

Discriminação de preços aos trancos, barrancos e sem uso de métodos de custeio adequados: evidências de dois hospitais do município do Rio de Janeiro

Elton Azevedo Maia (EBAPE/FGV e UNIG) - elazema@globo.com

Ricardo Lopes Cardoso (FGV-EBAPE) - ricardo.lopes.cardoso@fgv.br

Resumo:

Este artigo relata investigação empírica entre organizações hospitalares quanto a métodos de custeio e critérios de discriminação de preços entre os pacientes particulares e filiados a planos e/ou seguros saúde. Para isso, o referencial teórico procurou abranger o sistema de saúde privado, os aspectos relativos à cultura organizacional, a relação existente entre os três atores (planos/ seguros de saúde/ prestadores de serviços médico-hospitalares e consumidores/pacientes) e os critérios de discriminação de preços. Com essa base teórica foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa exploratória em duas unidades hospitalares sediadas no município do Rio de Janeiro. Por meio de entrevistas em profundidade junto a seus gestores e a funcionários dos setores de faturamento, foi identificada inadequação dos sistemas de gerenciamento de custos para auxiliar os gestores na definição dos preços, mas foram identificados fatores culturais que podem influenciar a discriminação dos preços dessa forma. Dentre os resultados obtidos, destaque para o razoável despreparo na área administrativa e de controladoria dos gestores hospitalares e pré-conceito aos pacientes particulares em função da expectativa à inadimplência. Ao final, são discutidas as contribuições da pesquisa, suas limitações e as sugestões para futuros estudos.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Discriminação de preços. Administração hospitalar.

Área temática: Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços

Discriminação de preços aos trancos, barrancos e sem uso de métodos de custeio adequados: evidências de dois hospitais do município do Rio de Janeiro.

Resumo

Este artigo relata investigação empírica entre organizações hospitalares quanto a métodos de custeio e critérios de discriminação de preços entre os pacientes particulares e filiados a planos e/ou seguros saúde. Para isso, o referencial teórico procurou abranger o sistema de saúde privado, os aspectos relativos à cultura organizacional, a relação existente entre os três atores (planos/ seguros de saúde/ prestadores de serviços médico-hospitalares e consumidores/pacientes) e os critérios de discriminação de preços. Com essa base teórica foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa exploratória em duas unidades hospitalares sediadas no município do Rio de Janeiro. Por meio de entrevistas em profundidade junto a seus gestores e a funcionários dos setores de faturamento, foi identificada inadequação dos sistemas de gerenciamento de custos para auxiliar os gestores na definição dos preços, mas foram identificados fatores culturais que pode influenciar a discriminação dos preços dessa forma. Dentre os resultados obtidos, destaque para o razoável despreparo na área administrativa e de controladoria dos gestores hospitalares e pré-conceito aos pacientes particulares em função da expectativa à inadimplência. Ao final, são discutidas as contribuições da pesquisa, suas limitações e as sugestões para futuros estudos.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Discriminação de preços. Administração hospitalar.

Área temática: Gestão de Custos nas Empresas de Comércio e de Serviços

1 Introdução

O artigo sexto da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) estabelece como direitos sociais do brasileiro “a educação, a saúde, o trabalho [...]”. A saúde é apresentada como o segundo direito social, sendo obrigação primária do Estado.

Uma aparente ineficiência desse Estado faz com que a parte da população, que tem uma condição econômica mais favorável, procure compensar a ausência do Estado nesse campo mediante a contratação de serviços de saúde prestados pela iniciativa privada.

A expansão do mercado de saúde fez surgir vários questionamentos sobre as relações existentes entre os atores que nele atuam. Se esses atores optam por contratar planos/seguro de saúde, aparentemente estão cobertos contra eventual “ocorrência/sinistro”. Convém ressaltar que o fato de o cliente do serviço de saúde complementar pagar por um seguro ou plano de assistência à saúde não lhe garante a qualidade e nem a segurança do atendimento prestado por essas entidades, apenas é suposto que haverá uma melhoria nas condições desse atendimento.

Já os que não optam por pertencer ao sistema privado de medicina de grupo têm duas opções: submeterem-se às condições precárias de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ou pagarem o preço cobrado pelos prestadores privados de serviços médico-hospitalar (como pacientes particulares).

A falta de parâmetros entre os valores cobrados de planos/seguros de saúde e clientes particulares abre discussões a respeito do que deve ser pago pelos serviços médicos. Recentemente, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) lançou a campanha “Quanto vale o médico?”, que teve por objetivo valorizar o profissional e

suas condições de trabalho. A campanha foi estimulada em virtude de abertura de vagas para prestação de concurso público para médicos no município do Rio de Janeiro, que ofereceu um salário inicial de pouco mais de R\$ 600,00, considerado muito baixo pela categoria.

Sem levarmos em consideração as possíveis implicações éticas ocorridas em cobranças com valores diferenciados, o que não se consegue entender, de forma lógica, é quais seriam os motivos para ser efetivada uma cobrança mais alta de pacientes particulares. Qual seria, portanto, o critério para essa diferenciação? Partimos do pressuposto, mesmo que falível, de que a qualidade dos serviços nos dois casos (cliente particular e cliente vinculado a plano ou seguro saúde) seria idêntica.

O objetivo geral deste trabalho foi desenvolver um estudo que identificasse os principais fatores que influenciam as prestadoras de serviços médico hospitalares a efetuarem cobranças diferenciadas, entre clientes particulares e clientes vinculados aos planos/seguros de saúde.

Como objetivos específicos deste estudo, destacam-se: (i) identificar os critérios que são utilizados pelas organizações de saúde para discriminar os preços a serem cobrados entre seus diferentes tipos de clientes; (ii) identificar os sistemas de gerenciamento de custos utilizados nas organizações de saúde e sua aplicação nas definições dos preços finais dos serviços prestados; e (iii) analisar se há fatores culturais que influenciam na definição dos preços estipulados aos clientes particulares.

Para isso, estruturamos este artigo com a presente introdução, onde está contida a contextualização e os objetivos do trabalho; o desenvolvimento do estudo é composto pela fundamentação teórica, metodologia e resultados. A fundamentação teórica procura abranger o sistema de saúde privado, os aspectos culturais, as relações existentes entre os agentes desse mercado e a discriminação de preços. São, ainda, apresentadas as considerações finais, limitações e sugestões para novas pesquisas e as referências do presente estudo.

2 Fundamentação teórica

A Administração Pública Federal esteve presente em várias atividades na formação do Estado brasileiro com a finalidade de fornecer à população os serviços essenciais (como estradas, energia elétrica, telefonia, fornecimento de água, saneamento básico, inclusive educação e saúde), exercendo seu papel empreendedor na sociedade.

Dentre todos os serviços públicos demandados pela sociedade, parece que os caracterizados pelo monopólio natural estão sendo prestados de forma mais adequada que os demais serviços. Especificamente no que tange a este estudo, os serviços de saúde se enquadram nesse segundo grupo. Talvez pelo fato de os serviços prestados pelos monopólios naturais terem passado por processos de desestatização e de constituição de agências reguladoras específicas com a definição (razoavelmente clara) dos respectivos marcos regulatórios, tais serviços alcançaram um nível de qualidade significativamente superior nas duas últimas décadas, se comparados com o nível de qualidade anterior a 1990. Os serviços de saúde pública não tiveram esse salto de qualidade, talvez pelo fato de que desde o início foi caracterizado pela concorrência entre diversas entidades prestadoras do serviço (sejam públicas ou privadas), não há um marco regulatório claramente definido, embora existam duas agências reguladoras: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, no qual as relações entre profissionais da saúde, hospitais, laboratórios farmacêuticos, operadoras de planos de assistência à saúde e pacientes, estejam mapeadas e nitidamente definidas.

O SUS, criado pela lei 8.080/90, se configura como o maior e mais audacioso programa de saúde pública do mundo, responsabilizando-se, em tese, pelo atendimento de 180 milhões de brasileiros, além de diversos estrangeiros que se encontram no território nacional. Atualmente, são 2,21 bilhões de procedimentos médicos e 12 milhões de internações, em uma

rede de 6.200 hospitais vinculados e 63 mil unidades ambulatoriais à disposição desse público. A tabela de preços é única para todo o território nacional e foi formulada tomando-se por base o preço médio pago pelo governo aos prestadores de serviços, ignorando apontamentos de custos de materiais e outros insumos utilizados em cada procedimento. O Governo Federal destina apenas 3% do seu PIB anual para a saúde, quando o recomendado pela OMS é de 5% desse valor e a maioria dos países destina mais de 10% por ano para esse fim (RAIMUNDINI et. al., 2004).

O Ministério da Saúde reconhece que o problema mais comum no SUS é a incapacidade da rede pública atender à demanda, principalmente com o contínuo descredenciamento de hospitais particulares conveniados (SAÚDE BUSINESS, 2007), ofertando poucos bens médicos em relação à demanda existente no mercado. A essa insuficiência de oferta dos bens de saúde pública limita o acesso da população, causando um longo tempo de espera pelo tratamento inclusive em atendimentos de emergência (NISHIJIMA et. al., 2006). Os gastos públicos com saúde, no Brasil, representam apenas 45% do total despendido em saúde no país, sendo os outros 55% originados das empresas e pessoas que usam o sistema privado de saúde (NASSIF, 2007).

Entretanto, justiça deve ser feita em relação ao sistema público de saúde brasileiro. Há que ser ressaltado a *expertise* desse sistema por intermédio dos hospitais universitários e de outros hospitais públicos de referência, localizados no próprio município do Rio de Janeiro, que possuem a intenção de oferecer à população um serviço de saúde de qualidade e sem custo algum. Podemos citar os hospitais universitários Pedro Ernesto e Clementino Fraga Filho como referências em procedimentos de alta complexidade como transplantes, por exemplo. Há ainda o Hospital Souza Aguiar e o Hospital Miguel Couto, especialistas em pacientes politraumatizados e feridos por arma de fogo, bem como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) referência nacional no tratamento dessa doença. O tratamento de doenças como tuberculose, hanseníase, mal de chagas, SIDA, também é realizado com eficiência e de forma gratuita no serviço público de saúde. Com relação à SIDA, o serviço público de saúde brasileiro é referência mundial no tratamento e prevenção. Os casos de falta de medicamento para distribuição gratuita à população em postos de saúde podem ser atribuídos a duas variáveis: disputas de poder entre entes de federação (U, E e M) e má gestão – maus que assolam também a segurança pública, a conservação de estradas e a qualidade do ensino, para citar somente três exemplos.

2.1 O sistema privado de saúde

O mercado de saúde privado brasileiro é um sistema formado por hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios médicos, que não sejam de propriedade da União, Estados e Municípios, ou que estejam prestando serviços a essas entidades de direito público, através de convênios com o SUS.

O atendimento nessas unidades privadas de saúde é prestado aos indivíduos que as procuram e seu pagamento é realizado pelo próprio paciente ou seu responsável, ou por uma empresa privada participante do sistema de saúde suplementar. Ao contratar essa empresa de saúde, o usuário passa a estar vinculado ao que se convencionou chamar de plano de saúde (que abrange as empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguradoras, filantropia e administradoras).

Até o ano de 1998 somente as empresas de seguro-saúde sofriam alguma espécie de regulamentação do setor, exercida pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, mas não havia fiscalização específica para seguros de saúde. Eles eram tratados como “outros ramos”, seguro não-auto e seguro não-vida (NISHIJIMA et. al., 2006). As demais empresas de saúde suplementar estavam subordinadas apenas a leis gerais e às condições de cada contrato. Nesse ano, foi sancionada a Lei 9.656/98 e o número de operadoras de saúde suplementar sofreu uma drástica redução, provocada pela

exigência de cobertura médica integral e apresentação de garantias financeiras (FORNECEDORES HOSPITALARES, 2007). Dois anos após a criação da “lei dos planos de saúde” foi criada a ANS. Os padrões de qualidade no setor eram muito heterogêneos, fragmentados e descontínuos, o que comprometia a eficiência do sistema. A regulamentação teve o objetivo de corrigir e atenuar as falhas do mercado, minimizando a assimetria das informações e a seleção de risco (MALTA et. al., 2004).

Com a melhoria socioeconômica da população brasileira houve um crescimento no número de beneficiários dos planos de saúde entre 2003 e 2005. O aumento foi da ordem de 7,5%, enquanto a população nacional aumentou apenas 4,13% (SAÚDE BUSINESS, 2006). Os planos de saúde coletivos têm crescido nos últimos anos. Hoje eles já representam 77,2% do total dos planos de saúde contratados (ANS, 2008). Isso ocorre em virtude desses planos poderem englobar uma massa maior de pessoas em um único contrato, sofrerem menor interferência do Poder Judiciário e terem riscos mais previsíveis.

2.2 Aspectos culturais

A cultura organizacional caracteriza-se como um fenômeno de caráter profundo e de longa permanência que, em geral, requer um certo tempo para mudar. Isso seria como um dogma a ser seguido, passado “de pai para filho”, ou melhor, de gestor para funcionário durante a existência da organização. Teixeira et al. (2005) definem a cultura como sendo um conjunto de idéias, conhecimentos, formas de agir, pensar e sentir, expresso em termos materiais ou não, que são partilhadas por um grupo ou uma organização, com uma certa regularidade no tempo e no espaço. É um sistema comum de significados, o qual nos mostra o que precisamos saber, como deveremos agir e o que deverá ser valorizado.

Os que defendem a proposta da “cultura corporativa” vêem o gestor como um agente consensual, capaz de integrar os demais agentes em uma cultura “única” (LEITE-DA-SILVA et. al., 2006). Muitos pesquisadores associam o sucesso da organização à gestão de elementos culturais em seu interior. Schein (1985) atribuiu aos gestores a responsabilidade da construção de uma cultura forte. Para ele, a construção desse sistema, com regras formais e informais, definiria claramente as ações e os comportamentos na organização.

Sendo assim, os gestores deveriam desenvolver ações para implantar a “cultura corporativa”, onde o foco principal estaria nas suas práticas de gestão desejadas. Apesar das críticas que possam surgir em relação a possível alienação do funcionário, o fato é que a posição do gestor está inserida entre seus superiores e seus subordinados, e ainda carrega consigo os seus próprios valores. Porém, mesmo em uma organização, a cultura não é algo estático. Ela se modifica conforme se modificam os agentes integrantes da organização. Essas mudanças poderiam ocorrer de forma crescente, gradual e informal ou através de um movimento mais rápido, impulsionado pela movimentação social, sem ou com a atuação das lideranças da organização (LEITE-DA-SILVA et. al., 2006).

Os gestores passam, assim, a serem produtores e produtos de uma cultura geral, afinal viveram suas vidas em diversos grupos sociais dentro das organizações. Desse modo, os fatores culturais podem estar influenciando o *modus operandi* das organizações hospitalares, influenciando sua política de preços para fora da lógica do mercado. Como a lógica do mercado baseia-se na produtividade, lucratividade, racionalidade, eficiência e eficácia, espera-se que as mudanças surjam com mais rapidez e objetividade, uma vez que elas possam ser impostas *up to down*. Há presença da integração, da diferenciação e da fragmentação na tentativa de disseminação de uma determinada cultura (LEITE-DA-SILVA et. al., 2006), seja ela nova ou não.

As mudanças geralmente geram algum tipo de resistência na maioria dos projetos implantados. Mesmo na área de saúde, onde a maioria dos profissionais é altamente qualificada. A lealdade desses profissionais é voltada primeiro para a profissão, depois para a organização (ou pelo menos deveria ser). Isso pode ser considerado eticamente correto se

levamos em conta que vidas estão em jogo. Entretanto, esses profissionais agem de forma corporativa, entrando por vezes em conflito com o hospital a que estão vinculados ou subordinados. Ademais, existe pouco controle administrativo efetivo sobre o grupo gerador de maior despesas: os médicos.

Assim, de modo geral, todos entendem que o cliente particular deva pagar mais caro do que os valores que são cobrados de um plano de saúde. Então, de um lado teremos o hospital querendo aproveitar ao máximo a quase renda de quem não tem plano de saúde e, de outro, o consumidor que procura de todos os meios defender-se do inesperado. Ivanauskas (2003), na conclusão de seu trabalho, sugere a verificação do conflito entre seguradores de saúde, prestadores de serviços médicos e consumidores não segurados, onde poderia ser observada a variação do preço da consulta particular e, dependendo da negociação entre os dois atores, influenciando sua decisão de continuar sem seguro ou adquirir algum.

A assimetria de informações e o auto-interesse dos agentes potencializam os problemas de relação existentes entre esses três agentes: a seleção adversa, o risco moral e a demanda induzida.

2.3 Relação entre os agentes

Ocké-Reis (2005) constatou que o Estado, por questões políticas de legitimidade, sentiu necessidade de regular os mercados de planos de saúde. Entretanto, não demonstrou ainda preocupação com os que estão sem esse vínculo. Seus estudos levaram-no a verificar que o Estado deveria subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde pública, com base no interesse público. Não se pode, porém, esquecer que quem não pode pagar um plano de saúde também faz parte do “público”, devendo ter seus interesses defendidos, sejam em relação aos planos de saúde, sejam em relação a tratamentos particulares.

Esse mercado de saúde é basicamente formado por três agentes: o consumidor, o prestador de serviços médicos e o plano de saúde. O consumidor de serviço de saúde suplementar não possui elementos que possibilitem a ele escolher e decidir sobre a contratação de produtos de assistência complementar. A definição dos valores máximos de reajustes de preços dos planos individuais ou coletivos faz parte das funções da ANS. Essa é uma regulação que está ligada ao relacionamento dos atores “planos de saúde” x “consumidor”, onde há repactuação de preços em períodos relativamente curtos. Não há, porém, regulação de preços praticados entre “planos de saúde versus prestadores de serviços”, que até é intermediada pela ANS, mas não em período semelhante, o que demonstra a fragilidade da relação comercial entre esses dois agentes.

A tríade desse mercado é formada com a participação do consumidor, do plano de saúde e do prestador de serviço médico. Há, entretanto, um sub-mercado em cada relação: sub-mercados dos planos de saúde – entre o consumidor e o plano de saúde, sub-mercado de assistência médica com cobertura – entre o plano de saúde e o prestador de serviço médico, e o sub-mercado de assistência médica sem cobertura – entre o consumidor e o prestador de serviço médico (IVANAUSKAS, 2006). Dentro desse mercado e sabendo que cada lado já busca para si as vantagens possíveis, começa a surgir o primeiro conflito entre os participantes: a assimetria de informações.

Como o consumidor não consegue prever quais são as doenças que o afligirão durante a vida, ele se depara com o primeiro dilema: contratar ou não um plano de saúde.

Nesse momento, o paciente possui informações a respeito de sua saúde que não revela ao gestor do plano de saúde. Por outro lado, o plano de saúde possui informações que não divulga aos prestadores de serviços (conveniados), escondendo sempre seus resultados e impedindo a possibilidade de negociações para reajuste dos valores repassados a esses prestadores de serviços. O beneficiário de um plano de saúde não sabe efetivamente quanto custou cada um dos seus atendimentos. Por outro lado, tem conhecimento dos altos valores que seriam pagos se não possuísse determinado plano e optasse pela aquisição de outro. Essa

assimetria de informações tende a causar um aumento no preço dos planos para os consumidores que são menos propensos a utilizar serviços de saúde (NISHIJIMA et. al., 2006). Não há como as empresas de saúde separarem os clientes com baixo risco em um fundo menor e exclusivo, pois contraria à natureza coletiva e solidária do plano.

A assimetria informacional ensinada por Arrow (1963) e por Akerlof (1970) impede a aderência do modelo de competição perfeita, fazendo surgir outros dois problemas no relacionamento entre o plano de saúde e o consumidor: a seleção adversa e o risco moral. A seleção adversa, também chamada de seleção de risco, é considerada um problema de origem pré-contratual (IVANAUSKAS, 2006). Ao contrário, o risco moral, também chamado de perigo moral, é um problema pós-contratual que se caracteriza pela mudança de comportamento das partes após haver firmado o acordo.

Para a OPS, o problema da seleção adversa se inicia na formação de sua carteira de clientes. Como uma parte da população permanecerá saudável enquanto outra se tornará doente, no ato da venda de seus planos as OPS procuram vincular a si o máximo possível das pessoas que possuirão um menor risco de ficarem doentes, propiciando a cobertura de riscos mais lucrativos (MALTA, et. al., 2004). Quando, porém, o consumidor relaciona-se com o prestador de serviços de saúde, ocorre o risco de haver a chamada demanda induzida, que consiste em o prestador de serviço médico direcionar o consumidor a realizar exames e outras formas de tratamento cobertas pelo plano de saúde que não seriam consideradas necessárias caso o paciente não tivesse plano de saúde (ou se o plano não cobrisse tais procedimentos). Isso pode ocorrer em virtude de uma atitude zelosa do prestador de serviço médico, para poder identificar (melhor diagnosticar), ou em virtude de um comportamento oportunista, que tenha por objetivo a elevação da renda desse prestador de serviço (IVANAUSKAS, 2003).

Exemplo de ocorrência do risco moral é a mudança de comportamento do consumidor, que se valendo da cobertura proporcionada pela OPS, tende a relaxar na prevenção das doenças, como também, por outro lado, estando doente, tende a aumentar a demanda por bens e serviços médicos (como exames, por vezes, desnecessários) motivados pela demanda induzida (IVANAUSKAS, 2006). O comportamento do consumidor que possui plano de saúde não é o mesmo daquele que não o possui. Ainda que possuam a mesma renda, as mesmas preferências e o mesmo estado de saúde e bem-estar, os consumidores possuidores de plano de saúde consumirão mais serviços médico-hospitalares que aqueles que não possuem, pois se sentem protegidos pelo plano (IVANAUSKAS, 2006) e não pagam mais por isso.

Para Occhini (2005), esse conflito está no uso insuficiente, excessivo ou inadequado dos serviços de saúde. Entretanto, a grande preocupação das empresas de plano de saúde está vinculada ao uso exagerado dos bens médicos. O segurado tende a sobre utilizar os serviços médicos por estarem com preços abaixo dos verdadeiros custos de provisão (LINS, 2005). É comprovado que, para um grande número de doenças, a probabilidade de um indivíduo recorrer a cuidados médico-hospitalares é positivamente afetada pelo seu nível de cobertura. Os indivíduos segurados tendem a ser mais arriscados (PINTO, 2004).

Uma vez que a super utilização dos serviços cobertos pelo plano afeta negativamente o fluxo de caixa (e o lucro) da OPS, esta adota mecanismos para mitigá-la. Dentre esses mecanismos, há o aumento de mensalidade e/ou a exigência de contrapartidas (franquia) para que o cliente utilize os serviços cobertos pelo plano, bem como a análise minuciosa (auditoria médica) das faturas emitidas pelos prestadores e as conseqüentes glosas de parcelas consideradas superfaturadas e/ou decorrentes de serviços considerados desnecessários.

2.4 Discriminação de preços

Dutra (2003) define o preço como o valor estabelecido e aceito pelo vendedor para efetuar a transferência da propriedade de um bem, ou um serviço, no qual devem estar inclusos o custo e o lucro esperado.

O preço é um dos atributos de um produto ou serviço que muitas vezes é priorizado pelo consumidor na hora de sua contratação. Entretanto, quando o assunto é saúde, há evidências de que o preço é atributo menos relevante, conforme Milan e Trez (2005) e Telles e Maia (2006).

O princípio da discriminação de preços está em se procurar atingir todos os clientes, tanto aqueles que podem pagar mais pelos serviços, quanto aqueles que não têm condições de pagar tanto, evitando, assim, que seja atendido pelos concorrentes. Conceitualmente, há três formas amplas da discriminação de preços, que são a de primeiro, segundo e terceiro graus (PINDYCK; RUBINFELD, 2002).

Sobre discriminação de preços de primeiro grau podemos entender o desejo do fornecedor de bens e serviços de procurar cobrar de cada consumidor um preço diferente. Esse preço seria o valor máximo que o cliente estaria disposto a pagar pelo seu produto. Para Pindyck e Rubinfeld (2002) esse preço máximo que o consumidor pode pagar é chamado de preço de reserva. Assim, o foco da discriminação de preços de primeiro grau é o produto oferecido. Pindyck e Rubinfeld (2002) consideram que a discriminação de preços de primeiro grau é muito difícil de ser implementada. É quase sempre impossível cobrar um preço diferente de cada cliente, a não ser que eles sejam poucos e, além disso, o preço de reserva de cada cliente não é conhecido e, se a empresa estivesse disposta a perguntar isso a cada um deles, não obteria uma resposta verdadeira. Por outro lado, temos exemplos hoje de empresas que praticam a discriminação de preços de primeiro grau. O site de leilões eletrônicos *Ebay* (www.ebay.com) consegue atingir em seus leilões o preço de reserva de seus participantes. As cifras de venda estão sempre superiores aos valores básicos. Companhias aéreas nacionais e internacionais também conseguem vender suas passagens em valores diferenciados, do mínimo possível ao máximo aplicável, podendo ser considerada uma discriminação de preços de primeiro grau. Se o fornecedor de bens e serviços cobrar preços diferentes por unidades em relação às quantidades consumidas, estaria praticando uma discriminação de preços de segundo grau e esse tipo de cobrança é chamado de cobrança por faixas de consumo. A discriminação de preços de segundo grau também poderia ser considerada quando da venda de produtos com qualidade inferior em detrimento do de melhor qualidade (DENECKERE; MCAFEE, 1996), entretanto, esta prática pode não ser útil na aplicação de modelos de discriminação de preços (ELLISON, 2005).

A prática de discriminação de preços mais utilizada é a chamada de terceiro grau, na qual os consumidores são divididos em dois ou mais grupos, com curvas de demanda bem definidas e separadas, de modo que se possam cobrar preços diferentes de cada grupo. É importante salientar que a demanda é um desejo de consumir e não sua efetiva realização (PEREIRA et. al. 2005). Duas variáveis da discriminação de preços de terceiro grau são a discriminação de preços intertemporal e o preço de pico (PINDYCK; RUBINFELD, 2002). A discriminação de preços intertemporal divide os consumidores em grupos de alta e baixa demanda, cobrando preços diferentes em momentos diferentes. Kotler e Armstrong (2003) chamam a essa discriminação de preços de desnatamento ou *skimming* de mercado, quando se procura captar inicialmente o máximo possível de cada consumidor, cobrando preços mais altos e, posteriormente, abaixam-se os preços para atingir ao nicho de mercado que não conseguia pagar pelo preço inicial. Classificam, ainda, como preço de penetração de mercado quando os preços dos produtos ou serviços são inicialmente baixos para que se consiga penetrar no mercado consumidor. Já o preço de pico é aquele que ocorre em função da alta procura, quando restrições de capacidade elevam os custos marginais.

3 Metodologia

Yin (2005) afirma que o estudo de caso é preferido no exame de eventos contemporâneos por não haver a possibilidade de manipulação dos dados. Deste modo,

utilizaram-se dados primários e secundários oriundos de periódicos da área acerca de planos de saúde e de atendimentos médicos, bem como a realização de entrevistas e de observações diretas. Decidiu-se pela realização da pesquisa em duas unidades de análise. Yin (2005) entende que o estudo de casos múltiplos proporciona vantagem se comparado ao estudo de caso simples, haja vista que as provas resultantes são mais convincentes, embora exijam maior tempo e recursos do pesquisador. A pesquisa foi feita em cada um dos dois casos, buscando mostrar “por que” o fenômeno acontece em cada unidade analisada e “quais” os critérios que levam a essa decisão.

Quanto aos fins, a presente pesquisa é explicativa – pois procura entender os métodos de custeio e os critérios de discriminação de preços nos hospitais estudados, e exploratória – pela pouca literatura existente sobre esse estudo. Quanto aos meios, pode ser considerada de campo – investigação do fenômeno no local de sua ocorrência; bibliográfica – pois foi realizado um estudo sistematizado, baseado em materiais publicados em livros, revistas ligadas à área, jornais, teses, dissertações e artigos publicados em revistas e na rede eletrônica; e estudo de caso – por ser direcionado a unidades analisadas, com caráter de detalhamento e profundidade (VERGARA, 2006).

Corroborando o entendimento de Malhotra (2006), acreditou-se que esta pesquisa seria realizada para ajudar a identificar um problema que não está na superfície, mas que necessariamente existe.

Por fim, foi adotado o delineamento da pesquisa com corte seccional. Segundo Vieira (2004), esta é a pesquisa onde o interesse é no momento atual, sobre o qual os dados são coletados.

3.1 As unidades analisadas

Durante o levantamento dos dados, teve-se acesso às instalações das unidades de análise pesquisadas, bem como foi franqueado o conhecimento de informações de caráter reservado daquelas empresas. Por este motivo, foi solicitado pelos entrevistados que fosse mantido sigilo acerca dos nomes das instituições.

O primeiro critério para a escolha das unidades a serem analisadas foi o de que não houvesse vínculo com o SUS. Assim, os estudos foram dirigidos a duas organizações hospitalares que possuíssem atendimento ambulatorial, atendimento de urgência, centro cirúrgico, centro de tratamento intensivo, internação com moderada rotatividade, atendimento a conveniados de diversos planos de saúde e a clientes particulares.

Uma das unidades analisadas está localizada na Zona Oeste (no bairro de Realengo) e, a outra, na Zona Norte (no bairro de Engenho de Dentro), ambas no município do Rio de Janeiro, relativamente distantes uma da outra. Para fins de apresentação dos dados do estudo, chamaremos de Hospital Oeste à unidade do bairro de Realengo e de Hospital Norte à unidade do bairro de Engenho de Dentro.

O Hospital Oeste é um hospital de pequeno porte, com aproximadamente quarenta leitos. Possui um centro cirúrgico com duas salas para cirurgias de médio e grande porte e uma sala para pequenas cirurgias. O centro de tratamento intensivo é composto de doze leitos e há cinco leitos no setor de emergência para repouso de pacientes.

O Hospital Norte, por sua vez, é um hospital de médio porte, sua capacidade é de aproximadamente oitenta leitos. Seu centro cirúrgico possui quatro salas para cirurgias de médio e grande porte e também uma sala para pequenas cirurgias. O centro de tratamento intensivo é composto de vinte e quatro leitos e também há aproximadamente dez leitos no setor de emergência para repouso de pacientes.

Ambos os hospitais trabalham com aproximadamente 30 convênios. O Hospital Oeste apresenta média diária de pacientes atendidos em torno de 900 pessoas enquanto o Hospital Norte atende em torno de 1700 pessoas por dia.

3.2 Procedimentos da pesquisa

Para o levantamento dos dados da pesquisa, optou-se por uma abordagem direta, onde os objetivos do projeto foram revelados aos respondentes. As informações para as pesquisas qualitativas foram obtidas a partir de entrevistas em profundidade, não-estruturadas, feita de forma direta e pessoal, em que um único respondente por vez é testado por um único entrevistador (MALHOTRA, 2006).

As entrevistas foram conduzidas junto a três administradores hospitalares, sendo dois do Hospital Oeste e o outro do Hospital Norte, e junto a três funcionários que trabalham na área administrativa, sendo dois do Hospital Norte e um do Hospital Oeste.

Foram realizadas, inicialmente, entrevistas com gestores dos hospitais estudados para que fosse possível o entendimento do problema em questão e, em um segundo momento, as entrevistas foram feitas com funcionários que trabalham nas instituições, porém com cargos de menor poder de decisão.

4 Síntese dos resultados

Das informações colhidas durante as entrevistas, a principal justificativa para a discriminação dos preços entre os pacientes particulares e os pacientes de planos de saúde seria a carteira de clientes dos planos, a qual traria a probabilidade maior de garantia de clientela para atendimentos futuros. Não obstante haja um ponto de concordância geral entre todos os gestores: o fato de um cliente possuir qualquer um dos planos de saúde conveniado com as unidades de saúde estudadas não garante que ele vá procurá-la. É natural que OPS possuam portes distintos (a ANS classifica as OPS por porte de acordo com o nº de beneficiários (clientes); até 20.000 beneficiários, pequeno; entre 20.000 e 100.000, médio; mais de 100.000, grande). Curiosamente, os hospitais estudados não praticam diferenças de preços entre as OPS com base no portes.

Além disso, quando se analisa os guias de conveniados (catálogos) fornecidos pelas OPS a seus clientes, nota-se que não há destaques para médicos, hospitais, clínicas ou laboratórios, que possam fazer uma divulgação em favor de alguma das empresas constantes no rol. Quando eles existem, geralmente se referem às unidades de saúde da rede própria de assistência do plano de saúde. Ademais, raramente os planos de saúde informam a seus beneficiários sobre novos credenciamentos ou rompimento de contratos com empresas.

Vemos que os hospitais estudados abrem mão da renda incremental que poderia ser obtida com o atendimento a particulares, deixando para que seja usada em outros segmentos, como observado pela resposta de um dos gestores que afirmou: “não tenho interesse em atender a clientes particulares”. Quando perguntado se o motivo do não interesse do atendimento a paciente particular estava ligado a algum custo diferenciado, a resposta obtida foi de que “o custo é o mesmo, independente dos pacientes, a diferença está na possibilidade do calote”.

Até seria compreensível esse comportamento se a taxa de ocupação dos hospitais fosse de 100%. Privilegiar-se-iam os atendimentos que possuíssem uma menor taxa de risco em detrimento dos mais arriscados. Entretanto, a taxa média de ocupação é inferior a 70%. Segundo algumas atendedoras, somente durante a epidemia de dengue, no ano de 2002, essa taxa de ocupação superou os 90%, sem, entretanto, atingir o teto máximo.

Uma das dificuldades de verificar o tempo de ociosidade está no sistema de verificação de custos gerencial, o qual as empresas estudadas, de um modo geral, não possuem. Outra dificuldade está relacionada com a natureza discricionária e subjetiva que envolve a prestação de serviços de saúde.

Os gestores entrevistados não utilizam em suas empresas sistemas específicos de gerenciamento de custos. Quando se fala em custos, a maioria dos gestores tem a visão do total dos gastos (despesas e custos). Não há o hábito observar cada tipo de custo gerado na empresa, se são diretos ou indiretos, fixos ou variáveis. Apesar disso, subdividem suas

organizações hospitalares por centro de custos e entendem que a apuração de custos é importante. Sua apuração, porém, só é feita através dos mesmos *softwares* utilizados no faturamento. Para os gestores, os custos estão ligados unicamente na relação receita-despesa.

Para se obter detalhamento sobre os custos dos procedimentos, tem-se que recorrer aos registros contábeis, porém só há disponibilidade de informações apuradas pelo método de custeio por absorção, que é o exigido pela contabilidade societária e para fins tributários. De um modo geral, quando perguntados, os gestores demonstravam-se satisfeitos com as informações que possuem a respeito dos custos. Quando se comentou sobre a apuração de custos com a utilização do método de custeio baseado em atividade, nenhum dos gestores demonstrou conhecimento a respeito dessa metodologia. Esse tipo de problema na área de controladoria vem a ratificar o que já fora observado por Raimundini et. al. (2004), em virtude da administração técnico-financeira ser exercida, em muitas vezes, por médicos que não possuem o preparo técnico adequado para lidar com esse nível de complexidade.

Além do pequeno conhecimento técnico a respeito de custos por parte dos gestores, percebe-se que, nas unidades hospitalares pesquisadas, não há pessoal habilitado para a função. Os serviços de contabilidade são terceirizados e, conseqüentemente os técnicos não pertencem ao quadro da organização.

Para os funcionários entrevistados, os sistemas de informações utilizados atendem às suas necessidades. O trabalho diário é facilitado e os relatórios necessários são apresentados com rapidez e de forma compreensível. Os sistemas de informações utilizados priorizam atividades burocráticas, como a marcação de consultas, cadastro, prontuário e prescrição semi-automática. Quanto aos custos, eles apenas são apresentados como a soma de todos os gastos de um paciente em relação ao faturamento de suas contas.

Durante a pesquisa de campo, enquanto acompanhava-se o fechamento de uma conta de um cliente particular, uma atendente foi inquirida sobre o motivo da cobrança com valores acima das tabelas que servem de base para os convênios. Surpreendentemente, ela respondeu: “Sempre foi assim. O cliente particular sempre paga mais caro”.

Sem levar em consideração as reais necessidades dos pacientes, foi observado que a maioria dos clientes vinculados aos planos de saúde trazia, quando do fechamento de suas faturas, uma quantidade maior de exames, medicamentos e visitas médicas. Por outro lado, as faturas dos pacientes particulares eram mais “enxutas”.

A explicação dos gestores foi de que “os clientes exigem os diferentes tipos de exames porque acham que têm direito. Pagam por isso. E nós os atendemos”. Essa é uma afirmação que caracteriza o risco moral (por parte do cliente) e a demanda induzida (por parte dos médicos e unidades de saúde atendentes).

A resposta da atendente traz à tona uma regra pré-formatada que pode influenciar o prestador de saúde no momento da definição do preço do seu serviço. Seria essa resposta fruto da cultura organizacional daquela empresa?

Os aspectos culturais observados nas entrevistas que podem estar interferindo na discriminação de preços de serviços de saúde, afeta tanto gestores quanto funcionários, e mesmos os clientes. Acredita-se que atendimentos hospitalares sejam caros. Acredita-se, também, que um plano de saúde seja importante em virtude da impossibilidade de previsão de necessidade de utilização desses serviços. Mas o que mais amedronta os usuários é a possível falta de condições para obtenção desses serviços quando necessários (TELLES e MAIA, 2006).

O pensamento atual dos gestores é que se alguém nos dias de hoje não possui um plano de saúde é porque não pode pagar pelo atendimento médico-hospitalar gerando, assim, uma dúvida quanto ao recebimento do serviço prestado. “Quem me garante que vou receber pelo serviço prestado é o Plano de Saúde”. Essa observação de um dos gestores caracteriza o medo da inadimplência, generalizando para todos os clientes, independente desse cliente ser

ou não um bom pagador. Por outro lado, o mesmo gestor não soube responder sobre as conseqüências da possibilidade de liquidação ou falência de alguma empresa de saúde suplementar sujeitas à adoção de Plano de Direção Fiscal por parte da ANS.

5 Considerações finais

A pesquisa de Satisfação com Planos de Saúde publicada na Saúde Business (2007) demonstrou que a maior preocupação dos entrevistados estava relacionada aos custos dos programas de assistência médica no período de aposentadoria. Grande parcela (68%) acredita que não terá condições financeiras para arcar com os gastos dos planos de saúde dentro de seu orçamento nesse período da vida. Parenzi (2006) credita esse fenômeno aos constantes aumentos das contribuições mensais, seja por mudança de faixa etária ou pela inflação médica.

Atualmente, a maioria das empresas quando contrata funcionários inclui no pacote de benefícios o plano de saúde coletivo da empresa. Dificilmente os empregados que participam de planos de saúde coletivos também pagam por planos de saúde individuais – menos de 1% (TELLES; MAIA, 2006). O que se imagina que possa acontecer é que essas pessoas, quando se aposentarem, não terão condições de pagar o plano, seja por diminuição da renda, seja pelos altos valores cobrados das empresas de planos de saúde, as quais consideram esse tipo de cliente como de alto risco.

A depender dos resultados apurados neste trabalho, os futuros aposentados precisarão recorrer às longas filas do Sistema Único de Saúde. Apesar da amostra da pesquisa publicada na Saúde Business (2007) ser composta de pessoas entre 26 e 45 anos, do sexo masculino, casados, com nível superior de escolaridade e incluir profissionais que ocupam cargos elevados, com alto poder aquisitivo, as instituições de saúde estudadas não conseguem ver neles uma fonte de renda para o futuro.

O estudo qualitativo desenvolvido teve por objetivo identificar como as organizações hospitalares de saúde definiam seus métodos de custeio e os critérios de discriminação de preços de modo a efetuarem cobranças maiores de atendimentos a particulares do que de atendimentos cobertos por Planos de Saúde mesmo que, aparentemente, os custos destes últimos fossem maiores.

Ao serem utilizados preços mais baixos para pagamentos de retorno menor e preços mais altos para pagamentos de retorno maior, poder-se-ia entender que fora uma escolha acertada dos hospitais. Porém, ao ser verificado que o alto preço dos serviços de saúde particulares afugentaram esses pacientes em direção aos planos de saúde, o sonho da captação do excedente dos consumidores pode ter ido parar na mão daqueles, gerando uma estrutura de discriminação de preços às avessas.

Na realidade, o que se apurou é que não há um critério de lógica econômica que ampare a decisão tomada pelos hospitais estudados. Por conta única e exclusivamente do risco de recebimento das contas, os hospitais abrem mão de capturar o excedente de capital que se encontra na mão dos consumidores que não possuem planos de saúde.

Os usuários que possuem uma reserva de capital, por conta da impossibilidade de pagamento dos altos valores cobrados pelos hospitais e pela prevenção do risco, deixam o excedente de seu capital nas mãos das empresas operadoras de planos de saúde que ainda os recebem em seus planos. Algumas empresas já estão trabalhando exclusivamente com planos coletivos, os quais possuem menor risco e não são submetidos às regras governamentais de reajustes de preços e rol de procedimentos (SAÚDE BUSINESS, 2006).

Os gestores entrevistados confirmam a demanda induzida e esperam a prática do risco moral por parte dos participantes dos planos de saúde. Os gestores alegam que, se as pessoas precisassem pagar pelos serviços de saúde prestados, dificilmente haveria a procura e utilização nos mesmos patamares de hoje. Como o paciente particular preocupa-se com seus

gastos, geralmente ele questiona os procedimentos mais onerosos, dificultando a prática da demanda induzida por parte dos hospitais.

Não foram identificados sistemas de gerenciamento de custos que pudessem ser aplicados no momento da definição dos preços a serem cobrados, sejam dos pacientes particulares, sejam dos pacientes oriundos dos planos de saúde. Todo o sistema de gerenciamento é baseado no valor do faturamento, embora haja uma estrutura de tecnologia de informação de boa qualidade.

Outra conclusão que se obtém é a de que os gestores hospitalares nem sempre estão preparados e aptos para serem responsáveis pela gestão administrativo-financeira das empresas. A falta de conhecimentos técnicos de contabilidade e de administração por parte dos gestores responsáveis aflora quanto demonstram desconhecem critérios atuais de gerenciamento, assim como ferramentas e conceitos que possam facilitar a tomada de decisões. O desconhecimento da importância de um gerenciamento de custos que efetivamente possa trazer os corretos valores dos resultados, levando em conta o valor do dinheiro no tempo e o tempo de ociosidade da mão-de-obra, parece ser um dos fatores que não deixam os gestores definirem uma política de discriminação de preços mais adequada.

Do mesmo modo como apurado nos estudos de Raimundini et. al. (2003 e 2004) e Souza et. al. (2005) os gestores das unidades estudadas também são profissionais da área de saúde e demonstram o mesmo despreparo técnico para administrar uma instituição com alto nível de complexidade, como é um hospital. Os avanços tecnológicos atuais permitem que se possa caminhar em direção a uma apuração mais precisa dos custos, inclusive com a utilização do método de custeio ABC em organizações hospitalares (COGAN, 1994).

Os gestores são médicos que se mantêm atualizados em relação a novos métodos e técnicas utilizadas na medicina, embora não se possa dizer o mesmo a respeito do conhecimento do mercado. Eles demonstraram, inclusive, desconhecimento quanto à tendência da diminuição dos planos familiares em detrimento dos empresariais. Até têm conhecimento de que o volume maior seja de pacientes oriundos de planos empresariais, porém não imaginavam que esse percentual fosse da ordem de 77% (ANS, 2008), bem como da possibilidade de, no futuro, o país possuir uma população idosa e saudável que possa escolher entre ter ou não despesas com planos de saúde e as unidades hospitalares estudadas não aproveitarem essa demanda para preparar a oferta.

Quanto aos fatores culturais, observou-se nas entrevistas que eles afetam tanto os gestores quanto os funcionários e clientes. Identificou-se que a mentalidade, principalmente dos atendentes, acredita que o paciente particular sempre pagou e sempre pagará mais caro. Isso pode estar ligado à imagem do alto valor cobrado do tratamento de clientes particulares quando comparados ao que os planos de saúde pagam. Entretanto, não há distinção de atendimento quando um paciente é oriundo de plano de saúde ou é um paciente particular. Todos os cuidados são dispensados da mesma forma, sempre se observando a qual categoria do setor de hotelaria cada um pertence. A qualidade do atendimento não discrimina os que pagam valores mais baixos, não sendo uma discriminação de preços de primeiro grau.

O porte das unidades analisadas pode ser considerado como uma das limitações do presente trabalho. Por conveniência, foram utilizadas duas unidades hospitalares de médio e pequeno porte e, em consequência disso, a comparação do fenômeno estudado pode acabar restrita a unidades hospitalares do mesmo porte, havendo a possibilidade de não observarmos o mesmo fenômeno em organizações hospitalares de maior porte.

Por mais que se tenha procurado deixar os entrevistados à vontade durante as entrevistas, inclusive evitando o uso de gravador, percebeu-se que os mesmos apresentavam-se desconfortáveis quando precisavam responder a alguns questionamentos. A omissão ou obtenção de respostas não sinceras pode ter influenciado nas conclusões obtidas pelos autores.

Futuras pesquisas poderiam, ainda, explorar os possíveis critérios de discriminação de preços existentes entre atendimentos a pacientes particulares e oriundos de planos de saúde em hospitais localizados em cidades do interior do país. Poderiam, ainda, utilizar o método de custeio ABC, incluindo a ociosidade e o custo de ociosidade para ampliar a análise da discriminação de preços. Poderia ainda ser realizada uma pesquisa sobre a tendência dos participantes de planos de saúde empresariais a adquirirem um plano individual após a aposentadoria.

Concluindo, conseguimos encontrar as respostas para os três objetivos específicos deste estudo. Pôde-se verificar que as organizações de saúde estudadas possuíam um critério de discriminação de preços entre seus diversos clientes, porém um critério de discriminação de preços às avessas, não captando o excedente de capital do mercado consumidor, afugentando ao invés de atrair novos clientes para atendimento particular. Um dos motivos detectados para isso foi a inexistência de um sistema de gerenciamento de custos adequado que pudesse auxiliá-las nessa decisão. Os métodos de custeio utilizados têm o objetivo de atender somente as obrigações societárias e fiscais. O desconhecimento dos gestores em outros métodos de apuração de custos demonstrou o despreparo dos mesmos na área administrativa e de controladoria. Por outro lado, verificou-se que os fatores culturais que influenciam os gestores no momento em que os preços são fixados, referem-se à idéia pré-concebida de inadimplência de pacientes que não pagam planos de saúde.

Referências

AKERLOF, George A. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. **The Quarterly Journal of Economics**. Vol. 84, No. 3, pp. 488-500, Aug., 1970.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Dezembro 2007**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_12_2007.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2008.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**. Vol. 53, No. 5, pp. 941-973, Dec., 1963.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

_____. **Lei nº. 8.080, de 04 de junho de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 28 abr. 2005.

_____. **Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2007.

COGAN, Samuel. **Activity-based costing (ABC): a poderosa estratégia empresarial**. São Paulo: Pioneira, 1994.

DENECKERE, Raymond J; MCAFEE, R. Preston. Damaged Goods. **Journal of Economics and Management Strategy**. V, pp. 149-174, 1996.

DUTRA, René Gomes. **Custos: uma abordagem prática**. 5a. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ELLISON, Glenn. A Model of Add-on Pricing. **The Quarterly Journal of Economics**. Pp. 585-637, May, 2005.

FORNECEDORES HOSPITALARES: Especial 15 anos. São Paulo: It Mídia, ano 15, mar. 2007. 132 p.

IVANAUSKAS, Terry Macedo. **Seguradores versus provedores no campo da saúde**. São Paulo, SP. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, FEA/USP, 2003. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tdc>. Acesso em 12 jun. 2006.

_____. **Uma síntese sobre o mercado de saúde**. São Paulo, SP. Originalmente apresentada como tese de doutorado, FEA/USP, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis>. Acesso em 15 ago. 2007.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. 9ª. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

LEITE-DA-SILVA, Alfredo Rodrigues et. al. Contradições gerenciais na disseminação da “cultura corporativa”: o caso de uma estatal brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 357-384, mai./jun. 2006.

LINS, Genaro Dueire. **Ensaio em Economia da Regulação**. Rio de Janeiro, RJ. Originalmente apresentado como tese de doutorado, EPGE/FGV, 2005.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Tradução: Laura Bocco. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho et. al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MILAN, Gabriel Sperandio; TREZ, Guilherme. Pesquisa de Satisfação: Um Modelo para Planos de Saúde. **Revista de Administração de Empresas - eletrônica**, v. 4, n. 2, art. 17, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&Secao=ARTIGOS&Volume=4&numero=2&Ano=2005>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

NASSIF, Luís. O sistema privado de saúde. **O Dia**, Rio de Janeiro, 4 nov. 2007. Caderno de Economia, p. 30.

NISHIJIMA, Marislei; BIASOTO JUNIOR, Geraldo; CYRILLO, Denise Cavallini. Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34, 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPEC, 2006. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A107.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2007.

OCCHINI, Rubens. **Perfil da oferta de serviços hospitalares e sua utilização nos hospitais filantrópicos em Piracicaba: uma análise do período de 2000 a 2004**. São Paulo, SP. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, EAESP, 2005.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 6, p. 1303-1314, nov./dez. 2005.

PARENZI, Roberto. Mercado de risco. **Saúde Business**, São Paulo, ano 14, ago. 2006.

PEREIRA, Reinaldo Aparecido; LEITE, Magda Lauri Gomes; KOVALESKI, João Luiz. Maximização de lucros através da discriminação de preços: o caso de um provedor de Internet via rádio. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 25, 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ENEGEP, 2005. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/Ebook/ARTIGOS2005/E-book>>. Acesso em: 29 jul. 2006.

PINTO, Luiz Guilherme de França Nobre. **Perigo Moral no Setor de Saúde: uma análise empírica**. Rio de Janeiro, RJ. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, EPGE/FGV, 2004.

PINDYCK, Robert S.; RUBINFELD, Daniel L. **Microeconomia**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall (Pearson), 2002.

RAIMUNDINI, Simone Letícia et. al. Aplicabilidade do Custeio Baseado em Atividades e Análise de Custos em Hospitais Públicos. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 27, 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia: ENANPAD, 2003. 1 CD-ROM.

_____ et. al. Aplicabilidade do Sistema ABC e Análise de Custos Hospitalares: Comparação entre Hospital Público e Hospital Privado. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 28, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ENANPAD, 2004. 1 CD-ROM.

SAÚDE BUSINESS: Especial Operadoras de Saúde. São Paulo: It Mídia, ano 14, ago. 2006.

_____ : Especial Operadoras de Saúde. São Paulo: It Mídia, ano 15, set. 2007. 50 p.

SCHEIN, Edgar H. **Organization cultures and leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

SOUZA, Antonio Artur de; KUWABARA, Cleuza Catsue Takeda; RAIMUNDINI, Simone Letícia. Análise do Sistema de Gestão de Custos de um Hospital Público: um estudo de caso. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 29, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: ENANPAD, 2005. 1 CD-ROM.

TEIXEIRA, Gilnei Mourão et. al. **Gestão estratégica de pessoas**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

TELLES, Cristina Valéria Dutra; MAIA, Elton Azevedo. **Atributos que influenciam o consumidor na escolha de um plano de saúde**. Rio de Janeiro. Originalmente apresentado como trabalho de conclusão da disciplina de Gestão de Marketing do Curso de Mestrado Executivo em Gestão Empresarial. EBAPE/FGV, 2006.

VERGARA, Sylvia Constante. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em Administração. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.