

# **ESTRUTURA DE CUSTOS DE UMA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM REDE PRÓPRIA**

**René Gomes Dutra**

**Ricardo Lopes Cardoso**

## **Resumo:**

*Considerou-se o aumento das preocupações dos gestores com os controles da atividade, após o corte da ciranda inflacionária. Abordou-se as ações, reguladora e normatizadora, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atuando sobre as atividades desenvolvidas pelas empresas que operam planos de saúde (OPS). Caracterizou-se as formas de atuação das OPS, em função da utilização de redes próprias ou de terceiros no atendimento aos beneficiários dos planos de saúde e seus reflexos na escolha do método de custeio mais adequado para a determinação do custo dos serviços. Em seqüência, são analisados os principais métodos de custeio, esquematizadas as formas de apuração de resultados por cada um deles e sugerido o mais adequado para ser implantado e utilizado pelas OPS. Elaborou-se a configuração básica, com os diversos órgãos de uma empresa operadora, com rede própria de atendimento e, sobre a configuração desta empresa hipotética, aplicou-se um exemplo numérico, com o objetivo de ilustrar os conceitos.*

## **Palavras-chave:**

**Área temática:** *Mensuração e Gestão de Custos no Comércio, na Construção Civil e no Setor Serviços*

**ESTRUTURA DE CUSTOS DE UMA OPERADORA DE PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM REDE PRÓPRIA**

René Gomes Dutra e Ricardo Lopes Cardoso  
(Mestrandos em Ciências Contábeis)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ  
Faculdade de Administração e Finanças – FAF  
Mestrado em Ciências Contábeis – MCC

Endereço do primeiro autor: Rua São José, 70, 4º andar  
Centro – Rio de Janeiro – CEP 20010-020 – rdutra\_bkr@ig.com.br

Vínculo dos autores com a UERJ: Alunos do Programa de  
Mestrado em Ciências Contábeis

Área temática: 9) Mensuração e Gestão de Custos no Comércio,  
na Construção Civil e no Setor de Serviços

## **ESTRUTURA DE CUSTOS DE UMA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COM REDE PRÓPRIA**

Área temática: 9) Mensuração e Gestão de Custos no Comércio, na Construção Civil e no Setor de Serviços

### **RESUMO**

Considerou-se o aumento das preocupações dos gestores com os controles da atividade, após o corte da ciranda inflacionária. Abordou-se as ações, reguladora e normatizadora, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atuando sobre as atividades desenvolvidas pelas empresas que operam planos de saúde (OPS).

Caracterizou-se as formas de atuação das OPS, em função da utilização de redes próprias ou de terceiros no atendimento aos beneficiários dos planos de saúde e seus reflexos na escolha do método de custeio mais adequado para a determinação do custo dos serviços.

Em seqüência, são analisados os principais métodos de custeio, esquematizadas as formas de apuração de resultados por cada um deles e sugerido o mais adequado para ser implantado e utilizado pelas OPS.

Elaborou-se a configuração básica, com os diversos órgãos de uma empresa operadora, com rede própria de atendimento e, sobre a configuração desta empresa hipotética, aplicou-se um exemplo numérico, com o objetivo de ilustrar os conceitos.

### **I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Os gestores da atividade médico-hospitalar, como é natural e louvável, sempre mantiveram rigoroso controle das suas atividades fins. Entretanto, a grande maioria, sempre relegou a segundo plano os demais controles, tanto os administrativos quanto os financeiros. Com os índices inflacionários em níveis muito elevados, não havia maior preocupação, pois todos os gastos eram repassados aos preços dos serviços, inclusive os da ineficiência, não causando maiores problemas que pudessem atrapalhar a evolução e o desenvolvimento das empresas atuantes neste mercado.

Controlada a inflação e aumentada a competitividade, estabeleceu-se nova mentalidade e os gestores da área foram obrigados a se preocupar com resultados e tiveram de implantar sistemas mais eficientes de controle, sendo o custo um dos instrumentos mais importantes, neste aspecto.

A partir de 2000, com o advento da Lei nº 9.961 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade 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. Estes controles passaram a exigir maior cuidado por parte dos gestores, tendo em vista as obrigações acessórias impostas com esta regulação.

O presente trabalho tem por objetivo sugerir um método de custeio que atenda às necessidades informacionais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e que apresente, ao mesmo tempo, uma relação de custo

*versus* benefício favorável às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS).

Objetivando eleger um método de custeio melhor aplicável ao setor de plano de saúde, deve-se levar em consideração as peculiaridades das atividades desenvolvidas pelas empresas nele atuantes.

Nesse contexto, apresentamos, de forma resumida, os métodos de custeio e os analisaremos no tocante a aplicabilidade nas OPS para, ao final, sugerir a adoção daquele que melhor se adequa às características do setor.

Cabe ressaltar que o presente trabalho não tem a pretensão de exaurir o assunto, mas sugerir um método de custeio que expresse adequadamente o resultado das operadoras, além de suscitar o debate sobre a questão.

## **II – ATIVIDADES DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

Apesar da diversidade de atividades atribuídas à ANS, nos limitaremos apenas àquelas pertinentes a este trabalho.

Buscando padronizar os termos utilizados pelo mercado, a primeira preocupação do Poder Legislativo foi estabelecer conceitos e definições, tanto que o artigo 1º da Lei nº 9.656/98 assim estabelece:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - 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, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos ou integrantes de rede própria, 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;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

Já a necessidade de definir “rede própria” surgiu quando da segmentação do mercado, que se deu pela Resolução da Diretoria do Colegiado da ANS RDC nº 39/2000.

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

- I - hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:
- a) da operadora;

- b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
  - c) de entidade ou empresa controladora da operadora;
- II - médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

Considerando que uma das atribuições da ANS é monitorar o desempenho econômico-financeiro das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS), acompanhando *in loco* nos regimes de Direção Fiscal e Direção Técnica e intervindo no caso de liquidação, surgiu a necessidade de estabelecer a uniformização dos métodos de apuração do resultado contábil das operadoras e sua evidenciação ao mercado, exigindo-se, portanto, sua padronização.

O processo de padronização dos métodos contábeis de apuração do resultado das operadoras iniciou-se com a implantação de um Plano de Contas Padrão, a ser obrigatoriamente adotado por todas as OPS, exceto as classificadas como autogestão patrocinada. No tocante à evidenciação, elas estão obrigadas à publicação anual das demonstrações contábeis, em jornal de grande circulação e à apresentação trimestral à ANS dos dados contidos no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS).

Pelo Plano de Contas Padrão, a OPS deve contabilizar os gastos com assistência à saúde de seus beneficiários como “eventos conhecidos” (contas 4111 ou 4112, dependendo se a assistência é médico-hospitalar ou odontológica, respectivamente).

Considerando uma OPS que não dispõe de rede própria, esta contabilização é bastante fácil. Pois, a fatura emitida pelo prestador dos serviços identifica os elementos de custos, classificando-os em “consultas e honorários médicos”, “exames e terapias” e “demais despesas assistenciais”. O momento de reconhecimento contábil, em respeito ao Princípio da Competência e ao Postulado da Confrontação das Despesas com as Receitas, é o instante em que a OPS tomou conhecimento de tal evento. O montante a ser reconhecido, respeitando o Princípio do Registro pelo Valor Original, é o valor da fatura, ou do aviso de conhecimento, tendo em vista que o prestador do serviço não costuma faturar enquanto as contas estiverem em análise e sujeitas às eventuais glosas antes da aprovação.

O problema surge quando a OPS tem rede própria. Pois, ao contabilizar os eventos conhecidos, não dispõe de uma fatura e os gastos com médicos, enfermeiros e pessoal de apoio, bem como os demais, tais como IPTU, energia, água etc. do prédio são incorridos e devidos, independentemente de atendimento aos beneficiários.

Neste caso, a ANS tem recomendado que as OPS contabilizem tais gastos como “despesas administrativas com pessoal” (46110 e 46120) e “outras despesas de operação de assistência médico-hospitalar ou odontológica – outras” (44138 ou 44148), para ao final do mês, rateá-los às contas de “eventos conhecidos”.

Importante observar que a ANS não propôs qualquer critério de rateio, exigindo, apenas, que o critério seja representativo das operações da entidade e que o mesmo seja usado de forma consistente ao longo do tempo.

### III – CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE DE PLANO DE SAÚDE

Dispondo ou não de rede própria, as operadoras de planos de assistência à saúde (OPS) possuem algumas características que são comuns a ambas e outras que são específicas.

#### III.1 – *Características Comuns às OPS com e sem Rede Própria*

A atividade de plano de saúde compreende a prestação de serviços de assistência à saúde a um grupo de pessoas, sendo cada um dos seus componentes chamado beneficiário ou usuário do plano, cuja receita operacional da operadora corresponde às contraprestações pecuniárias pagas (ou devidas) pelos titulares do grupo de beneficiários. Esta receita pode ser auferida pela modalidade pré ou pós-pagamento.

Na de pré-pagamento, o titular do grupo paga um valor fixo por mês (mensalidade), independente do uso, pelos componentes do grupo, dos serviços médico-hospitalares contratados.

Pode-se afirmar que ela funciona como uma espécie de seguro, pois o titular paga um valor, mensalmente, e fica satisfeito em não utilizar-se dos serviços pelo qual pagou. Isto significa que ele está em gozo de plena saúde, que não ficou doente. Neste caso, a OPS assume o risco assistencial, pois seus beneficiários tanto podem gozar de excelente estado de saúde e não necessitar ir ao médico, proporcionando baixo custo operacional no período; como, podem ser acometidos por enfermidades graves e necessitar até de transplantes, incorrendo a OPS em altos custos operacionais.

Pelo Princípio Contábil da Competência, a operadora reconhece a receita auferida em pré-pagamento, no momento em que se inicia o risco assistencial. Como o período é mensal, a operadora reconhece esta modalidade de receita no próprio mês.

Exemplificando, a OPS emitiu duas faturas, no valor de \$100,00 cada, contra um determinado usuário, sendo uma relativa ao mês em curso e outra ao mês subsequente; neste caso, somente o valor relativo à primeira fatura é reconhecido como receita deste período. Como a segunda fatura corresponde a risco do período seguinte, o seu valor é considerado retificação do ativo circulante (faturamento antecipado, contas 12317 – assistência médico-hospitalar, ou 12327 – assistência odontológica e 12337 – taxa de administração) e no mês seguinte, será reconhecido como receita.

No mês da emissão:

Pela emissão:

D	12312	contraprestação pecuniária a receber - assist. médico-hospit. - pré-p.	200,00
C	12317	faturamento antecipado - assist.médico-hospit. - pré-pagamento	100,00
C	31111	contraprestação pecuniária - assist.médico-hospit. - pré-pagamento	100,00

Pelo recebimento:

D	12110	caixa	100,00
C	12312	contraprestação pecuniária a receber - assist.médico-hospit. - pré-p.	100,00

No mês seguinte:

Pela apropriação à receita:

D	12317	faturamento antecipado - assist.médico-hospit. - pré-pagamento	100,00
C	31111	contraprestação pecuniária - assist.médico-hospit. - pré-pagamento	100,00

**Pelo recebimento:**

D	12110 caixa	100,00
C	12312 contraprestação pecuniária a receber - assist.médico-hospit. - pré-p.	100,00

Segregando-se receitas e despesas por grupo de beneficiários, o Postulado da Confrontação entre Despesas e Receitas estaria sendo desobedecido, uma vez que a receita é auferida mensalmente, enquanto a despesa só ocorre quando a OPS for informada pelo prestador do serviço de que seu beneficiário efetivamente utilizou os serviços. Em função disto, as OPS se baseiam em estudos atuariais para estabelecer o valor das mensalidades de cada grupo que ingressa no plano e para constituir provisões técnicas (conforme RDC nº 77/2001). Além disso, tanto as receitas quanto as despesas não são, contabilmente, segregadas por grupos, mas são consideradas pela totalidade da classe obedecendo, assim, aquele Postulado. Gerencialmente, para se definir o resultado de diferentes unidades de negócios, elas podem ser estabelecidas por faixa etária, por região, tamanho e atividade econômica das empresas etc.

A outra modalidade de receita da OPS é sob a forma de pós-pagamento, isto é, aquela em que o usuário só paga quando utiliza o serviço. O plano de saúde cuja receita é auferida pela modalidade em pós-pagamento também é chamado pelas cooperativas médicas de “plano em custo operacional”. Neste caso, o titular assume a maior parte do risco assistencial, por exemplo, se for acometido por enfermidades graves e necessitar de transplantes, arcará com os custos dos procedimentos.

Quanto à receita em pós-pagamento, a OPS incorre no gasto assistencial antes de auferir a receita. Entretanto, por orientação da ANS, nestes casos, as OPS devem faturar dentro do mês, reconhecendo as receitas; quando não for possível a OPS emitir fatura no mesmo mês, deve reconhecer as receitas, pelo menos, no montante dos gastos incorridos até o momento. Desta forma, a OPS reconhece as receitas e os gastos quase que simultaneamente, respeitando o Princípio Contábil da Competência e o Postulado da Confrontação entre Despesas e Receitas.

Conclui-se que a operadora, tendo rede própria ou não, e por qualquer das duas modalidades de pagamento, reconhece todos os gastos como despesas, bem como as receitas, no momento em que elas ocorrem, quer estejam diretamente relacionadas à efetiva prestação dos serviços de assistência à saúde de seus beneficiários (modalidade de pós-pagamento), quer estejam indiretamente relacionadas (modalidade de pré-pagamento). Deve-se lembrar que tais gastos não transitam por estoque de serviços.

Essa sistemática de não reconhecer gastos como estoque de serviços é validada pelo Plano de Contas Padrão instituído pela RDC 38/2000, pois o Plano de Contas não prevê a conta “estoque de serviços em andamento”. Logo, ao se optar pela utilização de um ou outro método de custeio, não há que se preocupar com a avaliação de estoques, uma vez que estes não existem, pois todos os gastos da operação, incorridos no período, são levados a resultado, confrontando com as receitas do mesmo.

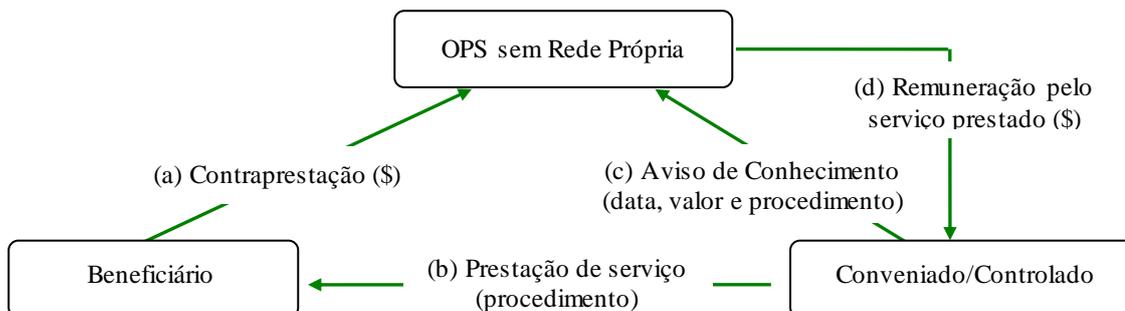
**III.2 – Características específicas das OPS sem Rede Própria**

Nas OPS que não dispõem de rede própria e naquelas cuja a rede própria é de propriedade de empresa controlada pela operadora, a contabilização dos

eventos é bastante simples, pois os gastos incorridos na prestação dos serviços de saúde são informados, mediante fatura ou qualquer outro documento hábil (por exemplo aviso de conhecimento), emitido pelo prestador de serviços (credenciado ou conveniado) no momento em que determinado beneficiário utilizou-se de seus serviços, especificando o valor e os procedimentos realizados.

A figura abaixo ilustra como funciona o relacionamento entre a operadora, o prestador conveniado e o beneficiário:

Figura I – Relacionamento sem rede própria



Por exemplo: o Hospital Boa Saúde informa à OPS Prestativa que o Sr. Condríaco foi consultado pelo médico credenciado Dr. Credêncio, no dia 19 de julho e o valor do procedimento *consulta* foi \$ 50,00. Nesta hipótese, a OPS Prestativa efetuará o seguinte lançamento, pelo conhecimento do evento:

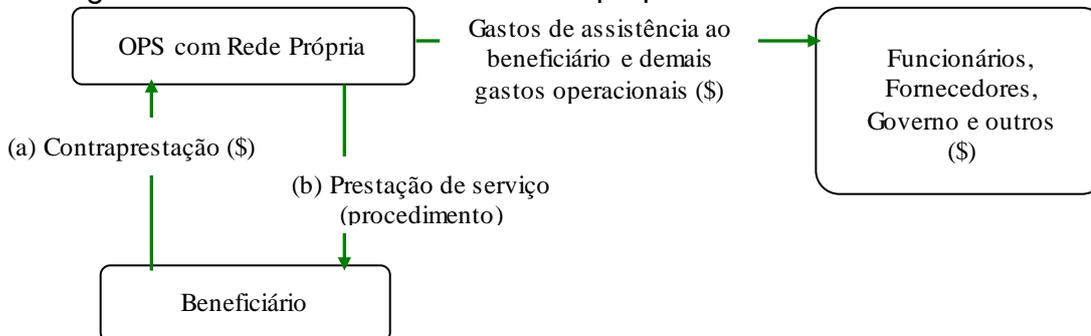
D	41113 eventos conhecidos - consultas por conveniados	50,00
C	22113 eventos a liquidar	50,00

### III.3 – Características específicas das OPS com Rede Própria

Nas OPS que dispõem de rede própria, cujo hospital é de propriedade da operadora (Lei nº 9.656/98, art. 2º, inc. I, alínea “a”), a contabilização dos serviços é mais complexa, pois não há a pessoa do prestador de serviços para lhes informar a data e o valor do atendimento ao beneficiário, bem como os procedimentos realizados.

Neste caso, a relação entre as partes seria representada pela seguinte figura:

Figura II – Relacionamento com rede própria



Por exemplo: a OPS Certinha presta serviço a seu beneficiário Sr. Saudável, que foi consultado por médico Dr. Trabalhista, da rede própria, empregado pelo regime CLT, no dia 19 de julho, entretanto, o valor do

procedimento *consulta* não tem como ser definido, ainda, pois a OPS não sabe o montante total dos gastos incorridos no período. Nesta hipótese, a OPS Certinha efetuará os seguintes lançamentos, pela incorrência nos gastos com folha de pagamento, no valor de \$19.053,00, e em demais despesas administrativas, no valor de \$30.287,00:

D	46110 despesas com pessoal próprio	19.053,00
C	22811 obrigações com pessoal a pagar	19.053,00
D	46680 despesas administrativas diversas	30.287,00
C	22815 obrigações diversas a pagar	30.287,00

Neste caso, a OPS deverá ratear os gastos os “eventos conhecidos” e contabilizá-los por procedimento, respeitando os ditames da RDC nº 38/2000.

O método de rateio, objeto de estudo deste artigo, é demonstrado a seguir.

#### **IV – MÉTODOS DE CUSTEIO**

Estudaremos os três métodos de custeio mais comuns, o variável ou direto, o por absorção e o por atividades.

Faz-se aqui uma breve apresentação dos três métodos para capacitar o leitor a acompanhar a discussão quanto ao método que seja melhor aplicável à atividade de plano de saúde.

##### **IV.1 – Custeio Variável ou Direto**

Pelas legislações fiscal e societária, em vigor no Brasil, não pode ser utilizado para apuração de impostos nem distribuição de dividendos.

Da totalidade dos custos, este método só considera os variáveis para valorar os serviços em execução, levando os fixos para resultado do período.

As análises são feitas a partir da margem de contribuição; estabelecida pela fórmula:

**MC = RL – GV**, onde:

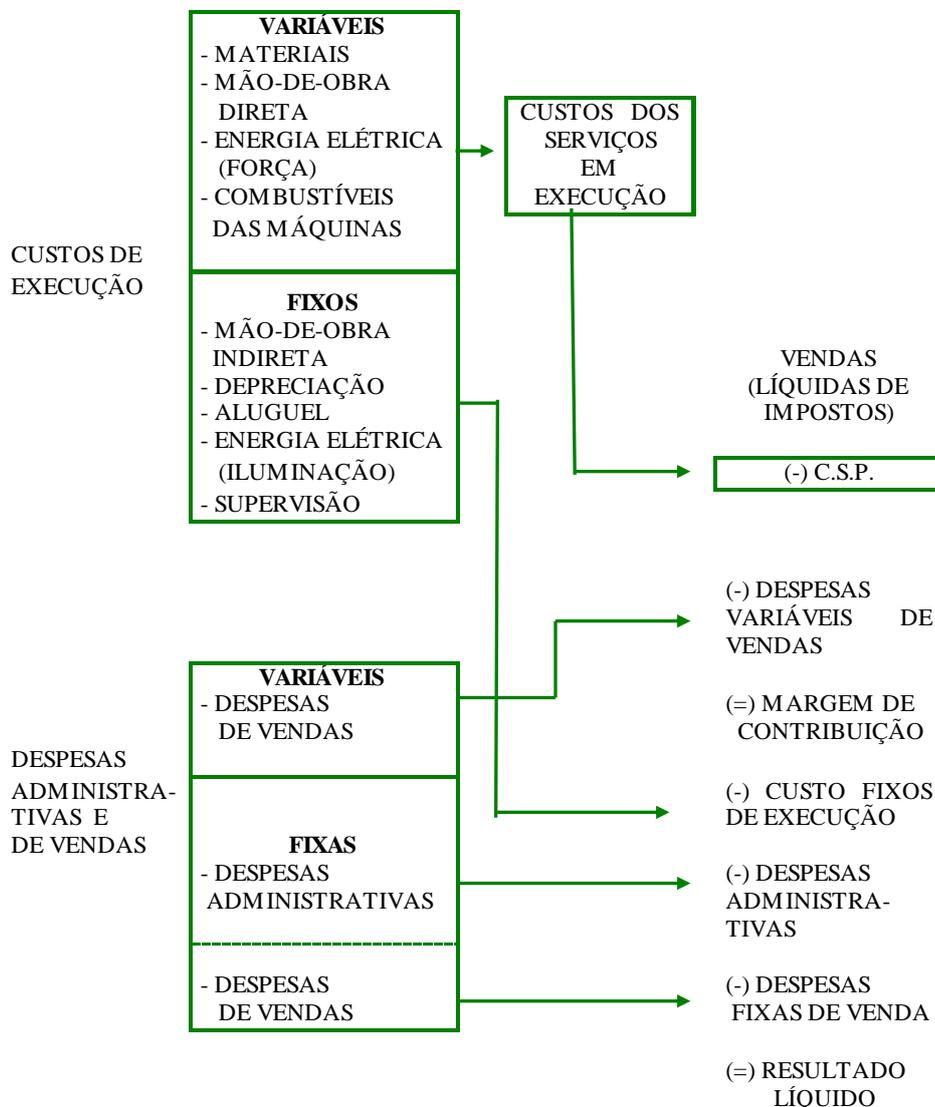
MC = margem de contribuição;

RL = receita (líquida de impostos incidentes sobre ela);

GV = gastos variáveis (inclui custos e despesas)

Esquemáticamente, determina-se o resultado pelo fluxo a seguir:

Figura III – Esquema do custeio variável



#### IV.2 –Custeio por Absorção

É o método usado pela empresa para apuração de impostos e distribuição de dividendos, segundo as legislações fiscal e societária em vigor no ordenamento jurídico pátrio.

Por este método, os serviços são valorados considerando-se todos os custos, tanto os variáveis quanto os fixos, incluindo naturalmente os diretos e os indiretos, sendo necessário a adoção de um critério de rateio para alocar as parcelas destes últimos a cada serviço.

As análises são feitas a partir da margem bruta, cuja fórmula é:

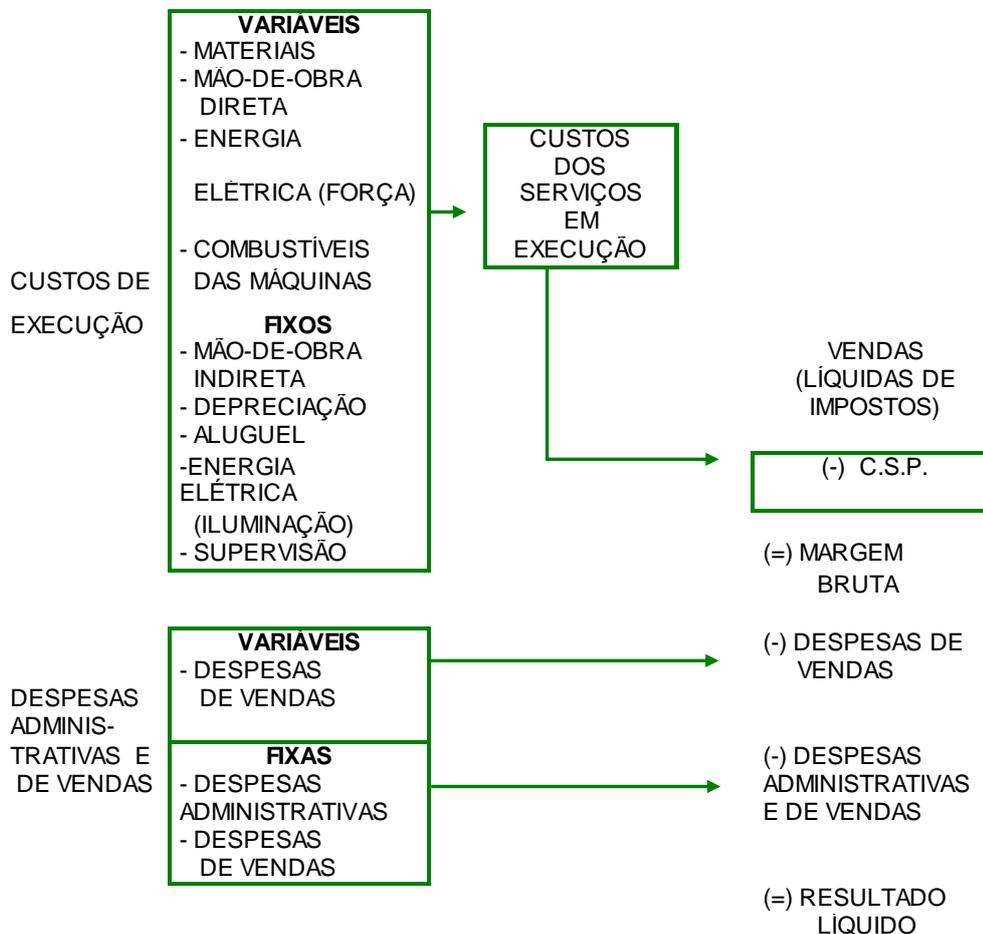
$$MB = RL - C, \text{ em que:}$$

MB = margem bruta;

C = custos (fixos e variáveis)

Esquemáticamente, determina-se o resultado pelo fluxo a seguir:

Figura IV – Esquema do custeio por absorção



### IV.3 – Custeio Baseado em Atividades

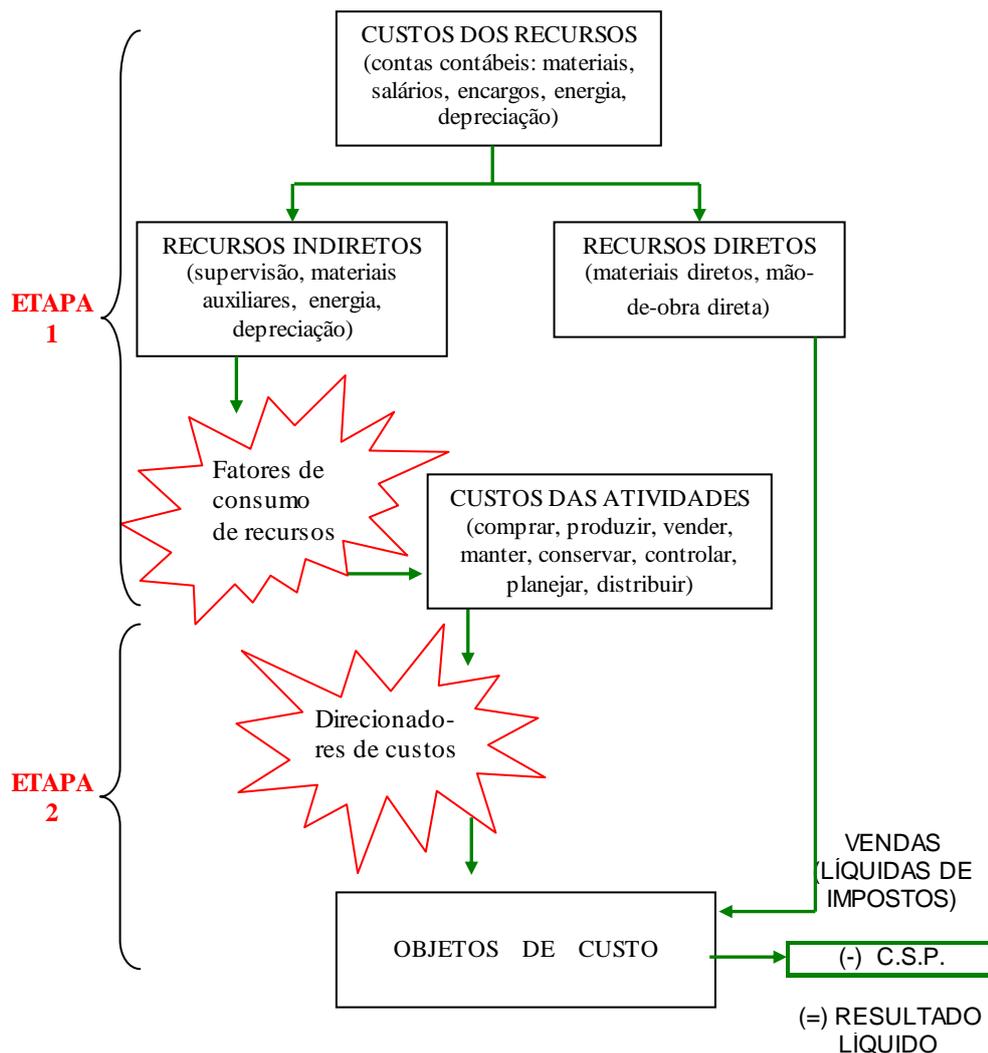
Este método atribui aos objetos de custeio – produtos, serviços, clientes etc. – todos os custos e despesas, os diretos por apropriação e os indiretos rastreados por direcionadores de custos.

Não pode ser utilizado para apuração de impostos nem distribuição de dividendos, tendo em vista ser ele um método exclusivamente gerencial, que considera a totalidade dos gastos (custos e despesas) do período e os confronta com as receitas potenciais, ou seja, as correspondentes ao total da produção de bens e serviços.

Entende-se que todos os recursos são despendidos nas atividades e estas, por sua vez, são consumidas pelos objetos de custos, o que possibilita a análise de cada objeto de custo, após a mensuração dos gastos de todas as atividades, sejam eles de produção ou de administração.

Esquemáticamente, o custeio baseado em atividades (ABC) pode ser representado pelo quadro abaixo:

Figura V – Esquema do custeio baseado em atividades



#### IV.4 – Escolha do Método

Tendo em vista que a ANS não prevê a existência de estoques de serviços no final de cada período, pode ser utilizado pelas Operadoras de Planos de Saúde qualquer dos métodos de custeio, que estará satisfazendo os aspectos contábil, fiscal e regulatório, pois o resultado não é afetado e nem apresenta diferença utilizando-se um ou outro método.

Para atender às necessidades informacionais da Agência Nacional de Saúde Suplementar, recomendamos a utilização de um método híbrido, que mescle as características de cada um deles para possibilitar, ao mesmo tempo, o atendimento aos vários objetivos, tanto fiscal quanto gerencial, contábil ou regulatório. Para compreensão da aplicação do método, exemplificaremos com uma entidade típica de saúde, podendo ser o modelo estendido para qualquer outro.

#### V – CONFIGURAÇÃO BÁSICA DA ENTIDADE

Apesar de estar exemplificado em uma entidade com uma configuração específica, o modelo pode ser utilizado em entidade de saúde de qualquer tipo e porte, bastando, para tanto, fazer os ajustes necessários.

### **V.1 – Unidades Autônomas**

Dividiu-se a entidade em três grandes áreas de atividades, como centros autônomos, a saber:

- **Centros Administrativos** - abrangem os órgãos da Diretoria e os demais que desenvolvem as atividades administrativas e comerciais, neles incluídos recursos humanos, tesouraria, compras, vendas e contabilidade. Os recursos consumidos na operação deles são classificados como despesas, sob a ótica do custeio por absorção, para apuração do resultado e para determinação das obrigações fiscais.
- **Centros de Apoio** - englobam todos os centros auxiliares à atividade principal da entidade. Estão nestes centros, tanto os órgãos específicos da atividade fim da entidade, tais como berçário, nutrição, lavanderia, gases medicinais, enfermagem, laboratórios; quanto aqueles de uso genérico, tais como manutenção, almoxarifado, água, energia. Os recursos despendidos na operação deles são classificados como custos, sob o aspecto contábil e fiscal.
- **Centros Principais** - referem-se a todos os demais centros de execução de serviços médico-hospitalares e odontológicos. Como o grupo anterior, também são custos os recursos consumidos na execução das suas atividades. Como exemplos, podemos citar: ambulatórios, internação clínica, pronto socorro, maternidade, ortopedia, centro cirúrgico, UTI.

### **V.2 – Conceituação do sistema**

Os custos totais (fixos e variáveis) de cada Centro são constituídos pela apropriação dos custos diretos e pela alocação das parcelas dos indiretos, através da forma de rateio direto (convencional). Neste estágio, o volume de custos diretos é elevado, tendo em vista que a unidade de acumulação é muito abrangente (Centro). Existindo custos comuns a vários Centros eles devem constituir um *Centro Fantasma*, se os valores forem significativos, como é o caso dos gastos com energia e gases medicinais, neste tipo de atividade e, assim, manter a maioria deles classificados como diretos. Se os seus valores não forem significativos, as suas parcelas serão alocadas aos Centros pelo rateio direto (convencional).

Todos os Centros Administrativos e de Apoio, após a totalização, cedem recursos para os Centros Principais, através de percentuais estabelecidos pelos integrantes da direção, gerência, supervisão e demais profissionais com amplo conhecimento no assunto. Estes percentuais, conforme exemplificados no capítulo “VI – Aplicação dos Conceitos”, podem ser definidos por consenso dos elementos citados ou por utilização de algumas técnicas de cenários utilizadas entre os mesmos.

Periodicamente os percentuais devem sofrer ajustes sempre que as condições indicarem, ou seja, alguns deles podem ter sido estabelecidos em função de determinado volume de atividade, considerado normal, que sofreu alteração significativa em outro período. Nessas circunstâncias, os critérios de “*causa e efeito*”, “*benefícios recebidos*”, “*equidade ou imparcialidade*” e “*capacidade de suportar*” citados por Horngren, Foster e Datar, devem ser observados com rigor. Em alguns casos, é recomendável até que se faça a

avaliação da parcela fixa e da variável dos custos totais de cada Centro, alocando-se a fixa independentemente do volume de atividade do período e a variável, esta sim, dependente do volume, desde que as unidades – objetos de custos – estejam operando em razoável nível de produção. Isto significa que os gastos incorridos com uma unidade recém criada ou expandida ou em estágio pré-operacional não devem ser rateados, mas imobilizados e amortizados no futuro.

Descarregados todos os custos dos Centros Administrativos e de Apoio nos Centros Principais, eles se somarão aos acumulados nestes, concentrando todos os custos da empresa neles. Este total será distribuído aos objetos de custos finais por um critério de rateio que pode ser, dentre outros, horas de profissionais apropriadas. Estas parcelas, juntamente com o custo direto do objeto de custo principal (material direto, mão-de-obra direta e outros apropriados), constituem o custo total de cada um destes objetos de custo (procedimentos, como: consulta, cirurgia, parto, internação, ou seguindo a classificação da ANS, “consultas”, “exames”, “terapias” e “demais despesas assistenciais”).

Tendo sido implantado o método de custeio, estando este “amadurecido” e considerando que as OPS, normalmente, só têm conhecimento do valor dos gastos efetivamente incorridos no final do mês, é recomendável que elas se utilizem do custo padrão, objetivando gerar informações gerenciais antes de ter conhecimento dos gastos reais, tendo em vista que as suas características possibilitam a mensuração prévia do resultado da entidade.

### **V.3 – Custo padrão**

O custo padrão é a determinação antecipada de um objeto de custo, em quantidade e valor, apoiada na utilização de dados de várias fontes, podendo-se destacar custos históricos, engenharia de produção, estudos de tempo e movimento etc.

Para se adotar o custo padrão, é necessário que se escolha um critério para o estabelecimento dos padrões.

Podemos identificar três classificações básicas do custo padrão, quanto ao critério de padronização: ideal, estimado e corrente.

- Custo padrão ideal – obtido com o uso das melhores matérias-primas, com a mais eficiente mão-de-obra, operando-se a 100% da capacidade instalada, sem considerar qualquer perda. Projetado para um longo prazo que provavelmente não será alcançado;
- Custo padrão estimado – leva em consideração os recursos disponíveis, procurando otimizar o uso dos mesmos, e reduzir as deficiências conhecidas. Projetado para um curto / médio prazo, seu alcance é difícil, mas provável;
- Custo padrão corrente – é o extremo oposto do custo padrão ideal. Leva em consideração os recursos disponíveis, mas não projeta qualquer melhoria na utilização dos mesmos, conseqüentemente, segundo este custo padrão, espera-se que no futuro a empresa continue trabalhando da mesma forma como hoje (tão bem quanto, ou tão mal quanto). Projetado para um curto prazo, seu alcance é imediato.

Vale lembrar que a escolha do critério deve atender a necessidade gerencial da entidade e estar em consonância com sua política orçamentária.

Mas no que tange ao objetivo do presente trabalho, indicamos o custo padrão corrente como o mais indicado e mais prudente, ou seja, a OPS deverá utilizar o custo médio dos três últimos meses, por exemplo, e adotá-lo como padrão no mês em curso.

A contabilidade pelo custo padrão segue as mesmas características básicas da contabilidade a custo real, sendo que ao final do período, a OPS deve fazer a conciliação entre os valores contabilizados e os efetivamente incorridos, afinal, a contabilidade é norteada pelos Princípios Fundamentais de Contabilidade, dentre eles, o Princípio do Registro pelo Valor Original (artigo 7º da Res. CFC nº750/93).

## **VI – APLICAÇÃO DOS CONCEITOS**

Todos os centros existentes na empresa devem ser listados e codificados e, através da técnica mais indicada, determinados os percentuais de utilização de recursos que cada Centro Principal consome dos Centros Administrativo e de Apoio, chamados englobadamente de Centros Secundários.

Para distribuir os gastos despendidos, individualmente, pelos Centros Secundários diretamente nos Centros Principais podem ser utilizadas as formas de rateio direto, “em cascata, passo a passo ou seqüencial” e recíproco.

Sem pretender abranger todo o universo de unidades que pode comportar uma operadora, exemplificou-se a aplicação do método proposto, usando-se a forma de rateio direto, na Operadora de Planos de Assistência à Saúde Certinha Ltda., que dispõe de rede própria e de sua propriedade (art.2º, inc. I, alínea “a”, da RDC-ANS 39/2000), cuja estrutura é apresentada na figura VI. Considerou-se que os códigos do grupo 100 fazem parte da Administração, os do grupo 200 do Apoio e os do grupo 300 são os Principais, ou seja, das atividades-fins da OPS. Em seguida, procedeu-se a distribuição dos gastos utilizando-se as percentagens obtidas com a utilização da técnica de cenários entre os gerentes e supervisores das áreas envolvidas. Considerando-se que a OPS Certinha utiliza-se de sua rede própria e também de rede conveniada, além de prestar serviços a terceiros (não beneficiários do plano), as despesas administrativas foram segregadas em despesas relacionadas com as atividades hospitalares na razão de 60% e as não relacionadas na de 40% do total. Este rateio levou em consideração a proporção dos custos totais incorridos com a rede própria e com a rede conveniada, em relação aos custos totais, daí porque, na figura VI, o percentual das despesas administrativas rateadas soma, horizontalmente, 60% e não 100%.

Foram obtidos pela Demonstração de Resultados do período, os valores dos gastos de pessoal e de gerais despendidos em cada um dos Centros Administrativos e de Apoio, que estão abaixo de seus códigos e títulos na figura VI.

Em seguida, distribuiu-se o valor de cada Centro Administrativo e de Apoio aos sete Centros Principais, de acordo com os percentuais estabelecidos.

O total das horas de cada centro, disponíveis no período e o respectivo gasto por hora são apresentados nas últimas linhas da figura VI.

Figura VI – Determinação dos gastos dos Centros Secundários

CENTROS SECUNDÁRIOS		CENTROS PRINCIPAIS													
		301 Ambulatório		302 Setor Inter.		303 P. Socorro		304 Maternidade		305 Ortopedia		306 C. Cirúrgico		307 UTI	
		Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais	Pessoal	Gerais
		-	\$2.400	-	\$23.760	-	\$24.170	-	\$23.760	-	\$13.240	-	\$13.200	-	\$13.200
101 - Diretoria		3,0%		6,0%		24,0%		9,0%		4,8%		4,2%		9,0%	
\$1.040	\$260	\$31	\$8	\$62	\$16	\$250	\$62	\$94	\$23	\$50	\$12	\$44	\$11	\$94	\$23
102 - Rec. Humanos		6,0%		6,0%		9,0%		12,0%		18,0%		4,2%		4,8%	
\$800	\$200	\$48	\$12	\$48	\$12	\$72	\$18	\$96	\$24	\$144	\$36	\$34	\$8	\$38	\$10
103 - Contabilidade		12,0%		9,0%		9,0%		18,0%		6,0%		3,0%		3,0%	
\$1.734	\$1.156	\$208	\$139	\$156	\$104	\$156	\$104	\$312	\$208	\$104	\$69	\$52	\$35	\$52	\$35
104 - Tesouraria		9,0%		12,0%		3,0%		12,0%		3,0%		9,0%		12,0%	
\$283	\$2.547	\$25	\$229	\$34	\$306	\$8	\$76	\$34	\$306	\$8	\$76	\$25	\$229	\$34	\$306
105 - Compras		1,2%		3,0%		6,0%		30,0%		12,0%		1,8%		6,0%	
\$990	\$330	\$12	\$4	\$30	\$10	\$59	\$20	\$297	\$99	\$119	\$40	\$18	\$6	\$59	\$20
106 - Vendas		3,0%		9,0%		6,0%		9,0%		6,0%		12,0%		15,0%	
\$1.760	\$2.150	\$53	\$65	\$158	\$194	\$106	\$129	\$158	\$194	\$106	\$129	\$211	\$258	\$264	\$323
100 - Despesas Administrativas															
\$6.607	\$6.643	\$377	\$456	\$488	\$641	\$651	\$410	\$991	\$854	\$531	\$363	\$384	\$547	\$541	\$716
201 - Almojarifado		5%		5%		20%		10%		30%		15%		15%	
\$1.400	\$5.600	\$70	\$280	\$70	\$280	\$280	\$1.120	\$140	\$560	\$420	\$1.680	\$210	\$840	\$210	\$840
202 - Água		5%		10%		10%		50%		5%		10%		10%	
\$0	\$100	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0	\$10	\$0	\$50	\$0	\$5	\$0	\$10	\$0	\$10
203 - Energia		5%		5%		5%		40%		5%		20%		20%	
\$0	\$500	\$0	\$25	\$0	\$25	\$0	\$25	\$0	\$200	\$0	\$25	\$0	\$100	\$0	\$100
204 - Manutenção		5%		15%		10%		30%		20%		10%		10%	
\$1.284	\$1.926	\$64	\$96	\$193	\$289	\$128	\$193	\$385	\$578	\$257	\$385	\$128	\$193	\$128	\$193
205 - Nutrição		3%		4%		3%		55%		5%		10%		20%	
\$284	\$1.136	\$9	\$34	\$11	\$45	\$9	\$34	\$156	\$625	\$14	\$57	\$28	\$114	\$57	\$227
206 - Lavanderia		10%		5%		5%		60%		5%		5%		10%	
\$336	\$784	\$34	\$78	\$17	\$39	\$17	\$39	\$202	\$470	\$17	\$39	\$17	\$39	\$34	\$78
207 - Laboratório		15%		15%		5%		10%		5%		20%		30%	
\$7.688	\$11.532	\$1.153	\$1.730	\$1.153	\$1.730	\$384	\$577	\$769	\$1.153	\$384	\$577	\$1.538	\$2.306	\$2.306	\$3.460
208 - Enfermagem		0%		5%		10%		35%		10%		20%		20%	
\$1.040	\$0	\$0	\$0	\$52	\$0	\$104	\$0	\$364	\$0	\$104	\$0	\$208	\$0	\$208	\$0
209 - Gases Med.		0%		5%		5%		10%		5%		35%		40%	
\$0	\$1.100	\$0	\$0	\$0	\$55	\$0	\$55	\$0	\$110	\$0	\$55	\$0	\$385	\$0	\$440
210 - Berçário		0%		0%		0%		80%		0%		0%		20%	
\$414	\$966	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$331	\$773	\$0	\$0	\$0	\$0	\$83	\$193
200 - Custos de Apoio															
\$12.446	\$23.644	\$1.330	\$2.249	\$1.496	\$2.473	\$922	\$2.052	\$2.347	\$4.519	\$1.196	\$2.823	\$2.129	\$3.987	\$3.026	\$5.541
Σ Gastos Alocados		\$1.707	\$2.705	\$1.984	\$3.114	\$1.573	\$2.462	\$3.338	\$5.373	\$1.727	\$3.186	\$2.513	\$4.534	\$3.567	\$6.257
Σ Total (Pes, Ñ Pes)		\$1.707	\$5.105	\$1.984	\$26.874	\$1.573	\$26.632	\$3.338	\$29.133	\$1.727	\$16.426	\$2.513	\$17.734	\$3.567	\$19.457
Horas disponível		504		1.440		1.296		1.152		1.008		864		720	
Gasto p/Hora		\$3	\$10	\$1	\$19	\$1	\$21	\$3	\$25	\$2	\$16	\$3	\$21	\$5	\$27

Considerou-se que a OPS Certinha procedeu a quatro atendimentos, sendo três a beneficiários do plano (pré-pagamento, antes da lei, individual, hospitalar com obstetrícia) e um a terceiro não beneficiário do plano, conforme figura VII.

Sabe-se que a consulta foi prestada no ambulatório e os demais procedimentos pelo centro cirúrgico, sendo que o Sr. Bem permaneceu internado no Setor de Internação por 24 horas. A partir desses dados, determinou-se o custo incorrido com “eventos conhecidos”, segregando-o pelas contas “consultas e honorários médicos”, “exames e terapias”, “demais despesas assistenciais”.

Figura VII – Dados de atendimentos prestados

Benef.	Procedimento	Tempo (m in.)				Material	Total
		Médico	301	302	306		
Bom pessoal demais	Sutura Simples	20 13,33 -	0 - -	0 - -	20 1,00 7,00	Gaze, seringa, agulha, fio, lidocaína clorexidine, soro fisiol. 19,00	40,33
Bem pessoal demais	Paracentese	15 10,00 -	0 - -	1.440 24,00 456,00	60 3,00 21,00	Gaze, seringas, agulha, equipo, jelco lidocaína, frascos lab., clorexidine 39,00	553,00
Okey pessoal demais	Endoscopia Dig.	15 10,00 -	0 - -	0 - -	30 1,50 10,50	Gaze, seringa, agulha, scalp, flumazenil, xilocaína, diazepam 45,00	67,00
Terceiro pessoal demais	Consulta	30 20,00 -	30 1,50 5,00	0 - -	0 - -	-	26,50

O montante relativo aos gastos com os centros principais é segregado, para efeito de contabilização, em pessoal e não pessoal, objetivando-se baixar as respectivas despesas administrativas anteriormente contabilizadas.

Portanto, a OPS reconhece os “eventos conhecidos”, dando baixa das despesas administrativas contabilizadas anteriormente, pelos valores calculados por procedimento.

D	41111 eventos conhecidos assist. méd.-hosp.- consultas	33,33
C	46110 despesas com pessoal próprio	33,33
D	41114 eventos conhecidos assist. méd.-hosp.- terapias	524,00
C	46110 despesas com pessoal próprio	29,50
C	46680 despesas administrativas diversas	494,50
D	41116 eventos conhecidos assist. méd.-hosp.- demais	103,00
C	46680 despesas administrativas diversas	103,00
D	44138 outras despesas de assistência médico-hospitalar	26,50
C	46110 despesas com pessoal próprio	21,50
C	46680 despesas administrativas diversas	5,00

A OPS deve fazer ainda proceder aos lançamentos nos Registros Auxiliares, cujo exemplo está no quadro VIII:

Figura VIII – Registros Auxiliares

Registro de Eventos Conhecidos												
Eventon°	Contr n°	Nat.	Cob.	Data do Conhec	Titular	CPF	Princ	Usuário Evento	CPF	Evento	Venc Contr	\$ total
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(f)	(h)	(g)	(i)	(j)	(k)
1084	551	1	02	12/07/01	Bom	123	Bom	Bom	123	12/07/01	00/00	40,33
1085	805	1	02	20/07/01	Bem	234	Bem	Bem	234	20/07/01	00/00	553,00
1086	290	1	02	28/07/01	Okey	345	Okey	Okey	345	28/07/01	00/00	67,00
TOTAL												660,33

Cabe observar que os números dos procedimentos citados neste exemplo são hipotéticos e, portanto, devem ser considerados como aproximações da realidade.

## VII – CONCLUSÃO

Com a obrigatoriedade de seguir a padronização e o detalhamento definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diversos dados têm de ser gerados pelas Operadoras de Plano de Assistência à Saúde (OPS), dados esses que possibilitarão um controle mais apurado das suas atividades. Além de atender às exigências regulatórias, tais dados poderão ser processados de forma a gerar relatórios muito úteis para o estabelecimento da estratégia a ser implementada na empresa, bem como do cotejamento entre os resultados obtidos e as metas estabelecidas.

Objetivando utilizar os dados o melhor possível, a sistemática proposta no trabalho permitirá o conhecimento dos gastos de cada Centro para executar as suas atividades, separando a parcela despendida com pessoal, das demais e possibilitando que o gasto para a execução de cada evento seja segregado pelas diversas contas definidas pela ANS. Assim, os dados gerados, possibilitarão a obtenção de informações para atender não só os objetivos regulatórios, mas também os gerenciais, fiscais e societários.

## VIII – BIBLIOGRAFIA

- DUTRA, René G. *Critérios de rateio e distribuição de custos*. São Leopoldo: I Congresso Brasileiro de Custos, 1993.
- DUTRA, René G. *Custos uma abordagem prática*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- FALK, James A. *Metodologia ABC de custos hospitalares*. Recife: VII Congresso Brasileiro de Custos, 2000.
- FREITAS, FUKUMOTO. *Implantação do custeio baseado em atividades ABC/ABM no setor hospitalar: banco de sangue, um caso prático*. Recife: VII Congresso Brasileiro de Custos, 2000.
- GOMES, Anailson. *Custos: Instrumento de gestão nas organizações de saúde*. Recife: VII Congresso Brasileiro de Custos, 2000.
- HENDRIKSEN, VAN BREDA. *Teoria da Contabilidade*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- HORNGREN, FOSTER, DATAR. *Custos*. 9.ed. São Paulo: LTC, 2000.
- MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de Custos*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- SALGADO, LURENTT, OLIVEIRA. *Sistema de custo hospitalar*. Recife: VII Congresso Brasileiro de Custos, 2000.
- SANTOS, ANDERE. *O custo da capacidade no setor de serviços: uma aplicação prática em um laboratório de análises clínicas*. Recife: VII Congresso Brasileiro de Custos, 2000.