

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE
A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS
OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE –
MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

OTACILIO DE MORAIS SOUZA

SÃO PAULO

2001



FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO-FECAP

Presidente Honorário FECAP - Silvio Álvares Penteado Neto

Presidente do Conselho de Curadores: Horácio Berlinck Neto

Membros do Conselho:

Antonio Carlos de Salles Aguiar

Paulo Ernesto Tolle

Mário Amato

Ester de Figueiredo Ferraz

Abram Abe Szajman

Flávio Fava de Moraes

Diretor Superintendente: Oliver Gomes da Cunha

Diretor Institucional: José Joaquim Boarin

Diretor Administrativo-Financeiro: Marcelo Freitas Camargo

Diretor Acadêmico: Manuel José Nunes Pinto



FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO-FACESP

Diretor da Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo

Prof. Manuel José Nunes Pinto

Coordenadora do Curso de Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica

Prof.^a. Dr.^a. Nena Geruza Cei

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Otacilio de Moraes
 S729e Um estudo exploratório sobre a atuação da controladoria nas operadoras de planos de assistência à saúde – modalidade medicina de grupo / Otacilio de Moraes Souza
 São Paulo, [s.n.], 2001.
 p. 198

Orientador: Prof. Dr. Antonio Robles Junior

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado
 Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica

1. Controladoria 2. Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

CDD 658.151

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Membros da Comissão Julgadora da Dissertação de Mestrado de **OTACILIO DE MORAIS SOUZA**, apresentada à Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, em 27/11/2001.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. William Celso Silvestre
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Ivam Ricardo Peleias
Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP/FECAP

Prof. Dr. Antonio Robles Junior
Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP/FECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE
A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS
OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE –
MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

OTACILIO DE MORAIS SOUZA

São Paulo

2001

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO
MESTRADO EM CONTROLADORIA E CONTABILIDADE ESTRATÉGICA

OTACILIO DE MORAIS SOUZA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Controladoria e Contabilidade Estratégica.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Robles Junior

São Paulo

2001

Aos meus pais Elias e Maria,
a minha querida esposa Sandra e
ao nosso filho Victor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, no qual sustento a minha fé e aprendi o valor da vida, por ter-me propiciado atingir mais uma etapa em minha existência.

Ao Professor Doutor Antonio Robles Junior, que tornou possível a realização deste trabalho, pelos ensinamentos incomensuráveis, orientação, estímulo e confiança depositados em minha pessoa.

Aos Professores Doutores Anísio Cândido Pereira, Cláudio Parisi, Daniel Augusto Moreira, João Bosco Segreti, José Luiz Castro Neto e Nena Geruza Cei, que muito contribuíram para a ampliação do meu conhecimento na área acadêmica e profissional.

A todos os profissionais das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que deram informações importantes para que este trabalho contribua com a ampliação do conhecimento da Controladoria nesta atividade econômica.

Aos amigos e colegas que estiveram ao meu lado nas classes e realização dos trabalhos acadêmicos.

A toda direção da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP e Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP, que tornaram uma realidade o curso de Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica.

"O temor do Senhor é o princípio da ciência;
os loucos desprezam a sabedoria e a instrução" Provérbios 1:7

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
EPÍGRAFE.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE QUADROS.....	xii
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	16
1.1 - Aspectos Gerais sobre a Atividade Econômica “Assistência à Saúde”.....	16
1.2 - Definição do Problema.....	18
1.2.1 - Tema.....	18
1.2.2 - Problema de Pesquisa.....	18
1.2.3 - Objetivo.....	19
1.2.4 - Hipóteses.....	19
1.3 - Relevância e Justificativa.....	21
1.4 - Delimitação.....	22
1.5 - Metodologia da Pesquisa.....	23
1.5.1 - Método Indutivo.....	23
1.5.2 - Pesquisa Qualitativa.....	24
1.5.3 - Variáveis Dependente e Independente.....	25
1.5.4 - Técnica.....	25
1.5.5 - Coleta de Dados.....	26
1.5.6 - Universo e Amostra	28
CAPÍTULO 2 – CONTROLADORIA.....	29
2.1 - Controladoria: Significado e Atuação Segundo Livros e Artigos....	29
2.2 - Controladoria: Dicionários.....	39
2.3 - Controladoria: Conclusões Gerais.....	42

CAPÍTULO 3 - OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ASPECTOS GERAIS, HISTÓRICOS, DO SEGMENTO E DA MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO.....	53
3.1 - Aspectos Gerais da Prestação de Serviços na Área Saúde.....	53
3.1.1 - Antes do Surgimento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.....	53
3.1.2 - Aspectos do Sistemas de Saúde dos Países.....	53
3.1.3 - Tipos de Prestadores de Serviços na Área Saúde.....	75
3.1.4 - Beneficiários no Brasil.....	76
3.2 - Aspectos Históricos das Empresas de Medicina de Grupo.....	76
3.2.1 - Surgimento da Medicina de Grupo no Mundo.....	76
3.2.2 - Surgimento da Medicina de Grupo e das Cooperativas de Trabalho Médico no Brasil.....	77
3.3 - Operadoras de Planos de Assistência à Saúde: Aspectos do Segmento.....	79
3.3.1 - Órgãos de Regulamentação, Controle e Fiscalização das Operadoras de Planos e Seguros de Assistência à Saúde.....	79
3.3.2 - A Legislação Atual que Envolve as Entidades de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	89
3.3.3 - Sistemas Alternativos de Saúde.....	93
3.3.4 - Tipos de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	99
3.3.5 - Usuários de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.	110
3.3.6 - A Distribuição no Mercado por Tipo de Prestadora de Serviço na Área de Saúde.....	110
3.4 - Aspectos da Modalidade Medicina de Grupo no Brasil.....	111
3.4.1 - Estrutura Básica das Empresas.....	111
3.4.2 - Capacidade de Atendimento das Empresas.....	112
3.4.3 - A Evolução em 4 Anos.....	113
3.4.4 - Distribuição Geográfica de Beneficiários e Empresas em Percentuais.....	116
3.4.5 - A Abrangência da Cobertura dos Planos de Assistência à Saúde conforme o Porte da OPS (Pequeno, Médio ou Grande).....	117

3.4.6 - Os Órgãos Representativos.....	121
CAPÍTULO 4 – PESQUISA.....	126
4.1 - Amostra Seleccionada.....	126
4.2 - Questionários.....	131
4.2.1 - Apresentação dos Questionários aos Pesquisados.....	131
4.2.2 - Questionário enviado às OPS.....	132
4.2.3 - Questionário enviado aos Consultores.....	134
4.3 - Pesquisa: Aplicação e Retorno.....	135
CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	155
GLOSSÁRIO.....	166
ANEXO A - QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS OPS.....	169
ANEXO B - QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS CONSULTORES.....	178
ANEXO C – LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – QUADRO RESUMO.....	185
ANEXO D – FLUXOGRAMA DAS OPERAÇÕES DE CONTAS MÉDICAS HOSPITALARES E GLOSAS.....	191
ANEXO E – ORGANOGRAMA DE UMA OPS – GRANDE PORTE.....	192
ANEXO F – ORGANOGRAMA DE HOSPITAL.....	193
BIBLIOGRAFIA.....	194

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Organograma do Ministério da Saúde do Chile.....	64
Figura 2 -	Estrutura do Ministério da Saúde.....	81
Figura 3 -	Organograma da ANS.....	82
Figura 4 -	Organograma Segmentações das Operadoras de Planos de Saúde.....	102
Figura 5 -	Participação no Sistema – Usuários em 1999.....	111
Figura 6 -	Participação no Sistema – Usuários em 2000.....	111
Figura 7 -	Quantidade de Grupos Médicos na Modalidade Medicina de Grupo e seus Beneficiários.....	112
Figura 8 -	Total Percentual de Beneficiários Atendidos por Região pelas OPS da Modalidade Medicina de Grupo.....	116
Figura 9 -	Distribuição de Empresas Associadas à ABRAMGE por Número de Beneficiários.....	117
Figura 10 -	Número de Beneficiários conforme o Porte da Empresa.....	120
Figura 11 -	Tamanho da Empresa pelo Número de Beneficiários.....	121
Figura 12 -	Número de Empresas versus Número de Beneficiários.....	121
Figura 13 -	Regiões que Possuem Escritório da ABRAMGE.....	124
Figura 14 -	Fluxograma das Operações de Contas Médico-Hospitalares e Glosas.....	191
Figura 15 -	Organograma de uma OPS – Grande Porte.....	192
Figura 16 -	Organograma de Hospital.....	193

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Controladoria ou Responsável: Assessoria, Estrutura Hierárquica e Cálculo Atuariais.....	44
Quadro 2 -	Atuação da Controladoria ou do <i>Controller</i>	45
Quadro 3 -	Controladoria ou Responsável: Significado segundo os Dicionários.....	46
Quadro 4 -	Sistemas de Saúde na América Latina.....	54
Quadro 5 -	Comparação dos Sistemas de Saúde dos Países.....	74
Quadro 6 -	Diferenças Básicas entre Empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas.....	94
Quadro 7 -	Sistemas Alternativos de Saúde - ano 1999.....	96
Quadro 8 -	Sistemas Alternativos de Saúde - ano 2000.....	97
Quadro 9 -	Modalidade e Segmentação segundo a Natureza Jurídica das OPS.....	103
Quadro 10 -	Capacidade Operacional das OPS na Modalidade Medicina de Grupo – base ano 2000.....	113
Quadro 11 -	A Evolução da Capacidade Física, Econômica e Financeira das Empresas de Medicina de Grupo de 1997 a 2000.....	115
Quadro 12 -	As 20 Maiores Empresas de Medicina de Grupo conforme o Número de Beneficiários em junho/2001.....	127
Quadro 13 -	Ranking das 500 Maiores Empresas Privadas, por Vendas, no Brasil.....	127
Quadro 14 -	Ranking das 50 Maiores Empresas de Serviços, por Vendas, no Brasil	128
Quadro 15 -	Ranking das 50 Maiores Empresas de Serviços, por pontos obtidos, no Brasil.....	128
Quadro 16 -	As Maiores Empresas Privadas de Planos de Assistência à Saúde da Modalidade Medicina de Grupo, por Receita Líquidas, no Brasil.....	128

Quadro 17 -	As Maiores Operadoras de Planos de Assistência à Saúde da Modalidade Medicina de Grupo do Brasil Selecionadas para a Pesquisa.....	129
Quadro 18 -	Profissionais Inter-relacionados com as Empresas da Área de Saúde Selecionados para a Pesquisa.....	130
Quadro 19 -	Identificação das OPS e dos Consultores.....	140
Quadro 20 -	Caracterização das OPS.....	141
Quadro 21 -	Missão das OPS.....	142
Quadro 22 -	Controladoria nas OPS.....	143
Quadro 23 -	Características do <i>Controller</i>	144
Quadro 24 -	Ambiente da Controladoria nas OPS Pesquisadas – Quantidade de Pessoas.....	145
Quadro 25 -	Ambiente da Controladoria nas OPS Pesquisadas – Sistemas Informatizados.....	146
Quadro 26 -	Funções da Controladoria nas OPS: Linha.....	147
Quadro 27 -	Funções da Controladoria nas OPS: Assessoria.....	148
Quadro 28 -	Funções da Controladoria nas OPS: Cálculos Atuariais.....	149
Quadro 29 -	Funções da Controladoria nas OPS: Responsabilidade.....	150
Quadro 30 -	Produtos Emitidos pela Controladoria nas OPS.....	151
Quadro 31 -	Segmento Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	152
Quadro 32 -	Fatores Críticos de Sucesso (FCS's) das OPS.....	153
Quadro 33 -	Pontos de Falha (SPOF's) das OPS.....	154

RESUMO

Este estudo exploratório, revestido de caráter científico, abrange a atuação da controladoria das empresas privadas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS, da modalidade medicina de grupo.

Na introdução estão definidos o problema e o objetivo propostos, a importância do trabalho e a metodologia da pesquisa aplicada. Foi realizada uma revisão bibliográfica, capítulo 2; em seguida foi feito o levantamento de informações sobre os aspectos gerais, históricos e do segmento das OPS, com ênfase nas da modalidade medicina de grupo, capítulo 3.

O levantamento de informações mediante aplicação de questionários aos gestores das OPS e consultores da área "saúde", capítulo 4, foi importantíssimo para a identificação da realidade da atuação da controladoria por meio daqueles que participam dela, ou com ela, diariamente em suas atividades profissionais.

Por último, na conclusão, são apresentados os aspectos específicos da atuação da controladoria nas OPS medicina de grupo levantados durante a pesquisa; todavia o trabalho não é exaustivo, pronto e acabado, outros podem abranger diversas contribuições sobre o que a controladoria pode fornecer às empresas do segmento do mercado estudado.

ABSTRACT

This exploratory study has a scientific-character. It comprises the action of the controllership of the private companies that operate Healthcare Plans - OPS in group medicine modality.

The introduction presents the definitions of the proposed problem and objective, the importance of the work and the methodology of the applied research. A bibliographical revision was made in Chapter 2; then, a survey of information about the general, historical aspects and the segment of the OPS, with focus on the modality of group medicine was made in Chapter 3.

The survey of information upon the application of questionnaires to the managers of the OPS and consultants of the area of "health" - Chapter 4 - was very important to identify the reality of the controllership's action by those who are a part of it or are in touch with it daily through their professional activities.

Finally, in Conclusion specific aspects of the controllership's action in the OPS in group medicine modality surveyed during the research are presented; however, the work is not exhaustive, ready and finished - others can comprise several contributions about what Controllership can offer to the companies of the market segment studied.

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1 - ASPECTOS GERAIS SOBRE A ATIVIDADE ECONÔMICA "ASSISTÊNCIA À SAÚDE"

A atividade econômica chamada "Assistência à Saúde" é um mercado no qual as empresas instaladas no Brasil visam o atendimento de seus usuários mediante serviços, diretos ou indiretos, de saúde nas áreas médico-hospitalar e social. Entretanto, tais entidades somente sobreviverão se houver o lucro, como qualquer outra atividade econômica exercida pelo setor privado que queira permanecer atuante, ou o superávit, se for uma entidade sem fins lucrativos. Pois o lucro e o superávit são os resultados positivos que geram aumento econômico, financeiro e patrimonial da empresa, o que contribui para a sua continuidade.

O Estado, com a precariedade e deficiências operacionais da sua prestação de serviços, influencia a população a utilizar os serviços das entidades privadas de assistência à saúde, sendo tais gastos muitas vezes suportados pelas empresas como um benefício aos seus funcionários e dependentes indiretos.

Em conseqüência das deficiências do Estado e na tentativa de melhorar a política de atendimento das empresas privadas para com os seus usuários, houve a edição da Lei nº 9.656 de 03.06.98 e sua última alteração pela Medida Provisória nº 2.177-44 (última até o presente momento) de 24.08.2001, as quais provocaram uma melhora substancial na relação jurídica entre entidades privadas e usuários. A alteração na legislação que regula o segmento de mercado de assistência à saúde visa equilibrar a relação

empresa-usuário, entretanto, faz com que tais empresas busquem continuamente atingir a sua eficácia organizacional, que consiste da eficiência no processo operacional e eficácia nos resultados da gestão.

Peleias (1992:27) menciona que:

- eficiência “significa fazer certo as coisas – é a relação entre recursos utilizados e produtos obtidos”, estando ligada a decisões rotineiras sobre o processo e
- eficácia “significa fazer a coisa certa, no tempo certo, de forma correta, utilizando-se dos recursos apropriados – é a relação entre o resultado pretendido e o resultado alcançado”, estando ligada à gestão e seus resultados.

As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, doravante denominadas OPS, que fazem parte da atividade econômica "Assistência à Saúde", necessitam atingir a eficácia organizacional e se adaptarem às alterações provocadas pela legislação que regula o mercado. Dentro do contexto exposto, a Controladoria das OPS deve contribuir na gestão dos negócios por meio do fornecimento de informações, a fim de que os gestores tenham instrumentos orientadores para as tomadas de decisões que têm por objetivo final o cumprimento da missão da entidade. Para isto, a controladoria deve ter uma atuação dinâmica, mediante o contínuo conhecimento do meio ambiente no qual operam estas empresas; não que isto antes fosse desnecessário, mas agora é inevitável para a manutenção da sobrevivência no mercado.

1.2 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

1.2.1 - TEMA

O tema, segundo Oliveira (1997:105), "é a designação do problema (prático) e da área do conhecimento a serem observados."

Como o trabalho versa sobre um tema dentro da área de Ciências Contábeis, tendo sua concentração envolvendo as áreas de Contabilidade Estratégica e Controladoria, no qual estuda-se a atuação da Controladoria nas empresas OPS modalidade medicina de grupo, foi escolhido o seguinte tema:

Um Estudo Exploratório sobre a Atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – Modalidade Medicina de Grupo.

1.2.2 - PROBLEMA DE PESQUISA

O problema levantado demonstra uma dificuldade, teórica e prática, no conhecimento da Controladoria das OPS, com o enfoque em como está atuando e quais os seus aspectos específicos.

Diante do exposto, o problema é expresso por meio da seguinte pergunta:

- Como atua e quais são os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo?

1.2.3 - OBJETIVO

Os objetivos geral e específico que se procuram alcançar são expressos a seguir:

Objetivo geral:

Estudar a atuação da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

Objetivo específico:

Explorar a atuação e os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

1.2.4 - HIPÓTESES

PREMISSAS

As premissas adotadas, que são os argumentos concluídos pelo raciocínio constituídos como verdadeiros e que norteiam este trabalho, permitem um pronunciamento geral sobre o tema pesquisado. As seguintes premissas são orientadoras deste trabalho:

- A Controladoria das OPS tem funções específicas e inerentes a este tipo de empresa, independente de ser um departamento formal, vários setores ou pessoas;
- Os gestores das OPS precisam de suporte da Controladoria para as tomadas de decisões e
- A Controladoria tem dentro de suas atribuições a de órgão gerador de informações internas e externas.

Dentre as informações externas, atualmente tornaram-se principais aquelas que estão atendendo às modificações ocorridas recentemente na legislação da área de "Assistência à Saúde", desde a publicação da Lei nº 9.656 de 03.06.1998, publicada no D.O.U. de 04.06.1998 e regulamentações posteriores. Dentre elas, as principais que são executadas ou estão sob o controle da Controladoria são:

- a) a implantação e utilização de um Plano de Contas Padrão;
- b) a publicação das demonstrações contábeis acompanhadas de parecer dos auditores independentes, para as OPS com mais de 20.000 usuários;
- c) o envio à ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, do relatório trimestral DIOPS/ANS (Documento de Informações Periódicas das OPS), contendo informações econômicas, financeiras e societárias;
- d) a obrigatoriedade do cálculo e constituição de garantias financeiras;
- e) o cálculo e justificativa do reajuste de contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários dos planos de saúde e
- f) o envio à ANS do relatório Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

HIPÓTESES

Parafrazeando Lakatos (1996:26), a hipótese, que é a proposição que se faz na tentativa de verificar a validade da resposta existente para um

problema, sendo que neste trabalho são apresentadas duas hipóteses, principal e secundária:

- Principal: a Controladoria das OPS modalidade medicina de grupo tem papel relevante nesta atividade econômica e atualmente está participando ativamente, adaptando-se às importantes alterações que estão ocorrendo na legislação da "Assistência à Saúde" e na economia do Brasil.
- Secundária: a Controladoria deve atuar adequadamente no meio ambiente das OPS: a) fornecendo informações para o ambiente externo, principalmente para a ANS e os seus beneficiários, b) controlando e executando as obrigações contábeis, fiscais, societárias e operacionais e c) fornecendo informações gerenciais aos gestores que necessitam de instrumentos para que as suas decisões tomadas otimizem os resultados das empresas.

1.3 - RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

Trabalhos escritos no Brasil com profundidade e ênfase na consolidação dos temas Controladoria e OPS modalidade medicina de grupo são exíguos, pois na pesquisa realizada não foram encontrados estudos, quer sejam acadêmicos ou não, tratando deste assunto. Em decorrência disto, a pesquisa desenvolvida neste trabalho gera uma contribuição para o aumento de conhecimentos valiosos para aqueles que pretendem conhecer ou já conhecem estes tipos de empresas.

O trabalho é necessário para que se aprofunde no conhecimento da forma de atuação da Controladoria nas OPS que atuam com planos privados.

A literatura, pesquisa e publicações envolvendo este tema no Brasil são poucas, esparsas e não consolidadas; então o objetivo é contribuir para este ramo que possui milhões de beneficiários e centenas de empresas operando, de tal forma que haja uma melhor compreensão e embasamento teórico e prático sobre a controladoria e a sua atuação no mercado de planos privados de assistência à saúde.

1.4 - DELIMITAÇÃO

A pesquisa não explica o funcionamento completo da atividade econômica do segmento de assistência à saúde e nem toda a legislação sobre o tema, mas versa sobre pontos importantes que dão embasamento ao trabalho pretendido, inclusive com a aplicação de questionário a profissionais da área de Controladoria das OPS modalidade medicina de grupo e consultores deste segmento.

A pesquisa não entra na discussão social sobre o acúmulo de atividades na área de saúde pelo Estado ou pelas entidades privadas e nem profundamente na legislação, que ainda tem muitos pontos a serem definidos, notando-se que a mudança acontecida recentemente, mediante a edição da Lei nº 9.656 de 03.06.98 e sua alteração pela Medida Provisória nº 2177-44 (última até o presente momento) de 24.08.2001, provocou uma melhora substancial na relação jurídica entre entidades privadas e usuários, ressaltada a necessidade de uma atuação efetiva da Controladoria.

1.5 - METODOLOGIA DA PESQUISA

O método significa o caminho e sua escolha define como será conduzido, de forma geral, o trabalho de pesquisa, observando e experimentando os fenômenos a fim de se estabelecer uma verdade. Conforme Oliveira (1997:59), o método nos conduz a examinar ordenadamente por meio de respostas as perguntas: Por que? Como? Onde? Quando? O que? Quem?

1.5.1 - MÉTODO INDUTIVO

A pesquisa foi efetuada aplicando-se o método indutivo, partindo-se da observação de fatos, fenômenos, realidade objetiva, enunciados e registros específicos para chegar-se a uma conclusão geral. A pesquisa foi efetuada sobre a realidade da controladoria atuando nas OPS por meio da coleta, elaboração, análise e interpretação de materiais sobre o tema, com base em fontes primárias (pesquisa em campo) e secundárias (imprensa escrita ou virtual em geral e obras literárias).

Neste trabalho, baseando-se em Ruiz (1996:138-139), o método indutivo é um processo de raciocínio inverso ao processo dedutivo, pois a indução caminha do registro de fatos singulares ou menos gerais para chegar à conclusão desdobrada ou ampliada em enunciado mais geral. Ou seja, as coletas efetuadas na legislação, nos questionários sobre a controladoria e sobre o ambiente no qual atua, na literatura, dentre outras fontes norteiam os comentários, a conclusão e as sugestões neste trabalho.

1.5.2 - PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa, que foi aplicada neste trabalho, é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritivas, pelas quais se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação, pois será analisada a atuação da Controladoria nas OPS por meio de fontes primárias e secundárias, somadas a respostas de questionários para constatar-se como a controladoria atua nestas empresas.

Nas OPS em que não existe um órgão formal denominado Controladoria e/ou o Gerente de Controladoria, também denominado *Controller*, a pesquisa foi enviada para o responsável com a função mais próxima: Contador, Gerente Geral ou Diretor Administrativo e Financeiro.

A pesquisa qualitativa, ora utilizada, não tem a pretensão de numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. Para Moreira (2000), “a pesquisa qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise”.

Para Oliveira (1997: 117), a pesquisa qualitativa possui “a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, ..., apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo ...”.

A pesquisa não é quantitativa, pois não quantifica opiniões ou dados na forma de coleta de informações, empregando-se recursos e técnicas estatísticos; os quais são empregados no desenvolvimento de pesquisas de âmbito social, econômico, de comunicação, mercadológico, de opinião, de

administração, representando, em linhas gerais, uma forma de garantir a precisão dos resultados e evitando, com isso, distorções de análise e interpretações. Embora, neste estudo o levantamento das informações poderia ter sustentado uma análise estatística, o baixo índice de respostas obtidos das OPS, das 19 pesquisadas apenas 3 responderam, não permite uma análise estatística em termos de confiabilidade e validação.

1.5.3 – VARIÁVEIS DEPENDENTE E INDEPENDENTE

A variável independente neste trabalho é:

- a Operadora de Plano de Assistência à Saúde.

A variável dependente é :

- a atuação da Controladoria.

A forma de atuação da Controladoria depende do ambiente interno da OPS e da relação desta com o ambiente externo em que está inserida.

1.5.4 - TÉCNICA

A técnica para Lakatos (1996:57) "é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou normas, a parte prática. Toda ciência utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos". As técnicas utilizadas neste trabalho como instrumentos que auxiliam no emprego do método, a fim de chegar-se ao resultado são:

- Documentação Indireta: a) Pesquisa Documental: envolvendo arquivos públicos e particulares como legislação da área de saúde relacionada às OPS, fontes estatísticas como IBGE e

bibliotecas particulares como a do CRC-SP e de faculdades e b) Pesquisa Bibliográfica: mediante pesquisa em fontes secundárias – obras literárias, imprensa em geral e *sites* da internet - buscando consolidar material sobre o tema em estudo, envolvendo os assuntos Controladoria e OPS.

- Observação Direta Extensiva: pode ser realizada por meio do questionário, do formulário, de medidas de opinião e atitudes e de técnicas mercadológicas. Este trabalho, realizou-se por meio da aplicação de dois questionários mediante o encontro pessoal, envio de *e-mail* ou carta, situação em que a pessoa questionada transmitiu conhecimentos ao autor da pesquisa. Os dois questionários contêm perguntas abertas e fechadas padronizadas, sendo que as respostas das perguntas abertas podiam ser totalmente diferentes. A pesquisa foi efetuada com profissionais atuantes nas OPS e consultores da área de saúde.

1.5.5 - COLETA DE DADOS

Para Rudio (1986:111), a coleta de dados é a "fase do método de pesquisa cujo objetivo é obter informações da realidade".

É importante frisar que a quantidade de bibliografia existente sobre:

- controladoria é boa, considerando-se que o enfoque sobre este tema tenha aumentado principalmente na última década;
- a OPS na modalidade medicina de grupo no Brasil é pouca e esparsa, sendo que existem poucos livros, escritos em sua maioria por consultores e assessores desta área, entretanto o

enfoque maior é direcionado ao funcionamento da parte hospitalar e

- trabalhos escritos e abertos ao público que reúnem os temas controladoria e operadoras de planos privados de assistência à saúde no Brasil inexistem, pois o enfoque é acentuado num ou noutro tema, mas não na consolidação.

A coleta de dados para a realização deste trabalho foi obtida mediante:

- a) envio de questionário a profissionais das OPS;
- b) envio de questionário a consultores da área saúde;
- b) consultas a órgãos ligados ao segmento estudado;
- c) análise da literatura existente;
- d) *sites* disponíveis na internet e
- e) informações disponíveis na imprensa em geral.

Para coletar os dados seleciona-se o Universo e a Amostra que, segundo Lakatos, (1996:37), são definidos como:

- Universo ou População: é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum;
- Amostra: é uma porção ou parcela convenientemente selecionada do universo ou população; é um subconjunto do universo.

1.5.6 – UNIVERSO E AMOSTRA

UNIVERSO: o estudo abrangerá a atuação da Controladoria nas empresas OPS. A primeira delimitação do universo é territorial, pois o estudo abrangerá as OPS do Brasil. A segunda delimitação é a do setor, pois existem as OPS Públicas e Privadas, sendo que foram selecionadas as OPS do setor privado. A terceira delimitação é de modalidade, pois no setor privado existem as modalidades de Autogestão Privada, Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo, Seguradoras e Administradoras. Para esta pesquisa, escolheram-se as OPS privadas na modalidade Medicina de Grupo porque, no ano 2000, conforme Figura 6, representaram 46% dos usuários de planos de assistência à saúde no Brasil, enquanto as demais modalidades (Autogestão Pública, Autogestão Privada, Cooperativas Médicas e Seguradoras) representaram 54%. Em 1999, conforme Figura 5, as OPS modalidade Medicina de Grupo representaram 37,11%, Autogestão Pública 24,12%, Autogestão Privada 4,12%, Cooperativas Médicas 22,68% e Seguradoras 11,96%. Com base nestas informações, percebe-se a relevância da modalidade que será estudada. A quarta delimitação é a atuação da Controladoria nas empresas e território mencionados nos parágrafos anteriores.

AMOSTRA: a amostra selecionada na aplicação dos questionários foi composta dos profissionais internos da área de Controladoria das 19 maiores OPS na modalidade Medicina de Grupo, por número de beneficiários, e 8 consultores ligados ao negócio "saúde", cujos critérios de seleção constam no capítulo 4 deste trabalho, vide Quadros 17 e 18.

CAPÍTULO 2 – CONTROLADORIA

2.1 - CONTROLADORIA: SIGNIFICADO E ATUAÇÃO SEGUNDO LIVROS E ARTIGOS

O papel da Controladoria foi estudado por vários autores, envolvendo o órgão Controladoria ou a pessoa responsável por este órgão, que encontra os mais diversos nomes para sua função: *controller*, gerente de controladoria, gerente geral e diretor financeiro. Verifica-se que a função Controladoria ou a de seu responsável, na visão dos autores, tem se expandido com o passar do tempo, conforme exposto em ordem cronológica a seguir:

Wixon, Bell e Bedford (1970:2-3) mencionaram que a expansão dos objetivos e funções da contabilidade requer concentração e especialização em muitas áreas. Nos anos recentes, várias discussões têm envolvido a expansão e a diversificação do campo da Contabilidade. Em geral, seu campo de atuação pode envolver:

- Relatórios financeiros;
- Planejamento tributário;
- Auditoria independente;
- Sistemas de informação e processamento de dados;
- Contabilidade de custos;
- Auditoria interna;
- Orçamento;
- Contabilidade gerencial, etc.

Para Goodman (1978:16), o *controller* “é o executivo financeiro de uma corporação de tamanho médio ou grande, que combina as responsabilidades de contabilidade, auditoria, orçamento, planejamento de ganhos, relatórios de performance, controles tributários e outras atividades corporativas...

... usualmente o *controller* é requerido para:

1. servir como chefe oficial da contabilidade incumbido dos livros de contabilidade da companhia, registros e formas contábeis;
2. auditar todos os pagamentos e comprovantes e tê-los propriamente certificados;
3. preparar o balanço das companhias, informes de rendimentos, outros relatórios e demonstrações financeiras, fornecendo ao presidente um relatório completo, no qual são demonstrados os resultados das operações da companhia durante uma parte ou período do ano fiscal...”.

Já para Nakagawa (1993:13-14), "os modernos conceitos de Controladoria indicam que o *controller* desempenha sua função de controle de maneira muito especial, isto é, ao organizar e reportar dados relevantes, exerce uma força ou influência que induz os gerentes a tomarem decisões lógicas e consistentes com a missão e objetivos da empresa. Para tanto, geralmente o *controller* acaba tornando-se o responsável pelo projeto, implementação e manutenção de um sistema integrado de informações..."

Na opinião de Goldenberg (1994:162-164), “a posição do *controller* tem evoluído da rotina de guarda-livros no século XIX para a abrangência de todas as facetas da organização moderna...

...A contabilidade gerencial inserida num contexto contemporâneo no qual existe uma tendência administrativa para estruturas descentralizadas e uma demanda pelos serviços do contador como consultor, gerando informações para o controle organizacional, mensuração de performance e elaboração do planejamento estratégico...

... o alto nível de participação do *controller* no planejamento estratégico em relação ao desenvolvimento da missão e ao estabelecimento de objetivos indicam que o *controller* tem assumido um significativo papel como membro do time de tomada de decisão.”

Atrill e McLaney (1994:25) mencionam que ... a contabilidade gerencial está envolvida no fornecimento de informações que auxiliam os gestores a gerenciar. Nem sempre os relatórios produzidos pela contabilidade são expressos em quantidades monetárias, alguns não contêm informações necessárias e outros contêm informações ilusórias. As informações contábeis são caras e nem sempre os gastos justificam os benefícios dados por ela.

Conforme o mesmo autor, os contadores gerenciais não deveriam perder a visão (do fato) de que eles são pagos para servir a outros gerentes na organização, os quais deveriam ser vistos como “clientes”. Deveriam esquivar-se do uso desnecessário de terminologias de sua área e de certos estilos de relatórios, garantindo que a informação seja comunicada de forma clara e compreensível para os outros gerentes.

Continuando, a tomada de decisão e planejamento são importantes funções de gerenciamento. O planejamento envolve um série de passos, incluindo a identificação dos objetivos da organização sendo que, em qualquer espécie apresentada, o objetivo é a otimização do uso de sua riqueza. Uma área de gerenciamento importante é a de controle, ou seja mensuração dos eventos conforme os planos traçados. E uma informação contábil de boa qualidade gera confiabilidade para que os gerentes a utilizem como ferramenta no gerenciamento de funções importantes como tomada de decisão, planejamento e controle de objetivos.

Perez Júnior (1995:35) diz que o *controller* pode ter a sua função exercida por meio de dois enfoques:

O primeiro assemelha-se às responsabilidades de gerente de contabilidade ou contador geral, normalmente se subordinando ao principal executivo financeiro da empresa. Suas atividades incluem a geração de informações dentro dos diversos setores a ele subordinados, sendo o responsável pelas seguintes áreas e funções:

- Contabilidade geral, fiscal e de custos;
- Controle patrimonial;
- Orçamento;
- Auditoria interna e
- Administrativa-financeira."

O segundo envolve a compilação, síntese e análise das informações geradas, e não a responsabilidade por sua elaboração. Atua como um órgão de *staff* ligado diretamente à alta administração e analisa os resultados obtidos

em comparação com o planejado, influenciando a tomada de decisões dentro de uma empresa.

Para ele, as principais responsabilidades de um *controller* incluem:

- A organização de um adequado sistema de informações gerenciais que permita à administração conhecer os fatos ocorridos e os resultados obtidos com as atividades;
- A comparação permanente entre o desempenho esperado e o real;
- A classificação das variações entre variações de estimativa e de desempenho;
- A identificação das causas e dos responsáveis pelas variações;
- A apresentação de recomendações para a adoção de medidas corretivas.

Conforme Figueiredo (1997:27) "o órgão administrativo Controladoria tem por finalidade garantir informações adequadas ao processo decisório, colaborando com os gestores na busca da eficácia gerencial. Embora o delineamento da função, do órgão e da posição do executivo possam variar de uma empresa para outra, existe um conceito que é comumente observado quanto ao executivo: o *controller* é o chefe da contabilidade, aquele que supervisiona e mantém os arquivos financeiros formais das empresas, embora suas funções não tenham que se restringir apenas às funções contábeis, esperando que ele amplie sua atuação no desenvolvimento da contabilidade em aplicações gerenciais.

Ainda citando Figueiredo, as responsabilidades e as atividades básicas podem ser caracterizadas da seguinte forma:

1. Planejamento: estabelecer e manter um plano integrado para as operações que deve ser comunicado aos vários níveis de gerência.
2. Controle: desenvolver e revisar constantemente os padrões de avaliação de desempenho para que sirvam como guias de orientação aos outros gestores.
3. Informação: preparar, analisar e interpretar os resultados financeiros para serem utilizados pelos gestores; preparar informações para uso externo.
4. Contabilidade: delinear, estabelecer e manter o sistema de contabilidade geral e de custos.

Oliveira (1998:19) diz que pode-se entender controladoria como o departamento responsável pelo projeto, elaboração, implementação e manutenção do sistema integrado de informações operacionais, financeiras e contábeis de uma determinada entidade, com ou sem finalidades lucrativas.

Para Horngren (1999:5), a Controladoria é um órgão que tem como um de seus processos a contabilidade gerencial, que identifica, mensura, acumula, analisa, prepara, interpreta e comunica informações que ajudam os gestores a atingirem os objetivos organizacionais. Em contraste, a contabilidade financeira refere-se ao desenvolvimento de informações contábeis para o uso de partes externas como acionistas, fornecedores,

bancos e agências governamentais. Estes usuários necessitam de uma boa informação contábil que ajude a organização a atingir as metas e os objetivos mediante a resposta de três tipos de questões:

1. Resultados.
2. Acompanhamento da direção na qual seguem os negócios.
3. Solução de Problemas.

Peirce (1999:59) apresenta algumas faces do *controller*, que são:

1. Estabelecer, coordenar e manter, por meio de gerenciamento autorizado, um plano integrado para o controle de operações. Criar um plano para os negócios que contenha custos padrões, orçamentos de despesas, projeção de vendas, planejamento de lucro, programas de investimento de capital e financiamento, todavia com os procedimentos necessários para a sua eficácia;
2. Mensurar a performance dos planos realizados e dos orçados, relatar e interpretar os resultados das operações para todos os níveis gerenciais. Esta função inclui o desenho, instalação e manutenção da contabilidade, sistemas de custos e registros, a determinação da política contábil e a compilação de estudos estatísticos quando requeridos;
3. Mensurar e relatar a validade dos objetivos dos negócios, a eficácia das políticas, a estrutura organizacional e os procedimentos na realização dos objetivos. Isto inclui consultoria sobre todos os segmentos de responsabilidades gerenciáveis por

- políticas ou ação concernentes em qualquer fase da operação dos negócios, com o relato da performance da função;
4. Reportar-se às agências governamentais, quando requerido, e supervisionar todos os assuntos sobre impostos;
 5. Interpretar e relatar os efeitos de influências externas sobre a realização dos objetivos dos negócios. Esta função inclui a contínua avaliação das forças econômicas e sociais e a influência do governo sobre os efeitos das operações dos negócios;
 6. Providenciar proteção para os ativos do negócio. Esta função inclui estabelecer e manter adequados controles internos, auditoria e garantia de cobertura mediante seguro.

Messmer (1999:16) menciona em seu artigo que o *controller*, no passado, assumia funções relativamente isoladas, como dirigir o trabalho da equipe de contabilidade, coletar e interpretar dados financeiros. Diz que atualmente o *controller* atua muito além dessas funções e contribui em áreas fora do departamento contábil, sendo que o seu grande valor está precisamente em reportar fatos e trabalhar muito mais como um orientador nas estratégias dos negócios. Cita que, em decorrência da ampliação de sua atuação, uma de suas funções é fazer com que seus colegas da equipe contábil interajam com as outras áreas dos negócios, nos ambientes interno e externo da empresa e vice-versa, pois o processo é dinâmico e contínuo.

Complementando, Catelli (1999:370,375-379) diz que a Controladoria não pode ser vista como um método voltado a como fazer. Para

uma correta compreensão do todo, devemos cindi-la em dois vértices: o primeiro, como *ramo do conhecimento* responsável pelo estabelecimento de toda base conceitual, e o segundo, como *órgão administrativo* respondendo pela disseminação de conhecimento, modelagem e implantação de sistemas de informações.

Ele menciona que, no caso da Controladoria, estas funções estão ligadas a um conjunto de objetivos e, quando desempenhadas, viabilizam o processo de gestão econômica. Suas funções desempenhadas são:

- Subsidiar o processo de gestão;
- Apoiar a avaliação de desempenho;
- Apoiar a avaliação de resultado;
- Gerir os sistemas de informações e
- Atender aos agentes do mercado.

No contexto da gestão econômica devem ser utilizados dois instrumentos fundamentais: Processo de Gestão e Sistemas de Informações.

O Processo de Gestão compõe-se das seguintes etapas:

- Planejamento estratégico, operacional e programação;
- Execução e
- Controle.

Rabinowitz (2000) expõe em partes as funções do profissional responsável pela Controladoria, frisando que as mudanças e expansão das atividades deste tipo de profissional abrangem diversos pontos:

- Parte I: responsabilidades, práticas de custo, globalização, participação crescente no gerenciamento, rotatividade de empregados, tratar com fraudes;
- Parte II: planejamento de longo prazo e revisão de estratégia, plano anual, planejamento de lucros, planejamento tributário;
- Parte III: planejamento e controle operacional envolvendo vendas, expansão de mercados, custos da produção, desenvolvimento de pesquisa e despesas administrativas e gerais;
- Parte IV: planejamento e controle do Balanço abrangendo: caixa, investimentos de curto e longo prazo, direitos a receber, estoques, imobilizado, planejamento de benefícios aos empregados e obrigações;
- Parte V: gerenciamento interno, acionistas, agências do governo, bolsa de valores e credores;
- Parte VI: tecnologias e sistemas de informações abrangendo testes, segurança, trocas e gerenciamento de riscos e
- Parte VII: controles de departamento, sistemas de contabilidade, fusão, investimento, aquisição e desinvestimentos, reengenharia, manual de procedimentos e políticas, gerenciamento de riscos, relatórios periódicos, sistema de gerenciamento de recursos humanos e sistemas de contabilidade avançada.

2.2 – CONTROLADORIA: DICIONÁRIOS

Para finalizar, complementar-se-á com a definição da função da Controladoria e de seus responsáveis, apresentadas por alguns dicionários, os quais são citados a seguir:

Downes e Goodman (1993:79): *Chief Financial Officer* (CFO), equivalente em português a Diretor Financeiro, é o responsável pelo gerenciamento de fundos, assinatura de cheques, registros financeiros e planejamento financeiro de uma sociedade. Em grandes empresas, esse dirigente tem o título de vice-presidente de finanças e, em empresas menores, é chamado de tesoureiro ou controlador. Como várias leis estaduais exigem que uma empresa tenha um tesoureiro, esse título geralmente vem acompanhado de outros títulos financeiros.

A função de controlador requer um contador experiente para dirigir os programas de contabilidade interna, inclusive contabilidade de custos, sistemas e procedimentos, processamento de dados, análises de aquisições e planejamento financeiro. O controlador também pode ter responsabilidades na área de auditoria interna.

O tesoureiro ocupa-se do recebimento, custódia, investimento, desembolso de recursos da empresa, levantamentos de empréstimo e manutenção do mercado para as ações e outros títulos de emissão da empresa.

Downes e Goodman (1993:79): *Controller* ou *Comptroller* (Contador). Auditor-chefe de uma sociedade. Em pequenas sociedades, pode exercer as funções de tesoureiro. Em uma corretora, o auditor ou o controlador prepara os relatórios financeiros, supervisiona as auditorias internas e é responsável pela observância das normas da Comissão de Valores Mobiliários (*Securities and Exchange Commission* – SEC).

Sá (1994:103): Contabilidade Gerencial – ramo da Contabilidade que, servindo-se dos próprios instrumentos de levantamento e interpretação dos dados quantitativos da empresa, pode informar, orientar e guiar a administração para que se possa efetuar as alternativas de gestão e tomar as decisões de modo mais conveniente.

Os seus objetivos são essencialmente dois:

- a) preparar e interpretar as informações destinadas à administração da empresa e orientar as futuras alternativas e decisões (planificação);
- b) proporcionar à administração uma visão exata da gestão e um controle assíduo do seu desenvolvimento com base nas decisões tomadas anteriormente (controle e supervisão).

Sá (1994:112). Controladoria. Órgão na administração que se incumbem de gerir a parte de controle. Órgão encarregado de fazer cumprir os preceitos da contabilidade gerencial.

Caruth e Stovall (1995: 72-73). *Controller* ou *Comptroller*. É um executivo que é responsável por todo o sistema contábil usado para uma organização (normalmente o *controller* é o responsável pela contabilidade gerencial, contabilidade de custos, controle orçamentário, análises estatísticas, desenvolvimento de projeções econômicas e cálculo de tributos locais, estaduais e federais). O *controller* é usualmente o maior cargo dentro da contabilidade em uma organização.

Estes (1995:31). O *controller* é o executivo-chefe de uma organização (em algumas organizações leva o título de vice-presidente financeiro). O *controller* é usualmente o responsável pelo planejamento e direção de um sistema de informação, incluindo controles internos, contabilidade de custos, contabilidade financeira, planejamento e relatório tributário e relatório financeiro externo. Algumas vezes também é chamado de *comptroller*.

Hussey (1995:84). *Comptroller* é o título do diretor financeiro em algumas companhias ou executivo-chefe financeiro de um grupo de companhias. O título é mais utilizado nos Estados Unidos do que no Reino Unido.

Hussey (1995:92). *Controller*, nos Estados Unidos, é o executivo-chefe da contabilidade de uma organização. O *controller* normalmente é responsável por relatórios financeiros, tributos e auditoria, mas deixa o planejamento e o controle das finanças para o tesoureiro.

Cobuild (1996:168): *Controller*. O *controller* é a pessoa que tem responsabilidade por uma área ou departamento de uma organização.

Pinho (1997:51): Controladoria. Apresenta como palavras sinônimas em inglês os termos *Controller's department* e *Controllership*.

Atkinson (1997:725). *Controller* numa organização é o executivo sênior da área contábil e financeira; prepara e interpreta informações financeiras para gerentes, investidores e credores.

Zimmerman (1997:702). *Controller* é o gerente encarregado da contabilidade gerencial e a contabilidade financeira numa organização. Usualmente é o chefe da contabilidade, chamado também como *comptroller*.

2.3 – CONTROLADORIA: CONCLUSÕES GERAIS

Com base nas definições e áreas de atuação da Controladoria ou de seus responsáveis, segundo o ponto de vista dos diversos autores citados, foram elaborados três quadros comparativos para um melhor entendimento do que fora apresentado.

O Quadro 1 apresenta as características classificadas em assessoria, estrutura hierárquica e cálculos atuariais segundo os treze autores que escreveram livros ou artigos.

O Quadro 2 apresenta as características classificadas como atuação da controladoria, também segundo os treze autores.

O Quadro 3 apresenta as quatro características - assessoria, estrutura hierárquica, cálculos atuariais e atuação - segundo os dicionários.

Quadro 1 – Controladoria ou Responsável: Assessoria, Estrutura Hierárquica e Cálculos Atuariais

Características	Wixon, Bell e Bedford	Goodman	Nakagawa	Goldenberg	Atrill e McLaney	Perez Júnior	Figueiredo	Oliveira	Horngren	Peirce	Messmer	Catelli	Rabinowitz
Assessoria		Presidência	Gerentes		Gestores e gerentes	Alta administração, Executivo financeiro	Gestores e Gerências		Gestores	Níveis gerenciais		Gestores (subsidiar o processo de gestão)	
Estrutura Hierárquica da Controladoria ou Controller		Executivo financeiro - média ou grande corporação / Chefe oficial da contabilidade		Contador / Consultor / Membro do time de tomada de decisão / é mais que um guarda-livros		Órgão de staff / Gerente de contabilidade, Contador geral	Órgão administrativo / Chefe da contabilidade, mas pode variar de uma empresa para outra		Órgão administrativo		Direção da contabilidade	Órgão administrativo	
Cálculos Atuariais										Compilação de estudos estatísticos			

Quadro 2 – Atuação da Controladoria ou do Controller

Características	Wixon, Bell e Bedford	Goodman	Nakagawa	Goldenberg	Atrill e McLaney	Perez Júnior	Figueiredo	Oliveira	Horngren	Peirce	Messmer	Catelli	Rabinowitz
		Contabilidade				Contabilidade geral e fiscal	Contabilidade geral			Manutenção da contabilidade			Sistemas de contabilidade
	Contabilidade gerencial				Contabilidade gerencial				Contabilidade gerencial				Participação crescente no gerenciamento, Sistemas de gerenciamento
	Contabilidade de custos					Contabilidade de custos	Contabilidade de custos			Custos padrões, Sistemas de custos			Prática de custos, custos da produção
		Planejamento de ganhos		Participação no planejamento estratégico	Informações para planejamento, tomada de decisão e controle de objetivos		Estabelecer e manter um plano integrado para as operações			Planejamento de lucro / Estabelecer, coordenar e manter um plano integrado para o controle de operações	Orientador nas estratégias dos negócios	Planejamento estratégico, operacional e programação	Planejamento de longo prazo e revisão de estratégia, Planejamento de lucros
	Orçamento	Orçamento				Orçamento				Orçamentos de despesas, projeção de vendas, programas de investimento de capital e financiamento			Planejamento e controle do Balanço
		Relatórios de performance		Informações para mensuração de performance		Análise comparativa dos resultados obtidos com o planejado / esperado e o real	Desenvolver e revisar os padrões de avaliação de desempenho			Resposta de questões: resultados e acompanhamento do andamento dos negócios		Apoiar a avaliação de desempenho e resultado	
	Planejamento tributário	Controles tributários								Supervisionar todos os assuntos sobre impostos			Planejamento tributário
	Auditoria independente / Auditoria interna	Auditoria / Auditar pagamentos e comprovantes					Auditoria interna			Auditoria			
	Sistemas de informação e processamento de dados		Sistema integrado de informações: projeto, implementação e manutenção				Sistema de informações gerenciais		Sistema integrado de informações: operacionais, financeiras e contábeis			Gerir os sistemas de informações	Sistemas de informações
	Relatórios financeiros										Coletar e interpretar dados financeiros		
		Preparar informes de rendimentos, resultados das operações, balanço das companhias, demonstrações financeiras / Incumbido dos livros de contabilidade da companhia, registros e formas contábeis					Preparar informações para uso externo		Informações contábeis para acionistas, fornecedores, bancos e agências governamentais	Reportar-se às agências governamentais, quando requerido	Interação com outras áreas dos negócios, no ambiente externo	Atender os agentes de mercado	
							Controle patrimonial				Controles internos	Controle	Controle operacional / Testes, segurança, trocas e gerenciamento de riscos

Quadro 3 – Controladoria ou Responsável: Significado segundo os Dicionários

Características	Downes e Goodman	Sá	Caruth eStovall	Estes	Hussey	Cobuild	Pinho	Atkinson	Zimmerman
Assessoria								Gerentes	
Estrutura Hierárquica da Controladoria ou Controlar	Vice-presidente de finanças, diretor financeiro, auditor-chefe, tesoureiro, auditor-chefe	Órgão incumbido de gerir o controle	Executivo que possui o cargo maior dentro da contabilidade numa organização	Executivo-chefe, vice-presidente financeiro	Diretor- financeiro, executivo-chefe, executivo-chefe da contabilidade	Responsável por uma área ou departamento		Executivo-sênior da área contábil e financeira	Encarregado da contabilidade gerencial e financeira, chefe da contabilidade
Cálculos Atuariais			Análises estatísticas						
Atuação				Contabilidade financeira					
		Contabilidade gerencial	Contabilidade gerencial						
	Contabilidade de custos		Contabilidade de custos	Contabilidade de custos					
	Planejamento financeiro / elaboração de relatórios financeiros	Orientar as futuras alternativas e decisões (planificação)	Orçamento / Desenvolvimento de projeções económicas						
	Planejamento e relatório tributário		Cálculo de tributos locais	Planejamento e relatório tributário	Tributos				
	Auditoria interna				Auditoria				
	Sistemas e procedimentos			Sistema de informação: planejamento e controle					
				Relatório financeiro externo	Relatórios financeiros				
		Controle e supervisão		Controles internos					

Consolidando os Quadros 1, 2 e 3 é possível chegar-se a algumas conclusões para cada das quatro características da Controladoria:

ASSESSORIA

Presta assessoria à presidência, vice-presidência, diretores e gerentes.

ESTRUTURA HIERÁRQUICA

É um órgão administrativo, podendo ser de linha ou de staff.

Na estrutura hierárquica está na alta ou média administração, tendo como o seu maior responsável a pessoa que ocupa a posição de executivo da alta administração, ou logo abaixo dela; o que se confirma quando verificamos o nome do cargo ou posição mencionado pelos autores e dicionários: Executivo Financeiro, Vice-Presidente Financeiro, Diretor Financeiro, Executivo-Chefe, Diretor da Contabilidade, Auditor-Chefe, Encarregado da Contabilidade Gerencial e Financeira, Contador Geral, Contador, Tesoureiro, Gerente de Contabilidade e Chefe da Contabilidade.

CÁLCULOS ATUARIAIS

Dos 13 autores de livros e artigos e 9 dicionários verificados, somente dois citam a compilação e análises estatísticas, sem menção do grau de profundidade destes cálculos. Downes e Goodman (1993:79) apresentam a definição da palavra *actuary* (*atuário*) como matemático, empregado por uma companhia de seguros para calcular prêmios, reservas, dividendos e valor do seguro, pensão e anuidades, usando os fatores de risco obtidos a partir de tabelas contendo dados estatísticos e previsões. Oliveira (1971:294) apresenta

a definição da palavra *atuária* como ramo da Matemática cujo objetivo é o estudo das bases teóricas dos seguros em geral. Com base nos textos já expostos, conclui-se que os cálculos atuariais são feitos por matemáticos, ou engenheiros (profissão afim) e usados pela controladoria.

ATUAÇÃO

A controladoria, parafraseando Catelli, citado anteriormente, vista sob o vértice de órgão administrativo, atua com base num conjunto de objetivos que viabilizam o processo de gestão econômica, mediante a disseminação do conhecimento, por meio de um sistema de informações. Com isto, ela subsidia o processo de gestão, apoia a avaliação de desempenho, gere os sistemas de informações e atende aos agentes do mercado. Analisando conjuntamente os Quadros 2 e 3, adicionados à experiência profissional do autor deste trabalho, conclui-se que a atuação da controladoria envolve o planejamento, a execução, o controle ou a participação nas seguintes responsabilidades e atividades:

- Contabilidade geral, por exemplo: escrituração contábil; elaboração das demonstrações contábeis (consolidação das demonstrações financeiras; balanço patrimonial, demonstração do resultado do exercício, demonstração das origens e aplicações de recursos, demonstração do fluxo de caixa, notas explicativas, balancetes, diário geral, livro caixa, livro contas-correntes, razão, análise contábil); elaboração de provisão para contingências; elaboração de reservas sobre lucros; elaboração de provisão para créditos de liquidação duvidosa;

- Contabilidade fiscal, por exemplo: cálculo e declarações dos impostos de renda pessoa jurídica, ICMS, IPI, ISS, COFINS, PIS, INSS, FGTS, IOF, contribuição social sobre o lucro líquido, Imposto de Importação, Imposto de Exportação, etc.; escrituração dos livros fiscais obrigatórios: registro de entradas, registro de saídas, registro de controle de produção e de estoque, registro de selo especial de controle, registro de impressão de documentos fiscais, registro de utilização de documentos fiscais e termos de ocorrências, registro de inventário, registro de apuração do IPI, registro de apuração do ICMS, livro de apuração do lucro real, registro de duplicatas;
- Contabilidade gerencial, por exemplo: elaboração de relatórios que suportem a definição de metas e formulação do planejamento estratégico; análise financeira, econômica e patrimonial da empresa e do mercado de atuação; elaboração de *mark-up*;
- Contabilidade de custos, por exemplo: elaboração de custos por departamentos, produtos, segmento, cliente, unidade administrativa e operacional, etc.;
- Planejamento estratégico: participação da definição de objetivos e metas; formulação do planejamento estratégico de curto e longo prazo, envolvendo a estrutura da organização, desenvolvimento de produto e mercado, desenvolvimento de recursos para as operações da empresa e operacionalização da

produção e comercialização; preparação, implementação, revisão e atualização do plano;

- Planejamento de ganhos/lucros: estudos que envolvam a estratégia de obter-se receitas superiores às despesas geralmente contribuem para a realização do planejamento estratégico;
- Orçamentos: é a expressão quantitativa, manifesta em documento, dos planos da administração; serve para apoiar a coordenação e implementação dos planos traçados. O orçamento geralmente é dividido em partes, as quais podemos denominar de peças orçamentárias. As peças orçamentárias formam um todo e qualquer alteração em uma reflete alterações nas outras. Tais peças geralmente recebem os seguintes nomes: orçamento de investimentos, orçamento de vendas, orçamento de produção, orçamento de despesas, orçamento de caixa, orçamento de resultado e balanço patrimonial projetado;
- Mensuração e avaliação de performance: desempenho e resultado – orçado e real;
- Planejamento tributário: elaboração de estudos, muitas vezes em conjunto com assessorias externas, que permitam a redução da carga tributária, dentro das hipóteses permitidas por lei;
- Auditoria interna: exame da integridade, adequação e eficácia dos controles internos, das informações e das demonstrações contábeis, por meio do conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo examinar a integridade, adequação e eficácia

dos controles internos e das informações físicas, contábeis, financeiras e operacionais das entidades;

- Sistemas de informações: implantação, execução e desenvolvimento de uma sistema que integra as informações operacionais, financeiras e contábeis;
- Processamento de Dados (Informática): este item foi citado somente uma vez - por Wixon, Bell e Bedford em 1970 – entendendo-se que a área de informática e processamento de dados não precisa estar subordinada à controladoria, mas deve prestar-lhe serviços imprescindíveis para que haja um sistema de informação eficaz;
- Relatórios financeiros: por exemplo, fluxo de caixa e posição contas a receber e a pagar;
- Preparação e fornecimento de informações contábeis, dentre outras, para os agentes de mercado (acionistas, fornecedores, bancos, agências governamentais);
- Controles : internos, patrimoniais e operacionais e
- Atividades societárias: elaboração de contrato social e alterações; escrituração dos livros: ata de reunião dos quotistas, ata de assembléia, registro de ações nominativas, registro de ações endossáveis, transferência de ações nominativas, registro de partes beneficiárias nominativas, transferência de partes beneficiárias nominativas, registro de partes beneficiárias endossáveis, registro de debêntures endossáveis, registro de bônus de subscrição endossáveis, atas das assembléias gerais,

presença dos acionistas, reuniões do conselho de administração, reuniões da diretoria, atas e pareceres do conselho fiscal.

Tais atividades mencionadas, nos parágrafos anteriores, estão diretamente relacionadas, conforme Catelli, como os instrumentos fundamentais do processo de gestão, pois envolvem o planejamento estratégico, operacional e programação, a execução e o controle, os quais tornam-se melhor viabilizados por um consistente e eficaz sistema de informação.

O autor deste trabalho, com base em experiência profissional, menciona que, além das atuações mencionadas anteriormente, outras podem fazer parte da rotina diária da controladoria - dependendo do porte, mercado de atuação e do tipo de capital (nacional ou estrangeiro) da empresa – como por exemplo:

- Conversão das demonstrações contábeis, pelo método FASB ou IASC;
- Faturamento;
- Elaboração da folha de pagamento do pessoal;
- Estudo e participação em fusões, incorporações e cisões de empresas e
- Assessoria interna à presidência, diretorias e gerências.

CAPÍTULO 3 - OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ASPECTOS GERAIS, HISTÓRICOS, DO SEGMENTO E DA MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

3.1 – ASPECTOS GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA SAÚDE

3.1.1 – ANTES DO SURGIMENTO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE¹

Antigamente os fazendeiros contribuíam para a manutenção das santas casas e pagavam uma quantia fixa aos médicos para que prestassem serviços aos seus contratados. Com o passar do tempo, surgiram as clínicas ou policlínicas, nas quais médicos prestavam assistência às famílias. O seguro individual de acidentes e de saúde surgiu nos Estados Unidos em meados do século XIX, sendo que o seguro coletivo surgiu após 1920.

Após esse período, foram surgindo outros tipos de prestadoras de serviço na área de saúde.

3.1.2 - ASPECTOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES²

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA³

Na América Latina, em condições gerais, a medicina pré-paga é a elite do sistema de saúde dos países. Ou seja, os que podem pagar obtêm recursos maiores.

¹ Dados extraídos da palestra proferida pelo Dr. Arlindo de Almeida, na I Teleconferência Brasil-Canadá em 03/10/2000, tema Medicina Privada no Brasil.

² Os textos nos quais não há citação de autor ou *site* foram extraídos e baseados no artigo SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE, Revista Trevisan. n.80, p. 16-29, 1994.

³ Dados disponíveis no *site* <http://companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=59&ReturnCatID=2> em 22/09/2001.

Embora existam diferenças importantes entre os países diversos da América Latina, em geral podemos sintetizar os sistemas de saúde por meio do Quadro 4, apresentado a seguir:

Quadro 4 - Sistemas de Saúde na América Latina

	Esquema sem contribuição	Esquema com contribuição	
Tipos de contribuições	Não há contribuições	Contribuições obrigatórias	Contribuições voluntárias
Características	Coberto pelo governo	Contribuições de empregadores e empregados	Contribuições adicionais para melhorar a atenção

Fonte: site <http://companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=59&ReturnCatID=2> em 22/09/2001.

Em escala mais baixa se encontra o Sistema Não Contributivo, pelo qual os usuários não pagam pelo serviços prestados. Este esquema cobre as pessoas mais pobres dos países e se caracteriza por uma assistência social, na qual o orçamento nacional cobre as despesas de saúde.

Geralmente, as contribuições obrigatórias estão relacionadas com as políticas do Estado, não só as de saúde como as de seguro social. Então, os Planos Obrigatórios são projetados de forma que os pagamentos sejam efetuados por patrões e empregados. No caso colombiano, o empregador paga 8% e o trabalhador 4% do salário para cobrir a família. No Chile, a contribuição global é de 7%. Este sistema é igual, na medida em que os benefícios que os usuários recebem não são determinados pelas suas contribuições. Tanto o gerente que ganha US\$4.000 no mês (contribui na Colômbia com US\$480) quanto o operário que ganha US\$150 (contribui com US\$18) têm acesso ao

mesmo tipo de cobertura. Em palavras de Daniel Titelman, perito da ECLAC (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe), este sistema está baseado na solidariedade entre classes sociais - quem mais ganha paga mais - e entre doente e saudável - quem mais precisa do sistema mais atenção recebe. As contribuições voluntárias são determinadas por esses que têm os recursos para pagar um Plano Privado de Saúde, de acordo com suas próprias expectativas. Já que cada família determina quanto quer gastar e qual o nível de cobertura que deseja, este sistema é chamado Medicina Pré-Paga.

A Medicina Pré-Paga como política governamental está relacionada na América Latina com o aparecimento da reforma liberal e de mercado no final dos anos 80. Apesar disto, alguns países como o Chile, começaram o processo no início da década de 80, uma vez que o sistema político deles era associado às idéias neoliberais que mais tarde se tornaram o eixo ideológico da região.

Em condições gerais, os governos concluíram, por meio de peritos, que aumentar a despesa pública na saúde não repercutiu em um aumento da qualidade dos serviços prestados, porque o sistema não foi amarrado à realidade, de forma que os usuários que não pagavam eram privilegiados, ou seja, não contribuía com o sistema, mas o procuravam para receber todos os benefícios.

CARACTERÍSTICAS DA MEDICINA PRÉ-PAGA

A Medicina Pré-Paga não trabalha do ponto de vista legal como um sistema de seguro social, mas como um contrato de seguro. Neste senso, os usuários determinam os graus de cobertura e os tipos de benefícios para o sócio individual ou para o sócio e o seu grupo familiar.

As Empresas de Medicina Pré-Paga funcionam de dois modos diferentes. Ou, possuem contratos com a quantidade maior, ou totalidade, de Clínicas e Centros Hospitalares (idem as Health Maintenance Organizations HMO nos Estados Unidos), ou trabalham com uma rede própria de prestadoras de serviços de saúde. O sistema americano tende a ser mais eficiente na medida em que integra os aspectos de financiamento e provedores, beneficiando o acesso dos clientes.

ARGENTINA⁴

A assistência médica privada na Argentina foi desenvolvida nas últimas três décadas debaixo de duas categorias de prestadores de saúde, que juntas atendem mais de 4 milhões de beneficiários: as empresas médicas privadas pré-pagas e as assistências sociais dos sindicatos, estas últimas formadas pelas organizações sindicais de cada uma das indústrias.

O Sistema de Assistência Social recebe mensalmente uma contribuição obrigatória, sendo 3% por parte dos empregados e de 5% pelos empregadores. Do valor arrecadado, 90% são dedicados para a Assistência Social e 10% permanecem dedicados à Administração Nacional de Seguro Saúde.

As Empresas de Medicina Pré-Paga se encontram filiadas às pessoas que não possuem nenhum tipo de assistência à saúde e também àquelas que possuem mas querem ter ao seu dispor serviços que não são prestados pelas assistências sociais do governo. A prestação de serviços é

⁴ Informações disponíveis nos sites <http://companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=27&ReturnCatID=1>, <http://www.ademp.com.ar> e <http://companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=254&ReturnCatID=2> em 22/09/2001.

reembolsada por meio de pagamento de uma taxa mensal, não regulada e nem preestabelecida pelo Governo.

A diferença básica entre os dois serviços é que o Sistema de Assistência Social presta o mesmo serviço médico para seus associados, mediante o mesmo percentual cobrado sobre o salário, enquanto na assistência médica privada, os planos são individuais e o participante escolhe qual é o mais adequado em termos de qualidade dos serviços e valor a ser pago.

Cabe ressaltar que, além destas duas categorias, existem na Argentina o Sistema de Saúde aos Pensionistas - PAMI e os Hospitais Públicos para atendimento gratuito daqueles que estão desempregados e/ou não têm condições financeiras para pagar uma assistência médica. Os Hospitais Públicos são deficientes, com serviços de hotelaria ruins e longas filas de espera.

Os hospitais argentinos atualmente estão superlotados e a demanda aumenta por vários motivos. O hospital público oferece atendimento às pessoas de baixos recursos e aos que não possuem nenhum tipo de cobertura. Mesmo assim muitos hospitais contam com grande prestígio pela qualidade do atendimento. Mas muitas redes de hospitais e centros assistenciais à saúde nacionais, provinciais e municipais têm várias deficiências: grandes listas de espera, péssima hotelaria, e em alguns lugares, existe a exigência do pagamento do material utilizado pelo usuário.

A utilização de assistência médica pela população ocorre da seguinte maneira: aproximadamente 60% tem algum tipo de cobertura, 31,8% são atendidos pela rede de hospital pública, 17,7% são afiliados às

assistências sociais e 11,5% fazem parte do PAMI - Assistência Social Pública aos Pensionistas.

A partir de janeiro deste ano, entrou em vigor uma nova medida no Sistema de Saúde Argentino, dando a oportunidade para que os beneficiários de Assistências Sociais escolham planos alternativos de saúde ou possam substituir a sua contribuição mensal à Assistência Social por uma empresa de saúde privada pré-paga.

O novo sistema é regulamentado pelo Programa Médico Obrigatório - PMO, criado há cinco anos, no qual são especificadas as obrigações mínimas de cobertura médica a todas as prestadoras de serviços de saúde, como por exemplo, cirurgias cardíacas, hemodiálises, tratamento de doenças oncológicas e do HIV. Por ter que seguir as normas do PMO e pela falta de definições claras, como tratamento de patologias de alto custo e alta incidência, as Empresas de Medicina Privada estão relutantes em participar deste sistema. Embora em alguns casos as empresas se recusem a conceder certos benefícios, os controles exercitados pelo escritório público da defesa do consumidor são rígidos.

Com a entrada da nova regulamentação, o Sistema de Assistência Social e as Empresas de Medicina Privada passaram a ser supervisionados pela Superintendência de Serviços de Saúde, que é o órgão responsável pelo gerenciamento e controle do Sistema Nacional de Seguro Saúde da Argentina.

Órgãos de Fiscalização e de Representação das Empresas de Medicina Pré-Paga

A nova regulamentação deverá produzir mudanças importantes no sistema de saúde argentino. Em decorrência dela está havendo: uma reorganização que está se realizando paulatinamente; a abertura de possibilidades; a competição entre as empresas e organizações sem fins lucrativos; as exigências da qualidade de serviços por parte dos filiados; respaldo das entidades responsáveis por resguardar a saúde por parte do Estado Argentino; encaminhamento do sistema ao ponto de equilíbrio e satisfação das necessidades do novo mercado e dos usuários, os quais pretendem ter uma melhor qualidade de vida.

O órgão representativo da modalidade Medicina de Grupo na Argentina é a ADEMP - *Asociación de Entidades de Medicina Prepaga* - uma fundação civil sem fins lucrativos, fundada em 1981. Seus objetivos são:

- Promover a melhoria da legislação vigente para todas as entidades associadas;
- Representar seus associados nas discussões de acordos coletivos de trabalho, tarifas, etc.;
- Contribuir com o estabelecimento de regras tributárias de acordo com a natureza da atividade de assistência médica;
- Prestar assessoria a entidades públicas ou privadas e
- Realizar e participar de cursos, seminários, debates para benefício de seus associados e interagir com outras entidades semelhantes do setor da saúde para alcançar melhores resultados na defesa dos interesses comuns.

A Medicina Pré-Paga administra os recursos financeiros recebidos para atender à frequência de utilização de assistência à saúde a custos razoáveis. O argumento que a Medicina Pré-Paga tem para justificar a afirmação de terceiros para um valor alto de suas cotas, que não permitem a utilização de seus serviços pela população de baixos recursos, é o seguinte: o valor maior de suas cotas é devido aos usuários que entram em nossas empresas de forma singular e voluntária, tendo uma cobertura de muitos benefícios, o que os transforma em beneficiários de consumo alto e que, depois da utilização dos serviços, podem partir do sistema no momento que desejarem. Nesta situação não ocorre a recuperação em forma de receita dos serviços e custos em tempo adequado para o equilíbrio financeiro. Isto faz com que os benefícios normalmente tenham tarifas muito superiores às das assistências sociais, inclusive pelo alto nível das instituições oferecidas, com quartos individuais, etc. Desde a publicação da Lei 24.754 (Programa Médico Obrigatório - PMO), as empresas de medicina privada pré-paga são obrigadas a cobrir as mesmas prestações médicas das assistências sociais do governo. É dito que a Medicina Pré-Paga não é um sistema solidário. Se solidário significa uma obrigação, os sistemas de pré-pagamentos não são solidários; mas se é entendido como o sentimento de qualquer comunidade de prestação de ajuda mútua, a medicina pré-paga está dentro de um sistema de solidariedade, ou seja, os saudáveis contribuem para a atenção dos que adoecem. No setor há empresas sem fins lucrativos, embora haja um número alto de empresas de Medicina Pré-Paga, que são entendidas como empresas comerciais. Porém, as empresas sem rentabilidade não puderam reinvestir em capacidade instalada, modernização da tecnologia médica e incorporação de avanços científicos

novos. Existem poucos exemplos de empresas sem fins lucrativos que se modernizaram. As empresas de medicina pré-paga pagam primeiramente os impostos e com o restante reinvestem em capacidade médica instalada. Estes são só alguns dos muitos exemplos da vocação das empresas de medicina pré-paga, que em sua maioria, por meio de investimentos na criação de novas fontes de trabalho, contribuem para a qualidade da área de saúde no país.

As Assistências Sociais

Para as empresas de medicina pré-paga não existe uma medicina privada e um medicina pública. A saúde é pública e cada setor é só uma ferramenta para alcançar o objetivo de oferecer saúde melhor a todos os argentinos. As assistências sociais têm a irrenunciável função de defesa da saúde dos seus sócios, sendo o seu objetivo prover ou negociar para os mesmos, a melhor cobertura de saúde ao menor custo, sendo reservado o controle da administração de forma que a qualidade dos benefícios seja constante.

Os Recursos Humanos em Saúde

O número de doutores ultrapassa as necessidades da população, pois supera a relação necessária por habitante em países desenvolvidos. Enquanto nos Estados Unidos existem 2,4 doutores para cada 1.000 habitantes, na Argentina há 3 doutores para cada 1.000. Exatamente o inverso acontece com relação ao paramédico pessoal (enfermeiras, técnicos, etc.), sendo que existe um déficit significativo (0,20 enfermeiras por doutor contra 2,80 enfermeiras por doutor nos E.U.A.). Anualmente entram 9.000 estudantes

nas universidades e saem 3.800 doutores, com uma taxa de crescimento de 4%, enquanto a população aumenta 1,2%. Não possuem formação nas disciplinas necessárias em atenção primária à saúde, economia médica e uso racional dos recursos e finalmente não existe, para a maioria dos estudantes, a residência médica, o que prejudica e depõe contra os profissionais que a Argentina precisa.

CHILE⁵

A partir de 1980 o sistema de saúde sofreu uma revolução, surgiu o sistema privado de saúde e o trabalhador chileno passou a optar livremente pelo atendimento estatal ou privado.

Ao Estado corresponde o papel de definidor de políticas e normas, cabendo ao setor privado a função ativa de executor das atividades socioeconômicas do país.

No Chile as Instituciones de Salud Previsional - ISAPRES são as Instituições de Saúde Privadas Pré-Pagas.

O começo das empresas de medicina pré-paga - *Managed Care* - no Chile foi em 1981, em virtude da Lei D.F.L. nº 3 do Ministério de Saúde, sob o regime de Augusto Pinochet, dando origem a uma das reformas mais importantes no setor.

Foi a primeira revolução do setor, pois as ISAPRES passaram às regras de liberdade de mercado, enquanto o Estado, por outro lado, deveria centrar sua ação coordenando as tarefas de promover, proteger e permitir o

⁵ Dados disponíveis nos sites <http://companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=28&ReturnCatID=1> e http://www.gobiernodechile.cl/scripts/gob2_salud.pl em 22/09/2001

acesso à saúde de pessoas mais necessitadas, de acordo com os avanços científicos e tecnológicos disponíveis.

As ISAPRES são reguladas e fiscalizadas pela Superintendência de ISAPRES, órgão vinculado ao Ministério da Saúde do Chile, conforme apresentado na Figura 1.

As ISAPRES são entidades privadas que operam como seguros de saúde baseados em contratos individuais de duração indefinida. As pessoas filiadas às ISAPRES (contribuintes e seus beneficiários) obtêm coberturas de acordo com o plano de saúde contratado, mediante pagamento mensal pela cota legal obrigatória de 7% ou superior, escolhida de forma voluntária.

Na atualidade, o sistema privado é organizado em ISAPRES abertas e fechadas. As abertas são as que têm participação maior no mercado, com mais de 95% dos beneficiários do sistema e os planos de saúde são de oferta pública. As fechadas têm como objetivo principal conceder benefícios a trabalhadores de uma certa companhia ou instituição.

Estrutura do Governo do Chile e do Ministério da Saúde

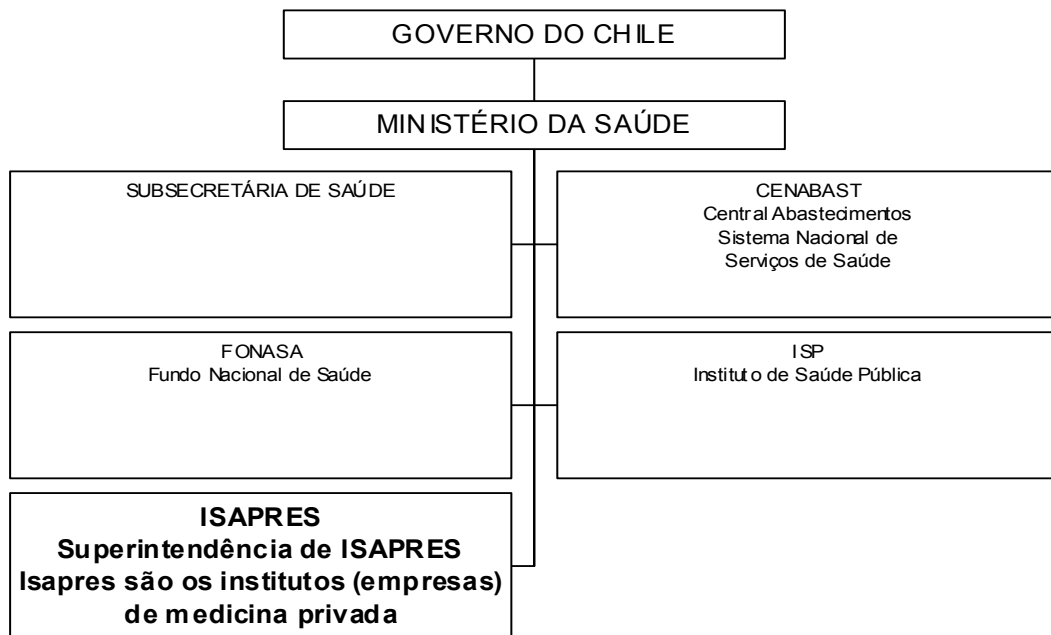


Figura 1 - Organograma do Ministério da Saúde do Chile
 Fonte: http://www.gobiernodechile.cl/scripts/gob2_salud.pl

Paralelamente, o estado chileno configura o direito de benefícios médicos para todas as pessoas. São feitos exames, seguros de medicina preventiva, assistência médica curativa e odontológica, como também um subsídio para trabalhadores incapazes.

O beneficiário paga 7% sobre a sua remuneração e se filia ao FONASA (Fundo Nacional de Saúde), sistema público, destinado aos chilenos com menos recursos. Exemplo disto é que do total dos trabalhadores ativos no Chile, 35,02% se filiam a este sistema, enquanto 64,98% se filiam ao sistema privado.

Em dezembro de 98 se registraram 3.323.373 beneficiários deste sistema, distribuídos nas 30 instituições presentes no mercado local, enquanto em dezembro de 81 existiam somente 61.659 habitantes filiados.

Os Direitos dos Filiados à ISAPRES

Os trabalhadores podem subscrever um contrato de saúde individualmente com o ISAPRES que selecionam. Ao escolher um ISAPRES, os sócios param de contribuir com o sistema público e passam a contribuir com a instituição. No contrato as partes acordam a forma, modalidade e condições livremente para a concessão das prestações e benefícios.

Os contratos devem mostrar a forma pela qual se modificarão as contribuições quando houver a incorporação ou mudança de uma pessoa do grupo familiar. Devem mostrar o preço do plano, os benefícios máximos, indicar as condições para a concessão do exame de medicina preventiva, proteção para a mulher na gravidez e da criança até os 6 anos e o pagamento das licenças médicas, entre outros.

Deste modo as ISAPRES apresentam os diversos planos de saúde, que são ajustados de acordo com as necessidades do contribuinte e as suas possibilidades de pagamento.

De acordo com dados da instituição que representa todas as ISAPRES - Asociación de Chile de ISAPRES - em 1998: 28,20% do total dos serviços prestados por estas instituições são exames de laboratórios; 32,6% são as consultas médicas; 17,42% procedimentos de apoio clínico; 0,65% operações cirúrgicas; 6,29% radiografias; 0,94% despesas de hospital; 0,24% partos e cesáreas; 2,79% internação e ,finalmente, 11,30% são outros benefícios.

As Críticas ao Sistema ISAPRES

A partir de 1992 o incremento do sistema parecia estagnar, apesar do crescimento explosivo que o ISAPRES exibiu durante os primeiros 11 anos de vida, fato que foi intensificado com o efeito da crise econômica da Ásia e o aumento do desemprego. Em 1997 o ISAPRES apresentou os primeiros índices de desfiliação, que até o ano passado foram traduzidos em uma renúncia de 559.199 pessoas.

Alguns usuários se queixaram do aumento excessivo no preço dos planos de saúde, dos acordos estabelecidos que não envolviam doenças catastróficas de custo alto e de planos com preços excessivamente altos para as mulheres trabalhadoras sem crianças e em idade fértil.

O projeto do atual Governo é eliminar o subsídio de 2% que o Estado dá para cada sócio que está filiado a uma ISAPRES, ou seja, parte de sua contribuição mensal. Em termos monetários esta contribuição estatal representa aproximadamente 5% da despesa pública em saúde. Ao mesmo tempo os representantes das ISAPRES dizem que entenderiam a retirada desta contribuição se estivessem ficando ricos, mas ao contrário, a margem de lucro está em torno de 2 e 3 por cento nas vendas e muitas ISAPRES terão resultados negativos, porque os custos não param de subir e a quantidade de filiados está estagnada.

ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos o cenário geral das assistências médicas privadas não é diferente do nosso. As empresas deste segmento da atividade econômica enfrentam um número grande de reclamações e o governo não

consegue arcar sozinho com suas despesas de saúde, transferindo parte do ônus para as empresas privadas, as quais são grandes aliadas do governo americano.

Por volta de 1981, há cerca de 20 anos atrás, o Congresso norte-americano mudou a legislação da assistência por causa da elevação dos custos e a incapacidade do Estado. A alternativa adotada foi a contratação de serviços da livre iniciativa médica, por meio do sistema de pré-pagamento. Dentre estes sistemas utilizou-se a medicina de grupo, para a qual o Estado transferiu a responsabilidade pelo atendimento médico aos idosos (*medicare*) e às pessoas sem recursos (*medicaid*), ambos bancados pelo governo.

BALLA (1999) descreve que um dos mais importantes desenvolvimentos nos serviços de saúde tem sido a expansão, nos anos 90, do *managed care* (plano privado de assistência à saúde, medicina pré-paga). O número de americanos que ingressaram nas *HMOs* (*health maintenance organizations*, empresas equivalentes às de Medicina de Grupo do Brasil) cresceu de 35 milhões para 63 milhões entre 1990 e 1996 (Departamento Norte-Americano de Comércio - DOC, Agência dos Profissionais de Saúde 1995, 1997). Historicamente, as *HMOs* trabalharam melhor para indivíduos que requeriam só serviços de cuidados médicos básicos (pessoas que não possuíam idade avançada). Porém, o recente ganho em parte do mercado trouxe o aumento da matrícula de populações mais velhas, menos saudáveis. A regulamentação contemporânea pode ser dividida em três categorias: regulamentação de entrada, sobre omissão e visando a correção das falhas das *HMOs*. Regulamentação de entrada envolvendo reserva, capital e exigências de depósito, visa à manutenção da viabilidade financeira das novas

HMOs. Regulamentação de omissão (atendimentos de saúde que deveriam ser feitos e não foram) com o fim de proporcionar acesso aos serviços médicos particulares (por exemplo, mamografia e psiquiatria), controla continuamente as operações das *HMOs*. Finalmente, regulamentação como coberturas contra não pagamentos aos provedores de serviços e proteção contra planos com dificuldades financeiras. Juntas, estas regulamentações podem reduzir formações de *HMOs* e, ao mesmo tempo, aumentar a probabilidade de que *HMOs* existentes mantenham a continuidade no futuro. Nesse caso, as regulamentações contemporâneas diferem das anteriores, que focalizavam predominantemente a promoção ou impedimento do avanço das *HMOs*.

Continuando, Balla descreve que, com a aprovação do governo federal, os Estados expandiram rapidamente os seus programas de *Medicaid* (assistência à saúde para as pessoas sem recursos financeiros). Os programas estaduais associam mais de 40% de beneficiários de *Medicaid*, sendo que houve um aumento quádruplo desde 1991 (U.S. DHHS 1996). Embora a assistência à saúde seja mais baixa em *Medicare* (atendimento médico aos idosos custeado pelo governo), aproximadamente 14%, a porcentagem de beneficiários matriculados nestes planos subiu 132% nos últimos cinco anos (U.S. DHHS 1997a). Estas expansões podem afetar o desenvolvimento de várias formas. Por exemplo, os pagamentos à assistência médica *Medicare*, que são derivados de despesas de taxa-para-serviço, variam por localidades, de modo que não refletem diferenças nos custos de *managed care* (Robertson, 1997). Como resultado, o desenvolvimento pode ser relativamente extensivo às localidades nas quais os pagamentos são maiores que os custos e

relativamente mínimo em localidades nos quais os pagamentos são menores que os custos.

GRÃ-BRETANHA

Os sistemas de saúde do Reino Unido e do Brasil têm entre os aspectos comuns o de convivência entre os serviços públicos e privados.

Após a Segunda Grande Guerra, em 1947, foi criado pelo governo trabalhista de Clement Attle o sistema britânico de saúde, o NHS *National Health System*, que se estende por todo Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte). A finalidade do NHS era a cobertura gratuita, ampla e abrangente a todos os cidadãos britânicos, de forma a dar saúde mental e física.

O surgimento do sistema privado no Reino Unido aconteceu em virtude da necessidade de atender aos estrangeiros excluídos do sistema público. Mas o sistema privado de saúde cresceu e passou a suprir as falhas do NHS. Hoje o NHS cuida quase que totalmente do atendimento básico e os serviços cirúrgicos de emergência enquanto a assistência médica privada ocupa-se basicamente da realização de exames e cirurgias eletivas.

A maioria absoluta dos médicos é vinculada ao NHS e atua simultaneamente no setor privado para complementar seus rendimentos.

As instituições de saúde privadas complementam a receita dos hospitais, pagando pelo atendimento prestado aos seus clientes.

Os grupos privados oferecem atendimento de enfermagem nas residências dos pacientes e em clínicas especializadas, complementando o serviço de saúde do NHS.

O setor privado não concorre com o setor público, mas suplementa o serviço de saúde oferecido pelo governo.

SUIÇA

A Confederação Suíça está dividida em 25 cantões, equivalentes a Estados, que falam quatro idiomas (alemão, francês, italiano e romanche).

Os órgãos federais assumem somente tarefas específicas: radioproteção, controle da qualidade dos alimentos e a luta contra moléstias transmissíveis. Os cantões (“Estados”) executam as tarefas dos órgãos federais e juntos têm uma tarefa em comum: a promoção da saúde e a prevenção.

Os altos custos da saúde pública obrigaram o governo a desdobrar o sistema único e descentralizar o atendimento médico-hospitalar, abrindo espaço para a medicina de grupo.

Hoje, o sistema de saúde baseia-se na ação conjugada do Estado e da livre iniciativa.

CANADÁ

O Canadá implantou um sistema de saúde durante os anos de 1950 a 1970, depois demorou mais 20 anos, de 1970 a 1990, aproximadamente, para constatar que não era o ideal.

O Canadá possui um sistema de saúde socializado, monopolista e compulsório. O governo proibiu a venda de planos de saúde particulares. Entretanto, o atendimento estatal da saúde canadense é burocratizado, de altos custos e falho em investimentos.

ITÁLIA

O sistema de saúde é semelhante ao do Brasil. Os empregados italianos sofrem um desconto em seus salários para garantir o atendimento a toda a família e as empresas participam com a sua parte. Entretanto, os remédios são fornecidos pelo Estado e os consumidores pagam quantias simbólicas pelos remédios.

O Congresso está tentando melhorar o seu sistema de saúde por meio de reformas, em virtude dos altos custos, deficiência no atendimento e existência de poucos hospitais, que estão sempre lotados.

ESPANHA

Estatizou o seu sistema de saúde em 1986. A maioria dos médicos trabalham em ambulatórios, hospitais ou centros de saúde, que dependem do Insalud - a Seguridade Social do Estado. Os salários dos médicos que trabalham para o Estado são baixos, por isto trabalham paralelamente em consultórios particulares, muitas vezes atendendo pacientes que foram por eles mesmos encaminhados em suas atividades públicas para os seus consultórios.

Os altos custos arcados pelo Estado também são uma preocupação e soluções tentam ser encontradas.

COMPARAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PAÍSES

Embora o levantamento dos dados realizado sobre os sistemas de saúde dos países não tenha abrangido todos os aspectos, foi possível elaborar

o Quadro 5, o qual responde algumas questões e considerações importantes, as quais elencamos a seguir:

- Quase todos os países pesquisados possuem sistema público e privado de assistência à saúde, exceto o Canadá onde o sistema é estatizado e a Espanha, a qual permite atendimentos fora do sistema.
- Na maioria dos países os sistemas de saúde público e privado não trabalham em conjunto (um exercendo atividades em complemento ao que o outro não realiza), ou seja, prestam serviços idênticos ao mesmo tempo. Somente na Suíça há o trabalho em conjunto e nos Estados Unidos este trabalho em conjunto é relativo, pois o governo paga às assistências médicas privadas para realizarem o *Medicare* e o *Medicaid*.
- O beneficiário que quer participar do sistema privado de assistência à saúde na maioria dos países tem que arcar com dois custos, o do recolhimento obrigatório ao governo e o da taxa/quota/contribuição mensal às empresas privadas. No caso da Argentina e do Chile os segurados podem optar pelo recolhimento da taxa ao governo ou às empresas privadas.
- A população nos países têm crescido acima da capacidade de atendimento dos serviços públicos e privados. No caso dos sistemas privados, embora a demanda potencial seja grande, existe uma demanda adequada à capacidade de atendimento por causa dos recursos financeiros limitados da população.

- Na maioria dos países o Ministério da Saúde é o órgão regulador e fiscalizador da atividade privada na área de assistência à saúde.
- A taxa mensal a ser recolhida às empresas privadas de assistência à saúde é variável, dependendo da capacidade de pagamento e necessidade do beneficiário. No Chile existe uma contribuição mínima de 7% sobre a remuneração do trabalhador que deve ser paga às empresas privadas, podendo aumentar através de acordo entre as partes.
- Nos países em que existem as empresas privadas de assistência à saúde a taxa mensal de contribuição tende a ser superior à cobrada pelo governo, que geralmente efetua o desconto sobre os salários. Os órgãos representativos destas empresas explicam que esta diferença é decorrente do custo dos serviços prestados que são altos e do reinvestimento em infra-estrutura administrativa e operacional, como por exemplo tecnologia moderna.
- Geralmente o atendimento pelo governo e pela assistência privada de assistência à saúde não são satisfatórios, recebendo as maiores críticas os que são prestados pelos governos.

Quadro 5 – Comparação dos Sistemas de Saúde dos Países

Características	Argentina	Chile	Brasil (*)	Estados Unidos	Itália	Suíça	Canadá	Espanha
Existe o sistema público de saúde?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Existe o sistema privado de saúde?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim, mas exercido em consultórios por médicos que na maioria das vezes trabalham para o Estado
Os sistemas de saúde público e privado trabalham em conjunto (**) ou em separado?	Separados	Separados	Separados	Separados, exceto nos casos de <i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i>	Separados	Em conjunto	Não	(***)
O trabalhador opta livremente pelo atendimento estatal ou privado?	Sim	Sim	Não	(***)	Não	(***)	Não	(***)
Existe contribuição mensal obrigatória pelos trabalhadores a ser recolhida ao governo?	Depende se o segurado opta pelo atendimento governamental ou pelas OPS	Depende se o segurado opta pelo atendimento governamental ou pelas OPS	Sim	(***)	Sim	(***)	(***)	(***)
Existe a Prestação de serviços de Saúde Básicos pelo Governo	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	(***)	Sim; todos os tipos de serviços	(***)
O atendimento à saúde pelo governo é adequado à população?	Não	Não	Não	Não	Não	(***)	(***)	(***)
Existe a OPS (Medicina de Grupo Pré-Paga)?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	(***)
A taxa mensal paga às OPS é fixa sobre a remuneração do trabalhador?	Não	A contribuição é fixa, 7%	Não	(***)	Não	(***)	(***)	(***)
A taxa mensal paga às OPS é estabelecida entre as partes (beneficiário e OPS)?	Sim, é estabelecida dependendo dos recursos financeiros e necessidades do beneficiário	Existe a contribuição mínima de 7%, mas pode ser superior caso as partes acordem, considerando-se os recursos e necessidades do beneficiário	Sim, é estabelecida dependendo dos recursos financeiros e necessidades do beneficiário	Sim	Sim, é estabelecida dependendo dos recursos financeiros e necessidades do beneficiário	(***)	(***)	(***)
Órgão Representativo das OPS	Ademp	Asociación de Chile de Isapres	Abramge	(***)	(***)	(***)	(***)	(***)
Órgão do Governo Regulador e Fiscalizador	Administração Nacional de Seguro Saúde	Superintendencia de Isapres, vinculado ao Ministério da Saúde	ANS e Consu, vinculados ao Ministério da Saúde	(***)	(***)	(***)	(***)	Insalud

(*) Os dados inseridos neste quadro referentes ao Brasil foram extraídos do Capítulo 3 deste trabalho.

(**) Em conjunto se aplica quando a medicina privada complementa a atividade do governo, de forma estabelecida entre as partes, e quase sempre remunerada pelo governo.

(***) Não disponível

3.1.3 - TIPOS DE PRESTADORES DE SERVIÇOS NA ÁREA SAÚDE⁶

Na atividade econômica da área de saúde existem diversas entidades prestadoras de serviços, dentre as quais podemos mencionar:

1. Governo;
2. Seguradoras de Saúde;
3. Operadoras modalidade Autogestão, Públicas ou Privadas, sem estrutura própria de atendimento médico-hospitalar;
4. Operadoras modalidade Medicina de Grupo, que são o objeto deste trabalho: empresas privadas de assistência à saúde que utilizam os tipos de atendimento Particular e Planos de Saúde Individual, Familiar e Empresa por meio de rede própria e credenciados: hospitais, centros médicos, odontologia, NR 7 e 9 (saúde ocupacional – medicina do trabalho), SADT's (serviços de análise, diagnósticos e terapias), etc.;
5. Operadoras modalidade Cooperativas;
6. Planos Odontológicos;
7. Resgate Aero-Terrestre;
8. Autoseguradoras;
9. Grupos Médicos: organizados para prover serviços;
10. Médicos Particulares;
11. Empresas Prestadoras de Serviços de Análise, Diagnose e Terapias.
12. Administração de Planos de Saúde: contratam hospitais e médicos para empresas; utilizam recursos de terceiros e reembolso de

⁶ Informações contidas em material distribuído numa reunião de planejamento estratégico de uma grande OPS, realizada no ano de 1999, cujo nome não pode ser divulgado por sigilo empresarial.

despesas por tabelas; oferecem cobertura médico-hospitalar, conveniando médicos, hospitais e serviços auxiliares prestados aos seus beneficiários.

Cada uma destas entidades mencionadas possui características próprias, dentre elas: estrutura organizacional, forma de operação, perfil de usuário, quantidade de capital para girar sua atividade, relação trabalhista e remuneração de seus empregados.

3.1.4 - BENEFICIÁRIOS NO BRASIL

O Brasil possui cerca de 170 milhões de habitantes, conforme o Censo 2000 efetuado pelo IBGE, os quais precisam estar cobertos pela assistência à saúde, quer seja pelo poder público quer pelas empresas privadas.

3.2 – ASPECTOS HISTÓRICOS DAS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

3.2.1 - SURGIMENTO DA MEDICINA DE GRUPO NO MUNDO.⁷

Em meio à Grande Depressão, a Medicina de Grupo, sob a forma de plano de assistência médica, foi criada em 1929, na cidade de Baltimore, Estados Unidos.

O seu surgimento ocorreu após os médicos concluírem:

- a) que os custos gerados por novos processos e equipamentos eram altos e precisavam ser baixados;
 - b) o repasse dos custos para a população era cada vez mais difícil
- e

⁷ Dados disponíveis no artigo SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE, Revista Trevisan. n.80, p. 16-29, 1994.

c) havia necessidade de integração entre a parte científica e a administrativa.

Com isto, os médicos criaram a HMO (*Health Maintenance Organization*), empresa privada de assistência à saúde, conhecida no Brasil como empresa privada de medicina de grupo.

As HMOs foram criadas para oferecer, a custos compatíveis, os três elementos:

- a) profissionais capacitados,
- b) instalações e equipamentos de uso comum e
- c) serviços de saúde de alto padrão.

Em 1943, a Suprema Corte Americana reconheceu a atividade HMO, sendo editado naquele ano o Ato HMO (*HMO ACT*).

A partir da consolidação das HMOs nos Estados Unidos, a atividade se proliferou pelo resto do mundo.

Na América Latina, as HMOs tiveram a grande expansão com a criação da ALAMI - Associação Latino-Americana de Sistemas de Saúde Privados, em 26/1/1980, com sede inicial em São Paulo, cujos atuais participantes são Argentina, Brasil, Paraguai, Chile, Colômbia, Uruguai, Bolívia, Equador e México⁸.

3.2.2 - SURGIMENTO DA MEDICINA DE GRUPO E DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO NO BRASIL

Conforme palestra proferida por Almeida (2001), o sistema de atenção à saúde dos brasileiros originou-se nas Santas Casas, passando pelos

⁸ Dados disponíveis do site <http://www.alami.org> em 12/6/2001, que disponibiliza o histórico da criação da instituição.

Institutos de Previdência criados a partir de 1930 e unificados pelo Inamps, em 1978. Este foi, posteriormente, incorporado ao Ministério da Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, pela Constituinte de 1988, que consagrou a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Sua implantação começou em 1990...o § 1º do artigo 199 permite a participação da iniciativa privada, “de forma complementar”, ao Sistema Único de Saúde. Os problemas com o atendimento público à saúde da população brasileira são antigos e se agravaram a partir da década de 50, com o crescimento rápido da industrialização e o êxodo do homem do campo, atraído pela oferta de trabalho e por melhores condições de vida nos centros em desenvolvimento.

Segundo constava no *site*

<http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc>, 24/9/2001, no Brasil, desde 1956, no Estado de São Paulo, existiam alguns médicos desempregados que se uniram para dar assistência aos funcionários e familiares de uma empresa em expansão, mediante um pré-pagamento fixo. Este acontecimento é considerado como o embrião que repercutiu no aparecimento das empresas de Medicina de Grupo no Brasil. A Medicina de Grupo surgiu no Brasil na década de 60 com o intuito de atender à classe trabalhadora, ao mesmo tempo que acontecia um desenvolvimento industrial, quando instalava-se na região Metropolitana de São Paulo - o ABC - a indústria automobilística e, com ela, o setor de autopeças. A precariedade dos serviços públicos na região de um lado e, de outro, a medicina liberal cara, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo “boom” industrial, criando uma opção intermediária e alternativa capaz de oferecer

serviços por meio do sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores.

Para Almeida (2001), foi daí que originaram-se as cooperativas médicas, o segmento de autogestão e o de seguro-saúde. Foram esses os primeiros convênios, chamados planos coletivos ou empresariais, e eram custeados integral ou parcialmente pelos empregadores. Reconhecidos pela sua importância, há muito tempo passaram a ser cláusula prioritária em toda pauta de negociação trabalhista. É o único benefício a amparar diretamente o trabalhador e sua família.

Segundo constava no site <http://unimed.com.br>, em 21/03/2001, em 1967, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então Presidente do sindicato médico da cidade de Santos, funda a União dos Médicos - Unimed, com base nos princípios do cooperativismo. Surge assim a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos.

3.3 - OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: ASPECTOS DO SEGMENTO

3.3.1 – ÓRGÃOS DE REGULAMENTAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU são os órgãos que regulamentam, normatizam, autorizam, controlam e fiscalizam as OPS e as Seguradoras do ramo saúde. A ANS e o CONSU substituíram as funções da Superintendência de Seguros

Privados - SUSEP, órgão vinculado ao Ministério da Fazenda, e do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP no setor.

A ANS, criada pela Lei n.º 9.961 de 28/01/2000, é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (vide Figura 2) e tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de Saúde no País. A ANS é um órgão que tem como função a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das OPS modalidades Autogestão, Cooperativas, Medicina de Grupo, Administradoras e Seguradoras, especializadas no ramo saúde, de forma a garantir a assistência suplementar à saúde, incluindo a autorização de reajustes do valor dos planos e a definição do Rol de Procedimentos Médicos.

A ANS (conforme Figura 3), de acordo com a Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000 e Resoluções da Diretoria Colegiada - RDCs n.ºs 30 e 70 - é dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar também com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno. A ANS conta, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo. A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-presidente. Abaixo de cada diretoria existem diversas gerências.

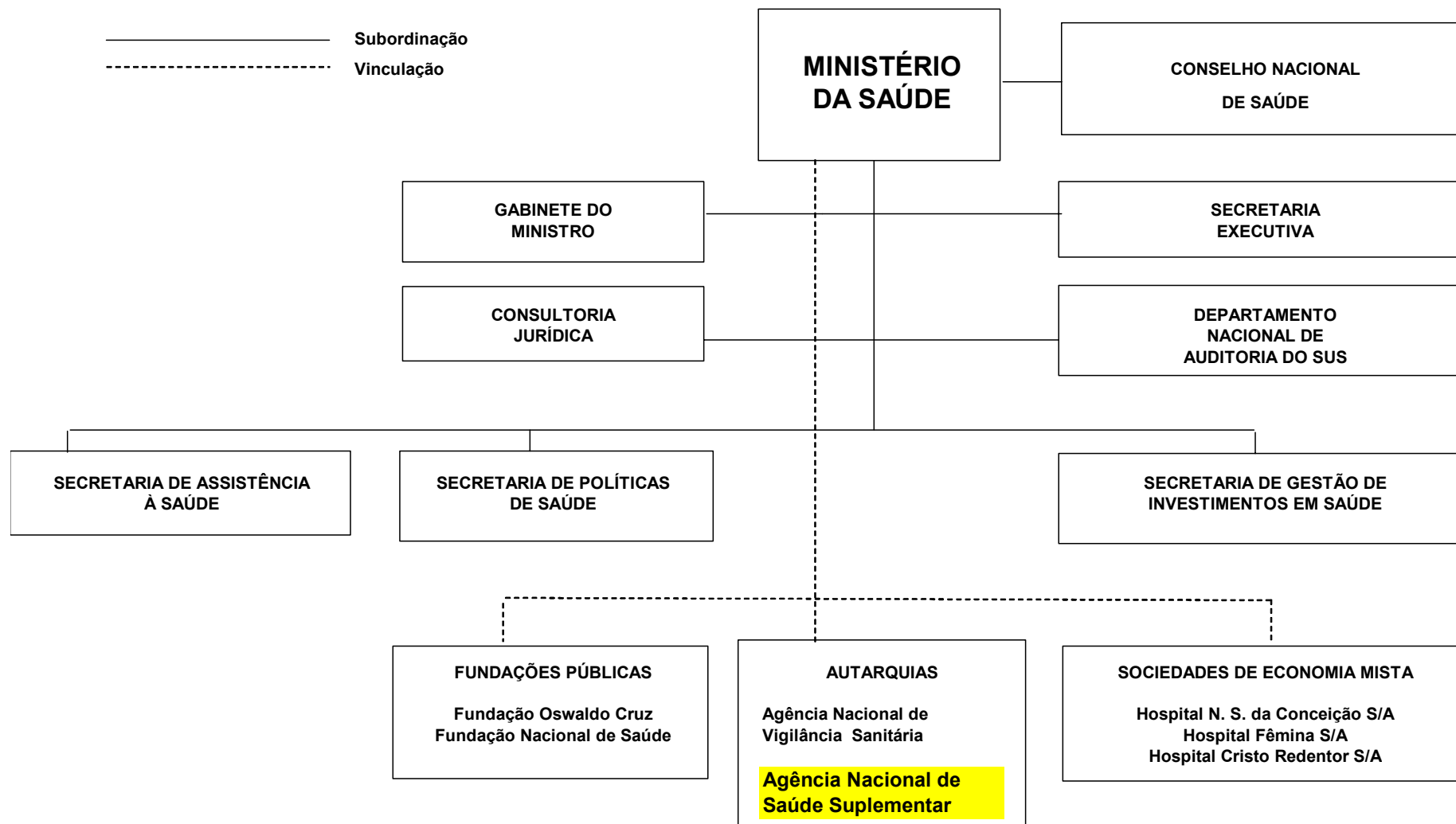


Figura 2 - Estrutura do Ministério da Saúde
 Fonte: site <http://www.saúde.gov.br> em 20/10/2001

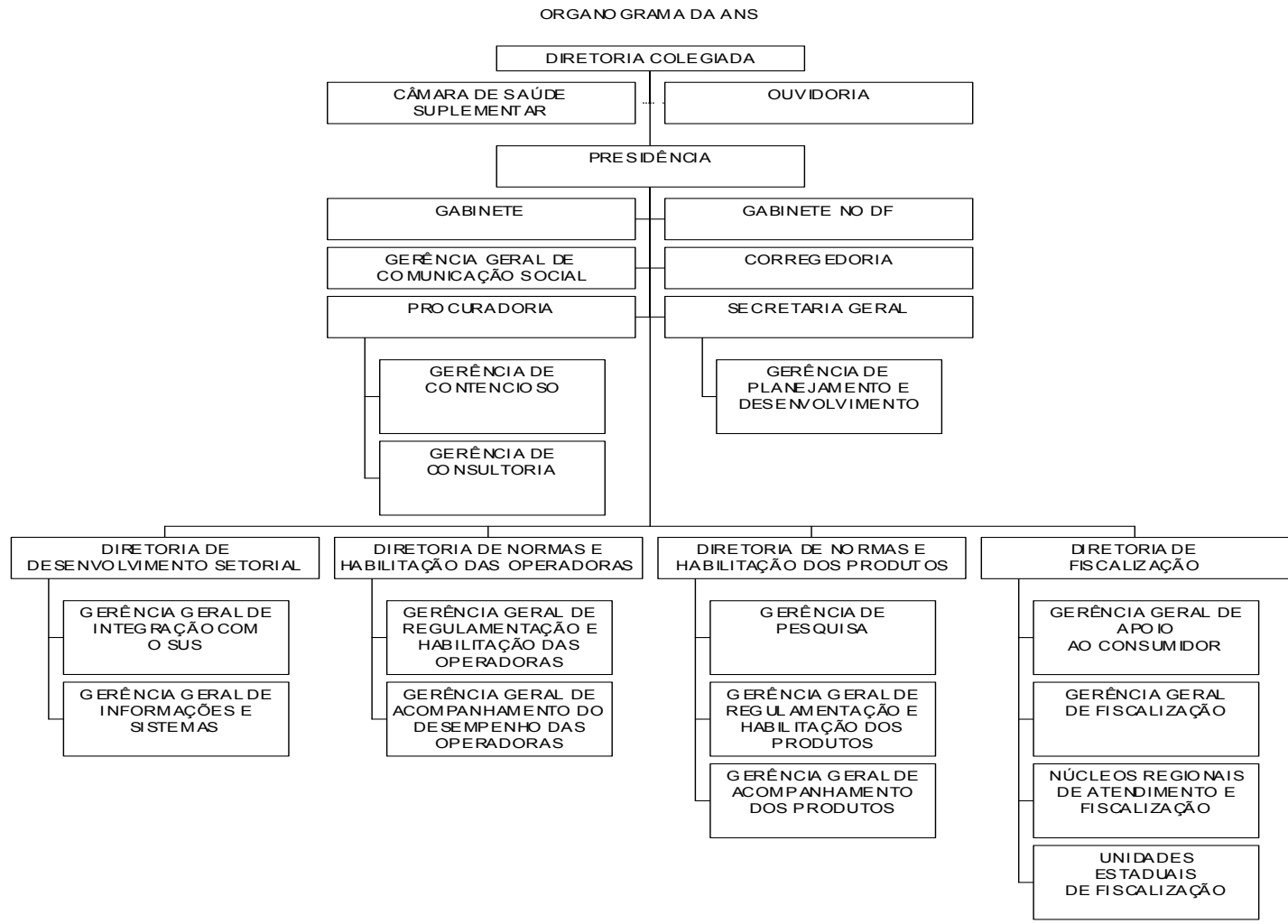


Figura 3 – Organograma da ANS
 Fonte: site <http://www.ans.gov.br> em 19/10/2001.

A competência da ANS consta no art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e

epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização de funcionamento;

XXXV - promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

O CONSU, criado pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, é um órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde.

O CONSU, conforme art. 35-B da Lei n.º 9.656/98, é integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Compete ao CONSU, conforme art. 35-A da Lei 9.656/98:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem como às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

f) assistência farmacêutica;

g) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;

h) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;

i) o disposto no § 2º do art. 12-A desta Lei;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.

A Lei n.º 10.185 de 12 de fevereiro de 2001 impôs às sociedades seguradoras a obrigatoriedade da especialização no ramo seguro saúde, ou seja, uma seguradora que atua neste ramo de seguro não pode atuar em outros. Atualmente, as seguradoras no ramo seguro saúde estão sujeitas à fiscalização e normas expedidas pela ANS e CONSU, mas continuam subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo CMN (Conselho Monetário Nacional, órgão

vinculado ao Ministério da Fazenda). A Resolução-RDC n.º 65, de 16 de abril de 2001 da ANS, dispõe que:

“Art. 1º Aplica-se, no que couber às sociedades seguradoras especializadas em saúde, o disposto nas normas da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP e do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP⁹, publicadas até 21 de dezembro de 2000, cujas matérias não tenham sido disciplinadas pela ANS e pelo Conselho de Saúde Suplementar - CONSU.

Parágrafo único. As competências da SUSEP e do CNSP relativas às normas mencionadas no *caput* serão exercidas pela ANS e pelo CONSU.

Art. 2º Somente poderão operar como sociedades seguradoras especializadas em saúde as pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade anônima que observarem a legislação específica em vigor.”

3.3.2 - A LEGISLAÇÃO ATUAL QUE ENVOLVE AS ENTIDADES DE DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição de 1988 universalizou o acesso aos serviços de saúde pública. A Lei Orgânica de Saúde (19.9.1990), ao instituir o SUS – Sistema Único de Saúde, descentralizou e democratizou a gestão. Foram mudanças profundas na Saúde Pública brasileira que exigiram, para a sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde.

⁹ CNPS, órgão colegiado deliberativo, de natureza permanente, que tinha entre uma de suas finalidades a atuação na definição, regulamentação e controle das ações relacionadas com as operadoras de planos e seguros-saúde, as quais atualmente são de competência da ANS e do CONSU.

A Constituição de 1988 possui uma visão estatizante da área de saúde, senão vejamos o que a Carta Magna dispõe em alguns artigos:

Art. 22, XXIII: Compete privativamente à União legislar sobre seguridade social.

Art. 23, II: É competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 24, XII: Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa da saúde.

Art. 199 :

- a) a assistência à saúde é livre à iniciativa privada;
- b) instituições privadas podem complementar o SUS por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;
- c) é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos;
- d) é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Nota: atualmente há permissão legal para investimentos externos nas seguradoras, operadoras e demais empresas de saúde.

LEGISLAÇÃO ATUAL

As legislações atuais sobre o mercado de planos privados de assistência à saúde estão sendo expedidas pela ANS e pelo CONSU, sendo que existem algumas expedidas pela SUSEP, CNSP e CMN, que ainda estão em vigor até que sejam substituídas.

A legislação expedida pelos órgãos do Ministério da Saúde responsáveis pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das OPS está disponível no *site* da ANS, <http://www.ans.gov.br>; do qual extraíram-se as informações, disponíveis em 13/10/2001, que deram base à elaboração do Anexo C deste trabalho.

O Anexo C é um quadro-resumo no qual se apresentam Leis, Medidas Provisórias, Decretos, Resoluções, Carta-Circular, Circulares, Editais e Portarias, em ordem cronológica, por tipo de assunto e com ementas. Os tipos de assunto foram divididos em:

- a) Direção, Liquidação, Alienação da Carteira de Beneficiários de uma OPS;
- b) Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria;
- c) Criação e organização da própria ANS e
- d) Outros Assuntos.

A INFLUÊNCIA DA LEGISLAÇÃO ATUAL SOBRE O AUMENTO DO CUSTO

Atualmente, as principais leis em destaque que regulam o mercado

de planos privados de assistência à saúde são a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 e a Medida Provisória nº 2.177-44 de 24 de agosto de 2001.

A ABRAMGE menciona que a atual legislação eleva os custos das OPS, site <http://www.abramge.com.br/download/realidw6.doc> em 24.9.2001: "Dentre as exigências da nova regulamentação, destacam-se os seguintes fatores que implicarão aumento de custos nos planos de saúde:

a) Expansão da cobertura para todas as doenças e procedimentos, inclusive transplantes e procedimentos de alto custo e alta complexidade, condição que incidirá diferentemente para cada empresa.

b) Extinção de limites de internação (enfermaria, UTI, neonatal).

c) Tolerância de inadimplência de até 60 dias com manutenção da cobertura.

d) Demanda reprimida (necessitavam de atendimento, mas não tinham condições de manter financiamento do atendimento).

e) Um dia de carência para urgência gera risco de fraudes.

f) Cobertura de preexistente.

g) Garantia da manutenção das condições contratuais de plano empresa para aposentados e demitidos.

h) Proibição de aumento por faixa etária após 60 anos, com 10 anos de contribuição. Nesse item cabe um comentário especial, pois aqui entra um aspecto quase de previdência, no qual se fará necessária "poupança compulsória" das faixas etárias menores para garantir a manutenção da assistência aos idosos que custa, comprovadamente, muito mais. Some-se a

isso o agravante do evidente crescimento dessa faixa etária na composição da população coberta pelos planos no decorrer do tempo."

3.3.3 – SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE

Segundo Montone (2000), as operadoras que atuam na assistência à saúde são desdobradas em quatro tipos de modalidades:

a) **Autogestão Pública ou Privada:** sistema fechado com público específico, vinculado a empresas – públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência por meio de departamentos próprios dessas empresas e aquelas que a operam por meio de entidades vinculadas;

b) **Cooperativas:** prestam serviços aos próprios cooperados e operam também os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

c) **Medicina de Grupo :** empresa que opera com os chamados convênios médico-hospitalares e na qual podem ser identificados três diferentes tipos: as operadoras que não possuem rede própria; as que possuem rede própria e as associadas a hospitais filantrópicos;

d) **Seguradora:** que além do seguro saúde propriamente dito, sujeito a regulamentação específica, opera produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde na forma de legislação.

Os quatro tipos de modalidades descritos por Montone são os parâmetros da ABRAMGE na elaboração dos Quadros 7 e 8.

Quadro 6 - Diferenças Básicas entre Empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas

SOCIEDADE COOPERATIVA	SOCIEDADE MERCANTIL
É uma sociedade de pessoas;	É uma sociedade de capital;
Seu objetivo é a prestação de serviços;	Objetivo principal é o lucro;
Tem número ilimitado de cooperados;	Número limitado de acionistas;
Dispõe de controle democrático: um homem - um voto;	Cada ação - um voto;
Em suas assembléias, o quorum é baseado no número de cooperados;	Nas assembléias, o quorum é baseado no capital;
Não é permitida a transferência das quotas-partes a terceiros, estranhos à sociedade;	Permitida a transferência das ações a terceiros;
Retorno proporcional ao valor das operações.	Dividendo proporcional ao valor das ações.

Fonte: site: <http://www.cooperativa.com.br> em 19/08/2001.

É importante notar que cada modalidade tem as suas características próprias, observando-se que existem diferenças básicas entre as empresas, como por exemplo as apresentadas entre as de Medicina de Grupo e as Cooperativas no Quadro 6.

Os Quadros 7 e 8 apresentam diferenças básicas e estruturais entre as empresas que atuam nas quatro modalidades das OPS.

No Quadro 7 constata-se algumas informações importantes que demonstram as diferenças básicas, no ano de 1999, entre as modalidades de OPS:

a) As empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas são obrigadas a ter inscrição no Conselho Regional de Medicina, possuir um Diretor-clínico e são co-responsáveis pelos serviços médicos

prestados, enquanto não são obrigadas a isto as empresas de Autogestão pública e privada e as Seguradoras; isto deve-se à característica do objeto principal e acessório das atividades econômicas exercidas por cada uma das modalidades, uma vez que as empresas de medicina de grupo e cooperativas prestam efetivamente os serviços médicos, enquanto as empresas de autogestão e seguradoras somente os administram;

b) As empresas de medicina de grupo atenderam 18 milhões de usuários e faturaram R\$ 5,18 bilhões; as de Autogestão atenderam 13,7 milhões de usuários e faturaram R\$ 8,75 bilhões e as seguradoras atenderam 5,8 milhões de usuários e faturaram R\$ 4,9 bilhões; o equivalente a dizer que o faturamento das empresas de autogestão e seguradoras foi maior por usuário que o das empresas de medicina de grupo e

c) Todas as modalidades de OPS têm credenciados, mas somente as de medicina de grupo e cooperativas têm recursos físicos próprios.

Quadro 7 – Sistemas Alternativos de Saúde – ano 1999

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE					
	MEDICINA DE GRUPO	UNIMEDs	AUTOGESTÃO		SEGURADORA Dados: 1998 (*)
			PÚBLICA	PRIVADA	
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS					
FORMA DE FUNCIONAMENTO	É conhecida por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares por meio de recursos próprios e contratados, cobrando valor <i>per capita</i> fixo.	Também conhecidas como convênio médico, sendo organizadas na forma de cooperativa de trabalho e cobram valor <i>per capita</i> fixo	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários, administrado diretamente ou por terceiros.		É o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
INSCRIÇÃO C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
DIRETOR CLÍNICO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
CO-RESPONSABILIDADE PELOS SERVIÇOS MÉDICOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS PRÓPRIOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS CREDENCIADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
DADOS COMPARATIVOS DO SISTEMA					
USUÁRIOS(milhões)	18.000	11.000	11.700	2.000	5.800
EMPRESAS	840	364		55	28
CONSULTAS/ANO	90,9 milhões	-	34,8 milhões	7 milhões	16.000
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	1,850 milhão	-	1,5 milhão	227.800 mil	0,7 milhão
MÉDICOS					
CLT	26.000	-	-	-	-
CREDENCIADOS	87.000	90.000	-	-	-
EMPREGADOS					
CLT	69.000	-	-	-	-
INDIRETOS	164.000	-	-	-	-
HOSPITAIS					
PRÓPRIOS	240	46	-	-	-
CREDENCIADOS	3.900	3.557	-	-	-
LEITOS					
PRÓPRIOS	22.800	2.200	-	-	-
CREDENCIADOS	358.000	-	-	-	-
FATURAMENTO Anual (R\$)	5,18 bi	4 bi	7,7 bi (**)	1,05 bi (**)	4,9 bi
ÓRGÃO REPRESENTATIVO	ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo Fone (11) 289-7511 www.abramge.com.br Presidente: Dr. Arlindo de Almeida	Unimed do Brasil Fone (11) 245-9795 Presidente: Dr. Edmundo Castilho	Ciefas Fone (11) 289-0855 www.ciefas.com.br Presidente: Dr. José Carlos Bitencourt Andrade	Abraspe Fone (11) 231-3014 www.abraspe.org.br Presidente: Dr. Roberto Cury	FENASEG - Fed. Nac. das Em. de Seg. Privados e Capitalização Fone (21) 524-1204 www.fenaseg.org.br Presidente: Dr. João Elísio Ferraz

Fonte: site <http://www.abramge.com.br/download/inf2000f.doc> em 15/02/2001.

(*) Dados referentes ao ano de 1998.

(**) Recursos dispendidos no custeio dos planos de Autogestão

Quadro 8 – Sistemas Alternativos de Saúde – ano 2000

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE					
	MEDICINA DE GRUPO	UNIMEDs	AUTOGESTÃO		SEGURADORA
			PÚBLICA	PRIVADA	
PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS					
FORMA DE FUNCIONAMENTO	É conhecida por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares por meio de recursos próprios e contratados, cobrando valor <i>per capita</i> fixo.	Também conhecidas como convênio médico, sendo organizadas na forma de cooperativa de trabalho e cobram valor <i>per capita</i> fixo	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários, administrado diretamente ou por terceiros.		É o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
INSCRIÇÃO C.R.M.	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
DIRETOR CLÍNICO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
CO-RESPONSABILIDADE PELOS SERVIÇOS MÉDICOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
RECURSOS FÍSICOS					
PRÓPRIOS	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
CREDENCIADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO DEVERIA
DADOS COMPARATIVOS DO SISTEMA					
USUÁRIOS(milhões)	18.400				
EMPRESAS	860				
CONSULTAS/ANO	94,2 milhões				
INTERAÇÕES HOSPITALARES	2,030 milhões				
MÉDICOS					
CLT	24.800				
CREDENCIADOS	85.000				
EMPREGADOS					
CLT	65.700				
INDIRETOS	160.000				
HOSPITAIS					
PRÓPRIOS	250				
CREDENCIADOS	3.850				
LEITOS					
PRÓPRIOS	23.500				
CREDENCIADOS	354.000				
FATURAMENTO anual (R\$)	5,65 bi				
ÓRGÃO REPRESENTATIVO	ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo Fone (11) 289-7511 www.abramge.com.br Presidente: Dr. Arlindo de Almeida	Unimed do Brasil Fone (11) 245-9795 ou (11) 245-9794 Presidente: Dr. Celso Corrêa de Barros	Ciefas – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde Fone (11) 289-0855 www.ciefas.com.br Presidente: Dr. José Antônio Diniz de Oliveira	Abraspe – Assoc. Bras. das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas Fone (11) 231-3014 www.abraspe.org.br Porta-Voz: Dr. Roberto Cury (Superintendente Geral)	FENASEG - Fed. Nac. das Em. de Seg. Privados e Capitalização Fone (21) 524-1204 www.fenaseg.org.br Presidente: Dr. João Elísio Ferraz

Fonte: site <http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc> em 21.09.2001

Comparando os Quadros 7 e 8 constata-se que do ano de 1999 para 2000, nas empresas de medicina de grupo:

- a) O faturamento aumentou 2,22%, R\$ 0,4 bilhões;
- b) O número de empresas aumentou 2,38%, 20;
- c) O número de consultas aumentou 3,63%, 3,30 milhões;
- d) O número de internações hospitalares aumentou 9,73%, 180 mil;
- e) O número de hospitais próprios aumentou 4,17%, 10;
- f) O número de hospitais credenciados diminuiu 0,26%, 50;
- g) O número de empregados CLT diminuiu 4,78%, 3.300;
- h) O número de empregados indiretos diminuiu 2,44%, 4.000;
- i) O número de médicos CLT diminuiu 4,62%, 1.200;
- j) O número de médicos credenciados diminuiu 2,30%, 2.000;
- k) O número de leitos próprios aumentou 3,07%, 700; e
- l) O número de leitos credenciados diminuiu 1,12%, 4.000.

Analisando as variações percentuais descritas acima, nota-se que:

a) os números envolvendo empresas, faturamento, hospitais e leitos próprios, consultas e internações aumentaram, enquanto os números envolvendo hospitais e leitos credenciados, empregados CLT, empregados indiretos, médicos CLT e médicos credenciados diminuíram. Tais números indicam que a rede física própria e a capacidade de atendimento aumentaram, mas em contrapartida a rede física credenciada, pessoas empregadas e terceirizadas diminuíram.

3.3.4 – TIPOS DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O termo OPS de direito privado é definido na Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, publicada no D.O.U. de 4 de junho de 1998, em seu art. 1º, parágrafo 1º, incisos I e II:

"Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente."

As OPS são enquadradas nas modalidades de Autogestão, Administradoras, Cooperativas, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo e Filantropia, as quais estão nos tipos de atenção Médico-Hospitalar e Odontológica. Conforme o art. 10, da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada

da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar) n° 39, de 27 de outubro de 2000, as operadoras classificam-se na modalidade em que se encaixam conforme as seguintes descrições:

- I - administradora;
- II - cooperativa médica;
- III - cooperativa odontológica;
- IV - autogestão;
- V - medicina de grupo;
- VI - odontologia de grupo ou
- VII - filantropia.

Os artigos 4º e 5º da RDC n° 39/2000 divide as OPS por tipo de atenção:

- médico-hospitalar e
- odontológico.

O tipo de atenção médico-hospitalar pode ser dividido em 6 formas de segmento:

- I - segmento primário principal – SPP;
- II - segmento primário principal - SUS SPP/ SUS;
- III - segmento primário subsidiário – SPS;
- IV - segmento secundário principal – SSP;
- V - segmento secundário subsidiário – SSS;
- VI - segmento terciário - ST.

O tipo de atenção odontológico pode ser dividido em 3 formas de segmento:

- I - segmento próprio – SP;

II - segmento misto – SM e

III - segmento terciário – ST.

MANUAL (2000:62,65): o Manual de Preenchimento Aplicável às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, editado pela ANS, contém um quadro e um organograma das modalidades e segmentos nos quais as operadoras de planos de saúde estão enquadradas, conforme exposto na Figura 4 e Quadro 9.

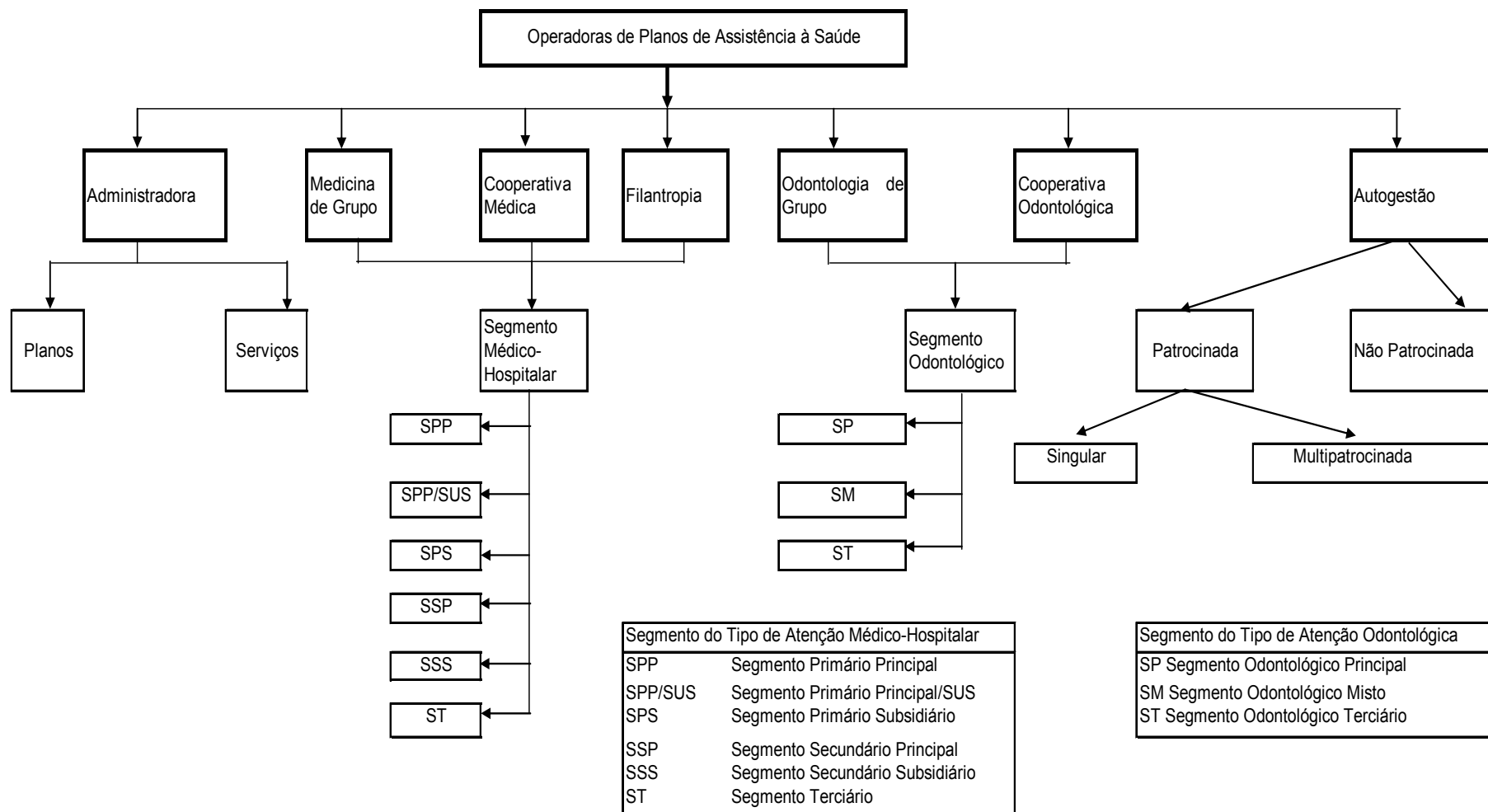


Figura 4 – Organograma Segmentações das Operadoras de Planos de Saúde

Fonte: MANUAL de preenchimento aplicável às operadoras de planos de assistência à saúde. Brasil. ANS, 2000, pg. 65. Texto disponível na internet: <http://www.ans.org.br> em 12.03.2001.

Quadro 9 – Modalidade e Segmentação segundo a Natureza Jurídica das OPS

TIPO DE SOCIEDADE	NATUREZA JURÍDICA	MODALIDADE	SEGMENTAÇÃO	
SEM FINS	Cooperativa	Cooperativa Médica (art. 12)	Segmento Primário Principal – SPP Segmento Primário Principal/ SUS – SPP/SUS Segmento Primário Subsidiário – SPS Segmento Secundário Principal – SSP Segmento Secundário Subsidiário – SSS Segmento Terciário – ST	
		Cooperativa Odontológica (art. 13)	Segmento Próprio – SP Segmento Misto – SM Segmento Terciário – ST	
		Autogestão (art. 14)	Patrocinada Singular Patrocinada Multipatrocinada Não Patrocinada	
	Associação Fundação Soc. Civil sem fins Outras sem fins	Administradora (art. 11)	Administradora de Planos Administradora de Serviços	
		Filantropia (art. 17)	Segmento Primário Principal – SPP Segmento Primário Principal/ SUS – SPP/SUS Segmento Primário Subsidiário – SPS Segmento Secundário Principal – SSP Segmento Secundário Subsidiário – SSS Segmento Terciário – ST	
		Autogestão (art. 14)	Patrocinada Singular Patrocinada Multipatrocinada Não Patrocinada	
		Medicina de Grupo (art. 15)	Segmento Primário Principal – SPP Segmento Primário Principal/ SUS – SPP/SUS Segmento Primário Subsidiário – SPS Segmento Secundário Principal – SSP Segmento Secundário Subsidiário – SSS Segmento Terciário – ST	
		Odontologia de Grupo (art. 16)	Segmento Próprio – SP Segmento Misto – SM Segmento Terciário – ST	
	COM FINS	Empresa Individual Dep. Sediada no Exterior LTDA. Soc. Civil com fins S.A.	Administradora (art. 11)	Administradora de Planos Administradora de Serviços
			Autogestão (art. 14)	Patrocinada Singular
Outras com fins		Medicina de Grupo (art. 15)	Segmento Primário Principal – SPP Segmento Primário Principal/ SUS – SPP/SUS Segmento Primário Subsidiário – SPS Segmento Secundário Principal – SSP Segmento Secundário Subsidiário – SSS Segmento Terciário – ST	
		Odontologia de Grupo (art. 16)	Segmento Próprio – SP Segmento Misto – SM Segmento Terciário – ST	
Empresa Pública		Autogestão (art. 14)	Patrocinada Singular	

Fonte: MANUAL de preenchimento aplicável às operadoras de planos de assistência à saúde. Brasil. ANS, 2000, pg. 62. Texto disponível na internet: <http://www.ans.org.br> em 12.03.2001.

A seguir, expõem-se as definições das modalidades e dos segmentos das Operadoras de Planos de Saúde, baseadas na RDC n.º 39/2000.

Autogestão

Conforme o art.14 da RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de autogestão aquelas entidades que operam serviços de Assistência à Saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

Autogestões patrocinadas (art. 6º, I): entidades de autogestão ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria.

Autogestão patrocinada singular (art. 7º, I): é o sistema de autogestão vinculado apenas a um patrocinador.

Autogestão patrocinada multipatrocinada (art. 7º, II): é o sistema de autogestão que congrega mais de um patrocinador.

Conforme item 3.10 do Capítulo I das Normas Básicas do Plano de Contas Padrão, como disposto na RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, as Operadoras classificadas no segmento de autogestão patrocinada estão dispensadas da exigência de escrituração contábil prevista nas normas deste Plano de Contas, mas deverão, periodicamente, dentro de prazo a ser definido pela ANS, remeter relatórios gerenciais informativos das operações de seus planos privados de Assistência à Saúde.

Não patrocinadas (art. 6º, II): são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinadas, conforme definido anteriormente.

Obs.: Conforme art. 8º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, as autogestões deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciados, só podendo contratar rede de prestação de serviços de Assistência à Saúde de outra Operadora nos seguintes casos:

- mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres;
- em regiões com dificuldade de contratação direta.

Administradoras

Conforme art.11 da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de administradoras as empresas que

administram planos ou serviços de Assistência à Saúde; sendo que no caso de administração de planos, estes são financiados por uma operadora. As administradoras não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Administradoras de planos (art. 9º, I): são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras.

Administradora de serviços (art. 9º,II): são as empresas que administram exclusivamente serviços de Assistência à Saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

Cooperativa Médica

De acordo com o art.12 da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

Cooperativa Odontológica

De acordo com o art.13 da RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Medicina de Grupo

Conforme art.15 da RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de Administradoras, Cooperativa Médica, Autogestão e Filantropia.

Odontologia de Grupo

Conforme art.16 da RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de Cooperativa Odontológica.

Filantropia

Conforme art.17 da RDC n° 39, de 27 de outubro de 2000, classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica do Conselho Nacional de Assistência Social

- CNAS e declaração de utilidade pública federal do Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal dos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

SEGMENTO

O segmento em que se enquadra a Operadora é conforme determinam os arts. 4º e 5º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, respeitando-se os tipos de atenção médico-hospitalar ou odontológico, conforme sua classificação.

Tipo de Atenção Médico-Hospitalar (art.3º, I):

Segmento Primário Principal - SPP (art. 4º, I): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

Segmento Primário Principal - SPP/SUS (art. 4º, II): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

Segmento Primário Subsidiário - SPS (art. 4º, III): as que despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

Segmento Secundário Principal - SSP (art. 4º, IV): as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

Segmento Secundário Subsidiário - SSS (art. 4º, V): as que despendem, em sua rede própria, entre 30% e 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde ou

Segmento Terciário - ST (art. 4º, VI): as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

Tipo de Atenção Odontológica (art.3º, II):

Segmento Próprio - SP (art. 5º, I): as que despendem, em sua rede própria, mais de 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

Segmento Misto - SM (art. 5º, II): as que despendem, em sua rede própria, entre 10% e 30% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos ou

Segmento Terciário - ST (art. 5º, III): as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

3.3.5 – USUÁRIOS DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Brasil possui cerca de 170 milhões de habitantes, conforme o Censo 2000 efetuado pelo IBGE. Deste total cerca, de 130 milhões (76% do total de usuários) são atendidos pelo sistema de saúde do Governo e 40 milhões (24% do total de usuários) são atendidos pela iniciativa privada, segundo o *site* <http://www.abramge.com.br/download/inf2001.doc> em 19/08/2001.

3.3.6 - A DISTRIBUIÇÃO NO MERCADO POR TIPO DE PRESTADORA DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE

O mercado de 40 milhões de usuários que utilizam basicamente os serviços prestados por entidades da iniciativa privada desdobra-se entre as empresas seguradoras, de autogestão, cooperativas médicas e medicina de grupo. Em 1999 a distribuição da participação dos usuários atendidos por modalidade era a seguinte: Medicina de Grupo 37,11%, Cooperativas Médicas 22,68%, Autogestão Pública 24,12%, Autogestão Privada 4,12% e Seguradoras 11,96% (vide Figura 5). No ano 2000 as OPS modalidade Medicina de Grupo atenderam 46% dos usuários do total atendido pela iniciativa privada, aproximadamente 18,4 milhões de pessoas. (vide Figura 6).

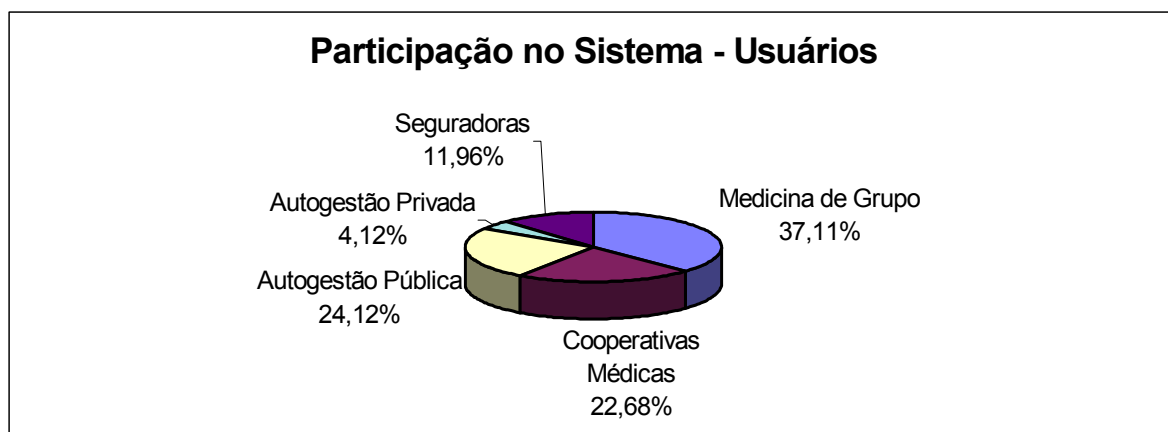


Figura 5 - Participação no Sistema – Usuários em 1999.

Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br/download/inf2000f.doc> em 15/02/2001

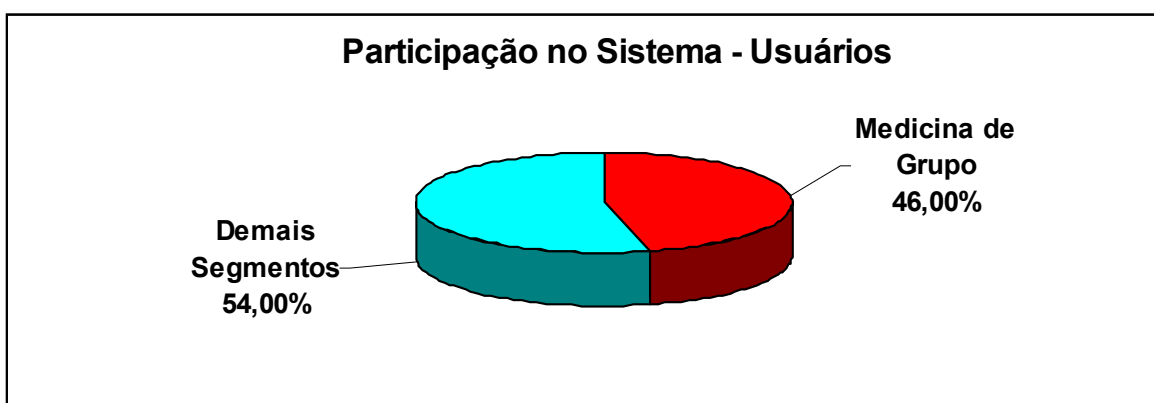


Figura 6 - Participação no Sistema – Usuários em 2000.

Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc> em 19/08/2001

3.4 – ASPECTOS DA MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO NO BRASIL

3.4.1 - ESTRUTURA BÁSICA DAS EMPRESAS

Atualmente existem 860 empresas atuando na modalidade medicina de grupo, que atendem 18,4 milhões de beneficiários, sendo que deste total 78%, 14,3 milhões, por meio de planos coletivos e 22%, pelos planos individuais (vide Figura 7).

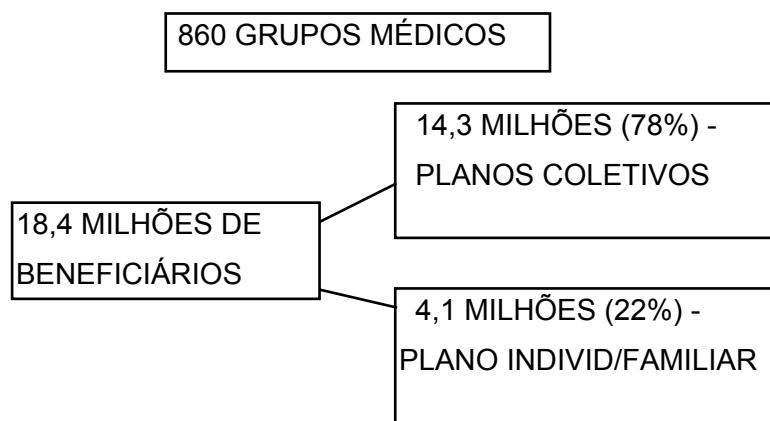


Figura 7 - Quantidade de Grupos Médicos na Modalidade Medicina de Grupo e seus Beneficiários

Fonte: <http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc> em 19/8/2001.

As empresas associadas ao Sistema Abramge/Sinamge/Conamge sujeitam-se, ainda, ao Código de Ética do Conamge - Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo, criado em 9 de fevereiro de 1990, antes mesmo do Código de Defesa do Consumidor, que só passou a vigorar em março de 1991. O Sinamge - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo - é o órgão responsável pelas tratativas trabalhistas do Sistema.

3.4.2 – CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DAS EMPRESAS

Para atender a seus beneficiários, a Medicina de Grupo conta com a seguinte estrutura:

Quadro 10 - Capacidade Operacional das OPS modalidade Medicina de Grupo - base ano 2000

RECURSOS HUMANOS		RECURSOS FÍSICOS	
Médicos CLT	24.800	Hospitais próprios / coligados	250
Médicos Credenciados	85.000	Hospitais credenciados	3.850
Funcionários paramédicos e administrativos	65.700	Leitos próprios	23.500
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	160.000	Leitos credenciados	354.000
		Centros de diagnósticos próprios e credenciados	2.850
ATENDIMENTO		SERVIÇOS REALIZADOS	
Consultas médicas/ano	94,2 milhões (5,12 cons/benef/ano)	65,85 milhões de exames laboratoriais; 10,57 milhões de exames radiológicos; 4,10 milhões de exames por ultrassom;	
A OMS preconiza	4 cons/habit/ano	790 mil exames por eletroencefalograma; 2,92 milhões por eletrocardiograma;	
Setor público realiza	1,8 cons/habit/ano	10,44 milhões em fisioterapia; 84 mil de quimioterapia;	
Internações hospital./ano	2,030 milhões	749 mil de radioterapia;	
Partos (Total)	377 mil	9,28 milhões de outros exames e procedimentos	
	Cesárea	237 mil	
	Normal	140 mil	

Fonte: site <http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc> em 19/8/2001

O Quadro 10 demonstra que no ano 2000 a medicina de grupo realizou 94,2 milhões de consultas médicas, 2,030 milhões de internações hospitalares, 377 mil partos, 65,85 milhões de exames laboratoriais, 10,57 milhões de exames radiológicos e mais de 28,36 milhões de exames e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia movimentando, conforme o Quadro 8, cerca de R\$ 5,65 bilhões no ano 2000.

3.4.3 - A EVOLUÇÃO EM 4 ANOS

Analisando o Quadro 11, é possível concluir que de 1997 a 2000 aconteceu o seguinte:

- crescimento no número de grupos médicos que subiu de 730 para 860;
- a quantidade de beneficiários cobertos cresceu em 0,6 milhões, de 17,8 milhões para 18,4 milhões, notando que, de 1997 a 1998

cresceu 0,5 milhão, em 1999 decresceu 0,3 milhão e em 2000 cresceu 0,4 milhão, recuperando-se neste último ano a perda ocorrida em 1999 e aumentando 0,1 milhão o número de beneficiários que existiam em 1998;

- a quantidade de médicos em regime CLT, registrados em carteira, diminuiu de 27.500 para 24.800;
- a quantidade de médicos credenciados manteve-se em 85.000;
- a quantidade de funcionários, paramédicos e administrativos também diminuiu, de 72.500 para 65.700;
- a quantidade de profissionais de serviços auxiliares de terceiros diminuiu de 168.000 para 160.000;
- houve um aumento de 30 hospitais próprios;
- a quantidade de consultas médicas aumentou em 6 milhões;
- a quantidade de internações hospitalares aumentou 0,25 milhão e
- o valor médio por beneficiário/mês recebido pelas empresas de medicina de grupo aumentou de R\$ 19,48 para R\$ 25,59, o que equivale a dizer que em quatro anos houve um aumento de 31,37%.

Quadro 11 - A Evolução da Capacidade Física, Econômica e Financeira das Empresas de Medicina de Grupo de 1997 a 2000.

ITENS	1997	1998	1999	2000
EMPRESAS & BENEFICIÁRIOS				
Grupos Médicos, cerca de	730	740	840	860
Grupos Médicos filiados	300	300	300	320
Beneficiários cobertos	17,8 milhões	18,3 milhões	18,0 milhões	18,4 milhões
Beneficiários Plano Empresa , aproximadamente	14,24 milhões	14,64 milhões	13,5 milhões	14,3 milhões
Beneficiários Plano Pessoa Física , aproximadamente	3,56 milhões	3,66 milhões	4,5 milhões	4,1 milhões
Empresas contratantes dos planos de saúde de seus funcionários e dependentes	48.000	48.500	47.500	48.000
RECURSOS HUMANOS				
Médicos CLT	27.500	27.000	25.400	24.800
Médicos credenciados	85.000	88.000	87.000	85.000
Funcionários, paramédicos e administrativos	72.500	71.800	67.500	65.700
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	168.000	167.000	164.000	160.000
RECURSOS FÍSICOS				
Hospitais próprios	220	225	240	250
Hospitais credenciados	4.000	4.000	3.900	3.850
Leitos próprios	20.400	20.900	22.800	23.500
Leitos credenciados	363.000	363.000	358.000	354.000
Centros de diagnóstico próprios e credenciados	2.750	2.850	2.800	2.850
ATENDIMENTO				
Consultas médicas	88,2 milhões	90,6 milhões	90,9 milhões	94,2 milhões
Internações Hospitalares	1,78 milhão	1,81 milhão	1,85 milhão	2,03 milhões
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA				
Injetado no Sistema, em R\$	4,16 bilhões	4,57 bilhões	5,18 bilhões	5,65 bilhões
Valor médio por beneficiário/ano, em R\$	233,71	249,75	287,78	307,07
Valor médio por beneficiário/mês, em R\$	19,48	20,81	23,98	25,59

Fonte: site <http://www.abramge.com.br/download.inf2001f.doc> em 19/8/2001

3.4.4 - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE BENEFICIÁRIOS E EMPRESAS EM PERCENTUAIS

Atualmente, a distribuição geográfica dos beneficiários atendidos pelas OPS está basicamente concentrada no Sul e Sudeste, sendo que do total atendido 64,58% está no Sudeste, 16,52% no Sul e nas demais regiões existem somente 18,89%, conforme exposto na Figura 8.

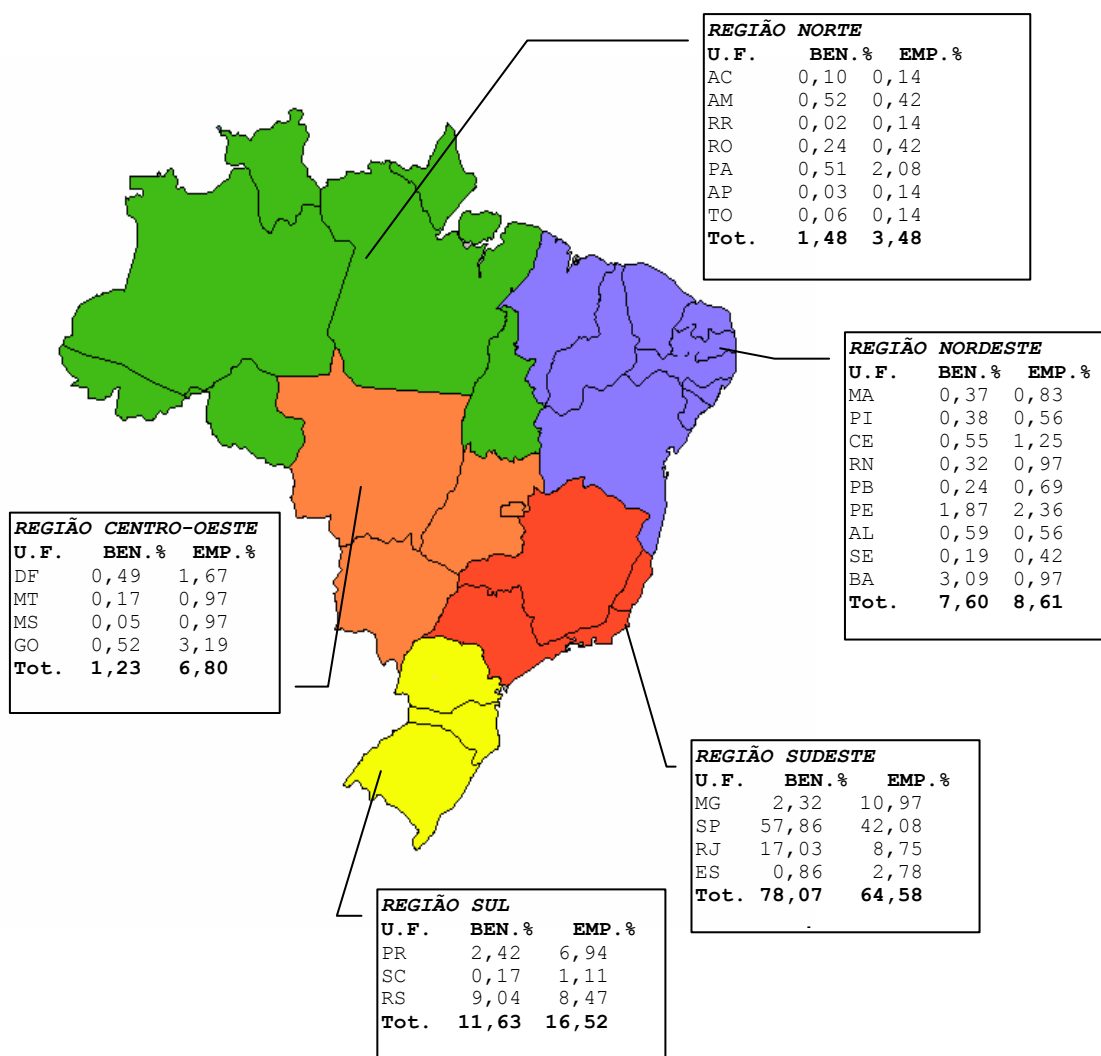


Figura 8 - Total Percentual de Beneficiários atendidos por Região pelas OPS da modalidade Medicina de Grupo

Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br> em 19/8/2001

3.4.5 – A ABRANGÊNCIA DA COBERTURA DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONFORME O PORTE DA OPS (Pequeno, Médio ou Grande)¹⁰

O porte da OPS é definido na resposta da pergunta n.º 63 constante no MANUAL – Perguntas e respostas sobre o Plano de Contas, editado pela ANS, disponibilizado no site <http://www.ans.gov.br>:

"... A Operadora é classificada em: pequeno, médio e grande porte, quando possui, respectivamente, até 20.000 beneficiários, entre 20.001 e 100.000 beneficiários e mais de 100.000 beneficiários. Compreende-se como beneficiário o universo de titulares e dependentes vinculados à Operadora."

As OPS segmento Medicina de Grupo possuem oferta diversificada de produtos quanto: à cobertura, ao padrão de conforto, à abrangência geográfica e ao preço.

A ABRAMGE elaborou as figuras de nº 9 a 12, segundo os seus critérios, que demonstram a distribuição das empresas por porte pelo critério de número de beneficiários, conforme demonstrado a seguir:

Distribuição de empresas associadas à Abramge por número de beneficiários

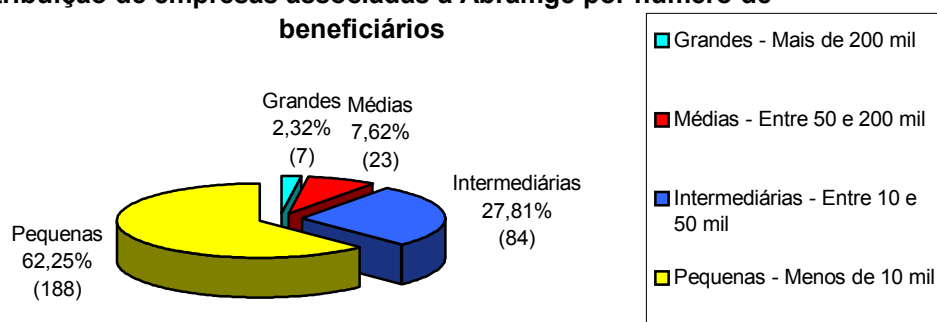


Figura 9 - Distribuição de empresas associadas à ABRAMGE por número de beneficiários
Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br> em 24/09/2001

¹⁰ As informações que não constam referência estão disponíveis no site <http://www.abramge.com.br/download/realidw6.doc> em 24.09.2001

Verificando a Figura 9 constata-se que o maior número de empresas que atua no mercado é de pequeno porte, ao contrário o menor número de empresas é de grande porte.

As OPS modalidade Medicina de Grupo de grande porte concentram-se em sua maioria nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro. Já as médias, aparecem em outros Estados, concentrando-se porém nas capitais ou em grandes cidades do Interior, como Jundiaí, Campinas e Ribeirão Preto no Estado de São Paulo, conforme relação de cadastro das OPS constante no *site* <http://www.abramge.com.br> em 31/8/2001.

Com relação às empresas intermediárias, com população coberta entre 10 e 50 mil usuários, observa-se que a atuação se concentra em cidades de médio porte do Interior e até em algumas capitais, abrangendo um maior número de Estados.

As empresas de pequeno porte, com menos de 10 mil usuários, encontram-se espalhadas pelo Interior ou são empresas novas nas capitais, em fase de formação de carteira.

Os níveis de cobertura dos contratos de planos de saúde são diferentes.

As empresas maiores têm geralmente uma maior cobertura para seus usuários, a qual podemos considerar ampla, por causa dos grandes centros – localidades nas quais as empresas grandes atuam - terem uma infraestrutura e acessibilidade melhor, no que tange a recursos materiais e humanos, inovação tecnológica, além de o grande número de beneficiários assistidos permitir a diluição dos riscos.

Na cidades menores, a limitação de recursos físicos, humanos e a facilidade de se utilizar da melhor tecnologia, somados ao pequeno número de beneficiários, implicam na impossibilidade de assumir grandes riscos, associando-se tudo isso ao baixo poder aquisitivo do usuário na maioria das regiões em que operam.

A cobertura das empresas geralmente varia conforme o porte da empresa:

- Ampla cobertura: oferecida pelas empresas de grande porte (com mais de 200 mil usuários);
- Menor Cobertura (menor abrangência): praticada por empresas de médio porte (entre 50 mil e 200 mil usuários), localizadas em grandes centros;
- Cobertura Restrita: operada pelas empresas intermediárias e menores, em geral, nas cidades do Interior.

Conforme exposto anteriormente, pode-se entender alguns motivos importantes que explicam a grande disparidade entre os planos de saúde. Note-se também que essa relação de desigualdade não é linear. Assim, justamente as empresas que se encontram mais defasadas em relação à amplitude de cobertura são também as que terão maior dificuldade de se ajustarem à nova legislação, em decorrência das restrições regionais de disponibilidade de recursos, poder aquisitivo da população e à baixa massa coberta para diluição do risco. No entanto, para as grandes empresas de planos de saúde com cobertura já bastante ampla, os ajustes são mais fáceis e disponíveis.

As menores empresas, apesar de suas coberturas relativamente restritas, oferecem importante alternativa com resolutividade para as comunidades em que atuam.

A sobrevivência delas é importante porque atuam em muitos locais onde as grandes e médias empresas não atuam.

Analisando as Figuras 10 e 11, as quais foram consolidadas na Figura 12, constata-se que as empresas de porte grande representam 2,32% do número de empresas existentes no mercado, mas em contrapartida atendem 34,87% do número de beneficiários no mercado; de forma inversa as empresas de pequeníssimo porte representam 62,25% do total das empresas e atendem o equivalente a 8,99% dos total dos beneficiários.

Distribuição do nº de Beneficiários conforme Porte da Empresa

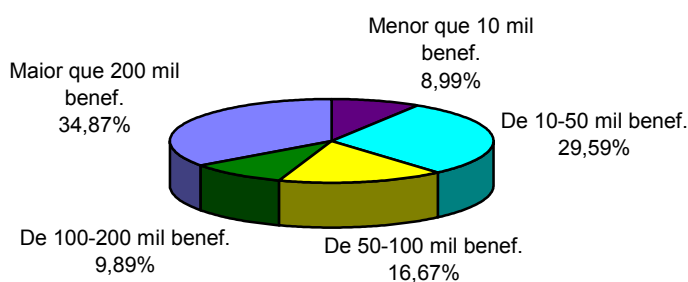


Figura 10 - Número de Beneficiários conforme o Porte da Empresa
Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br> em 24/09/2001

Distribuição do nº de Empresas conforme seu Porte

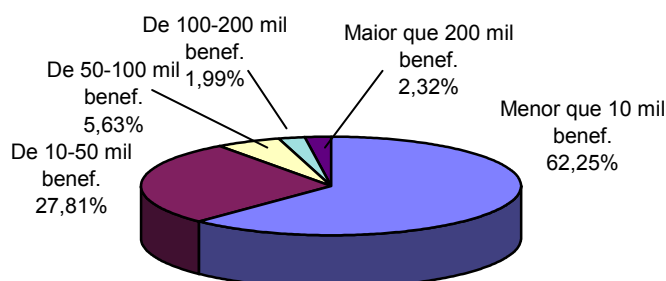


Figura 11 - Tamanho da Empresa pelo Número de Beneficiários
 Fonte: site <http://www.abramge.com.br> em 24/09/2001.

Comparativo Distribuição Percentual Nº de Empresas e Nº de Beneficiários

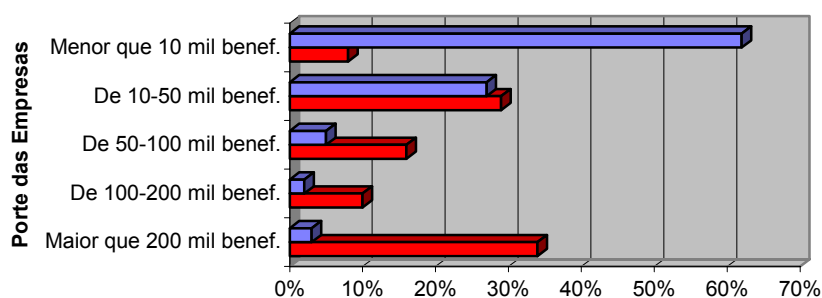


Figura 12 - Número de Empresas versus Número de Beneficiários
 Fonte: site <http://www.abramge.com.br> em 24/09/2001

3.4.6 - OS ÓRGÃOS REPRESENTATIVOS¹¹

Na América Latina, as empresas privadas de saúde têm como órgão representativo a ALAMI (*La Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud*), criada em 1980, site <http://www.alami.org>. Na atualidade, a

¹¹ Dados disponíveis do site <http://www.abramge.com.br> em 22/9/2001.

associação representa nove países: Argentina, Brasil, Paraguai, Chile, Colômbia, Uruguai, Bolívia, Equador e México. Outros países, dentre eles o Peru e a Venezuela, estão em processo de incorporação plena. Um de seus desafios consiste em aumentar e incorporar a presença de todos os setores privados do campo de prestação de serviços de saúde.

Os principais órgãos representativos no Brasil das empresas de Medicina de Grupo no Brasil são a ABRAMGE, SINAMGE e CONAMGE.

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

Fundada em agosto de 1966, a ABRAMGE congrega cerca de 300 associadas em todo Brasil e tem por objetivo estimular o crescimento do setor, facilitar o entrosamento entre as empresas do segmento, para que a abrangência do atendimento nacional possa ser ampliada, divulgar as novas tecnologias, incentivar e destacar junto às empresas filiadas a importância do trabalho em parceria com a classe médica e demais fornecedores e prestadores de serviços, a fim de que o sistema possa proporcionar um alto padrão de atendimento a seus beneficiários.

É importante notar que a ABRAMGE não possui nenhuma regional no norte do Brasil, conforme Figura 13 elaborada pela própria entidade.

A Figura 13 mostra as regiões nas quais a ABRAMGE, SINAMGE E CONAMGE possuem escritório, pois a abrangência de suas regionais são similares.

SINAMGE – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

O Sinamge foi fundado em 11 de maio de 1987 e atua representando a categoria econômica da Medicina de Grupo (Patronal) no campo trabalhista, principalmente nas negociações coletivas de trabalho com os respectivos sindicatos de profissionais de saúde.

A diretriz básica que norteia as atividades é a de estabelecer um relacionamento harmonioso com a classe de trabalhadores da área da saúde, visando sempre a um entendimento de alto nível, com negociações em regime de parceria.



Figura 13 - Regiões que possuem escritório da ABRAMGE

Fonte: *site* <http://www.abramge.com.br> em 24/09/2001

CONAMGE – Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo

O Conamge, Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo, foi criado em 1990, a partir da iniciativa das empresas associadas ao Sistema ABRAMGE. Ele funciona como entidade

regulamentadora e fiscalizadora das empresas de medicina de grupo atuando como instrumento de mediação e assessoria técnica entre suas associadas e seus contratantes.

Tem como principal objetivo o acompanhamento da conduta dos associados, conforme código de ética próprio, instituído pelos seus estatutos, visando à proteção mútua de beneficiários e empresas associadas. O Conange é, antes de tudo, um agente de defesa dos direitos dos beneficiários desse Sistema em todo o País.

Em 1995, as empresas filiadas à ABRAMGE realizaram cerca de 220 mil consultas médicas por dia. No mesmo período, o Conange recebeu um número de pedidos, de esclarecimentos e reclamações equivalente a apenas 0,0017% em relação às consultas médicas prestadas. Esta taxa que indica que a medicina de grupo tem atendido às expectativas dos seus beneficiários. O Conange solucionou 100% dos casos, ainda na fase de conciliação entre as partes.

Os órgãos representativos das OPS modalidade medicina de grupo têm as suas sedes praticamente no mesmo endereço, o que demonstra que embora tenham individualmente finalidades diferentes trabalham sob uma administração conjunta.

CAPÍTULO 4 - PESQUISA

4.1 – AMOSTRA SELECIONADA

A amostra pretendida é composta do maior número possível de profissionais que: a) atuam internamente e diariamente na área Controladoria das empresas OPS modalidade Medicina de Grupo e b) são consultores da área saúde, notadamente nas OPS.

Primeiramente a pesquisa foi aplicada nas maiores empresas do ramo:

Na busca da seleção das maiores empresas, foram consultadas as seguintes fontes:

- a) ranking das 20 maiores empresas do ramo, constante no *site* da ABRAMGE, vide Quadro 12, observando-se que o que consta no quadro nas 1ª e 2ª colunas foram extraídos do *site*, enquanto nas 3ª e 4ª os dados foram obtidos após contato direto com as área de controladoria de cada OPS;
- b) revista Exame, exemplares Melhores e Maiores 2000 e 2001, respectivamente de junho de 2000 e julho de 2001, da editora Abril, vide Quadros 13, 14 e 15;
- c) revista Balanço Anual, publicações dos anos XXIV e XXV, respectivamente nºs 24 e 25, de julho de 2000 e julho de 2001 da Gazeta Mercantil S.A., vide Quadro 16.

Quadro 12 - As 20 Maiores Empresas de Medicina de Grupo conforme o Número de Beneficiários em junho/2001

RANKING	EMPRESAS	SITE	FONES	CONTATOS
1ª	INTERMÉDICA (SP)	http://www.intermedica.com.br	(0xx11) 3155.2000	Sr. Pedro Luiz Onofrio
2ª	AMIL (RJ)	http://www.amil.com.br	(0xx21) 508.2000	Dr. Antônio Jorge G. Kropf
3ª	MEDIAL (SP)	http://www.medialsaude.com.br	(0xx11) 5508.4000	Dr. Mário Wanderley J. Vieira
4ª	CIGNA SAÚDE - AMICO (SP)	http://www.amico.com.br	(0xx11) 5586.1722	Dr. Luiz Roberto Fonseca Camargo
5ª	INTERCLÍNICAS (SP)	http://www.interclinicas.com.br	(0xx11) 6097.5226	Dr. Marco Aurélio de Campos
6ª	PRO SAUDE - SAMCIL (SP)	http://www.samcil.com.br	(0xx11) 3351-2890	Sra. Miriam F. Leme
7ª	AMESP (SP)	http://www.amesp.com.br	(0xx11) 3085.6055	Prof. Joamel Bruno de Mello
8ª	ASSIM (RJ)	http://www.assim.com.br	(0xx21) 509.8059	Dr. José Gilson da Conceição Nadais
9ª	SIM (SP)	http://www.simsaude.com.br	(0xx11) 5524.4191	Sr. Alexandre Garcia do Souto
10ª	PROMÉDICA (BA)	http://www.promedica.com.br	(0xx71) 203-4400	Dr. Jorge Valente Filho
11ª	STA, CASA MIS. B. HORIZONTE (MG)		(0xx21) 3238.8745	Sra. Regina Torres
12ª	INTERMÉDICA SAÚDE - JUNDIAÍ (SP)	http://www.intermedica.com.br	(0xx11) 7398.3444	Dr. Ângelo Augusto Ferrari
13ª	SANTA HELENA (SP)	http://www.sham.com.br	(0xx11) 4121.3411	Dr. José Miguel Bergamo Ruggiero
14ª	SAPS - SAÚDE ADM. PLANOS SAÚDE (SP)	http://www.saudeabc.com.br	(0XX11) 4433.2662	Sra. Ana Maria de Oliveira Santos
15ª	CLINIHAUER (PR)	http://www.clinihauer.com.br	(0xx41) 342.2001	Dr. Joelson Z. Samsonowski
16ª	SOBAM (SP)	http://www.sobam.com.br	(0xx11) 7396.6655	Dr. Vitorio Rochi
17ª	HAP VIDA (CE)	http://www.hapvida.com.br	(0xx85) 255.9090	Dr. Cândido Pinheiro de Lima
18ª	SANTA AMÁLIA (SP)	http://www.santamalia.com.br	(0xx11) 3272.0375	Sr. Cláudio Oliveira Munhoz
19ª	PARANÁ CLÍNICAS (PR)	http://www.paranaclinicas.com.br	(0xx41) 342.5225	Dr. Arthur Leal Neto
20ª	SEISA (SP)	http://www.seisa.com.br	(0xx11) 6463.6000	Dr. José Nicola Ballini

Fonte: site <http://www.abramge.com.br/download/inf2001f.doc> em 19/8/2001

Quadro 13 - Ranking das 500 Maiores Empresas Privadas, por Vendas, no Brasil

POSICÃO	RANKING	Empresa/Sede	Vendas (US\$ milhões)	
			2000	1999
161	78	AMIL, Rio de Janeiro, RJ	441,2	726,7
397	296	Golden Cross	186,5	248,5
402	364	Interclínicas, Barueri, SP	182,8	197,7
460	495	Medial Saúde, São Paulo, SP	154,7	133,2

Fonte: Revista Exame, edição Melhores e Maiores 2000, ed. Abril, junho de 2000, p. 80, 92 e 96 e edição Melhores e Maiores 2001, ed. Abril, julho de 2001, p. 90, 98, 100 e 102.

Quadro 14 - Ranking das 50 Maiores Empresas de Serviços, por Vendas, no Brasil

POSIÇÃO	RANKING	Empresa/Sede	Vendas - 1999 (US\$ milhões)
2000	1999		
Não constava	33	AMIL, Rio de Janeiro, RJ	726,7

Fonte: Revista Exame, edição Melhores e Maiores 2000, ed. Abril, junho de 2000, p. 125 e edição Melhores e Maiores 2001, ed. Abril, julho de 2001, pg. 127.

Quadro 15 - Ranking das 50 Melhores Empresas de Serviços, por pontos obtidos, no Brasil

POSIÇÃO RANKING	PONTOS OBTIDOS	Empresa/Sede	Vendas (US\$ milhões)
1999			
6	345	Medial Saúde	133,2
12	230	Interclínicas	197,7

Fonte: Revista Exame, edição Melhores e Maiores 2000, ed. Abril, junho de 2000, p. 242.

Obs.: Na edição Melhores e Maiores 2001 não consta o ranking das 50 Melhores Empresas de Serviços.

Quadro 16 - As Maiores Empresas Privadas de Planos de Assistência à Saúde – modalidade Medicina de Grupo, por Receita Líquidas, no Brasil

Empresa/Sede	Vendas em Reais 2000	Vendas em Reais 1999
Interclínicas, SP	333.307	312.707
Medial Saúde, SP	277.101	209.801
Pró-Saúde	96.999	Não constava
Seisa, SP	135.469	Não constava

Fonte: dados extraídos da Revista Balanço Anual, edição Anual, ano XXIV, nº 24, ed. Gazeta Mercantil S.A., julho de 2000, p. 292-293 e Revista Balanço Anual, edição Anual, ano XXV, nº 25, ed. Gazeta Mercantil S.A., julho de 2001, p. 249.

Após o levantamento efetuado, selecionaram-se todas as que aparecem nos Quadros 12 a 16, num total de 19 maiores empresas de planos privados de assistência à saúde na modalidade de medicina de grupo, as quais estão relacionadas no Quadro 17.

Quadro 17 - As Maiores Operadoras de Planos de Assistência à Saúde da Modalidade Medicina de Grupo do Brasil Selecionadas para a Pesquisa

Nº	EMPRESAS	FONES – E-MAIL ou ENDEREÇO	CONTATOS
1	INTERMÉDICA (SP) e INTERMÉDICA SAÚDE – JUNDIAÍ	(0xx11) 3155.2080 ou 7398.3444 edimundo.oliveira@intermedica.com.br	Gerente de Controladoria - Sr. Edimundo Oliveira
2	AMIL (RJ)	(0xx21) 2508.2192 2508-2193 amil@domain.com.br salvadorl@amil.com.br	Gerente de Controladoria -Sr. Salvador Gerente de Contabilidade – Sr. Alexandre Abreu
3	MEDIAL SAÚDE(SP)	(0xx11) 5508.4089 joao_afonso@mediasaude.com.br	Gerente de Controladoria - Sr. João Afonso
4	CIGNA SAÚDE - AMICO (SP)	(0xx11) 5586.1734 5586-1459 ramaral@cignasaude.com.br mqueiroz@cignasaude.com.br	Diretor Contabilidade – Sr. Roberto Santos Supervisor Contábil – Sr. Rogério Amaral
5	INTERCLÍNICAS (SP)	(0xx11) 6097.5205 intercontab@interclinicas.com.br	Gerente Contábil – Sr. Antônio Gerente de Controladoria - Sr. Amarildo Supervisor Contábil – Sr. Rogério
6	PRO SAUDE - SAMCIL (SP)	(0xx11) 3351-2819 samcil.cont@sti.com.br	Gerente Contábil – Sr. Antônio
7	AMESP (SP)	(0xx11) 4166.4671 4166-4673 Al. Amazonas, 492 – Bairro Alphaville – CEP 06454-070 - Município Barueri – SP	Gerente de Controladoria - Sr. Amarildo Supervisor Contábil – Sr. Rogério
8	ASSIM (RJ)	(0xx21) 2509.9797 2509-8059 r. 285 Rua da Lapa, 40 – 3º andar – CEP 20021-180 – Rio de Janeiro - RJ	Gerente de Controladoria – Sra. Gianni de Azevedo Gerente de Contabilidade – Sr. Vanderlei
9	SIM (SP)	(0xx11) 5524.4191 r. 206 administracao@simsaude.com.br	Gerente Financeiro – Sr. Carlos Luís da Silva Contador – Sr. Jorge
10	PROMÉDICA (BA)	(0xx71) 271-9111 271-9128 promedica@promedica.com.br	Dir. Adm. e Financeiro – Sr. Jorge Antônio Duarte Oliveira Contador – Sr. José Valter
11	SANTA CASA MIS. B. HORIZONTE (MG)	(0xx31) 3249-8913 3238-8100 totaco@brfree.com.br	Contador - Sr. Nilo Henrique de Carvalho
12	SANTA HELENA (SP)	(0xx11) 4336.9608 cpdsham@ig.com.br cpd@sham.com.br	Contador Sr. José Luiz Antunes Silva
13	SAPS – SAÚDE ADM. PLANOS SAÚDE (SP)	(0XX11) 4433.2621 controladoria@saudeabc.com.br	Contadora – Sra. Elizabeth Popp Leme
14	CLINIHAUER (PR)	(0xx41) 274-9300 finan@clinihauer.com.br	Gerente de Controladoria – Sr. Juarez Fernandes da Cunha
15	SOBAM (SP)	(0xx11) 4586-6655 diretoria@sobam.com.br cpd@sobam.com.br	Gerente Contábil – Sra. Elaine Clini
16	HAP VIDA (CE)	(0xx85) 255.9090 contab@hapvida.com.br	Contador – Sr. José Vicente de Assis
17	SANTA AMÁLIA (SP)	(0xx11) 278-7288 diretoria@santamalia.com.br mauronarciso@ig.com.br	Presidente – Sr. Valter Duarte Rodrigues Contador – Mauro Narciso
18	PARANÁ CLÍNICAS (PR)	(0xx41) 340-3000 haiduk@paranaclinicas.com.br	Contador – Sr. Eduardo Haiduk
19	SEISA (SP)	(0xx11) 6463.6032 administracao@seisasaude.com.br	Gerente Geral – Sra. Lídia A. S. S. Bueno de Miranda Contador – Ney Gaggiotti

Obs.: A empresa Intermédica Saúde – Jundiaí (SP), 12ª no ranking da ABRAMGE, foi incorporada pela Intermédica (SP) no final de 2000, conforme informou o Sr. Edimundo Oliveira, Gerente de Controladoria, por isto a pesquisa foi realizada somente com 19 empresas.

Os profissionais que atuam como consultores da área saúde, vide Quadro 18, que estão relacionados direta ou indiretamente com as empresas OPS no segmento Medicina de Saúde, também serão alvos de pesquisa porque são influenciadores nas decisões tomadas pelos gestores do mercado e conhecedores das formas de atuação das OPS, inclusive da área de Controladoria, a qual é objeto específico da presente dissertação.

Quadro 18 - Profissionais Inter-relacionados com as Empresas da Área de Saúde Selecionados para a Pesquisa

NOME	Endereço ou e-mail	FONES	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
Dálvio José Bertó	dalvio@terra.com.br dalvio@berto.net	(0xx51) 3331-3141 9955-0206	Consultor de empresas de saúde. Co-autor do livro <i>Gestão de custos e resultado na saúde</i> - Editora Saraiva
Rolando Beulke		(0xx11) 3611-3366 Editora Saraiva – Sra. Rose	Consultor de empresas de saúde. Co-autor do livro <i>Gestão de custos e resultado na saúde</i> - Editora Saraiva
Domingos dos Santos Martins	dommil@digi.com.br Rua Francisco Pignatário, 1.917 – Capim Macio – CEP 59082-070 - Natal - RN	(0XX84) 642-2024	Consultor de empresas de saúde. Autor do livro <i>Custos e Orçamentos Hospitalares</i> - Editora Atlas
Giuseppe Rigamonti	Av. Dr. Antônio Álvaro, 420 – CEP 09030-520 – Santo André - SP	(0xx11) 4994-5294	Consultor de Operadoras de Planos de Saúde
João Carlos Conti	joao.conti@intermedica.com.br	(0xx11) 3155-2545 4588-3439 9252-6356	Consultor de Operadoras de Planos de Saúde
José Divanil Spósito Berbel	berbel@ruralsp.com.br e berbel@vento.com.br	(0xx11) 287-3592	Consultor das áreas contábil e de saúde. Autor do livro <i>Administração de programas de autogestão de saúde nas empresas</i> – Editora STS
Mário AmatuZZi	Av. Fco. Matarazzo, 1700 19º andar Mario.amatuZZi@apriorinet.com.br	(0xx11) 3674-2747	Consultor de Operadoras de Planos de Saúde
Plínio Corrêa	Av. Fco. Matarazzo, 1700 19º andar plinio.correa@apriori.com.br	(0xx11) 3674-2700	Consultor de Operadoras de Planos de Saúde

Fonte: amostra selecionada mediante o inter-relacionamento pessoal do autor deste trabalho e notas de autores na capas e contracapas de livros.

AS DEMAIS EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

As demais empresas podem ser encontradas no site da ABRAMGE ou na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.2 – QUESTIONÁRIOS

Dois questionários foram elaborados com a finalidade de se colher informações sobre o papel da controladoria na gestão das OPS na modalidade Medicina de Grupo.

O primeiro questionário será aplicado aos profissionais que atuam como controladores no dia a dia das OPS na modalidade Medicina de Grupo.

O segundo questionário será aplicado aos profissionais que atuam como consultores das OPS na modalidade Medicina de Grupo.

4.2.1 – APRESENTAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS PESQUISADOS

Na parte introdutória dos questionários apresentaram-se o autor, o tema, a relevância e a finalidade da pesquisa e por último será solicitada a participação valiosa e importantíssima aos pesquisados. Os questionários utilizados são os apresentados nos Anexos A e B.

Nas respostas aos questionários aplicados às Operadoras de Planos de Saúde da Modalidade Medicina de Grupo, não foram mencionadas no item 1 as respostas que identificam as empresas, a cidade, o departamento e o responsável pelas informações, a fim de que se mantivesse o sigilo empresarial e profissional.

Quando as empresas ou os consultores responderam somente parte do questionário, identificaram-se as respostas não dadas com a sigla NI, que significa *não informado*.

4.2.2 – QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS OPS

O referido questionário é o Anexo A desta dissertação. Cada item foi elaborado com a finalidade de dar base aos comentários, conclusão e sugestões.

Item 1: apresenta a empresa pesquisada e o responsável pelas respostas.

Item 2: visa caracterizar o tamanho da OPS pesquisada para se ter idéia da importância em termos de grandeza da empresa dentro de um número total de amostras possíveis.

Item 3: a OPS com base em suas crenças e valores, determina a sua missão, a qual é a sua razão de existir e a Controladoria como parte das OPS, deve contribuir, através de suas atuações para que a missão da OPS seja cumprida. Pergunta-se, então, se a Controladoria existe, se consta no organograma e se as duas missões (da OPS e Controladoria) são expressas formalmente, pois não o sendo, elas não ficam explícitas, o que não significa que sejam desconhecidas pelas pessoas.

Item 4: Qual é a formação acadêmica e profissional que possui o *Controller* das OPS's pesquisadas? A quem estes profissionais se reportam? A finalidade deste item é: a) identificar se os profissionais têm formação básica adequada às características de seu cargo; b) qual o grau de independência que a Controladoria tem para interagir com os diversos departamentos da OPS.

Item 5: O conhecimento do ambiente físico no qual atuam a Controladoria e seus componentes, somado aos sistemas de apoio disponíveis para a execução de suas funções, é importante para se ter uma idéia do potencial da área da empresa pesquisada.

Item 6: Quais são as funções de linha e assessoria da Controladoria das OPS's? Quais são os cálculos atuariais que esta área realiza e quais são as suas responsabilidades?

Item 7: Quais são os produtos emitidos pela Controladoria no seu processo de informação interna e externa?

Item 8: Como funciona o segmento OPS's na Medicina de Grupo, quais as principais influências externas e internas?

Item 9: Quais são os Fatores Críticos de Sucessos, Gil (2000:35), segundo a opinião dos *controllers*? Estes fatores equívalem aos momentos, situações, ou eventos inter ou intra-entidades parceiras da pessoa jurídica expandida, que necessitam funcionar com desempenho máximo para que a missão da organização, bem como sua estruturação ou funcionamento em termos das macroentidades: missão, plano estratégico, plano tático, políticas, diretrizes e objetivos sejam alcançados.

Quais são os Pontos de Falhas – *Single Point of Failure*, Gil (2000:35), para os quais a empresa deve estar atenta, que podem comprometer a sua continuidade? Estes pontos são condições de ocorrência inter ou intralinhas de negócios que irão explicar o não-alcance ou não-cumprimento integral de fatores críticos de sucesso e, portanto, o não-atendimento às macroentidades: missão, estratégias, táticas, políticas, diretrizes e objetivos.

4.2.3 – QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS CONSULTORES

O referido questionário é o Anexo B desta dissertação.

Assim como o questionário anterior, este também foi elaborado com a finalidade de suas respostas serem “somadas” e darem base aos nossos comentários, conclusão e sugestões.

Item 1: apresenta o consultor responsável pelas respostas.

Item 2: a OPS com base em suas crenças e valores, determina a sua missão, a qual é a sua razão de existir e a Controladoria como parte das OPS, deve contribuir através de suas atuações para que a missão da OPS seja cumprida. Pergunta-se, na opinião consultor, qual deve ser a missão de uma OPS e de sua Controladoria.

Item 3: Qual é a formação acadêmica e profissional que possui o Consultor?

Item 4: Quais são as funções de linha, assessoria, responsabilidades e cálculos atuariais da Controladoria na OPS?

Item 5: Quais são os produtos, que se espera que a Controladoria emita, que geram informações interna e externa?

Item 6: Como funciona o segmento OPS na Medicina de Grupo e quais as principais influências externas e internas?

Item 7: Quais são os Fatores Críticos de Sucessos, conforme Gil (2000:35), segundo a opinião dos consultores? Estes fatores equivalem aos momentos, situações ou eventos inter ou intra-entidades parceiras da pessoa jurídica expandida, que necessitam funcionar com desempenho máximo para que a missão da organização, bem como sua estruturação ou funcionamento

em termos das macroentidades: missão, plano estratégico, plano tático, políticas, diretrizes e objetivos sejam alcançados.

Quais são os Pontos de Falhas – *Single Point of Failure*, conforme Gil (2000:35), para os quais uma OPS deve estar atenta que podem comprometer a sua continuidade? Estes pontos são condições de ocorrência inter ou intralinhas de negócios que irão explicar o não-alcance ou não-cumprimento integral de fatores críticos de sucesso e, portanto, o não-atendimento às macroentidades: missão, estratégias, táticas, políticas, diretrizes, objetivos.

4.3 – PESQUISA: APLICAÇÃO E RETORNO

ESTRATÉGIA E DIFICULDADES ENCONTRADAS NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS NAS OPS MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

Em primeiro lugar, entrou-se em contato com a Assessoria de Imprensa da ABRAMGE para a coleta de dados, a fim de que respondesse parte ou todas as questões elaboradas. Todavia, a resposta foi que os questionários deveriam ser aplicados diretamente nas OPS, pois a ABRAMGE, órgão representativo da classe, não tinha autonomia para fornecer nenhuma das respostas às questões formuladas. Solicitou-se para que fosse disponibilizado através de sua biblioteca, caso existisse, algum material de uso geral para que houvesse o enriquecimento do presente trabalho, mas a resposta foi que todas as informações disponíveis poderiam ser coletadas no *site* <http://www.abramge.com.br>.

Em segundo lugar, entrou-se em contato com representantes de 5 OPS selecionadas, cujos nomes e telefones apareceram no ranking das 20 maiores operadoras de planos de assistência à saúde, disponibilizado em um quadro no *site* da ABRAMGE, vide Quadro 12 retro. Após dois meses de envio dos questionários, via *e-mail*, correio e contatos telefônicos, percebeu-se que estes representantes eram muito ocupados e que o processo seria muito moroso, pois eles iriam analisar, solicitar autorização a uma instância superior, depois entrar em contato com o responsável pela área de controladoria ou algum outro departamento, para depois efetuar o retorno e informar sobre a possibilidade de responder o questionário e qual o prazo desta resposta.

Em terceiro lugar, após o descrito nos parágrafos anteriores, optou-se por entrar em contato direto com os responsáveis pela área de controladoria, estratégia esta que demonstrou viabilidade para a aplicação do questionário.

O contato foi telefônico, identificando o ramal ou telefone da pessoa responsável pela área de Controladoria que, dependendo do tamanho e estrutura da OPS, tem o nome de seu cargo diferente, podendo ser Gerente de Controladoria, Contador, Diretor de Contabilidade, Gerente Contábil, Gerente Administrativo e Financeiro, Diretor Administrativo e Financeiro, conforme apresentado no Quadro 17 retro.

Somente na terceira tentativa, é que se conseguiu entrar em contato com os profissionais que seriam diretamente os responsáveis pelas respostas que porventura seriam dadas. No entanto, dos 19 responsáveis nas OPS pela

área de controladoria, 18 receberam os questionários e demonstraram interesse em responder e 1 não deixou o pesquisador terminar a exposição dos motivos que o levavam a aplicar o questionário, informando que não havia nenhum interesse em responder qualquer questionário. O pesquisador ainda tentou contactar o responsável superior a esta pessoa, mas ela interferiu e bloqueou o contato.

Após o envio dos questionários, dentre os 18 que o receberam, foram feitos vários contatos telefônicos e envio de *e-mails*. Após um período pouco superior a 2 meses, os retornos foram os seguintes:

- 3 responderam, sendo que nenhum deles respondeu a todas as questões;
- 4 informaram que não foram autorizados a responder o questionário e
- 11 (onze) informaram, pessoalmente ou através de suas secretárias, que estavam muito ocupados nas suas atividades profissionais e que ainda não tinham tido tempo de responder e que as respostas poderiam demorar (sem definirem tempo de resposta); alguns muitas vezes não estavam e os que atendiam informavam que estavam em reuniões, palestras ou fora da empresa por motivos não especificados.

Algumas conclusões podem ser extraídas com base no número de questionários não respondidos e o motivo exposto é que:

- O responsável pela área de controladoria é uma pessoa extremamente ocupada e com tempo escasso para atendimento

a terceiros que não fazem parte de sua rotina diária de atividades.

- Os executivos não têm a "cultura" de responder questionários referentes a pesquisas acadêmicas, pois 11 informaram que não tiveram tempo após mais de 2 meses que o receberam.
- Os responsáveis pelas OPS ainda estão com receio de divulgar informações, mesmo que não comprometam a sua estratégia de mercado, apesar da obrigatoriedade de publicação do balanço e fornecimento de dados econômicos, financeiros e societários à ANS.

Isto demonstra que era necessário realmente imposições pela lei para que acontecesse a transparência das OPS que atuam neste mercado, tanto para os seus beneficiários quanto para o governo e outros usuários.

ESTRATÉGIA E DIFICULDADES ENCONTRADAS NA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS CONSULTORES

Dos 8 consultores selecionados e contactados, 7 aceitaram participar da pesquisa. Os questionários foram enviados via *e-mail* e correio. Após um período pouco superior a 2 meses, os retornos foram os seguintes:

- 5 responderam e
- 2 não responderam, sendo que informaram não ter tido tempo.

RESPOSTAS, COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

As respostas dos questionários aplicados às OPS e aos consultores foram consolidadas e apresentadas nos Quadros nº 19 a 33. Os comentários e conclusões com base nas respostas, elaborados pelo autor deste trabalho, constam nos referidos quadros. Quando as respostas apresentarem a sigla NI, significa que o respondente não informou e as que contêm NA não são aplicáveis à questão ou ao respondente.

QUADRO 19 - IDENTIFICAÇÃO DAS OPS E DOS CONSULTORES

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
NOME DA EMPRESA	OMITIDAS	OMITIDAS	OMITIDAS	JCONTI Contadores Associados S/C Ltda.	Autônomo	Apriori – Gerenciamento Integrado de Informações	Beulke Bertó Consultores Associados S/C Ltda.	Autônomo
CIDADE				São Paulo – SP	São Paulo – SP	São Paulo – SP	Porto Alegre - RS	São Paulo - SP
DEPARTAMENTO				NA	NA	NA	NA	NA
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES				João Carlos Conti	José Divanil Spósito Berbel	Mário Luiz AmatuZZi	Dálvio José Bertó	Giuseppe Rigamonti
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>As respostas dos responsáveis pelas OPS às questões acima foram omitidas para fins de sigilo empresarial e profissional.</p> <p>Dos 5 consultores, 2 prestam serviços na qualidade de autônomos e 3 por meio de empresas jurídicas, das quais são sócios.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 20 - CARACTERIZAÇÃO DAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS					
	1		2		3	
FATURAMENTO ANUAL	R\$ 364 milhões		R\$ 289,5 milhões		R\$ 96,6 milhões	
RANKING POR ORDEM DE TAMANHO	1º		3º		6º	
FUNCIONÁRIOS	3.418		2.354		750	
TIPOS DE PLANOS => QTDE. PESSOA FÍSICA / QTDE. PESSOA JURÍDICA	77	35	NI	NI	22	11
VIDAS (BENEFICIÁRIOS) => QTDE. PESSOA FÍSICA / QTDE. PESSOA JURÍDICA	59.500	790.500	145.608	498.548	110.000	80.000
REDE PRÓPRIA => SIM OU NÃO? ABRANGÊNCIA (ESTADOS)	Sim	SP	Sim	SP, MG e BA	Sim	SP (Grande)
CREDENCIADOS => SIM OU NÃO? QUANTIDADE	Sim	1.200	Sim	NI	Sim	2.000
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>As OPS modalidade medicina de grupo faturaram 5,65 bilhões de reais no ano 2000. Dentro deste total, as OPS respondentes representam 13,27%, ou seja 0,750 bilhão.</p> <p>O faturamento por número de funcionários são aproximados nas 3 empresas: na nº 1, para cada funcionário existe um faturamento de R\$ 0,11 milhão, na de nº 2, R\$ 0,12 milhão e na de nº 3, 0,13 milhão.</p> <p>Existem mais tipos de planos para pessoas físicas do que para pessoas jurídicas.</p> <p>O número de beneficiários cobertos por planos pessoa jurídica é quase 4,5 vezes maior que os cobertos por planos pessoa física.</p> <p>A maioria das grandes OPS trabalham com rede própria e credenciados.</p>						

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 21 - MISSÃO DAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
QUAL É A MISSÃO DA OPS?	Tornar as pessoas saudias e felizes. Através da excelência de serviços, nas áreas médico-hospitalar social, sob forma de planos de saúde, comprometidos com a comunidade.	Promover a saúde e bem estar de seus clientes, através da prestação de serviços médicos e hospitalares, praticando a melhor relação preço-benefício.	Satisfazer os anseios dos nossos clientes. Adquirir sua confiança. Unir esforços para alcançar os resultados pactuados com os acionistas. Desenvolver, integrar e motivar os colaboradores. Estimular a melhoria contínua dos serviços.	Prestar atendimento médico-hospitalar aos seus associados em sua rede própria ou credenciada.	Promover a integração e o desenvolvimento do Sistema de Assistência Suplementar à Saúde, viabilizando e valorizando a qualidade de vida, através de ações de interesse das partes envolvidas.	CLÁSSICA: prestar serviço social com qualidade na área saúde à sociedade.	Prestar serviços qualificados de Saúde aos seus clientes.	Verificar se as funções dedicadas a captar o grau de satisfação dos beneficiários dos planos, são efetuadas adequadamente, e produzem informações confiáveis, proporcionando elementos para decisões apropriadas.
ESTÁ EXPRESSA EM DOCUMENTO FORMAL?	Sim	Sim	Sim	NA	NA	NA	NA	NA
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>Os beneficiários pessoa física dos planos de saúde são denominados de forma diferente: como pessoas uma vez (1), clientes (3), associados (1), partes (1), sociedade (1), beneficiários (1).</p> <p>A prestação de serviços de saúde é citada 6 vezes.</p> <p>A satisfação dos clientes é evidenciada por meio dos seguintes termos: tornar as pessoas saudias e felizes, promover a saúde e bem estar de seus clientes, satisfazer os anseios dos nossos clientes, atendimento de interesses das partes envolvidas, serviço social com qualidade à sociedade, satisfação dos beneficiários e melhoria contínua dos serviços.</p> <p>Somente uma resposta cita o desenvolvimento, integração e motivação dos colaboradores, não especificando se são internos e/ou externos.</p> <p>Nenhuma resposta está mencionando como missão o crescimento e continuidade da empresa no mercado, o que demonstra a princípio que a missão exposta, mesmo a dos consultores, está voltada à imagem (marketing) das OPS.</p> <p>As missões das grandes OPS são definidas e expostas ao público formalmente.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 22 - CONTROLADORIA NAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
EXISTE A CONTROLADORIA? SE NÃO EXISTE, PRETENDE TER? SIM OU NÃO?	Sim NA	Sim NA	Sim NA	Sim NA	Sim NA	Sim NA	Sim NA	Sim NA
HÁ NO ORGANOGAMA DA OPS UM ÓRGÃO COM A DENOMINAÇÃO DE CONTROLADORIA? SIM OU NÃO? CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, QUAL É O ÓRGÃO QUE EXERCE AS FUNÇÕES DA CONTROLADORIA?	Sim	Sim	Sim	NA	NA	NA	NA	NA
QUAL É A MISSÃO DA CONTROLADORIA?	Prover a empresa de informações para tomadas de decisões, participar no planejamento estratégico, desenvolver trabalhos nas áreas-chave que evidenciem a importância do sistema de informação contábil gerencial, obter através de estudo e observação conhecimento mais globalizante da empresa e de seu ecossistema, dos seus negócios e perspectivas futuras.	NI	NI	Elaboração e divulgação de informações contábeis, gerenciais e estatísticas para os gestores da empresa e para o órgão regulador (ANS).	Através de um adequado controle efetuado por um sistema de informações, racionalizar a utilização dos recursos da empresa e fornecer informações para viabilizar o processo decisório.	EMPRESARIAL: a) fornecer informações para a Alta Administração para que a missão da OPS seja atingida, através de dados confiáveis, objetivos e claros; b) esses dados devem abranger as áreas administrativas, financeiras e operacionais.	Dotar as áreas de gestão de elementos que possibilitem monitorar continuamente o desempenho das operações desenvolvidas no atendimento às demandas de saúde de seu público-alvo.	Verificar se as funções dedicadas a captar o grau de satisfação dos beneficiários dos planos, são efetuadas adequadamente, e produzem informações confiáveis, proporcionando elementos para decisões apropriadas. Analisar os métodos e os resultados dos departamentos operacionais, tais como marketing e vendas, para medir seus efeitos no mercado.
ESTÁ EXPRESSA EM DOCUMENTO FORMAL?	Não	Não	Não	NA	NA	NA	NA	NA
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>As grandes OPS têm o órgão administrativo Controladoria com sua existência física no organograma.</p> <p>A missão da Controladoria, consolidando as respostas, é: fornecer informações aos gestores para a tomada de decisão; participar do planejamento estratégico, elaborar e analisar dados contábeis, gerenciais, financeiros e operacionais; mensurar e avaliar o grau de performance da empresa; controlar por meio de um sistema de informações .</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 23 - CARACTERÍSTICAS DO CONTROLLER

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Economista	Administrador	Contador	Contador	Contador	Administrador e Contador	Contador	NI
POSICIONAMENTO ORGANOGRAMA EMPRESA	NO DA Abaixo da Presidência e Superintendência Administrativa-Financeira	Abaixo da Superintendência	Abaixo da Diretoria e Superintendência	NA	NA	Médico (o mercado trabalha muito com médicos que dão enfoques diferenciados, devido à formação e conhecimento do lado operacional (execução dos serviços médicos) do negócio.	NA	Abaixo da Presidência da empresa
FORMAÇÃO ACADÊMICA	Bacharel em Ciências Econômicas Pós-graduação em Finanças	Bacharel em Administração	Bacharel em Ciências Contábeis Pós-graduação em Controladoria	Bacharel em Ciências Contábeis Pós-graduação em Análise de Sistemas	Bacharel em Ciências Contábeis Pós-graduação em Contabilidade	Bacharel em Administração em Ciências Contábeis Pós-graduação em Finanças e Adm. Hospitalar	Bacharel em Ciências Contábeis Pós-graduação em Contabilidade	NI
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>Os <i>controllers</i> geralmente tem formação na área administrativa: economistas, administradores e contadores, mas a maioria deles é contador, ou precisa ter excelentes noções de contabilidade.</p> <p>A posição hierárquica da controladoria ou dos <i>controllers</i> é sempre na alta ou média administração, pois seus superiores geralmente são presidentes, superintendentes ou diretores.</p> <p>A formação acadêmica complementar dos <i>controllers</i> geralmente é na área de finanças, análise de sistemas, administração hospitalar e contabilidade.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 24 - AMBIENTE DA CONTROLADORIA NAS OPS PESQUISADAS - QUANTIDADE DE PESSOAS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS		
	1	2	3
QUANTAS PESSOAS FAZEM PARTE DA CONTROLADORIA?	21	20	25
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES: No ambiente que abrange a área de controladoria nas grandes OPS a quantidade de pessoas é de aproximadamente 20 pessoas.</p>			

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 25 - AMBIENTE DA CONTROLADORIA NAS OPS PESQUISADAS - SISTEMAS INFORMATIZADOS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS		
	1	2	3
QUAIS SÃO OS SISTEMAS INFORMATIZADOS UTILIZADOS?	Contábil Custos Tradicionais Folha de Pagamento SAP Estoques (Compras e Saídas) Faturamento Contas Médicas a Pagar Contas a Pagar Diversas Contas a Receber	Contábil Custos Tradicionais Folha de Pagamento Sistema Contábil-Financeiro Estoques (Compras-Saídas) Faturamento Contas Médicas a Pagar Contas a Pagar Diversas Contas a Receber Controle Patrimonial	Contábil Custos Tradicionais Custos ABC Folha de Pagamento SAP/Oracle/Outro Estoques (Compras-Saídas) Faturamento Contas Médicas a Pagar Contas a Pagar Diversas Contas a Receber
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>A maioria das grandes OPS possui sistemas informatizados que envolvem as áreas de: contabilidade, custos, folha de pagamento, estoques, faturamento, contas médicas a pagar, contas a pagar diversas, contas a receber e controle patrimonial.</p> <p>A tendência das grandes OPS é ter um sistema de informações avançado para que as informações sejam disponibilizadas adequadamente e em tempo hábil.</p>			

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 26 - FUNÇÕES DA CONTROLADORIA NAS OPS: LINHA

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
LINHA	Assinar cheques Elaborar as demonstrações contábeis Elaborar alterações contratuais Calcular tributos Emitir e vistar o razão e o diário contábil Providenciar as certidões negativas	Assinar cheques Elaborar as demonstrações contábeis Calcular tributos Emitir e vistar o razão e o diário contábil Providenciar as certidões negativas É procurador	Assinar cheques Elaborar as demonstrações contábeis Elaborar alterações contratuais Calcular tributos Emitir e vistar o razão e o diário contábil Providenciar as certidões negativas	Elaborar as demonstrações contábeis Elaborar alterações contratuais Elaborar planejamento tributário Emitir relatórios gerenciais Elabora informações para a ANS Custos Elaborar orçamentos	 Analisar ações alternativas Auxiliar no planejamento Identificar as causas e os responsáveis pelas variações / Propor medidas corretivas Avaliar a performance / Implantar os indicadores de qualidade nos serviços médico-hospitalares Fixar os preços	Elaborar as demonstrações contábeis Elaborar alterações contratuais Emitir relatórios gerenciais (administrativos, financeiros, operacionais e de custos)	Elaborar as demonstrações contábeis Desenvolver sistemas gerenciais Avaliar margens de contribuição Comparar desempenho no tempo / com congêneres	NI

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:

A controladoria ou o *controller* não atua somente controlando, mas também nas suas atividades diárias: assina cheques, elabora contratos sociais e suas alterações, elabora demonstrações contábeis, vista os livros contábeis, providencia as certidões negativas nos órgãos públicos, elabora o planejamento tributário, calcula tributos, é procurador, elabora orçamentos, desenvolve e emite relatórios gerenciais, analisa/avalia/compara o desempenho, auxilia no planejamento e elabora informações para a ANS.

As atuações de linha da controladoria citadas pela maioria dos pesquisados foram assinar cheques, elaborar as demonstrações contábeis, elaborar alterações contratuais, calcular tributos, emitir/vistar o razão e o diário contábil e providenciar certidões negativas.

A maioria dos *controllers* é procurador; pois todos nas OPS pesquisadas assinam cheques, deduzindo-se que a abrangência dos poderes outorgados devem variar entre as empresas.

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 27 - FUNÇÕES DA CONTROLADORIA NAS OPS: ASSESSORIA

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
ASSESSORIA	Presidência Diretorias	Conselho de Administração e Diretorias Executivas	Presidência Diretorias Gerências Supervisão	Presidência Diretoria	Superintendência Áreas estratégicas	Presidência Diretoria	Diretoria Áreas de Qualidade Total	Presidência
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>A controladoria ou o <i>controller</i> assessoria os gestores da alta administração da empresa, sendo que os citados pelos pesquisados foram presidência, diretoria, conselho de administração, superintendência e gerência.</p> <p>Um respondente mencionou assessoria à supervisão e outro a área de qualidade total, mas ambos não evidenciaram claramente o nível hierárquico dos assessorados.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 28 - FUNÇÕES DA CONTROLADORIA NAS OPS: CÁLCULOS ATUARIAIS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
CÁLCULOS ATUARIAIS		Controla o equilíbrio financeiro dos planos.	Controla o equilíbrio financeiro dos planos.	Controla o equilíbrio financeiro dos Planos.	NI	Obs.: geralmente a controladoria não faz os cálculos atuariais, pois não tem capacidade técnica para isto; os cálculos são efetuados por atuários, que muitas vezes são externos ou de outro departamento da OPS.	Controla o equilíbrio financeiro dos Planos.	NI
		Controla o nº de associados (beneficiários) X contas a receber.	Controla o nº de associados (beneficiários) X contas a receber.	Controla o nº de associados (Beneficiários) X contas a receber.		Controla o nº de associados (Beneficiários) X contas a receber.	Controla o nº de associados (Beneficiários) X contas a receber.	
		Controla o nº de credenciados (médicos, laboratórios, hospitais).	Controla o nº de credenciados (médicos, laboratórios, hospitais).	Controla o nº de credenciados (médicos, laboratórios e hospitais).		Controla o nº de credenciados (médicos, laboratórios e hospitais).		
		Controla a qualidade das contas médicas.	Controla a qualidade das contas médicas.	Controla a qualidade das contas médicas.				
	Participa nos processos de fusão, incorporação e cisão.	Participa dos processos de fusão, incorporação ou cisão.	Participa dos processos de fusão, incorporação ou cisão.	Participa dos processos de fusão, incorporação ou cisão.		Participa dos processos de fusão, incorporação e cisão.		
	Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.	Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.	Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.	Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.		Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.	Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais.	
						Índices de Evolução: associados, venda, pacientes-dia, mortalidades, etc.	Revisão de tabelas de preços de serviços e mensalidades.	
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>A Controladoria atua em controles estatísticos e mensuração de valores mediante o controle do equilíbrio financeiro dos planos, controle do número de associados (beneficiários) e contas a receber, controle do número de credenciados (médicos, laboratórios, e hospitais), controla a qualidade das contas médicas, participa dos processos de fusão, incorporação e cisão, participação na reavaliação dos bens patrimoniais.</p> <p>O respondente nº 6 forneceu duas respostas distintas e importantes:</p> <p>a) mencionou que geralmente a controladoria não faz cálculos atuariais, pois não tem capacidade técnica para isto; o que é coerente, pois a formação das controladorias, demonstrada no Quadro 23 deste trabalho, envolve administração, contabilidade e economia e não cálculos matemáticos. Partindo-se desta colocação pode ser afirmado que cálculos atuariais complexos são realizados por profissional matemático, que geralmente não é o <i>controller</i>;</p> <p>b) detalhou alguns tipos de índices de evolução utilizados na atividade de uma OPS: associados, venda, pacientes-dia, mortalidades, etc.</p> <p>O respondente nº 7 informou que a controladoria também faz a revisão de tabelas de preços de serviços e mensalidades.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 30 - PRODUTOS EMITIDOS PELA CONTROLADORIA NAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
PRODUTOS EMITIDOS	Relatórios societários Relatórios fiscais Demonstrações contábeis Relatórios gerenciais Orçamentos	Relatórios societários Relatórios fiscais Demonstrações contábeis Relatórios gerenciais Orçamentos Planejamento econômico-financeiro Análise e posição de consumo e valores em estoque Trabalhos especiais (projetos) Relatório das atividades Relatórios de resultados por unidade de negócio (filiais, centros médicos, hospitais) Outros	Relatórios societários Relatórios fiscais Demonstrações contábeis Relatórios gerenciais Orçamentos Planejamento econômico	Relatórios societários Relatórios fiscais Demonstrações contábeis Relatórios gerenciais Orçamentos Planejamento econômico	Acompanhamento orçamentário Balanço social Balanço ambiental Demonstração do valor adicionado Balanço consolidado	Relatórios societários Relatórios fiscais Demonstrações contábeis Relatórios gerenciais Orçamentos Planejamento econômico Demonstração do Fluxo de Caixa Diversos relatórios de performance: custos, orçamentos, desempenhos e comparações estatísticas, faturamento, glosas, acordos comerciais	Relatórios gerenciais Orçamentos Planejamento econômico	NI

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:

Os produtos emitidos pela controladoria são: relatórios societários, relatórios gerenciais, demonstrações contábeis, relatórios gerenciais, orçamentos, planejamento econômico-financeiro, análise e posição de consumo e valores em estoque, elaboração de projetos especiais, balanço social, balanço ambiental, demonstração do valor adicionado, demonstração do fluxo de caixa, balanço consolidado, relatório das atividades, relatórios de resultados por unidade de negócio (filiais, centros médicos, hospitais) e diversos relatórios de performance: custos, orçamentos, desempenhos e comparações estatísticas, faturamento, glosas e acordos comerciais, entre outros.

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 31 - SEGMENTO OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES			
	1	2	3	4	5	6	7
<p>COMENTÁRIOS SOBRE O RAMO DA ATIVIDADE ECONÔMICA NO QUAL ATUA A OPS</p>	<p>Opera há mais de 30 anos no mercado, assistindo mais de 2.400 empresas, sendo que 93% dos seus usuários são advindos dos contratos com empresas e 7% de planos individuais.</p> <p>O objetivo do grupo é oferecer às empresas, nossas contratantes, todas as opções de assistência médica para que elas possam se ajustar ao que mais lhes interesse.</p> <p>O grupo conta com 6 hospitais, 7 pronto-socorros, 46 centros clínicos e centros de diagnósticos, todos próprios, além de extensa rede credenciada de hospitais, médicos e serviços complementares.</p>	<p>NI</p> <p>A entidade está subordinada às normas e fiscalização da ANS.</p> <p>Comercializa Planos de Saúde para pessoas físicas e jurídicas.</p>	<p>Mercado: Trata-se de mercado bastante grande e pouco explorado devido à dificuldade de acesso da população à saúde privada.</p> <p>Legislação: foi muito providencial a atividade passar a ser regulamentada após a Lei 9.656/98.</p> <p>Capacidade de demanda: Somentes 40 milhões de brasileiros são assistidos por um plano de saúde privado.</p>	<p>Mercado: Como resultado do processo de avanço do conhecimento e dos segmentos produtivos da sociedade em todo o mundo, surgem novas oportunidades empreendedoras em todos os setores e a consequente necessidade de desenvolvimento de novos mecanismos de controle, mensuração e informações para avaliação de desempenho e tomada de decisões.</p> <p>Concorrência: acirrada. Estrutura: necessidade de desenvolvimento de novos mecanismos de controle, mensuração e informações para avaliação de desempenho e tomada de decisões.</p> <p>Existem alguns ramos de atividade, tais como: Imobiliário, seguros, consórcio e Planos de Saúde que, além das similaridades normais com outros segmentos econômicos, possuem algo muito forte em comum: a possibilidade de fraude.</p> <p>Entendo que esta "variável", por não estar sendo bem controlada, poderá levar os planos de saúde suplementar, a longo prazo, à inviabilização.</p> <p>Os custos dessas "práticas" estão tomando os custos da assistência médica insustentáveis para a maioria da população brasileira.</p>	<p>Mercado: amador</p> <p>Concorrência: acirrada e desleal</p> <p>Legislação: é extremamente importante, pois está contribuindo para uma normalização geral</p> <p>Estrutura: as estruturas organizacionais no Brasil na grande maioria delas são familiares, com baixa capacidade administrativa. Estrutura: arcaica, predadora, porém aberta aos profissionais competentes</p> <p>Tecnologia: a tecnologia operacional (estrutura hospitalar) está ok nas maiores OPS's. Entretanto, a tecnologia adm. e financeira tem que ser constantemente atualizada.</p> <p>Potencial das regiões: o Sul e Sudeste estão na frente de todas, entretanto, o Governo está cada vez mais ausente e o potencial das regiões é alto.</p> <p>Capacidade de demanda: 170 milhões de brasileiros, sendo que em determinadas regiões a demanda é alta, mas existe o fator capacidade de pagamento</p>	<p>Assunto muito amplo. Cabe uma formatação diferente nessa questão.</p> <p>Por exemplo, em cada assunto questionado, listar opiniões a serem escolhidas, entre opções apresentadas.</p> <p>Responder a uma questão dessa exige muito tempo e reflexão, além de conhecimento específico sobre o setor.</p>	<p>NI</p>

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:

No mercado existem planos de assistência à saúde para pessoas físicas e jurídicas, os quais abrangem atendimentos ambulatoriais, hospitalares, serviços de diagnóstico e afins, inclusive odontológicos não citados acima.

O mercado é bastante grande e pouco explorado, mesmo assim a concorrência é acirrada.

A legislação, atual implantada a partir da Lei 9.656/98, foi providencial e era necessária para regulamentar o mercado.

O Brasil tem 170 milhões de habitantes e somente 40 milhões são atendidos pela iniciativa privada, isto demonstra que existe uma demanda reprimida em decorrência da falta de recursos financeiros.

As estruturas organizacionais no Brasil na grande maioria são familiares.

As regiões sul e sudeste abrangem a grande parte do mercado atendido. Como o Governo está cada vez mais ausente, o potencial destas e das outras regiões é alto.

As OPS têm a necessidade de desenvolver novos mecanismos de controle, mensuração e informações para avaliação de desempenho e tomadas de decisões.

As OPS atualmente estão subordinadas às normas e fiscalização da ANS.

As OPS estão sujeitas à fraude quando recebem contas médicas para serem pagas, pois quem assina o atendimento que será cobrado pelo credenciado na maioria das vezes é o beneficiário do plano, ou seja ambos estão fora da OPS.

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 32 - FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO (FCS's) DAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
<p>COMENTÁRIOS SOBRE OS FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO</p> <p>Oferta de um sistema de saúde integral, unindo medicina preventiva e curativa, contando com ampla rede de centros clínicos próprios descentralizados, o que facilita a acessibilidade aos nossos serviços e ampla rede de serviços em consultórios credenciados, serviços de diagnose e terapia e serviços hospitalares em todos os níveis de complexidade.</p> <p>Todo este sistema de saúde, hierarquizado adequadamente, garante a qualidade da assistência e da gestão, aliado a uma sólida posição econômico-financeira, assegurando a operação do ponto de vista de garantias dos serviços.</p>	NI	NI	<p>Entendo que o ponto fundamental para o sucesso de uma Operadora de Saúde é a gestão adequada de seus custos. Sem um acompanhamento eficaz e com permanentes correções a empresa corre um sério risco de desaparecer, pois a margem de lucro é muito pequena.</p>	<p>Uma variável não controlável que dificulta o funcionamento pleno das OPS é a demora na regulamentação da atividade. Isto vem demandando muita confusão junto à opinião pública com consequente demanda junto aos Órgãos de Defesa dos Consumidores.</p> <p>Como variáveis controláveis podemos citar que além dos investimentos na auditoria médica, e auditoria de contas médicas, os investimentos na educação (campanhas de prevenção, esclarecimentos, uso racional, etc.)</p> <p>das partes envolvidas (usuários, recursos médicos e a patrocinadora) são as únicas formas de se combater os "custos invisíveis das fraudes", revertendo-os em benefício de todos os envolvidos.</p>	<p>Modernidade; visão estratégica, contratos claros, medicina preventiva, treinamento adequado às equipes profissionais. Enquadramento dentro das normas da ANS.</p> <p>Aproximação com os associados beneficiários: com esclarecimentos sobre os mais variados temas tais como medicina preventiva, acompanhamento preventivo, minimização com qualidade no tempo de atendimento; exemplos: médicos na central de atendimento para orientações emergenciais, transmitindo tranquilidade e segurança aos clientes, além da possibilidade de evitar gastos desnecessários tais como consultas e exames.</p>	<p>Dentro de uma nova concepção legal, há possibilidade de maior segurança nos valores negociados com maior reciprocidade e equilíbrio entre prestadores e beneficiários.</p>	NI	
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>A OPS que possui rede própria deve distribuí-la estrategicamente, de forma que facilite a acessibilidade dos beneficiários aos seus serviços.</p> <p>A qualidade da assistência à saúde e da gestão do negócio, aliadas a uma sólida posição econômico-financeira, asseguram a continuidade da empresa.</p> <p>A gestão adequada de seus custos é essencial, pois atualmente esse ramo de atividade possui uma margem de lucro baixa.</p> <p>A regulamentação completa das atividades das OPS é fundamental para o desenvolvimento delas.</p> <p>As variáveis controláveis importantes são: auditoria médica, auditoria de contas médicas, e educação continuada, como por exemplo campanhas de prevenção.</p> <p>Aspectos como visão estratégica, contratos claros, treinamento adequado às equipes profissionais e modernidade são fatores críticos de sucesso importantes.</p> <p>Outros aspectos importantes são: minimização com qualidade no tempo de atendimento, orientação e consulta adequada evitando-se gastos desnecessários com exames e consultas.</p> <p>A nova legislação possibilita uma maior segurança e equilíbrio nos valores negociados entre beneficiário e OPS.</p>								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

QUADRO 33 - PONTOS DE FALHA (SPOF's) DAS OPS

PERGUNTAS	RESPOSTAS DAS OPS			RESPOSTAS DOS CONSULTORES				
	1	2	3	4	5	6	7	8
COMENTÁRIOS SOBRE OS PONTOS DE FALHA	NI	NI	NI	<p>O ponto de falha que pode comprometer o fator crítico de sucesso (gestão de custos) é o sistema de controle interno da empresa não ser adequado para gerar as informações gerenciais confiáveis e prontamente.</p> <p>Outro fator comprometedor é o não comprometimento da administração ou, o que é o pior, o despreparo (desatualização) do profissional.</p>	<p>Sobre este ponto, recomendo ao Mestrando que faça uma consulta ao livro: Administração de Programas de Saúde nas Empresas; de minha autoria, editado pela Editora STS – www.editorasts.com.br, em abril/2000;</p> <p>onde apresento um modelo de administração e controle de todo o processo que envolve a interação na assistência à Saúde. (usuário, recursos médicos e empresa)</p>	<p>Falta de aproximação e atendimento mais humano ao associado. Falta de clareza dos contratos dos planos de saúde versus cláusulas de exclusões. Falta de modernidade. Falta de visão estratégica.</p> <p>Falta de profissionalização: médicos que surgiram na década de 70, com administração- presidência amadora, donos ricos e empresas deficitárias.</p>	<p>Ainda é necessário uma visão gerencial mais refinada e profissional do negócio, com um volume mais amplo de relatórios e monitoramento das atividades, de forma a preservar a substância patrimonial.</p>	NI
<p>COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES:</p> <p>Os pontos de falha que comprometem a continuidade das OPS são:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) um sistema de controle interno inadequado não gera informações confiáveis, podendo comprometer o fator crítico de sucesso na gestão de custos; b) a incompetência e o não comprometimento profissional; c) falta de aproximação e atendimento mais humano ao associado; d) falta de clareza nos contratos, principalmente nas cláusulas de serviços excluídos; e) falta de modernidade; f) falta de visão estratégica; g) falta de visão gerencial; e h) falta de relatórios e monitoramento das atividades, de forma a preservar o patrimônio da empresa. 								

Fonte: Respostas aos questionários aplicados na realização da pesquisa deste trabalho

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

O trabalho realizado por meio de metodologia científica levantou diversos aspectos específicos da controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo; entretanto, foi prejudicado pelo baixo índice de retorno dos respondentes, o que o torna não conclusivo em termos de critérios estatísticos. Todavia, podem ser efetuadas considerações importantes, as quais serão expostas a seguir.

ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPS MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO: ASPECTOS GERAIS

As controladorias das OPS modalidade medicina de grupo têm os aspectos gerais de assessoria, estrutura hierárquica, cálculos atuariais e atuação expostos no subtópico 2.3 do presente trabalho; sendo que tal afirmação é corroborada pela pesquisa realizada e exposta no capítulo 4, notando-se que nos cálculos atuariais a controladoria geralmente é assessorada por matemáticos.

ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPS MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO: ASPECTOS ESPECÍFICOS

Os aspectos específicos da atuação da controladoria levantados foram baseados nos capítulos 3 e 4 e anexos C, D, E e F.

No capítulo 3 foi necessária a explanação detalhada dos aspectos gerais, históricos, do segmento e da modalidade referentes ao tipo de empresa

que foi selecionada para o estudo exploratório, a fim de se ter entendimento do ambiente no qual está situada a controladoria em estudo.

O capítulo 4 contém a pesquisa realizada, apresentando a amostra selecionada, a finalidade dos questionários e as respostas obtidas acompanhadas de comentários e conclusões. Através das respostas obtidas, expostas nos Quadros 19 a 33, foi possível identificar aspectos específicos da atuação da controladoria.

Os aspectos específicos da atuação da controladoria que serão expostos a seguir, foram identificados através:

- a) das respostas dos questionários aplicados;
- b) da experiência profissional do autor deste trabalho;
- c) do estudo da legislação atual, Anexo C, que envolve as OPS;
- d) do fluxograma das operações médico-hospitalares e glosas, Anexo D;
- e) do organograma de uma grande OPS, Anexo E, e
- f) do organograma de um hospital, Anexo F.

A seguir são apresentados os aspectos específicos identificados nos Quadros n.ºs 19 a 33 e Anexos C, D, E e F:

1. a controladoria atua numa empresa que tem como produto a "assistência à saúde", a qual é ofertada aos beneficiários por meio de diversos tipos de planos, formalizados pelos contratos de prestação de serviços, para pessoas físicas ou jurídicas. Verifica-se que a quantidade de planos entre as OPS varia. Por exemplo: de acordo com a respondente n.º 1 existem 77 planos pessoa física e 35 pessoas jurídicas; com relação à n.º 3

existem 22 planos pessoa física e 11 pessoa jurídica. Outras diferenças também existem: nível de faturamento, quantidade de beneficiários, tamanho da rede própria e credenciados, número de funcionários, entre outras. Estas características e diferenças devem ser observadas pela controladoria no exercício de suas atividades, pois são informações estratégicas para o planejamento, execução e controle operacional, financeiro e econômico.

2. A missão da controladoria deve estar ligada à missão da OPS.
3. Faz parte da missão da controladoria a divulgação de informações à ANS e informações que possibilitem mensurar o atendimento e satisfação dos beneficiários em relação aos serviços de saúde prestados.
4. O *controller*, na sua formação profissional, deve entender do negócio "saúde" e, se possível ter formação profissional e/ou acadêmica em controladoria hospitalar, sendo que cursos de controladoria com ênfase em planos de assistência à saúde inexistem.
5. Os sistemas informatizados utilizados pelas OPS têm aspectos específicos da atividade, principalmente nas áreas de Contas Médicas a Pagar, Custos e Estoques:
 - a) Contas Médicas a Pagar: na maioria das OPS existe um departamento para análise das contas médicas recebidas dos credenciados. As pessoas que fazem a auditoria de tais contas devem possuir o conhecimento mínimo das atividades

médico-hospitalares e odontológicas, possuindo parâmetros como, por exemplo, honorários médicos, medicamentos, materiais, diagnósticos, tipo de tratamento e tempo de permanência. O Anexo D demonstra o fluxo desde o processo de emissão da nota fiscal de faturamento de um hospital credenciado até o seu recebimento pela OPS (convênio), demonstrando a hipótese de aceitação ou rejeição (glosa), parcial ou total, após a auditoria das contas médicas, inclusive apresentando a possibilidade de recurso por parte do credenciado e reanálise da conta médica glosada pela OPS.

- b) Custos: envolvem a coleta de dados necessários de toda a infra-estrutura administrativa e operacional (envolvendo hospitais, consultórios, centros de análise, diagnósticos e terapias) da rede própria e taxas cobradas pelos credenciados.
 - c) Estoques: basicamente constituídos de medicamentos e materiais hospitalares.
6. Na linha a controladoria elabora informações à ANS e relatórios gerenciais, inclusive avaliações de performance, que devem ter características administrativas e operacionais de uma OPS que envolvem dados como: índices hospitalares, ambulatoriais, análises/diagnoses/terapias, materiais e medicamentos.
7. Quanto aos cálculos atuariais, devem envolver estatísticas de: controle do equilíbrio financeiro dos planos, controle de número

de associados (beneficiários *versus* contas a receber), controle de número de credenciados (médicos, laboratórios e hospitais), controle de qualidade das contas médicas, avaliação de bens patrimoniais na participação de cisão, fusão ou cisão e reavaliação de bens patrimoniais. Além dos citados, existem outros cálculos específicos envolvendo evoluções, por exemplo: pacientes-dia, mortalidade, n.º de exames, n.º de radioterapias e atendimentos.

8. As responsabilidades específicas da controladoria envolvem a definição ou o apoio de novos planos de saúde, revisões contratuais e reajustes de preços junto à ANS, cumprimento de informações obrigatórias à ANS, auditoria das contas médicas (hospitalares e credenciados), implantação de prontuário único do usuário, auditoria de contratos com credenciados (auditoria de negócios).
9. Os produtos emitidos específicos da controladoria atendem às características administrativas e operacionais de uma OPS que envolvem dados como: índices hospitalares, ambulatoriais, análises/diagnoses/terapias, materiais e medicamentos; são eles, por exemplo, os relatórios de análise de custos hospitalares e ambulatoriais, de glosas e acordos comerciais entre a OPS e pessoa contratante dos serviços.
10. As características do segmento de mercado no qual atuam as OPS devem ser constantemente analisadas pela controladoria.
11. Extraíu-se do Anexo C as principais legislações expedidas com a

nova regulamentação, as quais obrigaram as controladorias das OPS a se reestruturarem para que atendam às exigências impostas pelo governo, as quais são apresentadas resumidamente a seguir:

- a) Elaborar e publicar as demonstrações financeiras anualmente, a partir do ano base 2001, acompanhadas do parecer dos auditores independentes; observando-se que as operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. Art. 22 da Lei 9.656/98 e as perguntas n.ºs 57 a 60 do Manual de Perguntas e Respostas sobre o Plano de Contas da ANS;
- b) Informar, a partir de janeiro de 2001, através do Sistema de Informações de Produtos – SIP dados para a ANS, a fim de que acompanhe a assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, fornecendo principalmente dados quantitativos: tipos de planos, grupos de beneficiários, atendimentos ambulatoriais, exames complementares, terapias, internações, consultas e demais despesas. Resolução RDC-ANS n.º 85 de 25.9.2001;
- c) Caso o *controller* seja um administrador, segundo os conceitos da ANS, deve obedecer as normas para o exercício do cargo instituídas pela ANS à OPS. Resolução RDC-ANS n.º 79 de 10.8.2001;

- d) Calcular e constituir, evidenciando nas demonstrações contábeis, as garantias financeiras a serem observadas pelas OPS, informando e registrando na ANS; as quais são: Capital Mínimo ou Provisão de Operação (CM/PO), Provisão de Risco (PR), Índice de Giro de Operação (IGO), Margem de Solvência (MS) e Provisão para Eventos Ocorridos e Não-Avisados (IBNR). Obs.: A IGO é obrigatória a partir de janeiro de 2002, a CM/PO e a PR para as empresas já constituídas antes da Lei serão constituídas durante 6 anos, existindo mais algumas particularidades que não serão mencionadas neste trabalho. Inciso IV do art. 35-A da Lei 9.656/98 e Resolução RDC-ANS nº 77 de 17.7.2001;
- e) Cumprir as normas previstas quando estabelecer o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde. Resolução RDC-ANS nº 66 de 4.5.2001;
- f) Acompanhar os compromissos de ajuste de conduta, entre a OPS e a ANS, que envolvam aspectos econômicos e financeiros das OPS. Resolução RDC-ANS nº 57 de 05.3.2001;
- g) Dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Resoluções RDC-ANS nº 55 de 16.2.2001 e nº 24 de 16.6.2000;
- h) Implantar o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde-OPS, a partir de

janeiro de 2001. Res. RDC-ANS nº 38 de 30.10.2000;

- i) Calcular, ou dar subsídios, para estabelecimento do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde. Resoluções RDC-ANS nº 46 de 28.12.2000 e nº 29 de 28.6.2000;
- j) Elaborar plano de recuperação econômico-financeiro para ser enviado à ANS quando houver dificuldades econômico-financeiras. Resolução RDC-ANS nº 22 de 02.6.2000;
- k) Controlar ou elaborar através de sistema informatizado informações cadastrais dos beneficiários à ANS. Resolução RDC-ANS nº 3 de 22.2.2000;
- l) Atender os critérios e parâmetros no cálculo de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. Resolução Consu nº 06/1998 e
- m) Preenchimento do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS. Tal documento é constituído de informações econômico, financeiras e societárias e a entrega é trimestral desde o ano 2001. Resolução da Diretoria de Operadoras da ANS RE nº 1 de 16.1.2001.

12. Numa OPS de grande porte a controladoria deve possuir um sistema integrado de informações, o qual colete dados de todas

as unidades de negócio e seus departamentos, envolvendo as áreas de administração, comercial e operacional que abrangem hospitais, prontos-socorros, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, etc., vide o Anexo E, o qual apresenta o organograma de uma OPS de grande porte.

13. Numa OPS existem unidades de negócio tornando-se complexa a obtenção dos dados que devem ser levantados e convertidos em informações pela controladoria, vide o Anexo F, o qual apresenta um organograma de uma unidade de negócios, hospital, pertencente a uma OPS de grande porte.

O exposto anteriormente nos pontos 1 a 13 demonstra que o trabalho por meio da exploração identificou diversas características da atuação e dos aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo e atingiu o objetivo proposto, validando as hipóteses apresentadas no subtópico 1.2.4, de que:

- a controladoria possui atividades específicas e inerentes às OPS, muitas delas impostas pela legislação atual, a qual ainda está sendo aperfeiçoada, como por exemplo as garantias financeiras a serem constituídas pelas OPS, mencionadas na Lei 9.656 de 3/6/1998, tiveram os seus critérios de constituição estabelecidos somente em 17/7/2001, após 3 anos, por meio da Resolução RDC n.º 77 e
- uma das principais missões da controladoria, no atual contexto de transição da legislação da área de saúde aplicável às OPS, é atuar adequadamente por meio: a) da execução e controle das

obrigações contábeis, fiscais, societárias e operacionais, b) do fornecimento de informações para que os gestores tomem decisões que otimizem o resultado das empresas OPS e c) do fornecimento de informações à ANS e os seus beneficiários.

É importante frisar que de um total de 87 resoluções expedidas pela Diretoria Colegiada da ANS, até o presente momento, existem 28 resoluções que tratam de direção fiscal, liquidação e alienação de carteira de beneficiários de OPS. Este aspecto isolado demonstra a necessidade da atuação de uma controladoria com eficácia, a fim de que os gestores das OPS tenham instrumentos imprescindíveis para a manutenção da continuidade da empresa no mercado, diante de tantas mudanças na legislação, somada à concorrência neste mercado que é acirrada, como alguns consultores pesquisados mencionaram.

SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

O presente trabalho não esgota o assunto tratado e outros inter-relacionados com o mesmo. A iniciativa de estudar a controladoria em seus aspectos específicos inerentes às OPS demonstrou que ainda existe um campo vasto para se pesquisar.

Como sugestões para trabalhos futuros deixam-se os seguintes assuntos:

- estudo exploratório sobre a atuação da controladoria nas outras modalidades de operadoras de planos de assistência à saúde:

autogestão, cooperativas, administradoras, seguradoras e planos odontológicos;

- constituição de garantias financeiras por tamanho de OPS e região, desde as micro-empresas às de grande porte, do sul até o norte;
- a controladoria na OPS de pequeno porte: restrições regionais em relação à disponibilidade de recursos, poder aquisitivo da população e poucos beneficiários para a diluição do risco;
- modelos alternativos para mensuração do custo e das receitas das OPS por segmento, regiões, beneficiários e credenciados e
- modelos alternativos de relatórios gerenciais que aumentem as informações aos gestores para as tomadas de decisão.

GLOSSÁRIO

ABRAMGE: Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo. *Site* <http://www.abramge.com.br>.

ANS : Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada em 28/1/2000, vinculada ao Ministério da Saúde. É um órgão que tem como função a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, incluindo a autorização de reajustes do valor dos planos e a definição do Rol de Procedimentos Médicos. Tem autonomia administrativa, financeira, patrimonial, como também nas suas decisões técnicas e de gestão de recursos humanos, além de mandato fixo de seus dirigentes. A ANS substituiu as funções da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) no setor (Lei 9.961 de 28.1.2000).

Autogestão : sistema fechado com público específico, vinculado a empresas – públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência por meio de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas (Montone: 2000).

Beneficiário: o universo de titulares e dependentes vinculados à OPS ou seguradora, mediante contratação de planos de assistência à saúde. Base: resposta da pergunta n.º 63, constante no Manual de Perguntas e Respostas sobre o Plano de Contas, editado pela ANS.

Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades. Base: Art. 1º, inciso III da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, D.O.U de 04/06/1998.

Cooperativas : prestam serviços aos próprios cooperados e operam também os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente (Montone: 2000).

Medicina de Grupo : empresa que opera com os chamados convênios médico-hospitalares e na qual podem ser identificados três diferentes tipos: a) as operadoras que não possuem rede própria; b) as que possuem rede própria e c) as associadas a hospitais filantrópicos (Montone: 2000)

Medicaid: atendimento às pessoas sem recursos, efetuado pelo governo dos Estados Unidos. Base: SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE, Revista Trevisan. n.80, p. 22, 1994.

Medicare: atendimento médico aos idosos, efetuado pelo governo dos Estados Unidos. Base: SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE, Revista Trevisan. n.80, p. 22, 1994.

Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias; que mantenha serviços próprios, contrate ou credencie pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolse o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano. Base: Art. 2º, inciso I da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, D.O.U de 4/6/1998.

Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente. Base: Art. 2º, inciso II e parágrafo único da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, D.O.U de 4/6/1998.

Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente, escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. Base: Art. 1º, inciso I da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, D.O.U de 4/6/1998.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO ENVIADO ÀS OPS

<p style="text-align: center;">PESQUISA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO</p>

Biografia Resumida do Autor:

Nome: Otacilio de Moraes Souza

Mestrando em Controladoria e Contabilidade Estratégica na Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP, mantida pela Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP.

Profissão: Professor da disciplina de Contabilidade I no Centro Universitário Nove de Julho e das disciplinas Contabilidade Avançada, Auditoria de Métodos e Rotinas e Contabilidade e Análise Financeira nas Faculdades Integradas de Guarulhos. Fora do âmbito acadêmico, atua como sócio-gerente da empresa de contabilidade SANSO Consultoria e Contabilidade S/C Ltda.

Bacharel em Ciências Contábeis e Ciências Econômicas pela FACESP e Pós-Graduado *Lato-Sensu* pela UniSant'Anna (Faculdade de Administração e Ciências Econômicas de Santana).

Orientador: Prof. Dr. Antonio Robles Junior

RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA:

Tema

O trabalho versa sobre um tema dentro da área de Ciências Contábeis, tendo sua concentração na área de Controladoria, pelo qual se discutirá sobre a atuação da Controladoria nas operadoras de planos de assistência à saúde.

Por isto o seguinte título: *Um Estudo Exploratório sobre a Atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – Modalidade Medicina de Grupo.*

Problema de Pesquisa

Como atua e quais são os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo?

Objetivo

Objetivo geral:

Estudar a atuação da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

Objetivo específico:

Explorar a atuação e os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

Relevância do Estudo

Trabalhos escritos no Brasil com profundidade e ênfase consolidando os temas controladoria e OPS no Brasil são raros. Não há estudos acadêmicos tratando deste assunto. Em decorrência disto, a pesquisa a ser desenvolvida gerará uma contribuição para o aumento de conhecimentos valiosos para aqueles que pretendem conhecer ou já conhecem as OPS.

Diante do exposto, anteriormente solicitamos a vossa valiosa participação nesta pesquisa, que tanto contribuirá para o universo acadêmico e a prática da controladoria nas organizações privadas que atuam na área de planos privados de assistência à saúde.

A essência desta pesquisa é entender a atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

NOTAS:

1) O nome da entidade jurídica irá constar na dissertação na condição de pesquisada, caso responda ao questionário, ou consultada sem resposta.

2) Os participantes da pesquisa receberão convite especial para assistir à apresentação da dissertação perante a banca de doutores, como também um exemplar gratuito da dissertação.

As respostas a este questionário devem ser enviadas ao Sr. Otacílio de Moraes Souza, via e-mail: sanso-otacilio@iq.com.br, via correio à Rua Apucarana, 220 – 10. andar – Apto. 101 - Tatuapé - CEP 03311-000 – São Paulo – SP, via fone e fax (011) 6191-2032 coml., (011) 6941-4821 res. ou 9744-6488 celular.

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO

PESQUISA PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TEMA:

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

Mestrando: **Otacilio de Moraes Souza**

Orientador: **Prof. Dr. Antonio Robles Junior**

1. Identificação

Empresa:

Cidade:

Departamento:

Nome do responsável pelas informações:

2. Caracterização da OPS

Faturamento Anual (base ano 2000) =>	R\$	
Ranking por Ordem de Tamanho (base junho/2001) =>	Colocação nº	
Funcionários (atual) =>	Qtde.	
Tipos de Planos de Saúde (atual) =>	Qtde. Planos Pessoa Física	Qtde. Planos Pessoa Jurídica
Vidas-Beneficiários (atual) =>	Qtde. Pessoa Física	Qtde. Pessoa Jurídica
Rede Própria (atual) =>	Sim ou Não?	Abrangência (Estados):
Credenciados (atual) =>	Sim ou Não?	Qtde.

6. Funções da Controladoria na OPS pesquisada

Linha:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assina cheques | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Elabora as Demonstrações Contábeis | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Elabora Alterações Contratuais | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Emitir/Vistar Razão e Diário Contábil | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Providenciar as Certidões Negativas nos órgãos públicos | |
| <input type="checkbox"/> Calcular Tributos | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Assessoria:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presidência | <input type="checkbox"/> Diretorias |
| <input type="checkbox"/> Gerência | <input type="checkbox"/> Supervisão |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Cálculos Atuariais:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Controla o Equilíbrio Financeiro dos Planos |
| <input type="checkbox"/> Controla o N° de Associados (Beneficiários) x Contas a Receber |
| <input type="checkbox"/> Controla o N° de Credenciados (Médicos, Laboratórios, Hospitais) |
| <input type="checkbox"/> Controla a Qualidade das Contas Médicas |
| <input type="checkbox"/> Participa dos Processos de Fusão, Incorporação ou Cisão |
| <input type="checkbox"/> Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |



8. Segmento OPS

(comentar sobre o ramo da atividade econômica no qual atua a OPS: estrutura organizacional, estrutura do mercado, concorrência, beneficiários, legislação, tecnologia, potencial das regiões, capacidade de demanda, ...)

9. Fatores Críticos de Sucesso (FCS's) e Pontos de Falha (SPOF's) das OPS

Comentário sobre os FCS's das OPS

"são momentos, ou situações, ou eventos inter ou intra-entidades parceiras da pessoas jurídica expandida, que necessitam funcionar com desempenho máximo para que a missão da organização, bem como sua estruturação ou funcionamento em termos das macroentidades: missão, plano estratégico, plano tático, políticas, diretrizes e objetivos sejam alcançados" Gil (2000:35)



Continua...

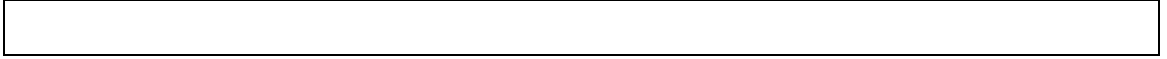
...continuação



Comentário sobre os Pontos de Falhas – Single Point of Failure

“são condições de ocorrência inter ou intralinhas de negócios que irão explicar o não-alcance ou não-cumprimento integral de fatores críticos de sucesso e, portanto, o não-atendimento às macroentidades: missão, estratégias, táticas, políticas, diretrizes e objetivos” Gil (2000:35)





ANEXO B

QUESTIONÁRIO ENVIADO AOS CONSULTORES

<p style="text-align: center;">PESQUISA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO</p>

Biografia Resumida do Autor:

Nome: Otacilio de Moraes Souza

Mestrando em Controladoria e Contabilidade Estratégica na Faculdade de Ciências Econômicas de São Paulo – FACESP, mantida pela Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - FECAP.

Profissão: Professor da disciplina de Contabilidade I no Centro Universitário Nove de Julho e das disciplinas Contabilidade Avançada, Auditoria de Métodos e Rotinas e Contabilidade e Análise Financeira nas Faculdades Integradas de Guarulhos. Fora do âmbito acadêmico, atua como sócio-gerente da empresa de contabilidade SANSO Consultoria e Contabilidade S/C Ltda.

Bacharel em Ciências Contábeis e Ciências Econômicas pela FACESP e Pós-Graduado *Lato-Sensu* pela UniSant'Anna (Faculdade de Administração e Ciências Econômicas de Santana).

Orientador: Prof. Dr. Antonio Robles Junior

RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA:

Tema

O trabalho versa sobre um tema dentro da área de Ciências Contábeis, tendo sua concentração na área de Controladoria, pelo qual se discutirá sobre a atuação da Controladoria nas operadoras de planos de assistência à saúde.

Por isto o seguinte título: *Um Estudo Exploratório sobre a Atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – Modalidade Medicina de Grupo.*

Problema de Pesquisa

Como atua e quais são os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo?

Objetivo

Objetivo geral:

Estudar a atuação da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

Objetivo específico:

Explorar a atuação e os aspectos específicos da Controladoria nas OPS modalidade medicina de grupo.

Relevância do Estudo

Trabalhos escritos no Brasil com profundidade e ênfase consolidando os temas controladoria e OPS no Brasil são raros. Não há estudos acadêmicos tratando deste assunto. Em decorrência disto, a pesquisa a ser desenvolvida gerará uma contribuição para o aumento de conhecimentos valiosos para aqueles que pretendem conhecer ou já conhecem as OPS.

Diante do exposto, anteriormente solicitamos a vossa valiosa participação nesta pesquisa, que tanto contribuirá para o universo acadêmico e a prática da controladoria nas organizações privadas que atuam na área de planos privados de assistência à saúde.

A essência desta pesquisa é entender a atuação da Controladoria nas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

NOTAS:

Os participantes da pesquisa receberão convite especial para assistir à apresentação da dissertação perante a banca de doutores, como também um exemplar gratuito da dissertação.

As respostas a este questionário devem ser enviadas ao Sr. Otacílio de Moraes Souza, via e-mail: sanso-otacilio@iq.com.br, via correio à Rua Apucarana, 220 – 10. andar – Apto. 101 - Tatuapé - CEP 03311-000 – São Paulo – SP, via fone e fax (011) 6191-2032 coml., (011) 6941-4821 res. ou 9744-6488 celular.

FUNDAÇÃO ESCOLA DE COMÉRCIO ÁLVARES PENTEADO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS DE SÃO PAULO

PESQUISA PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TEMA:

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A ATUAÇÃO DA CONTROLADORIA NAS OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MODALIDADE MEDICINA DE GRUPO

Mestrando: **Otacílio de Moraes Souza**

Orientador: **Prof. Dr. Antonio Robles Junior**

1. Identificação

Consultor:

Cidade:

Nome da Empresa (mencionar autônomo caso seja) :

2. Controladoria

Qual é a Missão da OPS?

Qual é a Missão da Controladoria?

3. Consultor

Formação Profissional

- Administrador Contador Economista
 Engenheiro Médico Outra _____

Formação Acadêmica

- Segundo Grau Superior em _____
 Pós-Graduação em _____ Outra _____

4. Funções da Controladoria

Linha:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assina cheques | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Elabora as Demonstrações Contábeis | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Elabora Alterações Contratuais | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Emitir/Vistar Razão e Diário Contábil | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Providenciar as Certidões Negativas nos órgãos públicos | |
| <input type="checkbox"/> Calcular Tributos | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Assessoria:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presidência | <input type="checkbox"/> Diretorias |
| <input type="checkbox"/> Gerência | <input type="checkbox"/> Supervisão |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Cálculos Atuariais:

- Controla o Equilíbrio Financeiro dos Planos
 Controla o N° de Associados (Beneficiários) x Contas a Receber
 Controla o N° de Credenciados (Médicos, Laboratórios, Hospitais)
 Controla a Qualidade das Contas Médicas
 Participa dos Processos de Fusão, Incorporação ou Cisão
 Controla o processo de reavaliação dos bens patrimoniais

6. Comentários

(comentar sobre o ramo da atividade econômica no qual atua a OPS: estrutura organizacional, estrutura do mercado, concorrência, beneficiários, legislação, tecnologia, potencial das regiões, capacidade de demanda, ...)

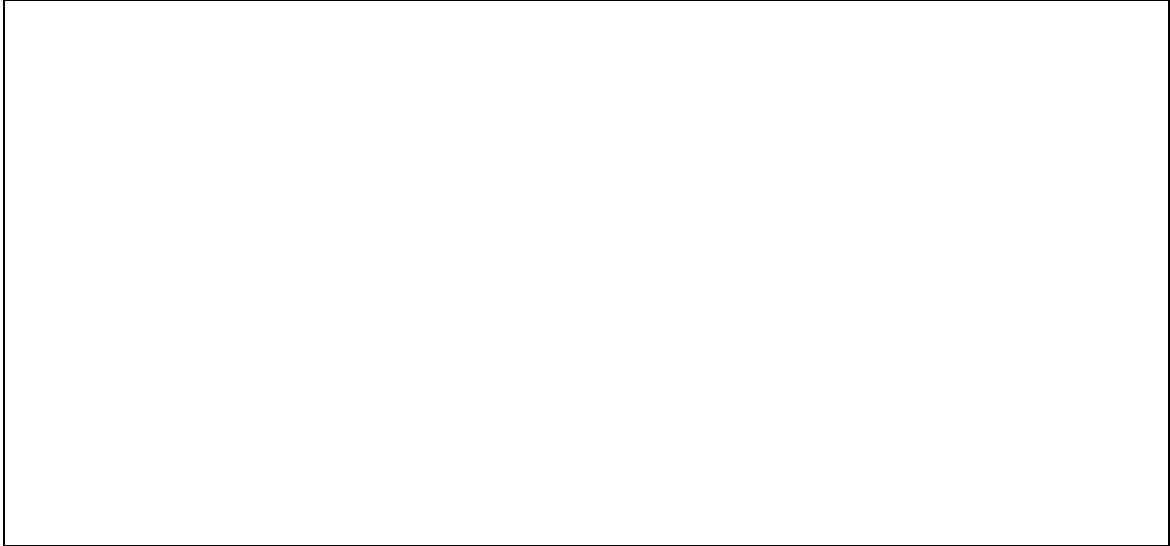
7. Fatores Críticos de Sucesso (FCS's) e Pontos de Falha (SPOF's) das OPS**Comentário sobre os FCS's das OPS**

"são momentos, ou situações, ou eventos inter ou intra-entidades parceiras da pessoas jurídica expandida, que necessitam funcionar com desempenho máximo para que a missão da organização, bem como sua estruturação ou funcionamento em termos das macroentidades: missão, plano estratégico, plano tático, políticas, diretrizes e objetivos sejam alcançados" Gil (2000:35)



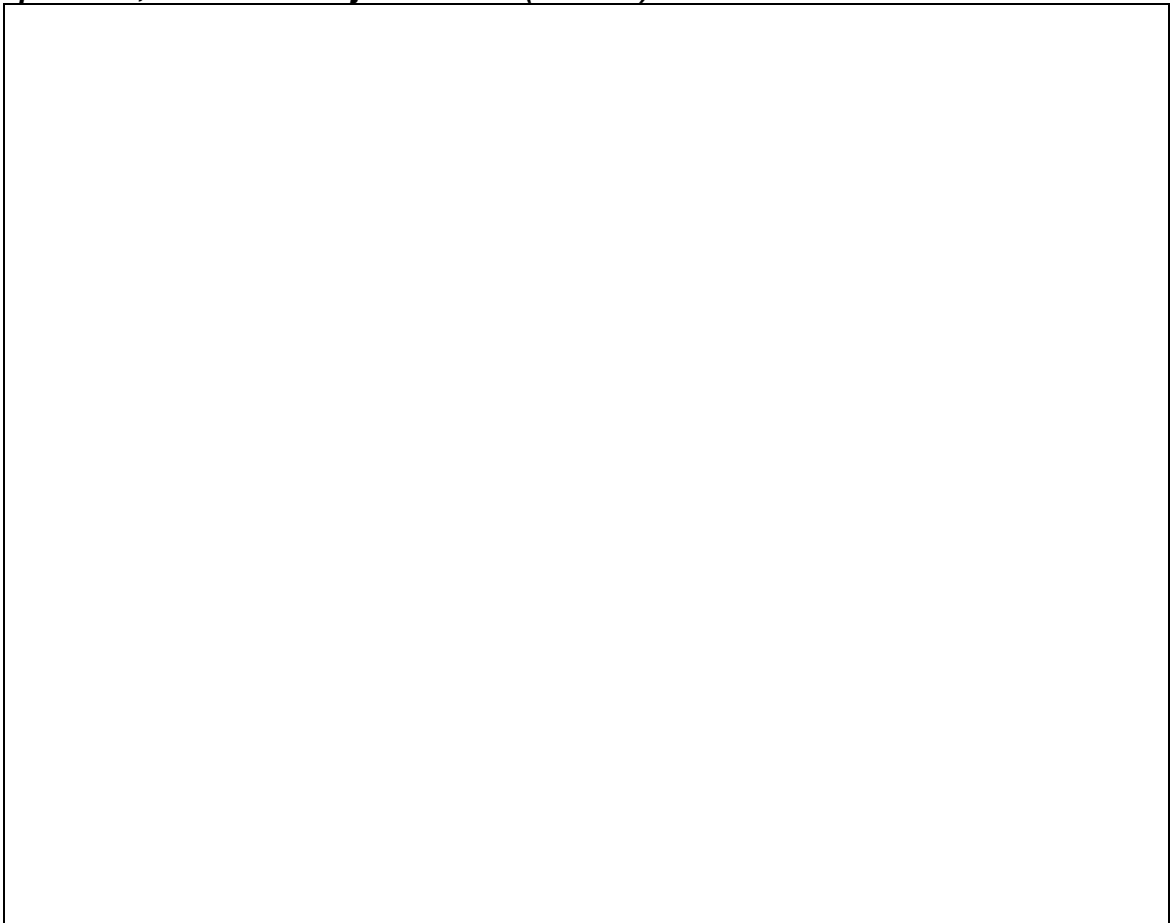
Continua...

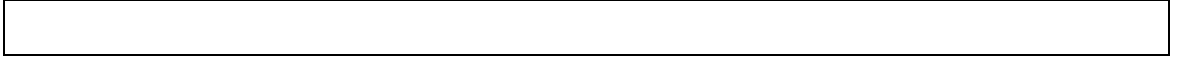
...continuação



Comentário sobre os Pontos de Falhas – Single Point of Failure

“são condições de ocorrência inter ou intralinhas de negócios que irão explicar o não-alcance, ou não-cumprimento integral de fatores críticos de sucesso, e, portanto, o não-atendimento às macroentidades: missão, estratégias, táticas, políticas, diretrizes e objetivos” Gil (2000:35)





ANEXO C

LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - QUADRO RESUMO

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação e organização própria ANS	Outros assuntos	
LEIS					
10.185 14.2.2001				1	Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
9.986 19.7.2000			1		Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências.
9.961 29.1.2000			1		Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.
9.656 04.6.1998				1	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
MEDIDA PROVISÓRIA					
2177-44 24.8.2001				1	Alteração das Leis 9.656-98 e 9.961-00
DECRETO					
Decreto 3.327 05.1.2000			1		Aprova o regulamento da ANS
RESOLUÇÕES RDC-ANS					
Res. RDC 87 01.10.2001	1				Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na SAMP Sistema Assistencial Médico Paraminense S/C Ltda. e nomeia o Diretor Fiscal.
Res. RDC 86 01.10.2001	1				Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial no Plano de Assistência Médica Miller Ltda. e nomeia o Liquidante.
Res. RDC 85 25.9.2001		1			Institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 84 21.9.2001	1				Dispõe sobre a determinação da alienação de carteira das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e dá outras providências. - Decreto 3.327
Res. RDC 83 22.8.2001				1	Dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.
Res. RDC 82 22.8.2001	1				Estabelece regras para a alienação compulsória de carteira de planos privados de assistência à saúde e altera dispositivo da RDC n.º 24 de 13 de junho de 2000.
Res. RDC 81(*) Republicada 16.8.2001				1	Classifica os procedimentos médicos constantes do Rol estabelecido pela RDC n.º 67 de 8 de maio de 2001, de acordo com as segmentações autorizadas pelo art. 12 da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998.
Res. RDC 80 10.8.2001	1				Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na CLIMOJ Assistência Médica de Jacarepaguá Ltda. e nomeia o Liquidante.
Res. RDC 79 10.8.2001		1			Institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS
Res. RDC 78 23.7.2001				1	Prorroga o prazo estabelecido no Art. 4º da Resolução-RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, que dispõe sobre a designação do médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 77 17.7.2001		1			Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS.
Res. RDC 76 2.7.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 75 12.6.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Servi Saúde Assistência Médica Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 74 12.6.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP Espírito Santo - Assistência Médica S/C Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 73 12.6.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP São Paulo Assistência Médica S/C Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 72 6.6.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Unimed de Volta Redonda Cooperativa de Trabalho Médico e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 71 4.6.2001			1		Define os Diretores responsáveis pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial e de Gestão.
Res. RDC 70 4.6.2001			1		Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.
Res. RDC 69 6.6.2001	1				Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na Bio Med Assistência Médica S/C Ltda. e nomeia o Liquidante
Res. RDC 68				1	Estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária e institui o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade.
Res. RDC 67				1	Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.

ANEXO C

...continuação

LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - QUADRO RESUMO

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação de organização própria ANS	Outros assuntos	
RESOLUÇÕES RDC-ANS					
Res. RDC 66 4.5.2001		1			Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde.
Res. RDC 65 24.4.2001				1	Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde.
Res. RDC 64 16.4.2001				1	Dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 63 5.4.2001	1				Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na Climoj Assistência Médica de Jacarepaguá Ltda. e nomeia o Diretor Fiscal.
Res. RDC 62 29.3.2001				1	Estabelece as normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.
Res. RDC 61 14.3.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal no SMB Sistema Médico Brasileiro Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 60 14.3.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal e de Direção Técnica no Plano de Assistência Médica Miller Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.
Res. RDC 59 9.3.2001	1				Acrescenta alínea ao inciso I do art. 51 da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 30, de 19 de julho de 2000.
Res. RDC 58 5.3.2001			1		Transforma cargos comissionados e altera o Anexo II da RDC nº 30, 19 de julho de 2000.
Res. RDC 57 5.3.2001		1			Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 56 16.2.2001	1				Dispõe sobre a nomeação de novo Diretor-Fiscal na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico
Res. RDC 55 16.2.2001		1			Dá nova redação ao inciso III do art. 3º da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.
Res. RDC 54 14.2.2001	1				Dispõe sobre a exclusão de ex-administrador de operadora de plano de saúde do rol de administradores alcançados por indisponibilidade de bens.
Res. RDC 53 1.2.2001	1				Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da Bio Med Assistência Médica S/C Ltda.
Res. RDC 52 1.2.2001	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Bio Med Assistência Médica S/C Ltda. e nomeia o Diretor-Fiscal.
Res. RDC 51 24.1.2001	1				Dispõe sobre a nomeação de novo Liquidante na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda. - Decreto 3.327
Res. RDC 50 15.1.2001			1		Resolução Administrativa
Res. RDC 49 4.1.2001	1				Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da Adress - Administração, representação de Sistemas de Saúde Ltda. e da Saúde Unicolor Assistência Médica Ltda.
Res. RDC 48 3.1.2001	1				Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda. e na Saúde Unicolor Assistência Médica Ltda. e nomeia os respectivos Liquidantes.
Res. RDC 47 3.1.2001	1				Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.
Res. RDC 46 28.12.2000		1			Altera as Resoluções de Diretoria Colegiada nº 28 e 29, de 26 de junho de 2000.
Res. RDC 45 27.12.2000	1				Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda e Saúde Unicolor Assistência Médica Ltda. e nomeia os Diretores-Fiscais.
Res. RDC 44 26.12.2000	1				Dispõe sobre a instauração dos Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico e nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.
Res. RDC 43 19.12.2000	1				Altera a redação do art. 4º da Resolução de Diretoria Colegiada -RDC nº 25, de 15 de junho de 2000.
Res. RDC 42 15.12.2000				1	Estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes.
Res. RDC 41 15.12.2000				1	Altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.
Res. RDC 40 14.12.2000	1				Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
Res. RDC 39 30.10.2000				1	Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
Res. RDC 38 30.10.2000		1			Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde-OPS.
Res. RDC 37 26.10.2000			1		Resolução Administrativa.
Res. RDC 36 23.10.2000			1		Resolução Administrativa.
Res. RDC 35 26.9.2000				1	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998.
Res. RDC 32 25.8.2000			1		Dispõe sobre a remuneração de pessoal em regime de contratação temporária.

ANEXO C

...continuação

LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - QUADRO RESUMO

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação de organização própria ANS	Outros assuntos	
RESOLUÇÕES RDC-ANS					
Res. RDC 31 15.8.2000			1		Altera os Anexos I e II da RDC nº 30, de 19 de julho de 2000.
Res. RDC 30 20.7.2000			1		Res. RDC 30, 20.7.2000, altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.
Res. RDC 29 28.6.2000		1			Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde.
Res. RDC 28 28.6.2000				1	Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto.
Res. RDC 27 28.6.2000		1			Estabelece os procedimentos para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras de planos e produtos privados de assistência suplementar à saúde.
Res. RDC 26 23.6.2000				1	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Res. RDC 25 23.6.2000	1				Dispõe sobre as operações voluntárias de alienação de carteiras de planos ou produtos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 24 16.6.2000		1			Dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde.
Res. RDC 23 8.6.2000				1	Altera a Resolução RDC n.º 10, de 3 de março de 2000, institui a Ficha de Compensação, estabelece a padronização para envio de informações que menciona e dá outras providências.
Res. RDC 22 2.6.2000		1			Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das Operadoras, com fins de recuperação para as que possuem dificuldades econômico-financeiras.
Res. RDC 21 15.5.2000				1	Revoga o rol de procedimentos publicado no anexo da Resolução CONSU 10.
Res. RDC 20 28.4.2000			1		Informa o novo endereço da sede da ANS – RJ, para efeito de encaminhamento de requerimentos e solicitações de registros possíveis de produtos e alteração de dados.
Res. RDC 19 07.4.2000			1		Resolução Administrativa.
Res. RDC 18 05.4.2000				1	Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656, 3 de junho de 1998.
Res. RDC 17 04.4.2000				1	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
Res. RDC 16 3.4.2000			1		Define os Diretores responsáveis pela Diretoria de Normas e habilitação de Operadoras e pela Diretoria de Gestão.
Res. RDC 15 31.3.2000			1		Dispõe sobre concessão de diárias aos ocupantes de Cargos Comissionados de Saúde Suplementar.
Res. RDC 14 31.3.2000				1	Dispõe sobre o recolhimento das multas aplicadas às operadoras de Saúde Suplementar.
Res. RDC 13 31.3.2000				1	Dispõe sobre a alteração de prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998.
Res. RDC 12 31.3.2000			1		Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.
Res. RDC 11 11.3.2000			1		Regulamenta o § 2º do art. 12 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e dá outras providências.
Res. RDC 10 10.3.2000				1	Dispõe sobre o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde.
Res. RDC 9 22.2.2000			1		Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Res. RDC 8 22.2.2000			1		Res. RDC 08 22.2.2000 Dispõe sobre o custeio de estadia de empregados ou servidores para os cargos e nas situações mencionadas e dá outras providências.
Res. RDC 7 22.2.2000				1	Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000.
Res. RDC 6 22.2.2000				1	Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária e dá outras providências.
Res. RDC 5 22.2.2000				1	Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.
Res. RDC 4 22.2.2000				1	Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências.
Res. RDC 3 22.2.2000		1			Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários.
Res. RDC 2 7.1.2000			1		Define o Diretor responsável pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos e Diretoria de Fiscalização
Res. RDC 1 7.1.2000				1	Aprova o Regimento Interno e dá outras providências.

ANEXO C

...continuação

LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - QUADRO RESUMO

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação de organização própria ANS	e Outros assuntos	
CARTA-CIRCULAR, CIRCULARES E EDITAIS - DIRETORIAS					
Carta-Circular 1 24.8.2001			1		Comunica que foi expedida a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 79 de 27 de julho de 2001, publicada no D.O.U. de 10/8/2001, que institui as normas para o cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS
Editais 1/2000 a 20/2001			1		Dispõem sobre contratação de serviços e aquisição de imobilizado
Circular 1 - DIOPE		1			Dispõe sobre comunicação à ANS da eleição, nomeação ou designação de administrador
PORTARIAS					
Publicadas pelo Gabinete do Ministro:					
553/00		1			Portaria Interministerial em conjunto com o Ministério da Fazenda - dispõe sobre o prazo a ser observado pela ANS para definição das normas de reajuste, dos procedimentos prévios e da padronização de instrumentos para envio de informações econômico-financeiras.
1306/99			1		Institui identificação para os servidores que desenvolvem atividades de fiscalização às operadoras de planos e seguros de saúde no âmbito do Ministério da Saúde
775/99			1		Formaliza a indicação dos servidores deste Ministério, para o exercício das atividades de fiscalização das Operadoras de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde
175/99			1		Altera composição da Câmara de Saúde Suplementar
3693/98			1		Institui o Sistema de Fiscalização de Planos de Saúde
3506/98			1		Estabelece a composição da Câmara de Saúde Suplementar
Publicadas pela Secretaria de Assistência à Saúde:					
511/2000		1			Determina o recadastramento de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço ao SUS, o cadastramento dos estabelecimentos de saúde hospitalares não contratados/conveniados com o SUS e dos estabelecimentos ambulatoriais, pessoas jurídicas, não vinculados ao SUS, bem como aprovando a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES
635/99				1	Determina que o processamento do sistema de identificação de beneficiários e as rotinas de cobrança e pagamento referentes ao ressarcimento serão realizados de acordo com as Resoluções CONSU nºs 07/98 e 22/99, na forma estabelecida nesta Portaria
560/99				1	Altera o Artigo 2º e o Parágrafo Único do Art. 3º da Portaria 506 e dá outras providências.
506/99				1	Prorroga o prazo estabelecido na Portaria 271, para retirada de arquivos de devolução e dá outras providências.
271/99				1	Determina que as operadoras de planos e seguros de saúde forneçam ao MS os dados cadastrais de seus usuários.
262/99				1	Define critérios para que as operadoras com produtos - cancelados requeiram novo registro junto ao MS.
261/99				1	Estabelece critérios para aplicação de multas às operadoras de Planos e Seguros Privados de Saúde que instituírem, ofertarem ou comercializarem seus produtos em desacordo com os Artigos 9º e 19º da Lei nº 9656/98.
260/99				1	Cancela os registros provisórios dos planos e seguros privados cujos contratos não foram apresentados no prazo estabelecido.
114/99				1	Prorroga o prazo estabelecido na Portaria SAS 49/100
049/99				1	Estabelece prazo para envio de contrato de produtos de saúde.
245/98		1			Dispõe sobre a rotina de entrega de requerimentos e de concessão de registro de produtos das operadoras de planos ou seguros privados de saúde.
233/98		1			Regulamenta o Registro de Planos e Seguros de Saúde no Ministério da Saúde
Publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar :					
69/00			1		Disciplina a contratação temporária de pessoal técnico para a ANS (Portaria conjunta ANS/MP).
01/00			1		Institui a Comissão de Seleção para acompanhar, supervisionar e executar os procedimentos relativos ao processo seletivo simplificado de contratação temporária (Diretoria de Gestão da ANS).

ANEXO C**LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE -
QUADRO RESUMO**

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação e organização da própria ANS	Outros assuntos	
RESOLUÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU					
02/2000			1		Aprova o Contrato de Gestão a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
01/2000				1	Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas a assistência de saúde suplementar, delega competência à ANS para atos que menciona e dá outras providências.
01/1998				1	Regimento Interno do CONSU
02/1998				1	Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no inciso XII do artigo 35º e no artigo 11 da Lei nº 9.656/98.
03/1998			1		Dispõe sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
04/1998				1	Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.
05/1998				1	Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei nº9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.
06/1998		1			Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.
07/1998		1			Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei nº 9656/98.
08/1998				1	Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.
09/1998				1	Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
10/1998				1	Dispõe sobre a elaboração do Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial.
11/1998				1	Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.
12/1998				1	Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
13/1998				1	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.
14/1998				1	Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.
15/1999				1	Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 4 de Novembro de 1998.
16/1999				1	Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.
17/1999				1	Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU n.º 2, de 3.11.1998
18/1999				1	Dispõe sobre o rito e prazos do processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades previstas na Lei 9656/98
19/1999	1				Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados
20/1999				1	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n.º 9.656/98.
21/1999				1	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei n.º 9.656/98.
22/1999				1	Altera as Resoluções CONSU nºs 7 e 9/98, que dispõem sobre informações ao MS, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS
23/1999				1	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS.

ANEXO C

...continuação

LEGISLAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - QUADRO RESUMO

LEGISLAÇÃO	TIPO DE ASSUNTO				EMENTA
	Direção, liquidação e alienação de carteira	Instituição de obrigações executadas ou controladas pela Controladoria	Criação e organização da própria ANS	Outros assuntos	
RESOLUÇÕES DE DIRETORIAS DIVERSAS					
Diretoria de Operadoras:					
Res. RE 05 30.8.2001				1	Homologa solicitação de autorização de funcionamento para Sociedade Seguradora Especializada em Saúde.
Res. RE 04 10.8.2001				1	Homologa solicitação de autorização de funcionamento para Sociedade Seguradora Especializada em Saúde.
Res. RE 03 10.8.2001				1	Homologa solicitação de autorização de funcionamento para Sociedade Seguradora Especializada em saúde
Res. RE 02 9.7.2001				1	Homologa solicitações de autorização de funcionamento para Sociedades Seguradoras Especializadas em saúde.
Res. RE 01 16.1.2001		1			Institui o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial:					
Res. RE 6 14.2.2001				1	Estabelece nova sistemática para o processamento do Ressarcimento ao SUS.
Res. RE 5 28.8.2000				1	Padroniza documentos para processo de impugnações ao Ressarcimento ao SUS e revoga RE nº 01 de 30 de março de 2000.
Res. RE 4 28.6.2000				1	Dispõe sobre o processamento das AIH passíveis de ressarcimento cuja competência esteja compreendida entre os meses de dezembro/1999 a fevereiro/2000.
Res. RE 3 27.4.2000				1	Dispõe sobre procedimentos de ressarcimento ao SUS, com base no processamento das AIH.
Res. RE 2 5.4.2000				1	Dispõe sobre procedimentos de ressarcimento ao SUS, com base no processo das AIH
Res. RE 1 5.4.2000				1	Dispõe sobre procedimentos de ressarcimento ao SUS
Diretoria de Fiscalização:					
Res. RE 2 7.12.2000				1	Institui modelo de AUTO DE INFRAÇÃO
Res. RE 1 15.5.2000			1		Dispõe sobre julgamentos e procedimentos para o recolhimento das multas fixadas nas decisões proferidas em processo administrativos.
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos:					
Res. RE 5 20.6.2001		1			Define procedimento para apresentação da Solicitação de Reajuste de que trata o anexo I da RDC n.º 66 de 3 de maio de 2001, quando o período de aplicação tenha início no mês de julho de 2001.
Res. RE 4 10.5.2001		1			Define procedimento para apresentação da Solicitação de Reajuste de que trata o anexo I da RDC n.º 66 de 03 de maio de 2001, quando o período de aplicação tenha início nos meses de maio e junho de 2001.
Res. RE 3 3.01.2001		1			Estabelece o prazo para apresentação dos documentos de que trata a RDC nº 46, de 28 de dezembro de 2000.
Res. RE 2 27.9.2000				1	Dispõe sobre os pedidos de prorrogação do prazo de que trata o art. 8º da Resolução RDC n.º 28, de 26 de junho de 2000.
Res. RE 1* 3.5.2000				1	Dispõe sobre as informações a serem enviadas à ANS, relativas ao registro de PLANOS REFERÊNCIA.
					* Retifica a Resolução - RE N°1, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos.
Res. RE 1 24.4.2000				1	Dispõe sobre as informações a serem enviadas à ANS, relativas ao registro de PLANOS REFERÊNCIA.
TOTAIS	0	4	1	14	

FLUXOGRAMA DAS OPERAÇÕES DE CONTAS MÉDICO-HOSPITALARES E GLOSAS

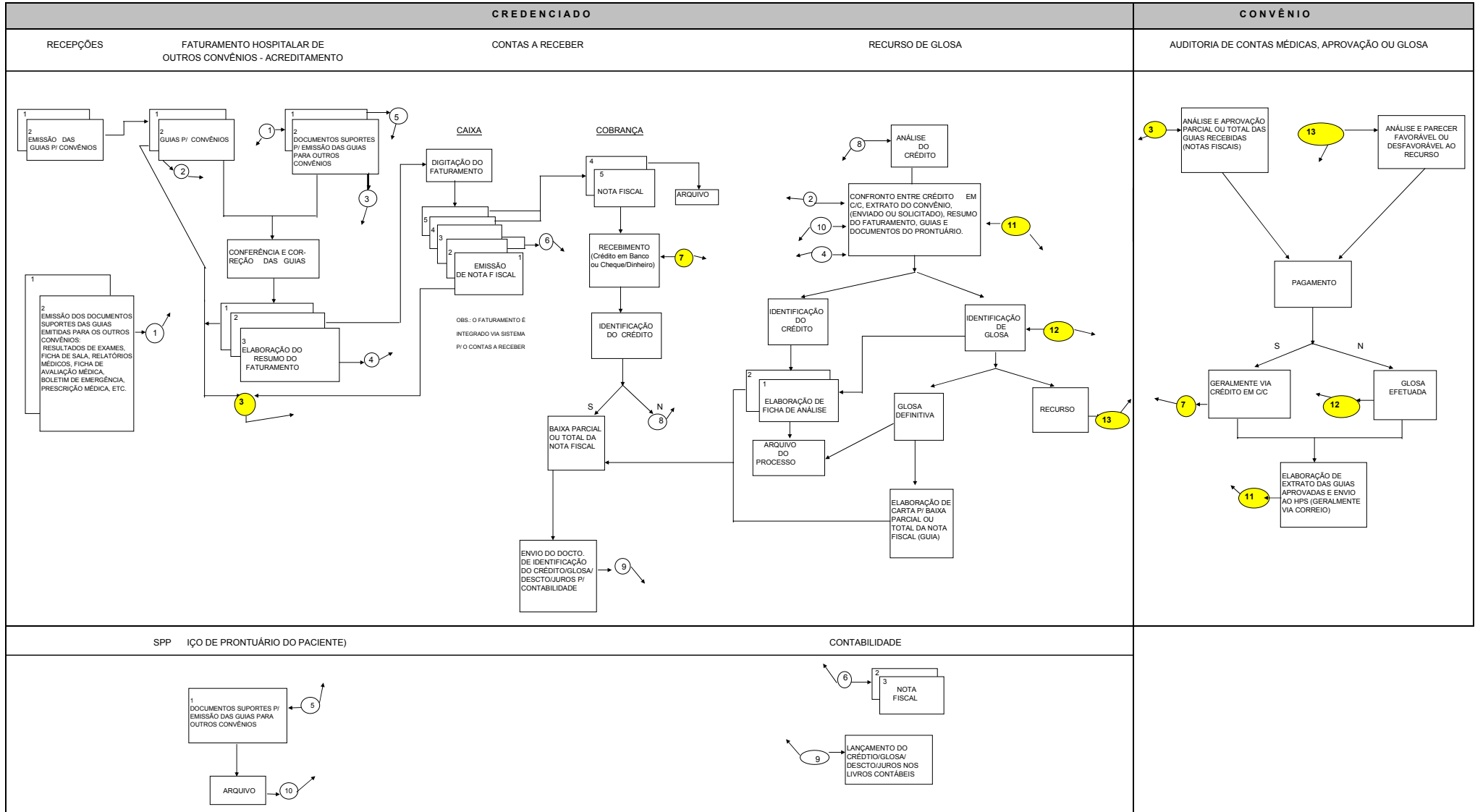
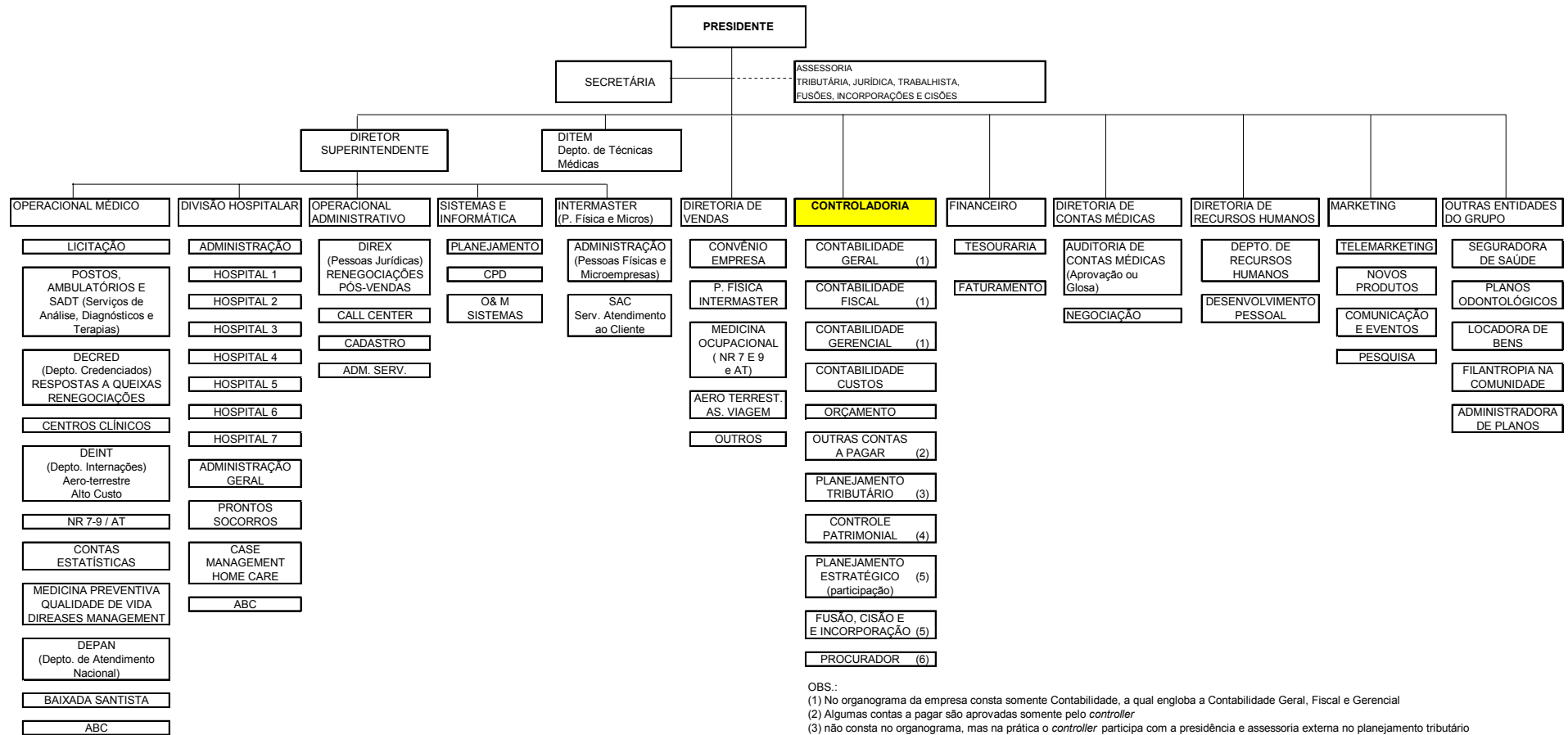


Figura 14 - Fluxograma das Operações de Contas Médico-Hospitalares e Glosas
 Fonte: Organograma fornecido por um dos respondentes da pesquisa, omitido por motivo de sigilo empresarial e profissional

ORGANOGRAMA DE UMA OPS - GRANDE PORTE

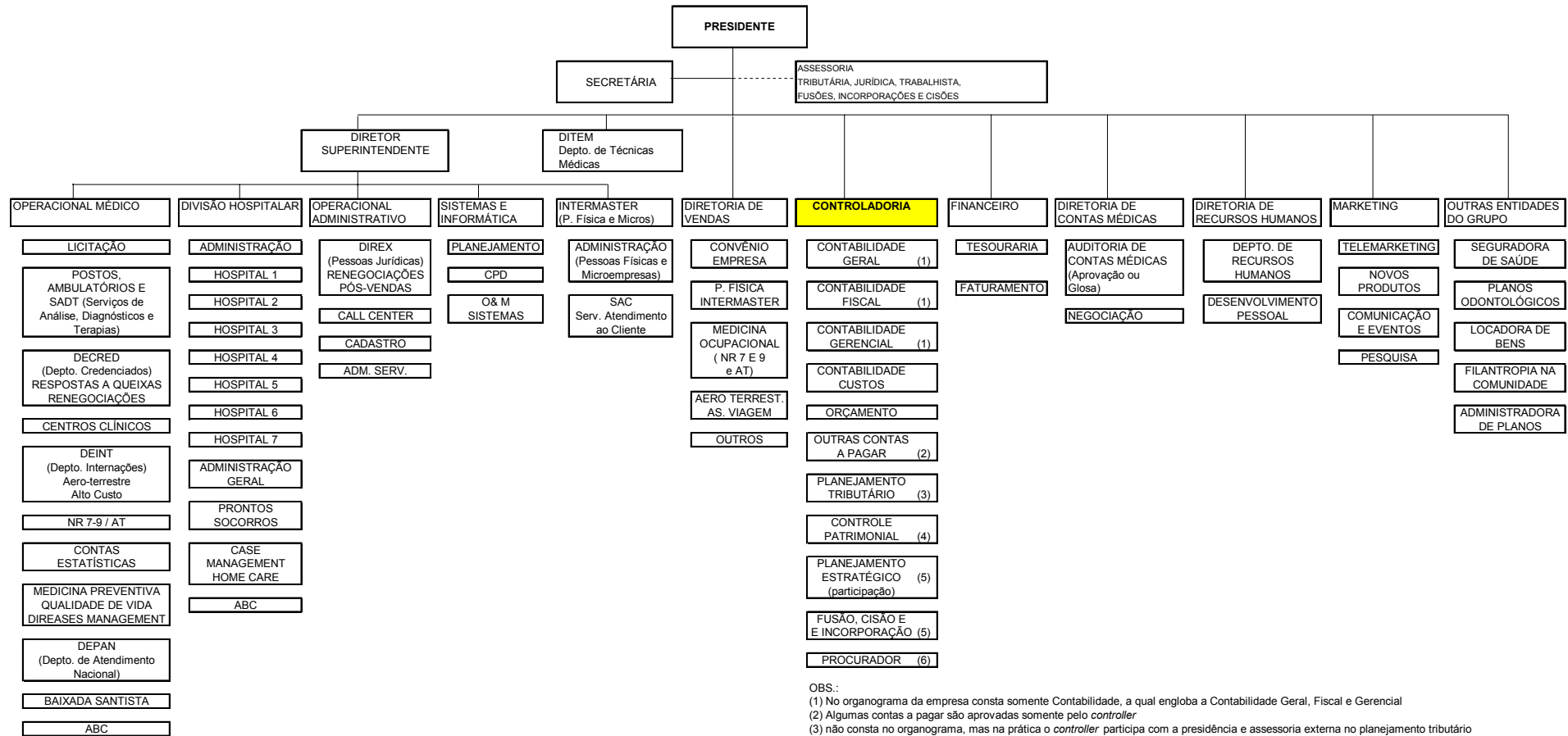


OBS.:
 (1) No organograma da empresa consta somente Contabilidade, a qual engloba a Contabilidade Geral, Fiscal e Gerencial
 (2) Algumas contas a pagar são aprovadas somente pelo *controller*
 (3) não consta no organograma, mas na prática o *controller* participa com a presidência e assessoria externa no planejamento tributário
 (4) não consta no organograma, mas é realizado pela Contabilidade Geral
 (5) não consta no organograma, mas na prática o *controller* participa com a presidência, superintendência, diretorias e assessorias externas
 (6) o *controller* é procurador para assinar cheques em conjunto com o outro procurador, o qual é o Diretor Financeiro

- NOTAS:
- a) O Controller tem para o seu cargo o nome de Diretor Administrativo-Financeiro
 - b) Classificando-se as empresas em três áreas - operacional, administrativa e comercial - tem-se as seguintes subdivisões:
 Operacional: Operacional Médico, Divisão Hospitalar e Operacional Administrativo
 Administrativa e Financeira: Sistemas e Informática, Controladoria, Financeiro e Diretoria de Recursos Humanos
 Comercial: Intermaster, Diretoria de Vendas e Marketing
 - c) As outras entidades do grupo são estratégicas com finalidade de complementar a atividade (Seguradora, Planos Odontológicos e Administradora de Planos) reduzir a carga tributária e aumentar a distribuição de lucros (Locadora de Bens) e manter a imagem institucional (Filantropia na Comunidade)

Figura 15 - Organograma de uma OPS - Grande Porte
 Fonte: Organograma fornecido por um dos respondentes da pesquisa, omitido por motivo de sigilo empresarial e profissional

ORGANOGRAMA DE UMA OPS - GRANDE PORTE



OBS.:
 (1) No organograma da empresa consta somente Contabilidade, a qual engloba a Contabilidade Geral, Fiscal e Gerencial
 (2) Algumas contas a pagar são aprovadas somente pelo *controller*
 (3) não consta no organograma, mas na prática o *controller* participa com a presidência e assessoria externa no planejamento tributário
 (4) não consta no organograma, mas é realizado pela Contabilidade Geral
 (5) não consta no organograma, mas na prática o *controller* participa com a presidência, superintendência, diretorias e assessorias externas
 (6) o *controller* é procurador para assinar cheques em conjunto com o outro procurador, o qual é o Diretor Financeiro

- NOTAS:
- a) O Controller tem para o seu cargo o nome de Diretor Administrativo-Financeiro
 - b) Classificando-se as empresas em três áreas - operacional, administrativa e comercial - tem-se as seguintes subdivisões:
 Operacional: Operacional Médico, Divisão Hospitalar e Operacional Administrativo
 Administrativa e Financeira: Sistemas e Informática, Controladoria, Financeiro e Diretoria de Recursos Humanos
 Comercial: Intermaster, Diretoria de Vendas e Marketing
 - c) As outras entidades do grupo são estratégicas com finalidade de complementar a atividade (Seguradora, Planos Odontológicos e Administradora de Planos) reduzir a carga tributária e aumentar a distribuição de lucros (Locadora de Bens) e manter a imagem institucional (Filantropia na Comunidade)

Figura 15 - Organograma de uma OPS - Grande Porte
 Fonte: Organograma fornecido por um dos respondentes da pesquisa, omitido por motivo de sigilo empresarial e profissional

ORGANOGRAMA DE HOSPITAL

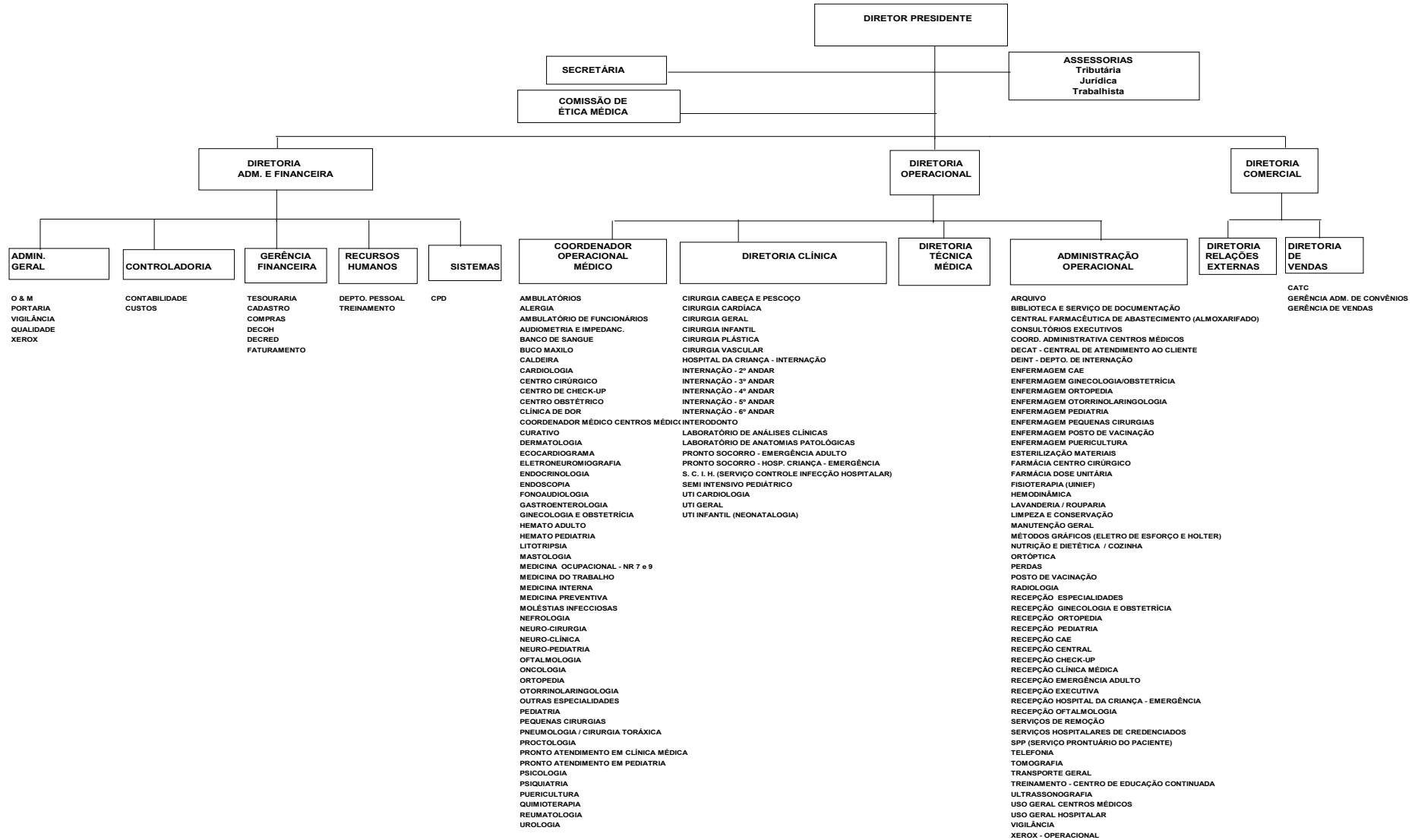


Figura 16 - Organograma de Hospital
 Fonte: Organograma fornecido por um dos respondentes da pesquisa, omitido por motivo de sigilo empresarial e profissional

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Arlindo de. *Medicina Privada no Brasil*, palestra proferida na I Teleconferência Brasil-Canadá em 3/10/2000.

_____. *Interface e Articulação entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro*, palestra proferida no Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde. Brasil: Senado Federal, 28.8.2001.

ATKINSON, Anthony A., BANKER, Rajiv D., KAPLAN, Robert S., et al. *Management accounting*. 2nd ed. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1997.

ATRILL Peter, McLANEY, Eddie. *Management accounting: an active learning Approach*. Oxford, Blackwell Publishers, 1994.

BALLA, Steven J. *Markets, governments, and HMO development in the 1990s* Journal of Health Politics, Policy and Law. Volume 24 - Número 2, ISSN 03616878; Durham; Apr 1999.

CARUTH, Donald L., STOVALL, Steven Austin. *NTC's american business terms dictionary*. Illinois, National Textbook Company, 1995.

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

COBUILD. *Essential Dictionary*. Great Britain: Caledonian International Book Manufacturing Ltd., 1996.

DOWNES, John e GOODMAN, Jordan Elliott. *Dicionário de termos financeiros e de Investimento*. Tradução por Ana Rocha Tradutores Associados. São Paulo: Nobel, 1993.

ESTES, Ralph W. *Dictionary of accounting*. 2nd ed. USA: The MIT Press, 1995.

FIGUEIREDO, Sandra, CAGGIANO, Paulo Cesar. *Controladoria: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

GIL, Antônio de Loureiro. *Auditoria de negócios*. São Paulo: Atlas, 2000.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas: 1991.

GOLDENBERG, Maria da Conceição Louro. *Contabilidade estratégica: o papel do controller no processo de planejamento estratégico*. (Mestrado em Ciências Contábeis), São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. 1994, 185 p.

GOODMAN, Sam R., REECE, James S. *Controller's Handbook*. USA: Dow Jones-Irwin, 1978.

HORNGREN, Charles T., SUNDEM, Gary L., STRATTON, William O. *Introduction to management accounting*. USA: Prentice-Hall Inc., 1999.

HUSSEY, R. *Dictionary of accounting*. Great Britain: Oxford University Press, 1995.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MANUAL de preenchimento aplicável às operadoras de planos de assistência à saúde. Brasil. ANS, 2000. Texto disponível na internet: [site http://www.ans.org.br](http://www.ans.org.br) [20.09.2001].

MESSMER, Max. The role of the controller. *Management Accounting*. USA, fev. 1999.

MONTONE, Januário. *A regulamentação do setor de saúde suplementar*. Palestra Ministrada ao Conselho Nacional de Saúde em 7 de junho de 2000, Brasília – DF.

MOREIRA, Daniel Augusto. *Natureza e Fontes do Conhecimento em Administração*. Revista Administração On Line. São Paulo: FECAP, Volume I – Número 1, ISSN 1517-7912, jan/fev/mar, 2000.

NAKAGAWA, Masayuki. *Introdução à controladoria: conceitos, sistemas, implementação*. São Paulo: Atlas, 1993.

OLIVEIRA, Luís Martins de. *Controladoria: conceitos e aplicações*. São Paulo: Futura, 1998.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira, 1997.

OLIVEIRA, Cândido de. *Dicionário Mor da Língua Portuguesa*. São Paulo: Livro'Mor, 1971.

PEIRCE, James L. *A Collection of His Writings*. The Government Accountants Journal; Vol. 48 – Issue 3, ISSN 0883148, Arlington; Fall 1999, pág. 59.

PELEIAS, Ivam Ricardo. *Avaliação de desempenho: um enfoque de gestão econômica*. (Mestrado em Ciências Contábeis), São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. 1992, 169 p.

PINHO, Manoel Orlando de Moraes. *Dicionário de termos de negócios: português-inglês: english-portuguese*. 2 ed. São Paulo: Atlas: 1997.

PEREZ JUNIOR, José Hernandes, PESTANA, Armando Oliveira, FRANCO, Sérgio Paulo Cintra. *Controladoria de gestão: teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 1995.

RABINOWITZ, Allan M. Rabinowitz. *Controllershship: The Work of the Managerial Accountant*. 6th ed. The CPA Journal, Vol. 70 - Issue 11, ISSN 07328435, New York, nov 2000, pág. 13

REVISTA BALANÇO ANUAL, edição Anual, ano XXIV, nº 24, ed. Gazeta Mercantil S.A., julho de 2000, p. 292-293.

REVISTA EXAME, edição Melhores e Maiores 2000, ed. Abril, junho de 2000, p. 80, 92-96, 125 e 242.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução do projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 1986.

RUIZ, João Álvaro. *Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudo*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SÁ, Antônio Lopes de, SÁ, Ana M. Lopes de. *Dicionário de Contabilidade*. 9. ed. São Paulo: Atlas: 1994.

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE SAÚDE. Revista Trevisan. n.80, p. 16-29, 1994.

WIXON, Rufus, KELL, Walter G., BEDFORD, Norton M. *Accountants' Handbook*. 5th ed., USA: The Ronald Press Company, 1970.

ZIMMERMAN, Jerold L. *Accounting for decision making and control*. 2nd ed.

USA: Irwin/McGraw-Hill, 1997.

Legislação Consultada

BRASIL, Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, publicada no D.O.U. de 4/6/1998.

BRASIL, Medida Provisória 1976-23 de 10/2/2001, publicada no D.O.U. de 11/2/2001.

BRASIL, Resoluções nº 1 a 87 da Diretoria Colegiada da ANS.

Sites Consultados

ABRAMGE – Associação Brasileira das Empresas de Medicina de Grupo.
<http://www.abramge.com.br/>

ADEMP - Asociación de Entidades de Medicina Prepaga.
<http://www.ademp.com.ar>

ALAMI - La Asociación Latinoamericana de Sistemas Privados de Salud.
<http://www.alami.org>

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br>

CHILE. http://www.gobiernodechile.cl/gobierno_ministerios/MSalud1.htm

COOPERATIVA. <http://www.cooperativa.com.br>

HEALTH LATIN AMERICA. <http://companias.ehealthla.com>

UNIMED. <http://unimed.com.br>