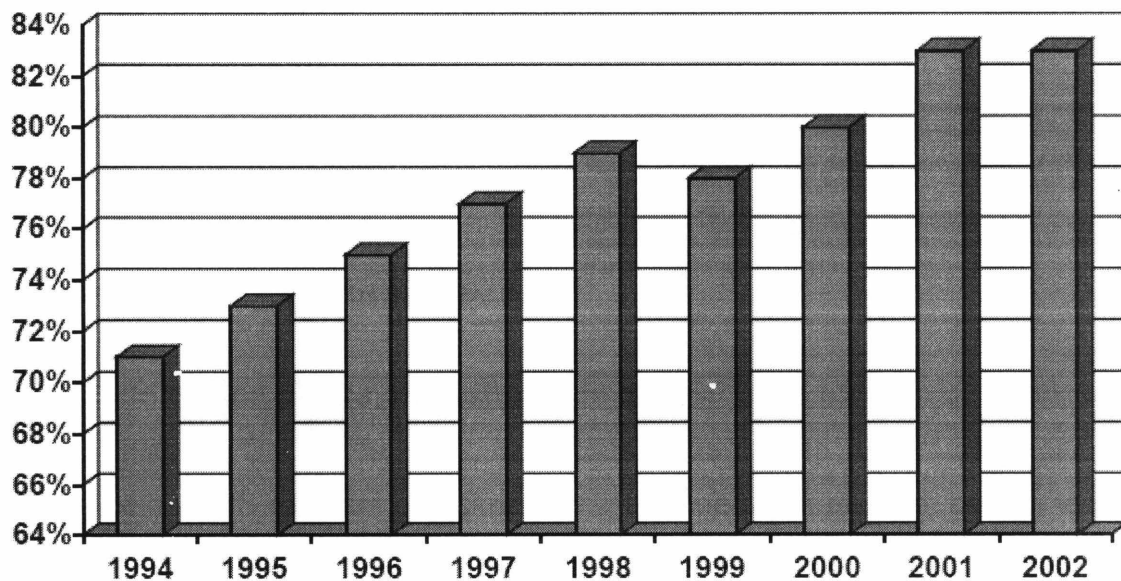


FIGURA 2 - SINISTRALIDADE DAS OPS

FONTE: ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

As altas taxas de sinistralidade ocorrem basicamente por dois motivos: sinistro muito elevado ou prêmio muito baixo. As principais causas dos sinistros elevados são: novas tecnologias médicas, tratamentos superestimados ou subestimados e envelhecimento da população. Não há tendência de redução da sinistralidade no SSP, mas, há limite aceitável de 75% (FERNANDES, 2008).

Uma sinistralidade superior a 75% inviabiliza o negócio das OPS porque os 25% restantes da receita não são suficientes para cobrir as despesas administrativas, financeiras, comerciais e dividendos. Como a Lei 9.656/98 não permite reajustes indiscriminados para os planos individuais/familiares, a única saída para o SSP é a redução dos custos.

A alta sinistralidade praticada no mercado é tema de muitas pesquisas porque impacta diretamente a situação econômico-financeira do setor. Das muitas pesquisas já realizadas citamos a seguir as descobertas de algumas delas, são estatísticas de conhecimento necessário para o desenvolvimento da Contabilidade de Custos das OPS.

A empresa de consultoria Capitólio Consulting realizou a pesquisa “Análise Econômico-Financeira do Setor de Saúde Suplementar 2001-2002” a partir de balanços do exercício 2002. No item resultado operacional 6,3% das OPS da amostra registraram resultado negativo em 2002. No item sinistralidade o indicador é muito elevado para o setor em geral, em 2002, 146 OPS registraram sinistralidade superior a 84,7%, 94 delas com índice acima de 90% e dessas 94, 41 apresentaram sinistralidade superior ou igual a 100%. Em relação ao limite aceitável de sinistralidade do setor (75%) 37,4% das OPS da amostra trabalham com sinistralidade superior. Sobre o item faturamento a pesquisa revelou que 69% das OPS tiveram perdas reais com planos de saúde, de 2001 para 2002. Quanto ao item liquidez o índice do setor também é muito baixo, em torno de 1,30. A situação das OPS pequenas é pior nesse quesito, 35,5% das 898 OPS da amostra estavam no limite (1) e em 2002 apresentaram índice inferior ao limite, ou seja, ilíquidas. (PRETA, 2003).

Outro trabalho de pesquisa importante para compreender o problema da sinistralidade do setor, são as estatísticas apuradas pela empresa de consultoria Milliman Acser (MENDONÇA, 2008). A Figura 3 demonstra que os custos dos planos de saúde variam muito dentro da população da carteira de uma OPS.

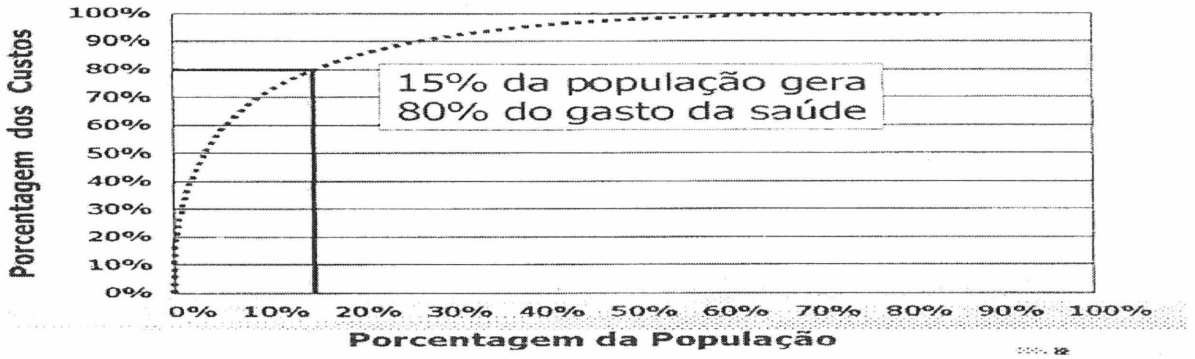


FIGURA 3 - PARCELA DA POPULAÇÃO QUE CONSUME MAIS RECURSOS

FONTE: MILLIMAN ACSER CONSULTORIA

Essa constatação nos dá uma informação muito importante para a Contabilidade de Custos, que a apuração de custos por procedimento (consultas, exames, internamentos) não é uma metodologia eficaz para se conhecer os custos das OPS.

Ainda citando a pesquisa da Milliman, Mendonça em sua palestra sobre “Garantias Financeiras” nos apresenta estatística sobre custos médicos futuros, conforme Figuras 4-5-6 a seguir. A partir da catalogação das doenças reconhecidas pela OMS – Organização Mundial de Saúde e agrupadas em 4 itens (Doenças Agudas, Doenças Crônicas, Doenças Progressivas e Recaídas) concluiu-se que durante o tempo de tratamento surgem diferentes padrões de custos.

Doença Aguda Fraturas do Crânio

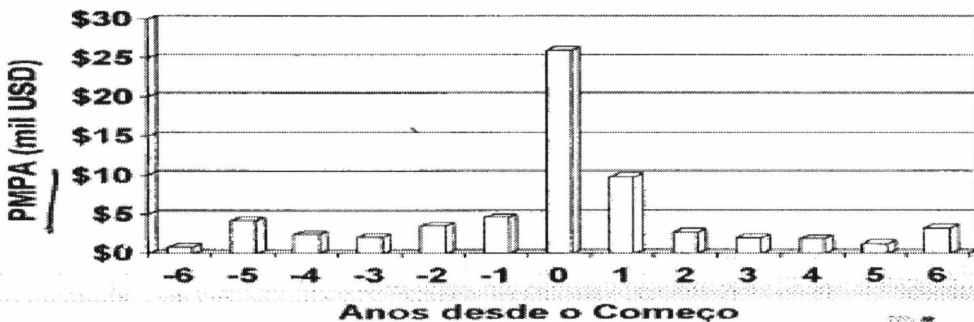


FIGURA 4 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA AGUDA

FONTE: MILLIMAN ACSER CONSULTORIA

Doença Crônica de Alto Custo

Doença de Banti Cirrose Primária do Fígado

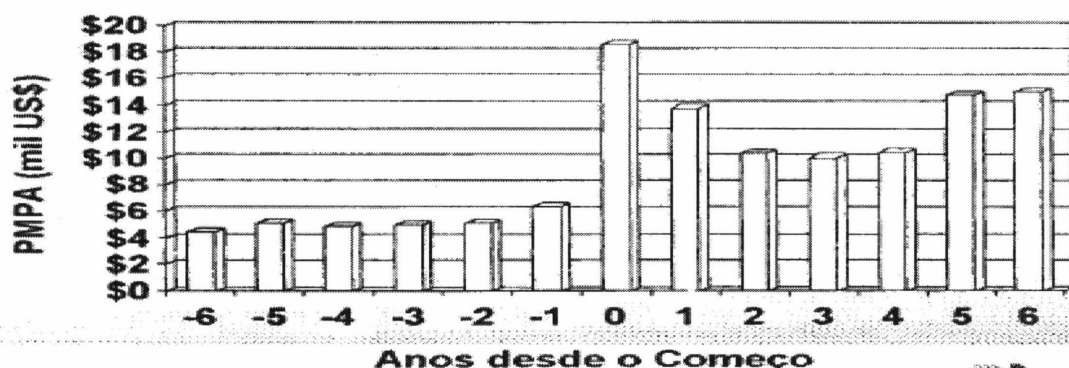


FIGURA 5 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA CRÔNICA

FONTE: MILLIMAN ACSER CONSULTORIA

Doença Progressiva

Fibrose Quística

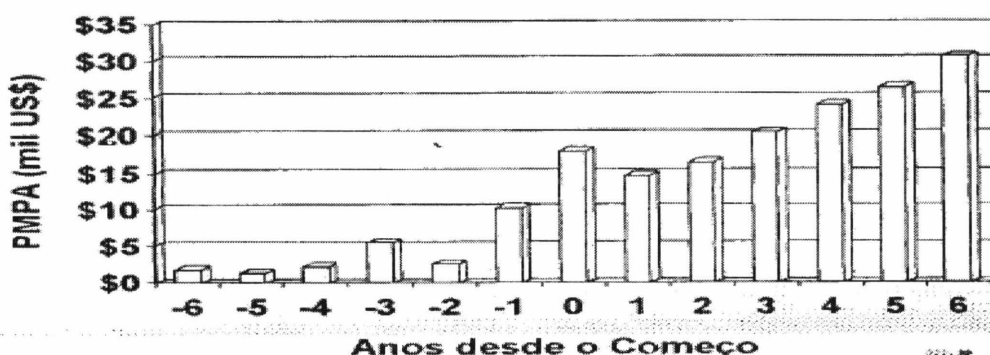


FIGURA 6 - EVOLUÇÃO DO CUSTO MÉDICO NA DOENÇA PROGRESSIVA

FONTE: MILLIMAN ACSER CONSULTORIA

Essa estatística nos explica porque todas as estratégias de redução de custos aplicadas no SSP falharam. Simplesmente porque essas estratégias se concentraram nos custos e não na qualidade do tratamento. Por isso, a melhor estratégia para redução de custos nesse mercado é, como veremos mais adiante, o valor dos resultados. Tratar a saúde é mais barato que tratar a doença.

2.4 Paradigmas e Paradoxos

É o comportamento inflexível e antagônico dos atores do SSP que tem provocado grandes prejuízos ao mercado. As OPS se defendem acusando os

prestadores (médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico) e o governo pelas mensalidades altas praticadas no mercado. Para os prestadores a culpa é das OPS que os remunera mal. Para os clientes (consumidores e empregadores) a culpa é das OPS porque cobram altas mensalidades. Mas, realmente, o que nenhum dos atores do SSP se deu conta é que a culpa é de todos eles.

A verdade é que, todos os atores do sistema estão em crise. Os prestadores reclamam pela baixa remuneração, as OPS alegam situação quase falimentar e os clientes se esforçam cada vez mais para que as mensalidades caibam nos seus orçamentos. As pesquisas demonstram que de fato essa é a realidade do mercado (MIRANDA, 2003).

Mas então, surge a pergunta que não quer calar: Se os problemas são tantos onde é que está a causa principal? Segundo Miranda, falar de gerenciamento de custos em planos de saúde a partir do paradigma vigente é tocar apenas um lado do problema, nosso sistema de saúde está equivocado, está focado na doença e não na saúde. As OPS estão comercializando planos de doença, os prestadores tem a doença como seu negócio e os clientes bombardeados pelo marketing focado na doença, inconscientemente, desejam adoecer para receber o tratamento médico prometido.

Pesquisa da OMS revela que dentre os diversos fatores que contribuem para a longevidade, apenas 10% estão ligados a assistência médica. Os outros fatores são: 53% é o estilo de vida, 20% é o meio ambiente e 17% a herança genética (MIRANDA, 2003).

A prevenção e não a cura é a única saída para a crise do SSP. Mas, prevenção também é custos, uma vez que o *turn over* dos contratos individuais e coletivos é bastante alto. Essa análise é verdadeira apenas para o curto prazo, porque no longo prazo e com a mudança do paradigma atual todos sairão ganhando; é a competição pelo valor dos resultados. Como geralmente essa análise é feita apenas no curto prazo, na prática o que ocorre é a competição pela transferência de custos.

Pesquisa publicada recentemente sobre o mercado de saúde suplementar dos EUA revelou que de modo geral os mercados internacionais apresentam dinâmica muito parecida, daí surge a possibilidade de aplicar os resultados dessa pesquisa em qualquer mercado. A pesquisa provou que o problema principal do

sistema é o tipo de competição errada praticada pelos atores (PORTER e TEISBERG, 2007).

Estruturar um departamento de custos para OPS sem considerar o paradigma vigente no mercado é um esforço vão. Ainda que o paradigma proposto por Porter e Teisberg não esteja totalmente instalado no mercado, há grandes evidências estatísticas que essa mudança já começou a ser posta em prática naturalmente por alguns atores do sistema.

A Contabilidade de Custos deve, como ciência de vanguarda, se antecipar a essa tendência mundial. O que estamos tentando fazer nesse trabalho é o primeiro passo na busca das diretrizes fundamentais para estruturar a Contabilidade de Custos das OPS para apurar o custo do plano de saúde pelo valor dos resultados. Para ilustrar essa idéia, mencionamos a experiência de alguns povoados da China, onde o médico é remunerado pelo não uso do hospital. Quanto mais tempo as pessoas demoram para adoecer, mais remuneração para todos os atores do sistema envolvidos na prestação dos serviços médicos.

Tratar a saúde exige menos recursos do que tratar a doença. Esse paradigma colabora com a missão para a qual os médicos se propuseram no exercício da sua profissão.

Porter e Teisberg nos dizem que uma das grandes barreiras a serem superadas para que a mudança de paradigma ocorra no mercado (de competição em transferência de custos para competição pelo valor dos resultado) é a demonstração desses resultados. E essa de fato é uma grande barreira, porque a Contabilidade de Custos ainda é muito primitiva nesse mercado.

Como a Contabilidade é a ferramenta específica para a mensuração de resultados econômico-financeiros das empresas de qualquer mercado, urge desenvolvê-la. A constatação de redução de custos pelo novo paradigma é pressuposto fundamental para convencer todos os atores do sistema a cooperar na sua instalação definitiva no mercado.

No tópico seguinte apresentaremos os princípios desse novo paradigma porque é a partir deles que no capítulo seguinte estabeleceremos as diretrizes da Contabilidade de Custos.

2.5 Princípios da Competição pelo Valor dos Resultados

O tipo de concorrência atual do SSP provocou grandes estragos no setor, todas as tentativas de redução de custos falharam porque a raiz do problema está na competição praticada entre os atores do sistema. A competição em transferência de custos deve ser banida do sistema para dar lugar a competição pelo valor dos resultados; única solução para redução de custos e aumento da qualidade. Mas, para isso, é preciso seguir oito princípios, conforme demonstrado na Figura 7.

1. O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos.
2. A competição tem que ser baseada em resultados.
3. A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento.
4. O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso.
5. O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão
6. A competição deve ser regional e nacional, não apenas local.
7. Informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor.
8. Inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

FIGURA 7 – PRINCÍPIOS DA COMPETIÇÃO BASEADA EM VALOR

FONTE: PORTER e TEISBER, 2007, p.98

Foco no valor, e não nos custos

É óbvio que eliminar os serviços desnecessários é bom para o sistema, mas, a economia deve ser decorrência de reais eficiências e não da transferência de custos; racionamento nos tratamentos e redução da qualidade do atendimento médico. O pressuposto desse princípio é que o valor gerado pelo sistema deve ser mensurado para o cliente e não para seus atores. O valor só pode ser mensurado no nível da condição de saúde do cliente, os resultados e os custos só podem ser comparados a partir daí.

O valor gerado pelo sistema para o cliente é um indicador decorrente de duas variáveis: custos e qualidade. Só é possível mensurar esse indicador considerando todo o ciclo de atendimento, mensurá-lo a partir de procedimentos isolados é trabalho vão. Imagine que um diagnóstico de baixo custo que produza resultados equivocados e requeira tratamento desnecessário não é um bom valor. Agora imagine o contrário, um procedimento de alto custo que evite a recorrência da

doença, é um bom valor. A idéia do valor pode ser ilustrada pelo mercado de computadores. As pessoas gastam mais com computadores hoje do que a dez anos atrás porque os equipamentos atuais oferecem muito mais recursos.

Mudar o tipo de competição do sistema não é tarefa simples, porque exige esforço de todos os atores e mudanças profundas na estrutura, organização, mensuração e no horizonte de tempo do atendimento ao paciente. Os atores do sistema precisam trabalhar de forma integrada e coordenada. Essa atitude é fundamental para gerar resultado ao cliente, tem a ver com a qualidade de vida dos pacientes. Por isso, todos os envolvidos no ciclo de atendimento deveriam assumir responsabilidades pelos resultados produzidos.

A competição é baseada em resultados

Os prestadores de serviços de assistência médica devem ser comparados a partir dos resultados que produzirem ao cliente e os excelentes serão recompensados com mais pacientes. É claro que essa mensuração de resultados não é tarefa simples, porque os pacientes reagem diferentemente ao mesmo tratamento, daí a necessidade de ajustar a mensuração aos fatores de risco. A competição em resultados, com certeza, provocará uma intensa discussão entre os prestadores sobre como mensurar resultados com justiça. Mas, ainda que não haja uma metodologia consolidada é preciso adotar alguma e aperfeiçoá-la com o tempo.

A verdade é que a competição em resultados tem que ocorrer no nível em que o valor é determinado, ou seja, na condição de saúde do paciente ao longo do ciclo de atendimento. É somente nesse nível que os erros médicos diminuirão, exames e tratamentos desnecessários serão descartados e a restrição a tratamentos eficazes deixará de acontecer.

O paradigma atual do sistema, competição em transferência de custos, se instalou no mercado principalmente pela falta de mensuração de resultados. Como nenhum dos atores conhece os custos reais do ciclo de atendimento, e mensurá-lo é trabalho complexo, a transferência de custos é uma estratégia dos atores para se precaver, mas, na prática onera ainda mais o sistema.

A competição é centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo do tratamento

Geralmente quando pensamos em serviços de saúde o que vem a nossa mente são os procedimentos médicos: consultas, exames, serviços ambulatoriais, internamentos clínicos e internamentos cirúrgicos. Todas as intervenções médicas aplicadas aos pacientes estão classificadas nesses grupos, acontece que essas intervenções quando analisadas isoladamente não revelam valor para o paciente, o valor só pode ser medido tendo como base o ciclo do tratamento.

Valor e resultado são duas variáveis complementares. Enquanto que o valor mede a condição de saúde do paciente no ciclo do tratamento, o resultado mede o nível dessa condição de saúde; a excelência da qualidade de vida do paciente. Dois prestadores podem proporcionar melhor qualidade de vida para um mesmo ciclo de tratamento, mas, um deles pode fazer isso em menos tempo e com custos menores; é a demonstração do valor e do resultado.

A condição de saúde é um conjunto de circunstâncias na saúde de um paciente que requer tratamento dedicado e coordenado. É importante para a mensuração do valor dos resultados, estabelecer o início e o fim do ciclo do tratamento para cada condição de saúde. A condição de saúde abrange doenças, males, lesões e circunstâncias naturais, como a gravidez. A condição de saúde dificilmente é estabelecida no primeiro procedimento médico do ciclo de tratamento, mas, certamente o será no decorrer do ciclo. Quando o diagnóstico for estabelecido, então, a mensuração do valor do resultado se dará para essa condição de saúde.

Tratamento de alta qualidade deveria ser menos dispendioso

A competição pelo valor dos resultados é o tipo certo de competição porque ela ocorre no nível de condições de saúde durante o ciclo do tratamento. Esse tipo de competição trará melhorias de qualidade e custos para o mercado por várias razões.

Primeiro, como a maioria dos prestadores de serviços de assistência médica não aplicam as melhores práticas conhecidas, alinhá-los à competição pelo valor dos resultados vai levá-los as melhores práticas. A consequência disso será percebida já no curto prazo; aumento da qualidade e redução dos custos. Ao estabelecer uma

fronteira de produtividade, os prestadores passarão a entregar os mesmos resultados a custos menores, ou melhores resultados com o mesmo custo, ou ainda, melhores resultados a custos mais baixos. A Figura 8 representa essa teoria.

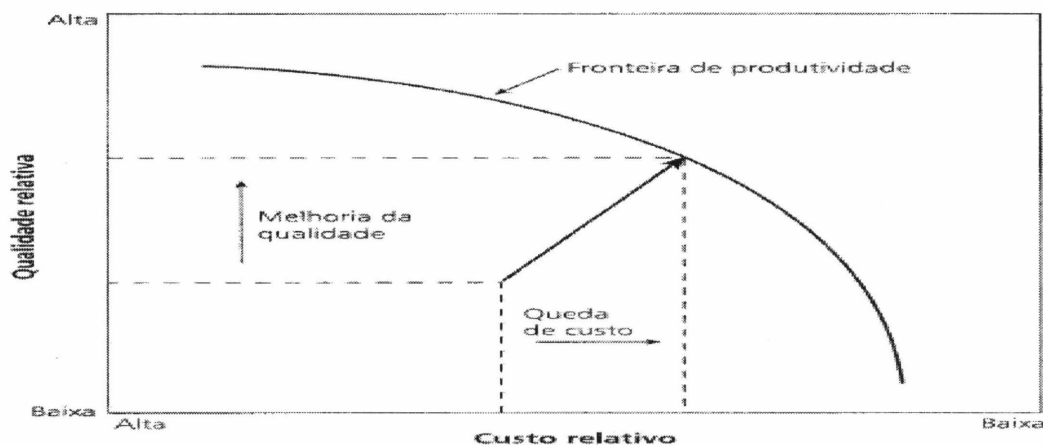


FIGURA 8 – FRONTEIRA DE PRODUTIVIDADE

FONTE: PORTER e TEISBERG, 2007, p.106

Segundo, a eliminação de erros e desperdícios produz melhorias de qualidade e de custos em qualquer setor de mercado. Há estatística que comprova que o índice de erros médicos em tratamentos de saúde existe e é bastante elevado.

Terceiro, a natureza da assistência à saúde promove oportunidades de melhorar a qualidade e a redução de custos no longo prazo. Promover a melhor condição de saúde é menos dispendioso porque manter a saúde é a melhor estratégia em economia de custos.

O valor é gerado pela experiência, pela escala e pelo aprendizado do prestador sobre a doença em questão

Como a competição atual do setor é em transferência de custos, os prestadores estão focados na realização de procedimentos isolados e não no ciclo do tratamento. Esse foco não contribui para que o prestador se torne excelente em uma condição de saúde específica. Quando o foco do prestador mudar para o valor dos resultados ao tratar determinada condição de saúde, a experiência, a escala e o aprendizado trarão excelência a ele. Os efeitos combinados da experiência, escala e aprendizagem criam um círculo virtuoso, assim o valor entregue pelo prestador pode aumentar, conforme demonstrado na Figura 9.

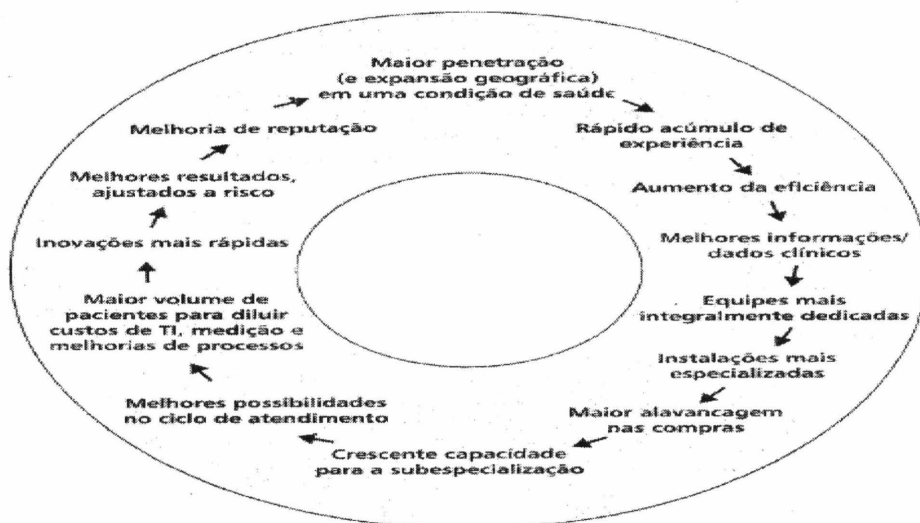


FIGURA 9 – CÍRCULO VIRTUOSO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA

FONTE: PORTER e TEISBERG, p.109

A competição é em nível regional ou nacional

O princípio anterior fará com que prestadores se tornem excelentes em condições de saúde específicas, e inevitavelmente isso ampliará a área geográfica de abrangência dos melhores prestadores, ou seja, haverá uma descentralização das suas localizações. Isso exigirá que os prestadores comparem seus resultados ajustados a riscos com outros melhores prestadores de qualquer região geográfica.

A prática do valor dos resultados provará que encaminhar um paciente para tratamento em outra região geográfica compensará os custos de deslocamento porque o valor que será entregue ao paciente reduzirá os custos do ciclo de tratamento e provocará melhorias à qualidade da condição de saúde a curto e longo prazos.

As informações sobre os resultados são amplamente disponibilizadas.

Em qualquer segmento de mercado os custos praticados são tratados pelos concorrentes como “segredo de estado”, não deve ser assim no SSP. As decisões de todos os responsáveis envolvidos no ciclo do tratamento (prestador, paciente e sua família, médicos que fazem encaminhamentos e OPS) devem ser baseadas em conhecimento objetivo dos resultados. Isso significa dizer que os resultados médicos e o custo do tratamento em todo o ciclo de atendimento devem ser amplamente

disponibilizados, sem essas informações todos os responsáveis envolvidos no ciclo de atendimento ficam limitados nas suas decisões. Os prestadores ficam privados de motivação para melhorar suas práticas, os médicos que fazem encaminhamentos e os pacientes ficam na escuridão, e as escolhas dos pacientes tem efeito marginal.

A competição baseada em valor requer uma hierarquia para essas informações, conforme demonstrado na Figura 10.



FIGURA 10 – HIERARQUIA DAS INFORMAÇÕES

FONTE: PORTER e TEISBERG, p.117

No primeiro nível da hierarquia estão as informações sobre resultados na condição de saúde. São informações relacionadas com a qualidade de vida do paciente ajustadas a risco, e o custo do tratamento, ambos medidos no ciclo do tratamento.

No segundo nível estão as informações sobre a experiência de cada prestador por condição de saúde, medida pelo número de pacientes. A experiência é uma medida aproximada da habilidade e eficiência do prestador e afeta diretamente o resultado, além de correlacioná-lo com o paciente.

No terceiro nível estão as informações sobre métodos; os processos aplicados no tratamento. Essas informações são importantes porque ajudam a compreender como os resultados foram alcançados e também para orientar a melhoria dos processos.

No quarto nível estão as informações sobre os atributos do paciente. São informações relacionadas a idade, sexo, doenças pré-existentes, constituição genética, etc. Os atributos do paciente afetam o tratamento e servem para controle de condições iniciais ou de risco.

Inovações que aumentam o valor são altamente recompensadas

Há um pensamento no sistema que acredita que as inovações são grandes geradores de aumento nos custos. Não há lógica econômica nessa crença, porque inovações amplas como novos métodos, novas instalações, novas estruturas organizacionais, novos processos e novas formas de colaboração entre os prestadores são fundamentais para melhorar o valor do sistema entregue ao paciente.

Na verdade, é a falta de informações sobre resultados que promove essa cultura, os prestadores passaram a competir em transferência de custos como estratégia para reduzi-los justamente por não conhecê-los no tipo certo de competição. As melhorias provocadas pelas inovações na assistência a saúde tem trajetória diferente dos outros segmentos de mercado, por isso, confunde vários observadores. O aumento da qualidade e a redução de custos só são percebidos no longo prazo e no ciclo do tratamento depois de um período de aprendizagem. Um exemplo disso pode ser percebido na Figura 11.

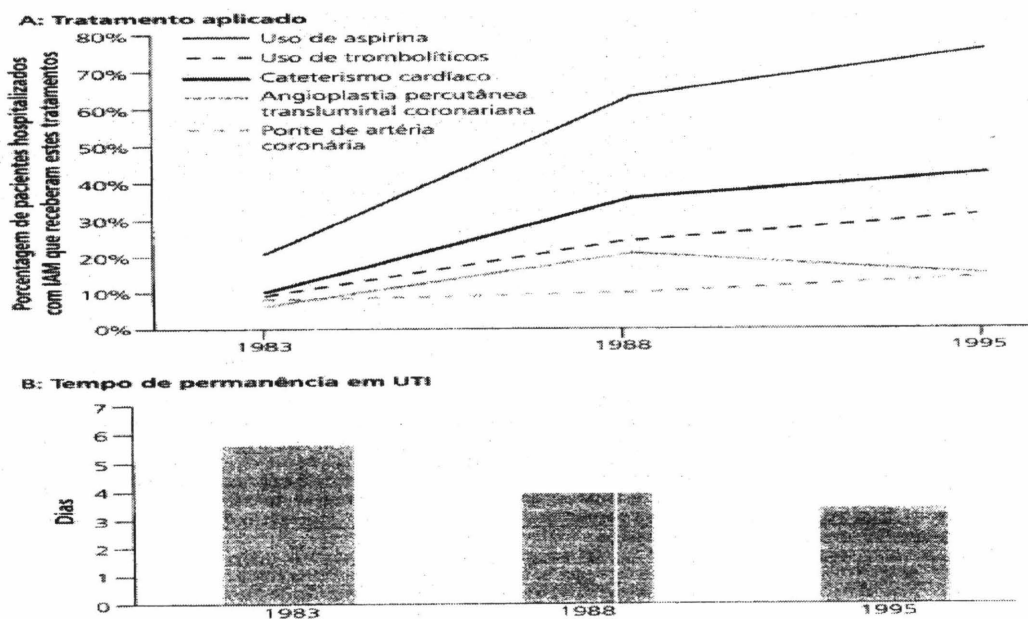


FIGURA 11 – EFEITO DAS INOVAÇÕES NO IAM – INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

FONTE: PORTER e TEISBERG, p.132

3. ARQUITETURA DA CONTABILIDADE DE CUSTOS

A pesquisa de Porter e Teisberg (2007, p.23), bibliografia básica desse trabalho, afirma que “A obrigatoriedade de mensuração e a emissão de boletins de resultados talvez seja o passo mais importante de todos na reforma do sistema de saúde”. É exatamente por causa dessa premissa que apresentamos a Contabilidade de Custos como ferramenta para mensuração do valor dos resultados.

A Contabilidade de Custos é ferramenta eficaz porque utiliza recursos de outras disciplinas, como a matemática e a estatística, para apurar resultados econômico-financeiros dos processos produtivos de empresas de todos os segmentos de mercado. O valor dos resultados é um indicador de duas variáveis, qualidade e custos, e nesses aspectos a Contabilidade de Custos é especialista, ainda que não o seja em medicina.

É preciso reconhecer também que, por analogia, enquanto que nas empresas do ramo industrial a Contabilidade de Custos é uma senhora, nas empresas do ramo de serviços ela é uma menina. Na indústria ela foi concebida e se consolidou como ferramenta de gestão empresarial, mas, no segmento de serviços ainda precisa se desenvolver consideravelmente.

Por isso, o objetivo desse capítulo é a partir da teoria original desenvolver um projeto arquitetônico de uma Contabilidade de Custos para OPS. Para tanto, abordaremos e aplicaremos os aspectos relacionados aos fundamentos e a estrutura da Contabilidade de Custos.

3.1 Conceitos Fundamentais

Dentre tantas definições sobre Contabilidade de Custos encontradas na literatura, a de Leone (2000, p.47) nos parece que atende melhor nosso objetivo de desenvolver um projeto arquitetônico:

“ A nossa definição pretende mostrar as fases do trabalho de custos, afirmando que a Contabilidade de Custos, é o ramo da função financeira que coleta, acumula, organiza, interpreta e informa os custos dos produtos, dos serviços, dos estoques, dos componentes operacionais e administrativos, dos planos operacionais, dos programas, das atividades especiais e dos segmentos de distribuição para determinar a rentabilidade e avaliar o

patrimônio da empresa, para controlar os próprios custos e as operações e para auxiliar o administrador no processo de planejamento e tomada de decisões “.

Eis aí o edifício Contabilidade de Custos, também representado graficamente na Figura 12.

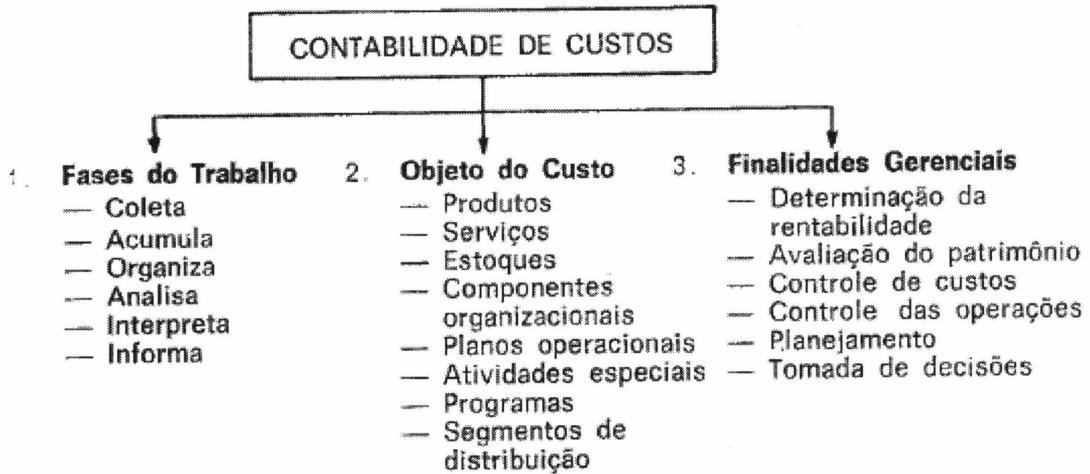


FIGURA 12 – DEFINIÇÃO GRÁFICA DE CONTABILIDADE DE CUSTOS

FONTE: LEONE, 2000, p.47

A Contabilidade de Custos é o ramo aplicado da Ciência Contábil e por conseqüência tem suas práticas regidas pelos princípios fundamentais de contabilidade, e são esses mesmos princípios que conferem ao seu trabalho o máximo grau de confiabilidade.

Outra representação gráfica da Contabilidade de Custos, conforme Figura 13, assemelha suas atividades como um centro processador de informações, que recebe dados, acumula-os sistematicamente, analisa e interpreta-os e produz informações de custos para os vários níveis gerenciais. É interessante observar também na Figura 13 que há uma retro-alimentação no esquema. O usuário além de alimentar o centro processador de informações ao identificar distorções nas informações, comunica à Contabilidade de Custos, que faz os ajustes necessários e passa a fornecer as próximas informações com as correções efetuadas.

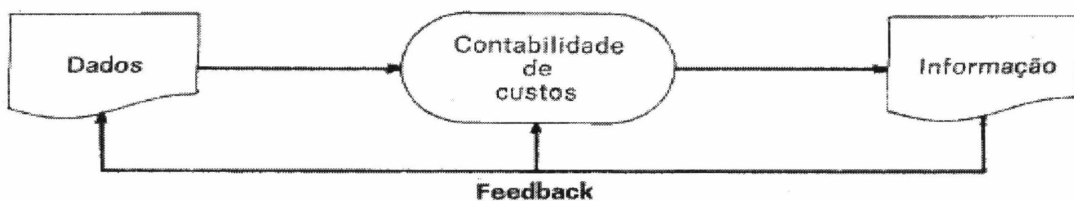


FIGURA 13 – A CONTABILIDADE DE CUSTOS COMO CENTRO PROCESSADOR DE INFORMAÇÕES

FONTE: LEONE, 2000, p.21

Ainda sobre conceitos fundamentais da Contabilidade de Custos, vale a pena salientar que para compreender melhor a sua arquitetura é preciso apresentá-la dividida em três fases: coleta de dados, centro processador de informações e informações. A Figura 14 sintetiza essas características fundamentais.

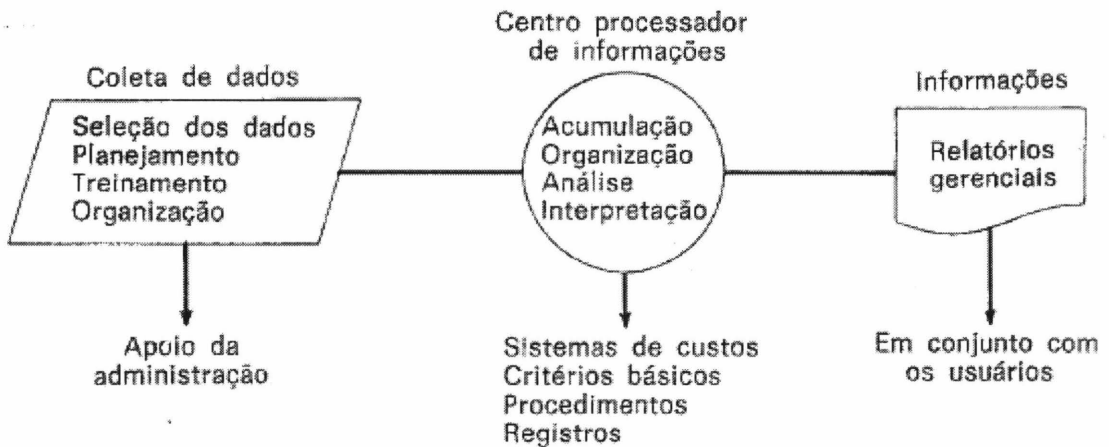


FIGURA 14 – A CONTABILIDADE DE CUSTOS EM SUAS TRÊS FASES

FONTE: LEONE, 2000, p.25

3.2 Departamentalização

A departamentalização é uma técnica utilizada na Contabilidade de Custos para conhecer o processo produtivo da empresa; primeiro passo para a determinação dos seus custos. Segundo Martins (2001, p.70), o departamento é um conjunto formado por homens e máquinas que realizam atividades homogêneas.

Do ponto de vista dos custos, os departamentos de uma empresa estão divididos em dois grandes grupos: departamentos de produção e departamentos de serviços. Como a Contabilidade de Custos nasceu no ambiente industrial, seus conceitos fundamentais foram elaborados a partir da dinâmica das fábricas, por isso, ao aplicar a teoria original precisamos nos concentrar no princípio do conceito.

Aos departamentos de produção estão alocados os custos aplicados diretamente ao produto, enquanto que aos departamentos de serviços, os custos indiretos. Aplicando essa teoria a uma empresa OPS, observamos que na sua estrutura organizacional existem apenas departamentos de produção, constituídos em sua rede de atendimento, conforme Figura 15.

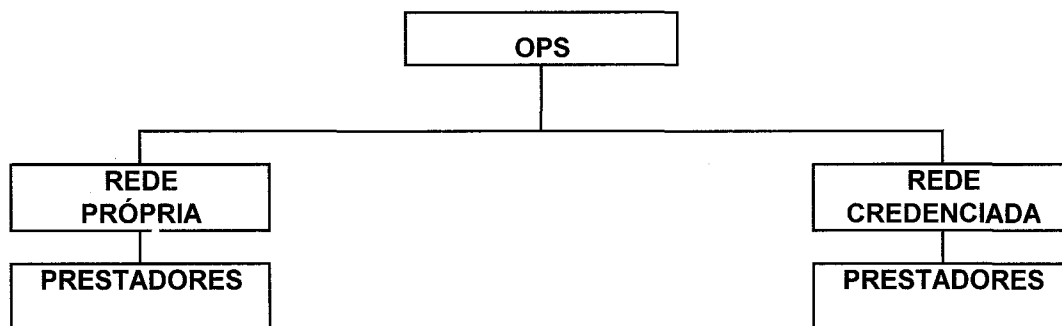


FIGURA 15 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA REDE DE ATENDIMENTO

É importante esclarecer que os departamentos de produção da rede própria, ainda que constituídos sob a forma de filiais, devem ser tratados como empresas independentes, assim como as empresas/departamentos de produção da rede credenciada. É claro que, tratadas assim, as empresas/departamentos de produção da rede própria darão tratamento aos seus custos com metodologia diferente da OPS, ou seja, constituirá uma Contabilidade de Custos independente. A justificativa para essa diferenciação está no objeto de cada uma delas. A OPS tem como objeto principal o financiamento do sistema, enquanto que as empresas da rede própria tem como objeto principal a prestação dos serviços de saúde. Do ponto de vista da OPS todos os gastos ocorridos dentro da estrutura organizacional das empresa/departamentos de produção da rede própria serão classificados como custo.

Se as empresas da rede própria estiverem constituídas sob a forma societária de filial, seus custos serão coletados a partir do balancete contábil de cada filial. Se estiverem constituídas sob a forma societária de empresas independentes, seus custos serão coletados a partir da nota fiscal fatura dos serviços prestados.

Do ponto de vista da Contabilidade de Custos das empresas (filiais ou independentes) da rede própria haverá incidência, na apuração dos custos dos serviços de assistência médica, de custos diretos e indiretos, fixos e variáveis, mas, esse raciocínio não se aplica a OPS por causa do seu objeto de custo. Veremos esse aspecto da estrutura da Contabilidade de Custos no tópico seguinte.

3.3 Objetos de Custo

Segundo Ching (2001, p.20), objeto de custo é “ Qualquer coisa de que se deseja medir custo ou que necessite de uma medida de custo separado....” As decisões gerenciais são tomadas, geralmente, após a determinação do custo de um objeto específico.

As empresas de qualquer segmento de mercado apresentam vários objetos de custo na sua estrutura organizacional. À Contabilidade de Custos cabe a responsabilidade de apurar qualquer objeto de custo que seus usuários solicitem, por exemplo: custo dos clientes, custo dos canais de distribuição, custo de fornecedores, custo das linhas de produtos, custo de um departamento, custo de um projeto, etc.

A proposta desse trabalho tem como objeto de custo determinar o custo do plano de saúde da OPS pelo valor dos resultados entregue ao seu cliente. O plano de saúde é um contrato de prestação de serviços de assistência médica celebrado entre a OPS e seus clientes. O negócio principal da OPS não é prestar serviços de assistência médica e sim financiá-los. A OPS é apenas co-responsável pela prestação dos serviços médicos prestados aos seus clientes.

Ao estabelecer o plano de saúde e não os procedimentos médicos como objeto de custo da OPS, os motivos principais foram: a sinistralidade e a rentabilidade. Para medir esses dois indicadores é preciso estabelecer uma relação entre duas variáveis: custo e receita. A receita da OPS está relacionada com a mensalidade do plano de saúde paga pelos clientes.

A escolha do plano de saúde como objeto de custo é uma estratégia dessa pesquisa para que a Contabilidade de Custos possa contribuir, em conjunto com as outras estratégias de Porter e Teisberg (2007), para a mudança do paradigma atual do mercado de saúde suplementar; da competição por transferências de custos para a competição pelo valor dos resultados.

Há um ditado popular que diz que o bolso é a parte mais sensível do corpo. Se a Contabilidade de Custos conseguir mensurar os custos do plano de saúde pelo valor dos resultados e demonstrar sua redução e aumento da qualidade dos serviços de atendimento médico, com certeza, essa constatação provocará a sensibilidade não só das OPS, mas também, de todos os outros atores do sistema para a mudança do paradigma atual.

3.4 Plano de Contas

O plano de contas é uma espécie de manual de contabilidade. Sua principal função é descrever o funcionamento das contas no sentido de estabelecer as operações de débito e crédito próprias para cada uma das contas contábeis. Além desse aspecto, na constituição do plano de contas é preciso atenção especial a dois outros importantes aspectos: elenco e definição das contas (LEONE, 2000, p.34).

O aspecto elenco das contas classifica todas as contas em dois grupos: comuns ou fixas e específicas ou variáveis. Essa classificação é importante porque agrupa os fatos contábeis ocorridos no patrimônio da OPS em duas categorias: operações que alteram o patrimônio e operações que não alteram o patrimônio.

As contas comuns ou fixas registram as operações que não alteram o patrimônio, são contas que representam o BP – Balanço Patrimonial, as contas do ativo, passivo e patrimônio líquido estão nesse grupo. Essas contas acumulam os saldos de operações como: compra de equipamentos, aplicações financeiras, provisões de pagamentos, aumento de capital, etc. São operações que não aumentam e nem diminuem o patrimônio da OPS, é como que apenas mudar as características dos recursos (liquidez e exigibilidade). São classificadas com a terminologia comuns ou fixas porque não dependem da natureza econômica da empresa para registrar as operações.

Com relação às contas específicas ou variáveis, o raciocínio é oposto porque elas dependem da natureza econômica da empresa para receberem essa terminologia. São contas que registram operações que alteram o patrimônio da empresa, representam as contas do DRE – Demonstração do Resultado do Exercício, são também conhecidas como contas de resultado porque tem função de demonstrar o resultado econômico-financeiro da empresa (lucro e liquidez). São exemplos de operações que alteram o patrimônio da empresa: venda de bens e serviços, pagamento de despesas, etc. Em resumo, o elenco das contas estabelece a descrição, os desdobramentos e a codificação de todas as contas do plano de contas.

O terceiro e último aspecto importante da constituição do plano de contas é a definição das contas. Nesse aspecto destaca-se a finalidade da conta e o saldo de cada uma delas. A definição e a estruturação das contas específicas é o primeiro passo para a acumulação de custos e despesas.

É a partir do plano de contas que a Contabilidade Geral faz a classificação contábil dos atos e fatos contábeis, por isso, o ideal é que essa classificação seja feita sob a orientação da Contabilidade de Custos, porque os relatórios gerenciais de custos dependem da classificação contábil para sua elaboração.

Se no momento da implantação da Contabilidade de Custos na empresa for constatado que o plano de contas não recebeu esse tratamento é preciso reformulá-lo, sob pena de se não o fizer comprometer a credibilidade das informações apresentadas pelos relatórios gerenciais de custos. O ideal nessa fase é estabelecer um projeto a parte que trate exclusivamente desse aspecto. Esse projeto deve ser elaborado a partir das definições que a alta administração estabelecer como prioridade das informações gerenciais de custos.

3.5 Sistema de Custos

Examinando a literatura sobre sistema de custos a primeira impressão que temos é que existe uma quantidade interminável de sistemas, o que não é verdade. Temos essa impressão porque ao ler sobre o tema o que nos chama mais a atenção são as características e não a essência dos sistemas de custos. Essa quantidade interminável de sistemas são desdobramentos de apenas dois.

Em essência todos os sistemas de custos funcionam baseados em duas convenções principais mutuamente excludentes: custeio por absorção e custeio direto/variável (LEONE, 2000, p.38). Não está no escopo desse trabalho fazer uma análise detalhada dos dois sistemas, apenas faremos algumas observações somente para fundamentar a escolha que faremos como sugestão para utilização em empresas OPS.

A escolha entre um ou outro vai depender única e exclusivamente da sua principal utilidade. Vimos anteriormente, no tópico objetos de custo, que a Contabilidade de Custos é responsável pela apuração de vários objetos de custo, mas, um deles será sempre a razão principal da sua atividade. No caso das OPS é o custo do plano de saúde, porque ao contrato do plano de saúde estão associadas as variáveis mais relevantes para a apuração do custo pelo valor dos resultados; objetivo específico do nosso trabalho. É na apuração desse custo que conseguimos mensurar o valor dos resultados gerado aos clientes.

Portanto, o sistema de custo que melhor atende esse propósito é o custeio por absorção. Enquanto que o custeio direto/variável na apuração dos custos prioriza aspectos relacionados com informações gerenciais para planejamento e tomada de decisões, o custeio por absorção prioriza informações gerenciais relacionadas com resultado e avaliação do patrimônio.

Recomendamos esse sistema porque ele é o ideal para demonstrar comparativamente os resultados econômico-financeiros que as OPS podem alcançar na prática dos dois paradigmas do mercado, o atual, competição por transferência de custos e o proposto por Porter e Teisberg, competição pelo valor dos resultados. Ao demonstrar reduções de custos e aumento de qualidade todos os atores do mercado de saúde suplementar despertarão interesse em promover o novo paradigma no mercado.

Esses aspectos são os principais que devem ser considerados para a escolha do sistema de custeio das OPS. Existem outros aspectos importantes para o sistema de custos, porém, não estão relacionados com a sua escolha e sim com as suas configurações; detalhes para o seu funcionamento eficiente e eficaz.

O sistema de custos, seja ele qual for, não é independente, é interdependente. Apesar da terminologia, na prática, o sistema de custos é um subsistema de um sistema maior, a própria empresa. A empresa é um grande sistema, composto por vários subsistemas e a Contabilidade de Custos depende das informações desses vários subsistemas.

Os subsistemas são sistemas de apoio, como por exemplo: sistema de materiais, sistema de pessoal, sistema de contabilidade geral, sistema de patrimônio, sistema de planejamento, sistema de produção e sistema de apoio. São esses sistemas que fornecerão os dados internos e externos, quantitativos e monetários para que a Contabilidade de Custos possa coletar, acumular, organizar, analisar e interpretar e transformá-los em informação gerencial.

Para isso, a Contabilidade de Custos necessitará de um sistema de custos para atender aos aspectos de controle dos custos e das operações (custo por ordem de produção, custo por processo, custo padrão, custo estimado, custo por responsabilidade) e gerenciais (absorção ou variável).

Somente após esses tratamentos é que o sistema de custos, com a ajuda do plano de contas, produzirá relatórios gerenciais que serão formatados a partir das necessidades gerenciais estabelecidas pela diretoria ao analisar o campo de

apuração dos custos, todo esforço deverá estar alinhado com as metas, os parâmetros orçamentários. Essa dinâmica pode ser melhor observada na Figura 16.

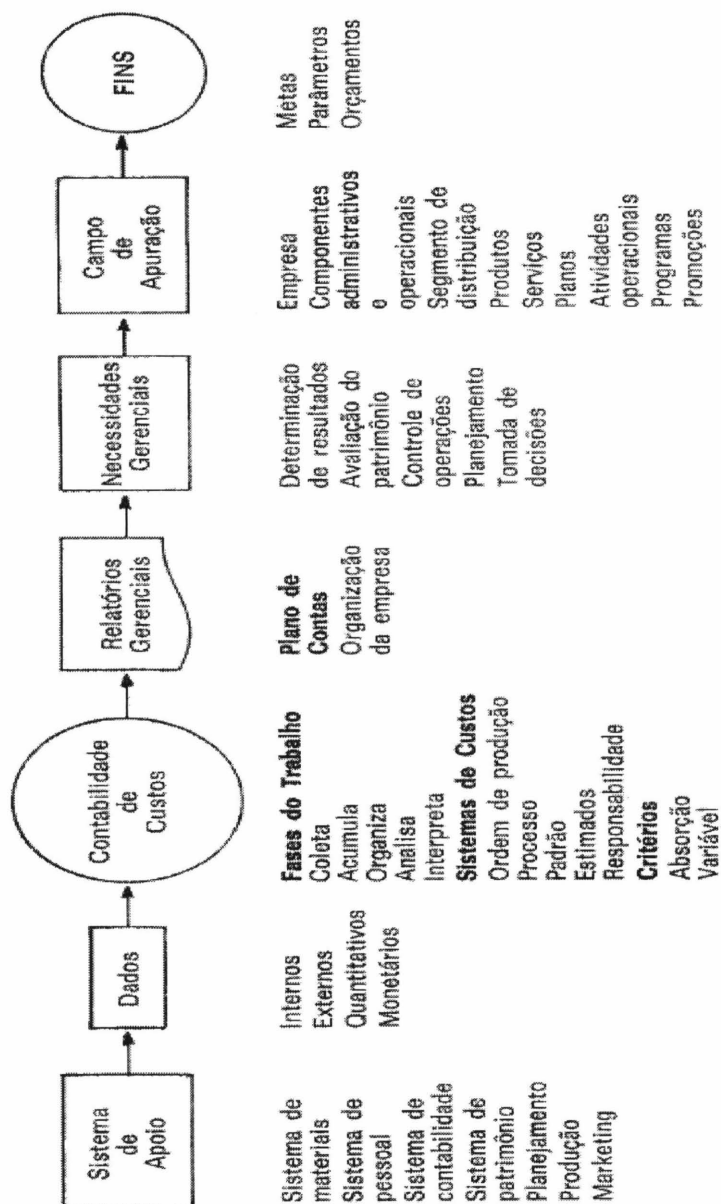


FIGURA 16 – VISÃO GERENCIAL DOS CUSTOS

FONTE: LEONE, 2002, p.45

4. MATRIZ DE APURAÇÃO

A implementação do novo paradigma (competição pelo valor dos resultados) no SSP depende de uma profunda reforma na estrutura organizacional de todos os atores do sistema. Mas, pensamos que a Contabilidade de Custos não precisa esperar essa reforma acontecer para somente depois começar o seu trabalho de mensuração dos custos pelo valor dos resultados. O que ela deve fazer é elaborar uma matriz de apuração, construída sobre os principais aspectos dessa tão necessária e esperada reforma: apuração dos custos por condição de saúde no ciclo total do tratamento.

4.1 Dinâmica Operacional das OPS

O primeiro passo para estabelecer uma matriz de apuração de custos para OPS priorizando o valor dos resultados é compreender sua dinâmica operacional. O modo de funcionamento da estrutura organizacional das OPS revela qual é a melhor metodologia para coletar, codificar, alocar e apurar seus custos. Ao descrevermos a dinâmica operacional de uma OPS iremos identificar onde (em que departamento) e como levantaremos os dados de custos.

Vale a pena lembrar que as OPS não são instituições de saúde, no sentido literal da palavra, não foram criadas sob o objeto econômico principal da prestação de serviços médico-hospitalares. Ainda que em seus contratos sociais, a cláusula objeto, faça referência à prestação de serviços médico-hospitalares, um exame mais detalhado da cláusula revelará que seu objeto econômico principal é a comercialização de contratos de planos de saúde. Essa observação é importante para a Contabilidade de Custos porque o objeto econômico principal da empresa também é o seu objeto de custo principal.

É por isso que anteriormente dissemos que a rede própria de atendimento das OPS deve receber tratamento a parte pela Contabilidade de Custos. Se assim não procedermos corremos o risco de perder o foco na apuração dos custos. Esse tratamento à rede própria independe do seu modo de constituição societária, seja sob a forma de filial ou empresas do grupo.

Portanto, o que faremos a seguir é descrever a dinâmica operacional das OPS, mas, somente a estrutura organizacional responsável pela administração dos

contratos de planos de saúde comercializados. A Figura 17 é a representação gráfica dessa estrutura organizacional.

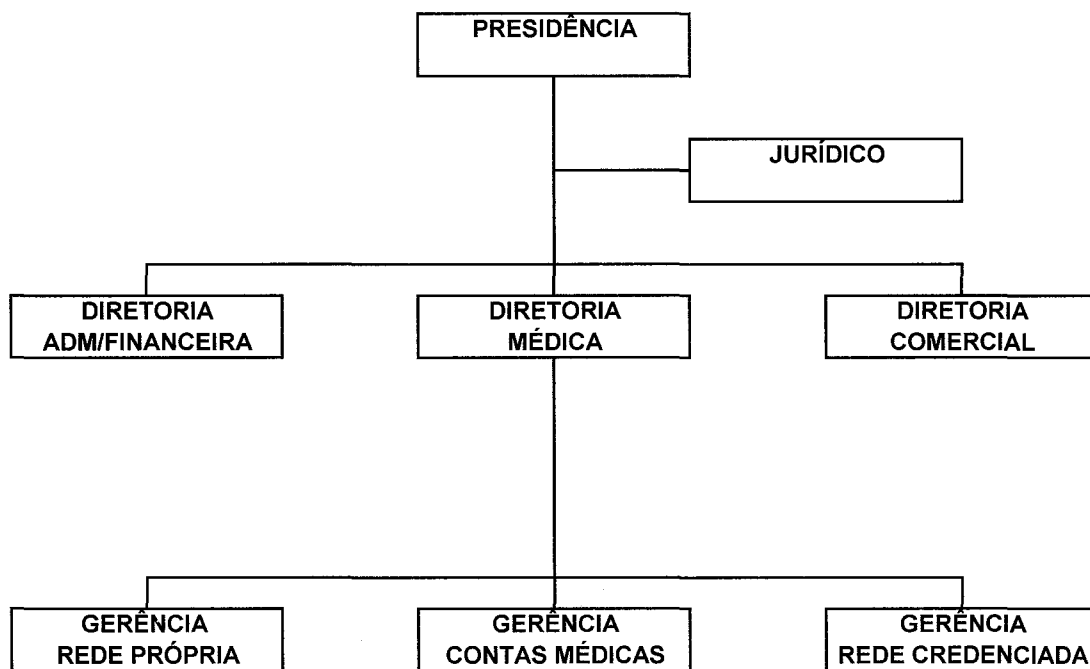


FIGURA 17 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA OPS

Ampliamos somente a diretoria médica porque os dados de custos que precisamos tramitam principalmente por essa diretoria. Os dados de custos que nos interessam são aqueles relacionados apenas com a prestação dos serviços médico-hospitalares realizados na rede própria e na rede credenciada. Os gastos relacionados com a estrutura organizacional das OPS não nos interessa porque são classificados como despesas e por isso não tem relação direta ou indireta com a prestação dos serviços de assistência médica estabelecidos nos contratos de plano de saúde.

Se a rede própria de atendimento estiver constituída como empresas independentes, então, os dados de custos serão recebidos pelas OPS da mesma forma que os dados de custos das empresas da rede credenciada. Os relatórios de atendimento com dados clínicos e monetários serão entregues e protocolados na gerência de credenciados e posteriormente enviados para a gerência de contas médicas onde serão auditados por uma equipe de médicos e técnicos administrativos antes de serem encaminhados para o contas a pagar. Nesse

trabalho de auditoria são lançados no sistema de gestão médica, todos os dados clínicos e monetários.

Se a rede própria de atendimento estiver constituída sob a forma de filiais, os relatórios com dados clínicos serão enviados para a gerência de contas médicas e os relatórios com dados monetários serão enviados para a diretoria adm/financeira. Nesse caso a Contabilidade de Custos acessará duas fontes de dados: o sistema de gestão médica para os dados clínicos e o sistema de Contabilidade Geral para os dados monetários.

O negócio principal das OPS está sob a responsabilidade da diretoria médica. Ainda que a Contabilidade de Custos seja um ramo da Contabilidade Geral, que por sua vez está ligada a área financeira, por questões estratégicas a diretoria médica deve ser a gestora do sistema de custos. Essa recomendação tem como motivo principal o fato de que para apurar os custos pelo valor dos resultados a Contabilidade de Custos precisará combinar dados clínicos com dados monetários. Como os dados clínicos tem peso maior para a competição pelo valor dos resultados, então, a gestão de profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) é pressuposto fundamental para o sucesso da Contabilidade de Custos nesse mercado.

Essa recomendação não é novidade para a Contabilidade de Custos, observamos essa realidade em empresas de outros segmentos de mercado. Por exemplo, empresas de construção civil tem como gestores da Contabilidade de Custos, engenheiros. Outro exemplo, na indústria automobilística os gestores da Contabilidade de Custos são geralmente engenheiros mecânicos ou engenheiros de produção. No caso do mercado de saúde suplementar, os médicos e os enfermeiros são os melhores profissionais para a gestão da Contabilidade de Custos porque o exercício da medicina é o negócio principal.

É claro que os contabilistas tem papel importante para a Contabilidade de Custos das OPS, porém como função de assessoria para treinamento dos profissionais da saúde e operacionalização do sistema.

4.2 – Apropriação dos Custos

Apropriar custos significa reuni-los em grupos para transformá-los em informações. Os dados quando dispersos pelos vários subsistemas da empresa não são capazes de produzir informações, somente ao serem classificados e agrupados é que se transformam em informações para a tomada de decisões. Para transformar dados em informações precisamos coletá-los e classificá-los conforme as características do objeto de custos principal da empresa.

Vimos no tópico Princípios da Competição pelo Valor dos Resultados que os dados clínicos e monetários deverão ser organizados seguindo uma hierarquia relacionada com a relevância da informação que produzirem. Os dados deverão ser agrupados por: resultados, experiência, métodos e atributos do paciente (PORTER e TEISBERG, 2007, p.116).

Na prática sugerimos para essa hierarquia de informações que os dados clínicos e monetários sejam agrupados conforme demonstrado na Figura 18. Para a elaboração dos relatórios das informações produzidas por esses dados sugerimos a utilização de um software de gerenciamento de base de dados.

RESULTADOS	
DADOS DO CONTRATO	
DADOS DA CONDIÇÃO DE SAÚDE	CID 10
DADOS DO CICLO DE ATENDIMENTOS	TABELA AMB
EXPERIÊNCIA	
DADOS DO PRESTADOR	
DADOS DE REFERÊNCIAS	
MÉTODOS	
DADOS DA CADEIA DE VALOR	
ATRIBUTOS DO PACIENTE	
DADOS GERAIS DO PACIENTE	

FIGURA 18 – COMPOSIÇÃO DA HIERARQUIA DAS INFORMAÇÕES

Resultados

Ao reunir os dados do contrato encontraremos informações sobre o preço da mensalidade e o nome do produto. Essas informações serão importantes para o cálculo da sinistralidade do contrato. Os dados da condição de saúde serão fornecidos de acordo com o CID 10, um catálogo internacional de doenças. Trata-se de uma convenção internacional utilizada pelos médicos para diagnosticar a condição de saúde dos pacientes. Esse catálogo é composto por 21 capítulos onde

estão registradas todas as doenças reconhecidas pela OMS. A Figura 19 representa o índice desse catálogo. Os dados do ciclo de atendimento serão fornecidos de acordo com a tabela da AMB – Associação Médica Brasileira. É uma tabela que reúne informações de todos os procedimentos médicos aplicados aos pacientes (consultas, exames, serviços ambulatoriais, internamentos clínicos e internamentos cirúrgicos). O propósito principal dessa tabela é estabelecer preço para os procedimentos, mas, utilizaremos apenas a sua estrutura de classificação. Os dados monetários que nos interessam não são os valores dos procedimentos, mas, o custo do ciclo do tratamento; o valor total do tratamento demonstrado na nota fiscal do prestador e no balancete da filial. Os dados clínicos como quantidade de procedimentos e dias de internamento também serão coletados nesse nível.

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
Ign	CID não especificado ou inválido	

FIGURA 19 – ÍNDICE DO CID 10

Experiência

Os dados do prestador são as informações cadastrais da instituição (própria ou credenciada) responsável pela realização dos serviços de assistência médica. São dados cadastrais tanto da pessoa jurídica quanto da pessoa física (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc). Dados de referência são informações clínicas e monetárias dos prestadores para a condição de saúde específica. Exemplo, quantos pacientes o prestador tratou, quanto tempo gastou, quanto custou o tratamento, etc.

Métodos

A cadeia de valor é uma espécie de matriz para apuração dos resultados de saúde e de custos para cada condição de saúde no ciclo de atendimento. A pesquisa de Porter e Teisberg relata que para a cadeia de valor fornecer informação eficaz é preciso que os prestadores reformulem suas estruturas organizacionais em UPI's – Unidades de Práticas Integradas, sem esse arranjo institucional a eficácia da cadeia de valor fica comprometida no sentido de produzir resultados.

Trata-se de uma ferramenta para identificar e analisar sistematicamente os processos que serão utilizados para o tratamento de cada condição de saúde. A cadeia de valor é uma matriz que contempla e consolida todos os dados clínicos e monetários das atividades aplicadas na prestação dos serviços de saúde à cada paciente por condição de saúde e por ciclo de atendimento.

Ainda que no modelo atual os prestadores não estejam organizados em UPI's de equipes interdisciplinares atuando em instalações projetadas para entregar o maior valor na prestação dos serviços de saúde, acreditamos que é possível apurar os resultados agrupando as suas atividades a partir da cadeia de valor. É claro que para isso, uma dose maior de esforço será necessária no que diz respeito a controles para acompanhar o ciclo de atendimento de cada paciente.

Para cada condição de saúde é necessário estabelecer uma cadeia de valor. A idéia principal da cadeia de valor é mapear as escolhas dos prestadores quanto a integração e a configuração de todas as atividades que serão utilizadas na abordagem de uma determinada condição de saúde. É essa integração e configuração das atividades que gera o valor ao paciente e deve guiar a estrutura organizacional dos prestadores.

A Figura 20 descreve graficamente a estrutura da cadeia de valor. Essa é a estrutura básica fundamental para a elaboração de toda cadeia de valor que venha mapear as condições de saúde que os prestadores pretendam abordar.

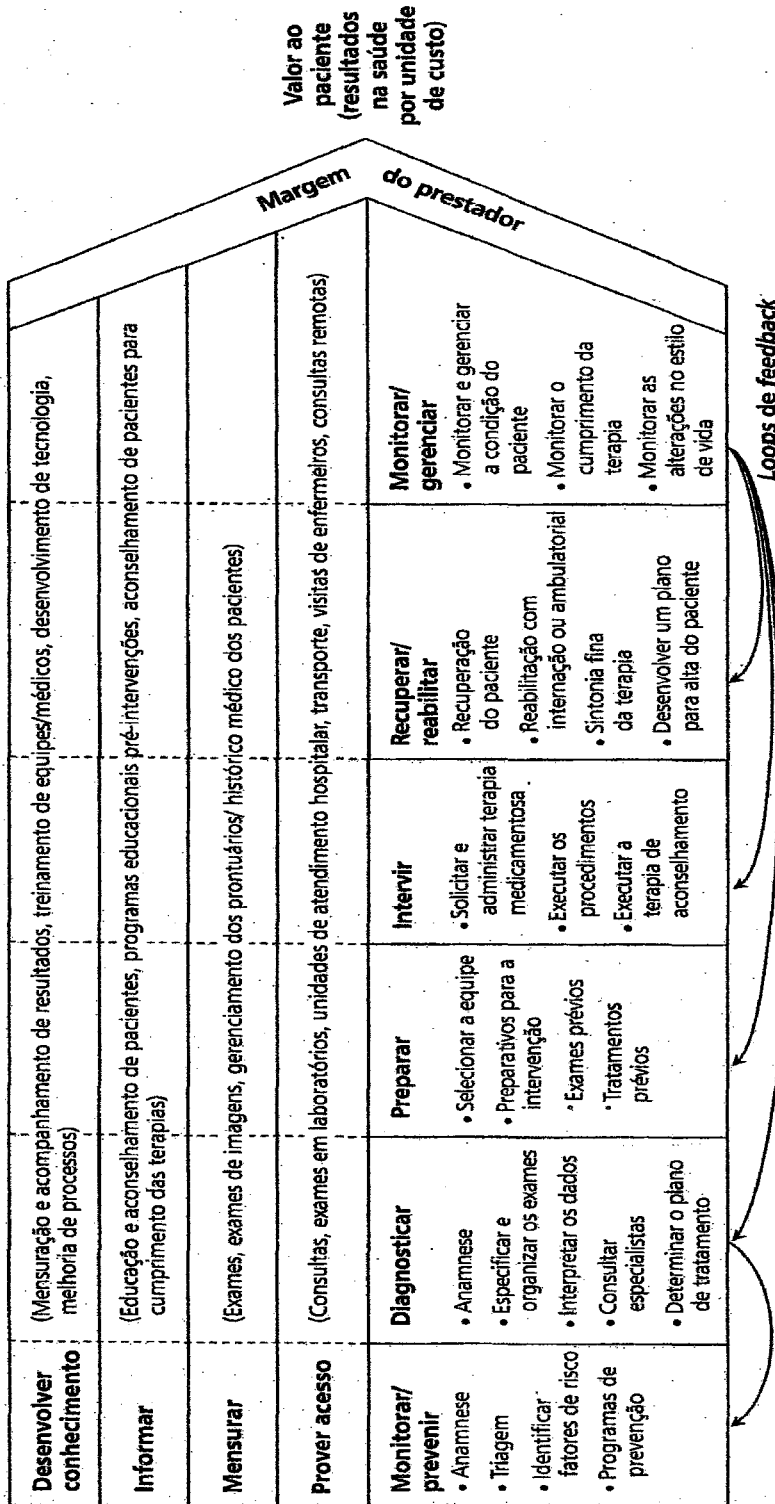


FIGURA 20 – CADEIA DE VALOR DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE
 FONTE: PORTER e TEISBERG, 2007, p.181

A cadeia de valor é composta por duas categorias de atividades: tratamento e apoio. As atividades de tratamento são os serviços médicos aplicados no tratamento do paciente e as atividades de apoio são os serviços administrativos necessários para a manutenção da cadeia de valor. O foco da análise da cadeia de valor são as atividades de tratamento, somente uma atividade de apoio a compõe; desenvolver conhecimento.

As atividades de apoio são importantes para melhorar o valor entregue ao paciente, porém, devem ser configuradas para reforçá-lo e não diminuí-lo. Além da atividade de apoio Desenvolvimento do Conhecimento, são também atividades de apoio: assinatura de contratos, faturamento, obtenção de suprimentos e gerenciamento de instalações.

O Desenvolvimento do Conhecimento é uma atividade de apoio importante para a cadeia de valor porque é um processo sistemático para aprender e melhorar as atividades de tratamento da condição de saúde. Essa atividade de apoio compreende três componentes: medir e analisar resultados, identificar as melhorias de processos e treinar o quadro de pessoal. A medição e a sistematização de todos os quatro níveis de dados da hierarquia de informações é o esforço principal do desenvolvimento do conhecimento.

Depois de mapear uma determinada condição de saúde e estabelecer sua cadeia de valor, é preciso analisar as atividades aplicadas no tratamento do paciente no sentido de procurar formas de proceder melhor para maximizar o valor dos resultados. Essa análise ocorre a partir da mensuração dos resultados clínicos e monetários, são esses resultados que revelarão o nível de excelência das atividades de tratamento.

A figura 20 também mostra que a cadeia de valor é composta por três atividades adicionais de tratamento que acompanham todos os estágios do ciclo de atendimento: informar, mensurar e prover acesso. Os seis estágios do ciclo de atendimento requerem atenção das três atividades adicionais.

Informar é uma atividade adicional de tratamento, importante para todos os estágios do ciclo de atendimento porque estudos comprovam que quando os pacientes são informados sobre a sua condição de saúde, eles contribuem mais com a eficácia do tratamento. O ato de informar é composto por ações de notificação, educação e orientação do paciente.

Mensurar é avaliar as circunstâncias de saúde do paciente. No modelo atual as OPS desempenham papel de financiadora das doenças, precisam abandonar esse papel para se tornarem instituições de promoção à saúde. Não basta apenas pagar o tratamento médico do seu cliente, é preciso medir a sua qualidade de vida; a excelência da sua saúde.

Prover acesso é a atividade responsável por agilizar o atendimento médico ao cliente. É uma atividade importante para o valor porque envolve custo, tempo, retardos e adiamentos do atendimento médico. Imagine as implicações para o valor de um paciente se houver demora para o seu atendimento médico depois de sofrer um derrame cerebral, tantos os resultados clínicos quanto financeiros sofrerão alterações significativas.

Mas, a ênfase da cadeia de valor está nas atividades de tratamento principais: monitorar/prevenir, diagnosticar, preparar, intervir, recuperar/reabilitar, monitorar/gerenciar.

Monitorar/Prevenir é o primeiro estágio do ciclo de atendimento. Nesse estágio estão atividades de tratamento que envolve ações para mensurar as circunstâncias atuais da saúde do paciente, avaliação dos riscos e adoção de medidas para prevenir ou reduzir a gravidade da doença ou lesão. Depois do primeiro estágio a cadeia de valor evolui para diagnosticar, preparar, intervir, recuperar/reabilitar e no último estágio estão as atividades de gestão de uma determinada condição de saúde que no tempo do ciclo de atendimento se concentra nas estratégias para produzir bons resultados e diminuir as re-ocorrências do tratamento.

Na evolução dos seis estágios principais do tratamento está previsto a ocorrência de *loops de feedback*, que são ações de correções para atividades que não estão agregando valor o paciente. Quando o último estágio do ciclo de atendimento (Monitorar / Gerenciar) ao analisar o valor do resultado do tratamento, concluir que ele não atingiu um nível excelente, então, dispara *loops de feedback*, remetendo o paciente ao estágio responsável pela correção necessária, havendo a possibilidade do paciente retornar ao primeiro estágio. Os *loops de feedback* são tentativas da cadeia de valor para descobrir o tratamento que funcione melhor, gerando custo e reduzindo a qualidade de vida do paciente naquele momento até que bons resultados sejam alcançados.

Outro aspecto muito importante para a determinação da cadeia de valor de uma determinada condição de saúde é estabelecer as fronteiras do ciclo de tratamento, ou seja, quando começa e quando termina cada ciclo. Nem sempre o momento do internamento ou alta do paciente em um hospital é o início e o fim do ciclo de tratamento. É preciso uma avaliação clínica atenciosa para determinar a fronteira do ciclo do tratamento.

4.3 Pressupostos Fundamentais da Apuração

Para que a Contabilidade de Custos das OPS consiga apurar o custo do seu principal objeto pelo valor dos resultados, alguns pressupostos são fundamentais para a realização desse intento. Na verdade, a competição pelo valor dos resultados é um novo paradigma que traz implicações estratégicas para todos os atores do mercado: prestadores de serviços de saúde, operadoras de planos de saúde, fornecedores, consumidores, empregadores e governo (PORTER e TEISBERG, 2007).

Não está no escopo desse trabalho, analisar as implicações estratégicas de todos os atores do mercado de saúde suplementar, acreditamos que elas são importantes para a mudança do paradigma atual (competição por transferência de custos), porém, as implicações estratégicas para as OPS são pressupostos fundamentais da apuração pelo valor dos resultados porque as OPS devem ser os principais promotores desse novo paradigma (competição pelo valor dos resultados). As OPS não devem esperar que os outros atores do mercado assumam primeiro as suas implicações estratégicas para somente depois mudar. A mudança deve começar nas OPS, como elas estão em posição estratégica no mercado, podem influenciar significativamente os outros atores e a melhor maneira de conduzi-los às mudanças necessárias é apurar e divulgar os custos praticados no mercado pelo valor dos resultados.

Quando a Contabilidade de Custos das OPS passar a apurar e a divulgar o valor dos resultados dos seus prestadores de serviços de saúde, haverá um interesse de todos os outros atores pela competição pelo valor dos resultados, porque nesse tipo de competição todos ganham.

Mas para isso, a mudança precisa começar pela mentalidade, atitude e modos de operação das OPS através de práticas estratégicas, organizacionais e

operacionais. Essas implicações estratégicas são pressupostos fundamentais da apuração porque levará as OPS a mudar os seus papéis em cinco áreas, conforme demonstra a Figura 21.

Papel antigo: cultura de negação	Papel novo: possibilitar a competição baseada em valor focada em resultados
Restringir a escolha de prestadores e de tratamentos.	⇒ Possibilitar a escolha bem embasada por pacientes e médicos e o gerenciamento da saúde dos pacientes.
Microgerenciar os processo dos prestadores e as escolhas feitas por eles.	⇒ Mensurar e recompensar os prestadores com base nos resultados.
Minimizar o custo de cada serviço e tratamento.	⇒ Maximizar o valor dos serviços de saúde ao longo do ciclo de atendimento.
Engajar-se em papelada e transações administrativas complexas com os prestadores e clientes para controlar os custos e liquidar as faturas.	⇒ Minimizar a necessidade de transações administrativas e simplificar o faturamento.
Competir na minimização dos aumentos das mensalidades pagas pelos clientes.	⇒ Competir em resultados de saúde para os clientes.

FIGURA 21 – TRANSFORMANDO OS PAPÉIS DAS OPS

FONTE: PORTER e TEISBER, 2007, p.203

A primeira área que precisa mudar no papel das OPS é a possibilidade de permitir que os médicos e os pacientes tenham liberdade para escolher e gerenciar o tratamento que julgarem como melhor para o valor dos resultados. A apuração dos custos pelo valor dos resultados revelará se ambos fizeram a melhor escolha. Essa permissão muda o papel das OPS porque as transforma em organizações de informação, apoio e serviço a pacientes e médicos e não em organizações de serviços administrativos, de auditoria e financeiros. Nesse aspecto o que realmente interessa para as OPS é identificar o prestador e o tratamento que vai gerar o maior valor, essa premissa é importante também para o cliente e o prestador. A preocupação maior das OPS deve ser com a condição de saúde do seu cliente no ciclo total do tratamento, desde o estágio inicial da cadeia de valor (monitorar/prevenir) até o estágio final (monitorar / gerenciar).

Microgerenciar os processos e as escolhas dos prestadores levou o mercado à competição por transferência de custos. Isso aconteceu por falta de mensuração do valor, o desconhecimento do valor produz desconfiças entre OPS e prestadores. Ao apurar os custos pelo valor dos resultados as OPS poderão, com segurança, remunerar melhor os prestadores excelentes com mais pacientes. Estabelecer metas e medir resultados é a melhor estratégia gerencial para maximizar o valor dos resultados. Os melhores prestadores são geralmente os que

praticam os menores custos. É claro que essa postura exigirá que as OPS não poupem nessa avaliação, nem mesmo os prestadores da sua rede própria.

A apuração de custos no paradigma atual do mercado é por procedimento isolado do ciclo de atendimento (consulta, exame, procedimento ambulatorial, internamento clínico, internamento cirúrgico). É lógico que ao apurar os custos por procedimento as OPS cheguem a conclusão que eles estão muito elevados, e de fato o tratamento quando analisado no curto prazo apresenta custos elevados. Essa análise leva as OPS a se concentrarem na redução de custos por procedimento quando na verdade, deveriam se concentrar na maximização do valor dos serviços de saúde ao longo do ciclo de atendimento. O valor é produzido no longo prazo e no ciclo de atendimento, a mensuração de custos por procedimento e isolada do tratamento revela custos altos.

Outro aspecto que leva as OPS a se comportarem dessa maneira é que a taxa de rotatividade dos seus clientes é na proporção de $\frac{1}{4}$ para cada cinco anos. Isso significa dizer que 25% da sua população de clientes troca de plano de saúde a cada cinco anos. Essa constatação desmotiva as OPS a investir em campanhas de prevenção de riscos à saúde dos seus clientes, mas, se esquecem nessa análise que se todas as OPS fizerem assim, então, sua carteira de clientes receberá clientes de outras operadoras compensado assim o investimento. A compilação e análise dos resultados no longo prazo pode contribuir para essa mudança de papel.

As transações administrativas e de faturamento também são atitudes impeditivas para o valor dos resultados. Os custos administrativos das OPS representam cerca de 10% do preço dos planos, é preciso simplificá-los pelo bem do valor. Os processos de faturamento são extremamente complexos, o que gera muitos conflitos entre OPS e prestadores, porque reforça a cultura de negação. No modelo atual de faturamento os prestadores não informam sobre a sua qualidade e experiência na abordagem das condições de saúde.

O quinto e último aspecto que necessita de mudança no papel das OPS é deixar de competir na redução do preço das mensalidades dos planos de saúde e passar a competir na produção de resultados para os clientes. A maior prova que uma OPS pode dar ao seu cliente para justificar o preço das mensalidades é o valor que ela produziu para a sua condição de saúde. A apuração dos custos pelo valor dos resultados provará ao cliente que a unidade de gasto é excelente. Ao se

concentrar na redução dos riscos de doenças e gerenciar as condições de saúde dos seus clientes as OPS estarão desempenhando o seu papel principal.

A mudança de papéis das OPS nas cinco áreas descritas anteriormente requer também mudanças nas suas estratégias, estruturas organizacionais, práticas operacionais e relacionamento com prestadores e clientes. A Figura 22 sintetiza essas mudanças, são complementos aos pressupostos fundamentais da apuração dos custos das OPS pelo valor dos resultados.

Fornecer informações de saúde e apoio aos pacientes e médicos

- Organizar-se em torno de condições de saúde, e não em função de áreas geográficas ou administrativas.
- Desenvolver medidas e reunir informações de resultados sobre prestadores e tratamentos.
- Apoiar ativamente a escolha de prestadores e tratamento com informações e aconselhamento imparcial.
- Organizar as informações e o apoio ao paciente em torno do ciclo completo de atendimento.
- Oferecer gerenciamento abrangente de doenças e serviços de prevenção para todos os clientes, mesmo os saudáveis.

Reestruturar o relacionamento entre plano de saúde e prestadores

- Mudar a natureza do compartilhamento de informações com prestadores.
- Recompensar a excelência de prestadores e as inovações que aumentam o valor para o paciente.
- Mudar a sistemática de faturamento para uma única fatura para episódios e ciclos de atendimento, e preços únicos.
- Simplificar, padronizar e eliminar papelada e as transações.

Redefinir o relacionamento entre plano de saúde e clientes

- Mudar para contratos de vários anos com o cliente e alterar a natureza da contratação do plano.
- Acabar com as práticas de transferência de custos, como reformulação de contrato, que corroem a confiança nos planos de saúde e nutrem a descrença.
- Prestar assistência no gerenciamento dos históricos médicos.

FIGURA 22 – IMPERATIVOS PARA OS PLANOS DE SAÚDE

FONTE: PORTER e TEISBER, 2007, p.209

5. CONCLUSÃO

Para responder ao problema de pesquisa “Como apurar os custos das operadoras de planos de saúde pelo valor dos resultados ?” inicialmente analisamos cinco aspectos do mercado de saúde suplementar fundamentais para o estabelecimento da Contabilidade de Custos: Contexto Histórico, Regulamentação, Sinistralidade, Paradigmas e Paradoxos e Princípios da Competição pelo Valor dos resultados. Observamos que a metodologia atual de apuração dos custos das OPS é por procedimento, porque na origem histórica do mercado esse era o objeto econômico. O avanço tecnológico e a regulamentação do setor provocaram aumentos excessivos nos custos dos procedimentos, a taxa de sinistralidade do setor subiu tanto que provocou nos atores do sistema o comportamento de competição por transferência de custos. Todas as tentativas de redução de custos nesse ambiente de apuração falharam, há somente uma saída para essa situação insustentável do setor, a competição pelo valor dos resultados. Mas, para que essa nova competição se instale definitivamente no mercado, todos os atores do sistema devem se submeter a mudanças estruturais profundas.

A apuração de custos das OPS ainda é muito primitiva, somente o custo contábil e o custo médio são apurados, nenhuma OPS conhece seu custo gerencial. Portanto, antes de estabelecer uma matriz de apuração pelo valor dos resultados, as OPS precisam estabelecer na sua estrutura organizacional uma Contabilidade de Custos através de uma arquitetura que defina seus aspectos elementares.

Somente depois de alinhar a sua estrutura organizacional para a competição pelo valor dos resultados e depois de estabelecer a arquitetura ideal da Contabilidade de Custos para esse novo paradigma é que as OPS estarão em condições de desenvolver uma matriz de apuração dos custos. Essa matriz de apuração deverá ser construída sobre dois aspectos fundamentais para a competição pelo valor dos resultados: a hierarquia das informações e a cadeia de valor. Esses dois aspectos estabelecem que os custos sejam apurados por paciente no ciclo total do tratamento de cada condição de saúde.

6. REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor.asp. Acesso em: 15 abr. 2008.

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

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/idh_sumario.htm. Acesso em 27 de Mai. 2008.

FERNANDES, Fernando. **A Sinistralidade Crescente no Sistema de Saúde**. Disponível em: http://www.athongroup.com.br/materias_publicadas/pdf/2006_11_06_sinistralidade.pdf. Acesso em: 20 abr. 2008.

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

MENDONÇA, Daniela R. Furtado de. **Curso de Garantias Financeiras**. Curitiba: Abramge, 2008.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de custos em Planos de Assistência à Saúde**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT AS 20 ClaudioMiranda GerenciamentodeCusto.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_20_ClaudioMiranda_GerenciamentodeCusto.pdf). Acesso em: 05 Mai. 2008.

PORTER, Michael E; TEISBERG, Elizabeth O. **Repensando a Saúde : estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre : Bookman, 2007.

PRETA, Horácio L.N. Cata. **Análise da Política de Reajuste para Planos Individuais e Coletivos Implementada pela ANS.** Disponível em: www.rbrs.com.br/paper/download/analise_horacio.pdf. Acesso em: 25 abr. 2008.

SOARES, Maria A . **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial.** São Paulo: 2006. 122p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2006.