

PRESTADORES DE SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima*

Rose Marie Santini de Oliveira**

Sumário

As normas reguladoras da relação entre operadoras e prestadores de serviços. As discussões sobre as relações entre operadoras privadas e prestadores de serviços na Câmara de Saúde Suplementar. As proposições para o Fórum Nacional de Saúde Suplementar. Uma agenda de avaliação da qualidade dos prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar

Introdução

Os prestadores de serviços devem ter sua participação no setor de saúde suplementar regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos termos das Leis Federais que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que cria a Agência. A regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras privadas e prestadores de serviços é fundamental para o equilíbrio do sistema, incluindo a satisfação dos beneficiários dos planos de assistência à saúde.

A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. A

* Médico. Doutor em Administração. Diretor das Faculdades São José. clovis.mlima@uol.com.br.

** Especialista em Marketing. Mestranda em Comunicação. Professora das Faculdades São José. mariesantini@uol.com.br.

substituição do contratado ou credenciado por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com antecedência.

A aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos de assistência à saúde, impõe-lhe que o consumidor, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora privada ou plano de saúde.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

Atualmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. A ANS incorporou nesta resolução as diretrizes encaminhadas pelo setor a partir de discussões na Câmara de Saúde Suplementar, de uma Câmara Técnica específica de Contratualização e das contribuições de Consulta Pública.

Um primeiro e importante passo na regulação do setor de saúde suplementar é requerer que, com a maior brevidade, todo e qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde se incluam no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde, criado pela portaria do Ministério da Saúde n. 376, de 03 de outubro de 2000. É necessário mencionar que a inclusão neste cadastro não implica em vínculo com o Sistema Único de Saúde – SUS.

É necessário ampliar a agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entre as possibilidades de regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e prestadores, destacamos a da ANS assumir a coordenação ativa,

indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços.

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja espaço de discussões e negociações, que são condições para que se possa fazer um pacto entre todos os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos. É necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

As normas reguladoras da relação entre operadoras e prestadores de serviços

A Lei Federal n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, define que se submetem às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade. Considera-se: operadoras de planos privados de assistência à saúde toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros.

A assistência compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. É facultada a substituição do contratado ou credenciado por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência. Na hipótese de a substituição ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

A aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos: I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos; III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

A Lei Federal n. 9961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, também dispõe sobre as relações entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS, de acordo com o artigo quarto desta Lei Federal, tem as seguintes competências:

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

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

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

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

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

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

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

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

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; ...

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

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

A Resolução Normativa n. 42, de 04 de julho de 2003, estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. A ANS incorporou nesta resolução as diretrizes encaminhadas de uma Câmara Técnica específica de Contratualização e as contribuições da Consulta Pública n. 9, de 14 de março de 2003.

A resolução normativa estabelece em seu artigo primeiro que as operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços pelas entidades hospitalares, vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais nos termos e condições estabelecidos por ela. Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

São cláusulas obrigatórias, de acordo com esta resolução, em todo instrumento jurídico as que estabeleçam as condições da prestação de serviços para operadoras de planos:

I – qualificação específica: a) registro da operadora na ANS; e b) registro da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, de 2000;

II – objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados ou seja: a) definição detalhada do objeto; b) perfil assistencial e especialidade contratada, serviços contratados, inclusive o Apoio ao Diagnóstico e Terapia; c) procedimento para o qual a entidade hospitalar é indicada, quando a prestação do serviço não for integral; d) regime de atendimento oferecido pela entidade: hospitalar, ambulatorial, médico-hospitalar e urgência 24h.; e e) padrão de acomodação.

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com: a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado; b) definição dos valores dos serviços contratados e insumos utilizados; c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver; d) rotina para habilitação do beneficiário junto à entidade hospitalar; e e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos: a) prazo de início e de duração do acordado; e b) regras para prorrogação ou renovação;

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, com vistas ao atendimento do disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, em especial: a) o prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço; e b) a identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial;

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação da entidade hospitalar disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000; e

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando: a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da lei acima citada; b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade; c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade; d) a autorização para divulgação do nome da entidade hospitalar contratada; e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e f) não discriminação dos pacientes e da vedação de exclusividade na relação contratual.

As operadoras e as entidades hospitalares deverão proceder a revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, de acordo com o artigo terceiro da Resolução Normativa n. 42/03, a fim de adaptá-los a as suas disposições no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.

As discussões sobre a relação entre operadoras e prestadores de serviços na Câmara de Saúde Suplementar

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar do dia 28 de junho de 2001 é discutida a questão do credenciamento e do descredenciamento de prestadores de serviços pelas operadoras privadas, bem como dos sistemas de gerenciamento dos mesmos. O Conselho Federal de Medicina diz ser fundamental este tema para a relação médico-paciente, pois a própria Lei Federal n. 9.656/98 garantia ao usuário o direito de acesso aos serviços de saúde que julgasse conveniente. O CFM é favorável ao credenciamento universal ou o mais universal possível. Em relação ao descredenciamento, o Conselho entende que esse poderia ser feito pelo profissional que prestou atendimento e pelo próprio usuário.

A Confederação Nacional de Saúde afirma que os prestadores pessoas jurídicas tinham uma certa dificuldade no relacionamento com operadoras por falta de um instrumento legal que o disciplinasse. A CNS disse que deveria haver liberdade de negociação entre operadoras e prestadores de serviços, com a participação das entidades representativas dos dois intervenientes, bem como um contrato que formalizasse esse relacionamento, com cláusulas bem definidas sobre prazos de vencimento, validade, renovação, reajuste e outras de interesse bilateral. A Confederação considerou que a ANS, ao trazer o assunto à discussão, estava exercendo o seu papel de regular o sistema, o que não significava engessar esse relacionamento que, certamente, envolveria os profissionais médicos.

Os Sindicatos das Medicinas de Grupos disseram que o credenciamento era uma relação entre a operadora e o profissional, médico ou pessoa jurídica, normalmente regida por um contrato que deveria estabelecer sobre o descredenciamento. O SINAMGE disse saber que existiam queixas sobre o descredenciamento desmotivado, com o qual também não concordava, mas que eram casos específicos, demandando a análise de cada caso.

A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados explicou que as seguradoras adotavam o mecanismo de ressarcimento de despesas, mediante a indenização das ocorrências que o consumidor tivesse durante o contrato, independentemente do tipo de rede. Quanto à rede referenciada, esclareceu tratar-se de uma indicação feita ao segurado, cujo pagamento a seguradora efetuava por

contra-ordem. Disse entender as colocações feitas sobre o tema, mas apelou para que o mesmo fosse visto também sob a ótica de uma relação econômica, que precisava ser preservada para o sistema. Quanto à proposta apresentada pelo C.F.M., questionou se a mesma era de que o credenciamento fosse regulado pela Agência e o descredenciamento pelo referido Conselho, pois, se assim fosse, considerava uma ambigüidade, argumentando que, na concepção da FENASEG, o assunto estava regulado na Lei Federal n. 9.656/98, inclusive quanto a questão do redimensionamento de prestadores de serviço.

A Confederação das cooperativas de trabalho médico do Brasil disse que em seu segmento não havia pessoa física credenciada, mas cooperados, sócios que dividiam sua quota de capital e que se submetiam ao Estatuto das mesmas. Portanto, explicou que adotavam a figura da eliminação quando havia alguma infração legal ou estatutária, casos extremamente raros que só se concretizavam após instauração de processo administrativo, com ampla possibilidade de defesa e de recursos para o sócio. Disse, ainda, entender a preocupação do C.F.M. com a questão do mercado de trabalho, uma vez que os médicos passavam por uma difícil situação com a proliferação de escolas médicas e o conseqüente aumento do número de profissionais no mercado, argumentando que a proporção atual era de, aproximadamente, um médico para cada 600 habitantes, e no mercado supletivo essa proporção era de um médico para cada 100 clientes.

As Autogestões disseram que o credenciamento existia porque as operadoras de planos privados de saúde se regiam pelas leis normais de mercado, e, no caso do seu segmento, os trabalhadores se organizavam e credenciavam os médicos que aceitavam as condições colocadas, consignando que essa relação era consagrada em contratos juridicamente perfeitos. Explicou que eles buscavam possuir uma rede credenciada que fosse compatível com as necessidades e a faixa etária da respectiva população, ressaltando que em saúde, a oferta era que determinava a demanda e uma vez desorganizada certamente poderia inviabilizar o sistema. Dessa forma, disse ser necessário que se mantivesse o credenciamento e o descredenciamento de maneira natural, como era próprio de uma relação entre as partes, onde nenhum profissional era obrigado a se credenciar, assim como nenhuma operadora era

obrigada a manter um profissional que não lhe atendesse. Destacando a importância da ANS, dada a sua competência regulatória de pautar essa questão, disse que, oportunamente, sua entidade faria sugestões específicas quanto aos prestadores pessoas jurídicas, tratados na lei.

O Conselho Federal de Medicina reafirmou a posição contrária do C.F.M. em relação ao descredenciamento imotivado, argumentando que o Conselho, que tinha a função legal de fiscalizar o exercício da medicina, bem como os profissionais de saúde, teria de conhecer os contratos que as empresas diziam existir e nos quais se baseavam para proceder o descredenciamento, a fim de garantir o princípio do livre acesso, o direito de todos de lutar no mercado e do usuário de escolher os profissionais que lhes inspirasse maior confiança ou segurança.

A Federação Brasileira de Hospitais solicitou que fossem definidas as expressões: contratado, credenciado, referenciado e associado, visando unificar o entendimento, porque poderia estar sendo usadas diversas nomenclaturas para os mesmos conceitos, e, no seu entendimento, o referenciado era aquele que constava de uma lista indicada, sem nenhum vínculo com qualquer serviço.

O diretor de habilitação e normas de produtos da ANS esclareceu que a lei tratava da mesma maneira qualquer vínculo contratual que pudesse existir entre prestador e operadora. Portanto, mesmo diante de relações diferenciadas, acrescentou que não havia distinção entre referenciados, conveniados, credenciados e cooperados, pois nenhum prestador poderia ser indicado sem algum acordo, mesmo que operacional, significando, na prática, um contrato.

O PROCON, considerou a resposta da ABRAMGE inconsistente, uma vez que o mínimo que se poderia exigir de uma relação com vínculo operacional seria um contrato de serviço entre o prestador e a operadora. Informou que, conforme levantamento feito pelo PROCON no período de junho de 2000 a maio de 2001, foram registradas 85 reclamações sobre descredenciamentos de prestadores de qualquer natureza, significando ser esse, depois de reajustes e negativas de cobertura, o terceiro principal assunto discutido na Fundação, sendo que o mais alarmante era o

não atendimento de 93% das reclamações pelas operadoras, onde apareciam empresas de Medicina de Grupo e principalmente Cooperativas.

O PROCON reafirmou alguns direitos dos consumidores que não eram respeitados pelas operadoras, tais como: o da livre escolha onde o usuário, ao fazer opção por um plano escolhe uma rede, sem diferenciação entre credenciada e referenciada, e, posteriormente, as empresas descredenciavam os prestadores daquela rede, sem qualquer critério, deixando o mesmo sem assistência; o do cumprimento da oferta, pois as empresas descumpriam a oferta estipulada no início da contratação; e, o da devolução do valor pago, significando uma alteração unilateral do contrato, com abatimento proporcional do preço pago. Por isso, reiterou que se esperava o estabelecimento de critérios mínimos para o descredenciamento, com a devida fiscalização da Agência.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC considerou ter ficado evidente nas discussões que a relação entre a operadora e os prestadores de serviço era objeto de um contrato, mas que o problema estava no fato da legislação não ser respeitada, possibilitando alteração unilateral de contratos “antigos”, prática essa totalmente ilegal e inadmissível tanto pelo Código de Defesa do Consumidor como pela Lei n 9.656/98. O IDEC registrou o seu entendimento de que a ANS estava falhando por não fiscalizar os casos de descredenciamento de todos os prestadores de serviço, reafirmando que concordava somente com aquele que fosse motivado - por problemas éticos, sanitários, etc - conforme havia sido colocado, mas que, ainda assim, precisava ser seguido de substituição, assunto que merecia uma melhor regulamentação.

A Associação Médica Brasileira registrou o seu entendimento no sentido de que a relação prestador de serviço e operadora era bilateral e de interesses mútuos, tanto que quando um prestador se credenciava, ele passava a ter um contingente de demanda dirigido, mas, por outro lado, ele também poderia valorizar os serviços da operadora. Disse que não pretendia defender que essa relação fosse perene, até porque a mesma poderia tornar-se desinteressante para qualquer das partes. Porém, argumentou que o motivo da preocupação do CFM, da AMB e das entidades de defesa

do consumidor, era o modo como acontecia o seu rompimento, quando as operadoras adotavam condutas que não tinham explicação no contrato, causando prejuízos e danos ao consumidor e ao médico. Apelou para a urgência de se regulamentar a matéria, onde estivessem previstas: a comunicação prévia, a cessão de dados clínicos ao paciente e a apreciação dos contratos pela ANS.

A ANS observou a proposta do C.F.M. de credenciamento universal, obrigava as operadoras que não trabalhavam com reembolso a fazê-lo, significando acabar com as diferenças existentes entre as três formas de contrato existentes: o de reembolso, o de rede e o que garante acesso. Dessa forma, consignou que a proposta impunha reembolso integral para qualquer contrato, de qualquer operadora, dentro da tabela por ela praticada internamente. Em relação ao credenciamento e descredenciamento, esse último motivado ou imotivado, achou que não havia consenso quanto a necessidade de se estabelecer regras para os mesmos, destacando que o importante era a qualidade da assistência.

As Autogestões fizeram as seguintes considerações sobre credenciamento universal ou acesso universal: a primeira, que as pessoas que quisessem ter acesso a qualquer médico, poderiam optar pelo seguro; a segunda, que era falsa a afirmativa de que se estava defendendo o direito do usuário, porque, nesse mercado de saúde, o poder de discernimento dos pacientes era menor do que o dos prestadores de serviço de saúde, não sendo garantido àqueles que todos os médicos os atenderiam. Disse ser essa uma forma inadequada de resolver o desequilíbrio do mercado, que estaria relacionado à questões como: proliferação das escolas de Medicina, qualidade da formação do médico, tecnologia, excesso ou concentração desigual de profissionais, etc. Assim, considerou inoportuna a proposta de credenciamento universal feita pelo C.F.M., que, na sua opinião, dava tratamento igual aos desiguais, porque os profissionais médicos não tinham a mesma formação, nem a mesma condição de atendimento, e que, para as Autogestões, a rede credenciada era um bem estratégico. Disseram que as regras para credenciamento e descredenciamento teriam de observar: as garantias previstas na legislação brasileira, o funcionamento do sistema e o direito do usuário. Finalizando, registrou a necessidade de se disciplinar os casos em que a operadora ficasse impedida de dar o atendimento por

culpa dos prestadores, sugerindo às entidades de defesa do consumidor que apoiassem essa proposta.

A Federação das Empresas de Seguros Privados – FENASEG, entendendo que na proposta apresentada a Agência faria o credenciamento e o C.F.M. o descredenciamento, reafirmou sua posição contrária à mesma, até porque o referido Conselho não teria competência para legislar sobre as operadoras de saúde. Considerou prematuro fechar uma posição sobre o assunto, naquela reunião, pois o debate estava apenas começando, e que a exceção não poderia ser tratada como a causa principal. Além disso, lembrou que questões como a proliferação dos cursos de Medicina, a gama de especialidades e a concentração de profissionais especialistas nos grandes centros, não poderiam deixar de ser tratadas, e que, dada a complexidade do processo de prestação de serviço de assistência à saúde, tinha a preocupação de que não se conseguiria resumir todo esse processo em apenas uma discussão.

A ABRAMGE reafirmou a posição contrária em relação ao credenciamento universal, argumentando que qualquer operadora sabia que, com o aumento da procura, as despesas ficariam incontroláveis. Disse que o aumento do custo com esse credenciamento poderia não ser absorvido pelas empresas que ofereciam convênio e beneficiavam, atualmente, cerca de 80% do total dos usuários do sistema. Ressaltou que, para as operadoras que possuíam rede própria, era impossível a adoção desse mecanismo, pois essas tinham de analisar a capacidade de utilização e o custo de cada prestador, e que esse credenciamento, utilizado pelos seguros, era proibido para as cooperativas médicas. Quanto às relações entre operadoras e prestadores, considerou que o que constava da Lei era suficiente para a regulamentação das mesmas.

O PROCON-SP disse ser favorável ao credenciamento universal, pois a possibilidade do livre acesso era mais benéfica ao consumidor. Com referência ao descredenciamento, considerou que o tema deveria ser discutido de imediato, porque as empresas de planos de saúde estavam sempre entre o 2º e o 3º lugar no ranking de reclamações recebidas no PROCON, e isso refletia a prestação de serviço ao

consumidor. Reiterou sua manifestação feita em outra oportunidade de que a ANS teria de conhecer a rede credenciada das empresas, para fazer uma fiscalização preventiva.

A Federação Brasileira de Hospitais concordou com o entendimento de que o credenciado, o referenciado, etc, exceto o cooperado, tinham o mesmo significado e que todos os termos representavam uma relação formal entre as partes. Acrescentou que a F.B.H. era contrária à proposta de credenciamento universal, por entender que as partes deveriam ter liberdade para estabelecerem seus contratos formais, dentro dos limites permitidos em Lei, instrumento esse fundamental, inclusive, para ação de fiscalização da Agência. Relembrou que um dos objetivos da regulamentação era o de garantir o direito do consumidor, fazendo com que ele retomasse a confiança no sistema, aumentando o número de seus participantes e diminuindo a demanda do SUS, mas que esse objetivo não estava sendo alcançado em razão da instabilidade colocada pela regulamentação, que precisaria ser mais cautelosa.

As cooperativas médicas registraram sua satisfação com o entendimento manifestado de que eram efetivamente diferentes das demais operadoras. Com relação ao descredenciamento, reafirmaram que esse não atingia as cooperativas, porque elas tinham regras próprias. Quanto à questão do credenciamento universal, reforçaram sua posição de que a cooperativa não teria condições de adotá-lo, apesar de absorverem grande parte dos médicos, e, que, muito embora entendessem a posição das entidades que o defendiam, essa não seria a maneira para se resolver o grave problema do desequilíbrio no mercado de trabalho do médico.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar do dia 30 de agosto de 2001 o IDEC considerou que a questão do credenciamento e do descredenciamento era parte da regulamentação da relação entre operadoras e profissionais, e ponderou que os dois assuntos deveriam ser tratados na mesma pauta de discussão, sendo que o primeiro deveria ter prioridade. Considerou também de que a instância para o debate do referido tema, por tratar-se de uma regulamentação técnica, era a Câmara de Saúde Suplementar, e que outras instâncias deveriam ser buscadas na medida em

que esse trabalho encontrasse limitações na legislação ou fosse identificada alguma necessidade de mudança no marco da lei.

As Autogestões disseram, em relação a regulamentação da relação entre operadoras e profissionais prestadores de serviço, que essa relação abrangia aspectos econômicos, éticos, jurídicos, contratuais, os direitos e deveres de cada um dos atores, e que o impasse era quanto à metodologia de encaminhamento da questão. Considerando que a regulação da relação entre operadoras e prestadores estava parcialmente contemplada na norma que disciplina o descredenciamento de hospitais, reiterou sua posição de que a mesma era falha porque não previa nenhuma proteção para usuários e operadoras quando da interrupção do atendimento por parte dos prestadores - pessoas jurídicas. Dada a necessidade de regulamentação do credenciamento e descredenciamento, pessoa jurídica e física, entendeu que o processo deveria ser conduzido pela Agência no formato de encaminhamento de uma câmara técnica, cuja conclusão seria submetida àquele fórum.

A Confederação Nacional de Saúde manifestou sua concordância quanto à necessidade de uma discussão prévia dos assuntos polêmicos numa câmara técnica, até para dirimir dúvidas e quebrar algumas arestas. Em relação à regulamentação dos prestadores, reiterou que era preciso de um instrumento contratual que regulasse o relacionamento entre esses, pessoas jurídicas e físicas, e as operadoras, para não penalizar o usuário, nem deixar os prestadores sem a estabilidade econômica necessária à realização de serviço com qualidade, o que os levava a tomar decisões drásticas com as operadoras. 0

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar de 27 de setembro de 2001 a ANS apresentou uma "agenda da regulamentação". Os temas foram agrupados em três blocos: modelo de regulação, sua transição e evolução; modelo assistencial; e, processo de regulamentação em si, englobando as questões previstas em lei mas ainda não regulamentadas e as que merecessem revisão.

O bloco "modelo de regulação" continha o seguinte: adaptação dos contratos, com todas as suas decorrências, o processo de migração, o de estabilização dos

contratos antigos e novos; mobilidade dos usuários e portabilidade de carência; ressarcimento ao SUS; reajuste por faixa etária; e, abrangência da regulamentação, a fim de melhor especificar as modalidades correlatas de prestação de assistência à saúde diretamente ao usuário, como o cartão de desconto, a UTI móvel, etc. No bloco “modelo assistencial” estavam as questões relativas: à assistência farmacêutica; à promoção e prevenção à saúde; aos mecanismos de regulação de uso, incluindo as modalidades de rede, objeto da Resolução CONSU nº 8; e, às modalidades de segmentação e sub-segmentação.

No bloco “regulamentação”, foram identificados: as relações entre operadoras e prestadores; os atendimentos de urgência e emergência da Resolução CONSU nº 13; a assistência ao recém-nascido da Resolução CONSU nº 2; o reajuste por faixa etária da Resolução CONSU nº 11 – sendo que esses já estavam no calendário desse ano da Câmara; a política de reajuste e revisão técnica; e, as doenças ou lesões preexistentes, com os seus sistemas decorrentes, cobertura parcial temporária, agravo e rol de procedimentos de alta complexidade.

A Confederação Nacional de Saúde insistiu que se mantivesse como prioridade a regulamentação das relações entre operadoras e prestadores de serviço, porque sua ausência invalidava qualquer definição de modelo e que a falta de um instrumento com regras claras entre as partes, além de deixar os usuários desprotegidos, possibilitava situações onde os prestadores poderiam ser penalizados. O Conselho Federal de Medicina ressaltou que a regulamentação das relações entre operadoras e prestadores era absolutamente fundamental para que ficasse claro o que competia a cada um dos envolvidos.

Na reunião da Câmara Técnica do dia 21 de março de 2002 a ANS registrou que, sobre a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores, foram recebidas e distribuídas as propostas: do CIEFAS, da FENASEG, do SINAMGE/SINOG, da A.M.B. e C.F.M., do C.F.O., da F.B.H., da C.N.S. e da Fundação PROCON de São Paulo.

A Confederação Nacional de Saúde defendeu que a ANS determinasse que houvesse contrato entre as operadoras e prestadores, abrangendo o objeto pactuado, a periodicidade e forma de reajuste, os prazos de faturamento e pagamento, a metodologia de auditoria médica e revisão de contas, a descrição dos serviços, a impossibilidade de rescisões unilaterais; que esses contratos fossem levados ao seu conhecimento, para que pudesse monitorá-los e fiscalizá-los; e que, as operadoras negociassem com os prestadores antes de alterar as regras do jogo.

O Conselho Federal de Medicina constatou que: primeiro, não eram as operadoras, mas sim os seus prestadores, em especial os médicos, que davam a assistência ao consumidor, sendo a figura central do atendimento e o referencial para população; segundo, em consequência disso, o C.F.M. recebia um grande volume de reclamações de descredenciamento, que tinha de enviar para o PROCON e o Ministério Público, por não ter competência específica para analisá-las; terceiro, os prestadores não podiam mais conviver com a incessante interferência das operadoras na relação médico-paciente, o que repercutia na qualidade da assistência, nem com a pressão que lhes faziam as empresas usando o descredenciamento, diuturnamente, como o seu o maior trunfo; e, quarto, os consumidores tinham de ser protegidos e ter a segurança de que estavam comprando o mesmo produto que lhes fora ofertado.

O CFM afirmou ser imprescindível a regulamentação da relação entre prestadores e operadoras. A representante do Conselho relatou os principais pontos da proposta do C.F.M. e da A.M.B.: a criação de uma câmara técnica permanente de assuntos médicos, a livre escolha com o reembolso de despesas, o não descredenciamento aleatório e unilateral, uma política de reajustes de honorários transparente e apropriada, o cuidado com o sigilo médico no fluxo de informações relativas à assistência, uma sistemática de auditoria médica e glosa, e a limitação de medidas coercitivas que interferissem na autonomia profissional. Dando ênfase à criação da câmara, explicou que essa teria uma composição paritária com representação de cada um dos segmentos do mercado, uma constante e periódica reavaliação da sua utilidade e do seu desempenho, e uma pauta inicial com o que foi proposto pelo C.F.M./A.M.B. e o que pudesse ser adicionado pelos demais atores.

Acrescentou que ela perseguiria os propósitos: de suprir a dificuldade enfrentada na Câmara de Saúde Suplementar de examinar minuciosamente alguns problemas, devido à extensa pauta que tinha de percorrer; de ser um espaço de aprofundamento de todos os pontos, inclusive os mais conflituosos, que fossem ligados à relação médico-operadora, desde protocolos de qualidade, lembrados pelo IDEC e PROCON, até outros como auditorias, credenciamento e descredenciamento, etc.; e de pactuar sobre eles através de acordos, assinados e divulgados, que fossem fiscalizados pelos interessados e pela Agência, a qual também faria o papel de arbitragem e decidiria quando não se chegasse a uma conclusão.

A Associação Médica Brasileira endossou a extrema relevância de regular essa relação para que sérios embates fossem solucionados, tais como: o do uso indevido do mecanismo da glosa que algumas operadoras praticavam de forma sistemática, chegando a ser de até 25%, como se isso estivesse definido para um ajuste de caixa; o dos médicos que investiam em seu trabalho, servindo como referência para os usuários na escolha de um plano e, posteriormente, não passavam de um elemento de *marketing* para as empresas que de maneira abrupta, inexplicável e aleatória, descredenciavam esses profissionais causando-lhes imensas dificuldades e prejuízos; e, o do *managed care*, um instrumento antiético, lesivo ao médico e ao usuário, que limitava a autonomia profissional e restringia a assistência, o qual mudou para pior a medicina americana e era uma chaga que se insinuava crescer no Brasil e tinha de ser sepultada. Por isso, considerou a criação da câmara técnica de assuntos médicos absolutamente oportuna e essencial, reforçando que sua pauta preliminar seria composta pelos itens da proposta do C.F.M. e A.M.B. e dos que fossem assinalados pelos outros setores.

O SINAMGE/SINOG alertou para o fato de que as operadoras tinham de conviver com as características diferenciadas de seus prestadores e podiam: trabalhar com meios de atendimento exclusivamente próprios, terceirizados, ou ambos; ofertar o plano referência e, de forma isolada, o plano ambulatorial ou hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica; ter em sua rede credenciada prestadores que fossem cooperativas, empresas de planos por administração, e entidades de autogestão privadas ou estatais. Expôs que os vários tipos de relacionamento teriam de ser

devidamente formalizados num instrumento contratual, com o seu objeto, a forma de pagamento ou de remuneração, o prazo de duração, condições de rescisão, enfim tudo que espelhasse o que as partes realmente haviam pactuado.

O SINAMGE/SINOG advertiu que, apesar de aceitar que a ANS pudesse ter acesso a todas essas informações, a contratação tinha de continuar sendo direta entre as operadoras e seus prestadores, sem participação de terceiros, e regulada nos termos da lei civil, do Código de Defesa do Consumidor, das normas próprias do exercício profissional, e, em se tratando de prestador com vínculo de emprego, da legislação trabalhista. Colocou ser fundamental para as operadoras que trabalhavam com rede fechada de credenciamento a manutenção desse mecanismo, sem o qual seria inviável, nos planos ofertados, o controle do orçamento, do equilíbrio econômico-financeiro e da qualidade dos serviços assistenciais prestados. Pelas razões acima, discordou da proposta do C.F.M. e da A.M.B. de criação de mais um fórum, acreditando ser equivocado instituir uma regulação única ou novas regras para essas relações, sob pena de subverter, por inteiro, a estrutura organizacional e de custeio do mercado operador de planos.

A Federação Brasileira de Hospitais propôs que o relacionamento entre operadoras e prestadores pautado num instrumento formal, contendo as bases do mesmo, conforme as normas da legislação civil, e que a ANS assumisse três posicionamentos. Um, o de determinar que as operadoras comprovassem a existência da relação formal, não com a apresentação do contrato, mas por carta assinada por ambas as partes, a exemplo do que era feito pelo extinto INPS. Outro, o de determinar para qual setor da ANS poderiam os prestadores informar o rompimento de um contrato, deixando de ficar na dependência exclusiva de denúncia pela operadora. E ainda, o de requerer que as operadoras informassem o percentual médio de reajuste concedido ou a conceder aos seus prestadores de serviço, concordando com a FENASEG, que a participação desse em seus custos fosse considerado como fator de reajuste adicional às mensalidades dos planos.

A FBH insistiu para que a FENASEG admitisse que o acordo firmado entre as partes fosse formalizado num instrumento legal, até porque ela própria, ao conceituar

o seguro saúde, assumia a seguinte expressão: "...reembolso direto ao segurado, ou mediante convênio com uma rede médica ou hospitalar...", e, no seu entendimento, a palavra convênio tinha o mesmo significado de contrato. Avaliou que poderia ser positivo o aprofundamento dessa matéria num fórum específico, porém ponderou que ele deveria ser composto por menos da metade do número de participantes da Câmara de Saúde Suplementar e não ser permanente, a fim de se obter melhores resultados.

O PROCON-SP salientou ser imprescindível e urgente estabelecer normas para a relação entre operadoras e prestadores, que perseguissem o comprometimento das partes com o aspecto ético e, principalmente, com a qualidade da assistência à saúde prestada e ofertada, em virtude dos prejuízos concretos e diretos causados ao consumidor. Destacou que seria preciso exigir a formalização de um instrumento contratual, que prescrevesse minuciosamente direitos e obrigações, inclusive quanto aos valores da prestação dos serviços e seus reajustes.

No descredenciamento de qualquer prestador, queria o PROCON-SP, era imperioso que estivesse previsto: a proibição de alterações da rede originalmente contratada, salvo nos casos previstos na Lei; a sua ocorrência apenas por motivo justificável; o imediato restabelecimento da rede, aliado a prévia informação à ANS e ao consumidor; o abatimento proporcional do preço da mensalidade, que os usuários, segundo os artigos 20 e 35 do Código de Defesa do Consumidor, podiam pleitear por vício de qualidade na prestação de serviço e por descumprimento à oferta; que, na substituição do prestador descredenciado por outro de mesmo nível, a Agência se manifestasse baseada em parecer de instituição capacitada para tal. O PROCON-SP enfatizou ser indispensável que as operadoras dessem conhecimento dos contratos firmados com os seus prestadores à Agência, que faria o acompanhamento dos mesmos, verificando os possíveis desequilíbrios que afetassem o consumidor.

O IDEC defendeu acerca da avaliação e certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil, para a qual a experiência internacional mostrava ser importante um determinado nível de exigência, que a acreditação hospitalar, desde 1992, tinha um modelo preliminar que apontava o início de um trabalho, e, compreendendo que

aquele momento seria propício para o aprimoramento desse aspecto. No caso de hospitais, haveria a obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação de prestadores de serviço estaria sujeita às condições básicas, ligadas especificamente à qualidade técnica do estabelecimento que incluísse o atendimento ao consumidor, abrangendo acreditação hospitalar e certificação de qualidade, devidamente expedidos pelos órgãos competentes. A ANS faria o seu monitoramento, disponibilizaria ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalharia para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento traria um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde.

As autogestões consideram que na regulamentação entre prestadores e operadoras devem ser asseguradas: a assistência ao menos de urgência e emergência, coibindo a suspensão do atendimento e a rescisão unilateral dos contratos durante o processo de negociação; a não imposição unilateral de tabelas de preços, o que provocava instabilidade na relação comercial e comprometia a continuidade do atendimento; a proibição da exigência do cheque-caução na vigência do instrumento contratual, por ser esse um ato excessivo, servindo até para compensar a ineficiência operacional, inclusive das operadoras. Em virtude de muitas vezes o atendimento ser suspenso por iniciativa dos prestadores e não das operadoras, fez um apelo para que a A.N.S. auxiliasse o seu segmento na articulação com a Secretaria de Direito Econômico e o CADE, a fim de que agilizassem as soluções nos casos de denúncia por prática de *lock-out* e cartelização de preços.

As Autogestões gostariam que a regulamentação da relação entre operadoras e prestadores contemplasse alguns pontos. Manter a definição dos interesses no âmbito das partes, respeitando-se os direitos dos consumidores, sem a participação da ANS. Obrigar a existência de contrato formal, discriminando todas as condições da contratação, tais como: objeto; composição dos serviços; aspectos do atendimento aos usuários; condições éticas, legais e de qualidade; direitos e obrigações de cada um, incluindo as responsabilidades sobre as informações técnicas, as pleiteadas pela ANS e as relativas às reclamações de usuários. Proibir o credenciamento universal, que iria interferir no equilíbrio do plano, o qual já poderia conter reembolso livre no limite

do contrato. Permitir à operadora a utilização dos critérios técnicos e de qualidade que achasse mais convenientes para o credenciamento e sua manutenção. Atribuir à ANS, além de ser uma fonte de referência de certificações técnicas dos prestadores e das condições de operação das empresas do mercado, o papel de monitorar esse relacionamento, sendo intermediária no caso de dificuldades entre as partes e na implantação e absorção de novas tecnologias, e de desenvolver indicadores referentes à materiais e medicamentos, que equivaliam cerca de 25% dos custos de um plano.

A Confederação das UNIMED esclareceu que não havia encaminhado proposta em função de que os médicos das cooperativas não eram contratados ou credenciados, e, sim, cooperados, participando do resultado da operação do plano. Enfatizou ser adequada a proposta do SINAMGE/SINOG, para os prestadores não cooperados, de haver uma formalização contratual prevendo todos os elementos pactuados, procedimento esse já adotado pela maioria das UNIMED's. Concordando com a proposta do C.F.M. e da AMB de criação de uma câmara técnica, alertou para que o seu papel e a sua composição estivessem claramente definidos antes de ser instalada.

A Confederação das Santas Casas de Misericórdias defendeu que o relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços deveria respeitar: as condições comerciais negociadas ao longo do tempo; as diversidades operacionais e jurídicas existentes no mercado; os contratos já firmados entre as operadoras e seus beneficiários; e que o modelo desenvolvido direcionava os recursos para rede própria e/ou credenciada, sendo incompatível com os baseados na livre escolha dos recursos. Além disso, a relação teria de estar formalizada em um instrumento contratual, dentro das disposições dos artigos da Lei Federal n. 9.656/98, estabelecendo direitos e deveres entre as partes e prevendo, no mínimo: objeto da contratação, preço e condições de pagamento dos serviços, auditoria médica e glosas, política de reajuste, condições para a suspensão contratual, e o vínculo econômico-financeiro entre eles.

A Confederação das Santas Casas advogou em relação às regras para a renegociação dos contratos, que fossem fixados prazos claros para seu início e final, sugerindo que esse início se desse 60 ou 90 dias antes do término do contrato em

vigor, prolongando-se, no máximo, por igual período, quando seriam mantidas as regras pactuadas naquele contrato que se expirava. Por fim, para que o mercado não passasse por uma completa descaracterização na forma como operava, reforçou que aquele relacionamento teria de estar apoiado em regras simples que considerassem a diversidade do mercado e as condições comerciais negociadas entre as partes, tendo sempre em vista a busca do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e a questão decorrente de incorporação tecnológica absolutamente indispensável para a negociação dos novos preços.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar resumiu as discussões acontecidas nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar sobre a relação entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços. A nota técnica com o sumário das discussões da diretoria de produtos da ANS inclui os seguintes tópicos: critérios técnicos de atendimento; pagamento; quantificação; qualificação; rescisão; consequências; motivos para descredenciamento; e cláusulas contratuais.

A nota técnica da diretoria de produtos da ANS apresenta os critérios técnicos e de atendimento que devem ser explicitados nos contratos entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços – pessoas físicas e pessoas jurídicas. Os critérios técnicos para pessoas jurídicas incluem as especialidades e os serviços que são objeto do credenciamento, especialmente de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; indicação do responsável técnico pelos serviços; definição se o corpo clínico faz parte do atendimento estabelecido contratualmente; obrigatoriedade de disponibilizar dados da assistência para apresentar a ANS, quando solicitado; atuação de comissões de controle de infecção hospitalar; e referências à utilização de materiais e medicamentos.

A nota técnica define também os critérios de pagamento que devem estar explicitados nos contratos entre operadoras e prestadores: especificar a forma e o prazo de pagamento; especificar a existência e o tipo de auditoria técnica, suportada por protocolos clínicos e atenção para exames e procedimentos auto-gerados; vedar a utilização de glosa linear ou o não pagamento de faturas devidamente auditadas no

prazo acordado; e o não pagamento de serviços prestador poderá ser objeto de denúncia na ANS, conforme decisão dos prestadores de serviços.

Os critérios de credenciamento quanto à quantificação de prestadores de serviços, de acordo com a nota técnica da ANS, são os seguintes; garantir ao beneficiário o direito de escolher outro prestador de serviço para opinar tecnicamente sempre que necessário; facilidade de acesso conforme dispersão geográfica da massa assistida; e garantir ao profissional médico a repetição do exame em prestador alternativo, nos casos de dúvida quanto ao diagnóstico.

Os critérios de credenciamento quanto à qualificação dos prestadores de serviços deve observar as seguintes comprovações de habilitação das pessoas físicas e das pessoas jurídicas. Os contratos devem possuir cláusulas contratuais que estabeleçam as condições para sua rescisão nos descredenciamentos sem motivos, decorrentes de solicitação do prestador; nos descredenciamentos motivados, decorrentes de solicitação do prestador; e nos descredenciamentos motivados, decorrentes de solicitação da operadora. A nota técnica apresenta também motivos para descredenciamentos.

A nota técnica da ANS afirma que problemas relativos ao constrangimento no acesso à assistência à saúde contratada pelos beneficiários das operadoras privadas, decorrentes de sua relação com os prestadores, poderão ser analisados e gerar penalidades. O processo será direcionado à operadora privada. Se comprovada a responsabilidade do prestador pelo ato indevido, poderá haver descredenciamento do prestador e até sua inabilitação pela atuação no setor de saúde suplementar.

As cláusulas que deverão constar nos contratos entre as operadoras privadas e os prestadores de serviços, de acordo com aquela nota da ANS, são as seguintes: objeto e natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados; prazos e condições para faturamento e recebimento dos serviços executados; vigência do contrato; normatização para auditoria médica; revisão e discussão das faturas; condição de rescisão; e critério de prestação de informação assistencial. A nota técnica da diretoria de produtos da ANS conclui sugerindo "prazo de um ano após a

publicação da normatização para que sejam implementadas as medidas administrativas e adequações contratuais, visando o pleno atendimento às disposições reguladoras apresentadas.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar de 20 de março de 2003 o diretor de produtos da ANS discorreu sobre a minuta da RN de contratualização entre as operadoras e prestadores - hospitais e o funcionamento da respectiva Câmara Técnica. O amparo legal da minuta encontrava-se na Lei Federal n. 9961/01, que destinou à ANS, no artigo 3º, a finalidade de promover a defesa do interesse público no setor regulando as relações entre as operadoras e seus prestadores de serviços e, no inciso II do artigo 4º, a competência de estabelecer as características gerais dos contratos entre os mesmos.

A Câmara Técnica de Contratualização fora instalada em 10 de julho de 2002, e teve seis reuniões até novembro, com uma maciça presença do segmento dos prestadores e das operadoras e uma vasta discussão do assunto por quase seis meses. Formalizaram propostas as seguintes entidades: autogestão, CMB, CNC, CNS, FBH, FENASEG, PROCON, SINAMGE e SINOG. Posicionaram-se acerca dessa questão: autogestão, CMB, CNC, CNS, CONASEMS, CONASS, FBH, FENASEG, MJ, MS, PROCON, CNI, SINAMGE, SINOG, UNIMED e UNIODONTO. Abstiveram-se: AMB, CFM, CFO, COFEN, CUT, MF, MPS e MTE.

O texto da minuta de RN em discussão foi apreciado pela Diretoria Colegiada após a aprovação das quinze entidades presentes na reunião da Câmara Técnica no dia 06 de novembro de 2002 de uma proposta elaborada a partir dos posicionamentos majoritários. A minuta de RN sugere que teriam de estar obrigatoriamente no contrato: prazo de faturamento e pagamento dos serviços prestados pelo hospital, a rotina de conferência e certificação das faturas recebidas pela operadora, prazo para revisão periódica de preços, fixação de multas entre as partes aplicáveis na hipótese de descumprimento de suas cláusulas e as rotinas de garantia do atendimento a ser prestado pela operadora ao consumidor, sem obstáculos criados pelo hospital.

A minuta da norma previa ainda que fizesse parte do instrumento contratual: o registro da operadora na Agência e o da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do M.S. para a garantia da qualidade; seu objeto e natureza jurídica; o perfil assistencial e especialidades; os procedimentos que estavam sendo contratados quando a prestação não fosse integral; o regime de atendimento e o padrão de acomodação; os valores dos serviços, prazos e formas de faturamento e pagamento; rotina de auditoria técnica e administrativa; rotina de habilitação do beneficiado junto à prestadora; os procedimentos dependentes de prévia autorização; o prazo de vigência e as regras para renovação e/ou rescisão do contrato, essa condicionada a uma notificação com 60 dias de antecedência da data do seu término e a obrigação do prestador de identificar os pacientes que a operadora teria de dar a continuidade ao tratamento.

Outros pontos discriminados na minuta de RN foram: o da obrigatoriedade do prestador disponibilizar à operadora os dados assistenciais dos atendimentos requisitados pela ANS, observando-se a ética e o sigilo profissional; os direitos e obrigações das partes observados o pleno atendimento do artigo 18 da Lei Federal n. 9656/98, a não discriminação de pacientes e priorização de ocorrências de urgência e emergência, de gestantes, de lactantes e lactentes e de pacientes com até 5 anos e mais de 65 anos de idade; regras de reajuste de preços, contendo forma e periodicidade; e autorização expressa para a operadora poder divulgar o nome do prestador na lista de sua rede de assistência.

A ANS fez ressalvas das principais discordâncias: pela FENASEG, quanto a obrigatoriedade de definição prévia de um contrato; pela FENASEG e CNI, quanto as regras de reajuste, forma e periodicidade do mesmo; e pela CNI e UNIMED quanto a divulgação do nome do prestador. Foi definido na minuta que num prazo de 180 dias após a publicação da RN, o mercado repactuaría ou ajustaria os contratos existentes. A Agência optou por submeter aquela minuta de RN à consulta pública até o dia 17 de abril, pela importância da mesma e em função dos conflitos entre operadoras e prestadores trazerem impactos negativos aos consumidores de planos, provocando um crescimento de reclamações de 15,5% para 24,4% entre 2001 e 2002, enquanto

que as de aumento de mensalidade diminuíram de 39,9% para 28,7%, conforme aferido pelos números do Disque ANS.

A Confederação Nacional de Saúde alegou ter sido negativo o longo período transcorrido antes que fosse elaborado algum formato na contratualização de operadoras e prestadores, tempo em que os prestadores continuaram penalizados com o congelamento dos preços que lhes eram pagos pelas operadoras, fazendo com que esse segmento ficasse numa situação impossível de ser sustentada. Além disso, afirmou que a Agência estava demorando muito para intervir na regulação dos contratos entre operadoras e prestadores, o que já deveria ter feito de modo a preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores, e propôs que o excessivo prazo de 180 dias após a publicação da minuta da RN fosse reduzido para 30 dias, obrigando urgentemente às operadoras a repactuarem os preços com seus prestadores por estarem absolutamente incompatíveis com os custos de mercado, senão eles precisariam de outras alternativas para se reequilibrarem.

O PROCON-SP indicou dois aspectos que deveriam ser adicionados às obrigações previstas na minuta de Resolução Normativa da ANS de contratualização: que o consumidor, valendo-se de um de seus direitos básicos, fosse informado da vigência do contrato entre a operadora e seus prestadores de serviços; e que os prestadores fossem proibidos de exigirem dos consumidores garantias absurdas, principalmente a do "cheque caução", para se utilizarem dos serviços aos quais tinham direito.

A FENASEG explicou que as suas ressalvas retratavam a sua discordância pelo fato da RN impor, obrigatoriamente, às seguradoras a adoção de um instrumento contratual e que o mesmo fosse formalizado, desconsiderando duas de suas características: uma, de que seus produtos eram comercializados na modalidade de reembolso ao usuário, que podia ter acesso a uma lista de prestadores de serviços apenas como uma referência, bem diferente da prática de credenciamento; e outra, de que toda a sua relação com o comprador de serviço, pessoa física ou jurídica, já era regulada pelo próprio mercado que, independente de dispositivo legal, adequava

produtos, qualidade, preços e reajustes, buscando inclusive alternativas de compra desses serviços, sem gerar nenhum tipo de conflito.

O diretor de produtos da ANS esclareceu a minuta de RN de contratualização definia que: as penalidades teriam de integrar o contrato pactuado entre as partes envolvidas dentro das suas conveniências, as quais não seriam aplicadas pela Agência; e que vigoraria imediatamente depois da sua publicação para os novos contratos, sendo que o prazo do seu artigo 3º era para a revisão dos que estavam em curso, que foi pensado devido ao volume de operadoras e de estabelecimentos hospitalares existentes no Brasil, que poderia gerar uma grande quantidade de repactuações a serem processadas e que deveria ser considerado antes de se estipular um prazo inexecutável.

O representante do Ministério da Justiça considerou ser essencial uma intervenção do Estado, no caso da Agência, para assegurar um equilíbrio mínimo nas relações entre seus componentes, porque nesses momentos parecia ser óbvio que houvesse uma grande propensão de se sacrificar a parte mais vulnerável da cadeia econômica - o consumidor, expressão da própria realidade social. Nesse sentido, consignou que os órgãos de defesa do consumidor participantes daquela Câmara encaminhariam por escrito os seus posicionamentos, convictos de que providências de natureza estrutural poderiam se traduzir, a médio e longo prazo, senão na absoluta tranquilidade, ao menos em mecanismos de maior proteção para o consumidor.

As proposições para o Fórum de Saúde Suplementar

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar de 2003 seja, nas palavras do Senhor Ministro da Saúde Humberto Costa,

“um momento de diálogo entre todos os setores, para que se chegue a uma situação que seja boa para todos. Todos os segmentos vão ter que perder um pouco para ganhar um pouco, quem estiver imaginando que vai chegar ao Fórum para defender posições imodificáveis, não vai estar contribuindo para o processo de solução dos problemas que o setor tem, e pode ter certeza que o Ministério da Saúde, o Governo Federal em nenhum momento vai vacilar, se ele precisar tomar posições em

torno dos temas que forem feitos aqui, certamente tomará... Por isso é que o espírito que deve presidir todos os participantes desse segmento, é o espírito do debate e da negociação, do perder e do ganhar, para que o sistema como um todo possa ganhar". (ANS, 2003)

O Ministério da Saúde, diz o Senhor Ministro, quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja um espaço para que se possa fazer um novo pacto, um pacto entre todos os atores e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos. É necessário de uma vez por todas ter um parâmetro que todos aceitem, para que não se tenha permanentemente a disputa que se estabeleceu entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

As Autogestões apresentaram propostas sobre o objeto da regulação da saúde suplementar, afirmando a necessidade de "estender para a área da regulação e fiscalização os prestadores de assistência à saúde". O segmento considera que atualmente há uma concentração regulatória e fiscalizatória nas operadoras, desprezando-se os prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e médicos). A legislação que disciplina a assistência suplementar à saúde deve trazer para o terreno da regulação e fiscalização os agentes prestadores de serviços, avançando, na medida do possível, para o terreno contratual a fim de dar tratamento a essa relação seguindo os novos postulados trazidos pela legislação civil, especialmente aqueles atinentes à função social do contrato (conforme artigo 421 do novo Código Civil).

A Federação de Seguros Privados – FENASEG também apresentou uma proposta de mudanças da Lei Federal n. 9656/98. A FENASEG propõe que na substituição da entidade hospitalar por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, seja feita a ressalva para a decisão unilateral da entidade hospitalar credenciada ou referenciada. Argumenta que a operadora não tem controle ou ingerência sobre as decisões das entidades hospitalares credenciadas e referenciadas com as quais mantém qualquer vínculo.

A Federação de Seguros Privados propõe criar a condições de prestador de serviço ou profissional de saúde "referenciado", ao lado dos contratados, credenciados ou cooperados. Argumenta que o texto deve manter coerência com os termos usados em vários outros dispositivos da Lei. A FENASEG propõe também que o não cumprimento das obrigações da Lei seja de exclusiva responsabilidade do prestador de serviços referenciado ou credenciado. Alega que nestes casos não há qualquer vínculo entre as operadoras privadas e prestadores de serviços, limitando-se estas últimas a aceitar receber das operadoras o pagamento pelos serviços prestados aos consumidores por conta e ordem dos mesmos.

A UNIMED do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas encaminhou sua contribuição para o Fórum do Setor de Saúde Suplementar, advertindo sobre as obrigações e os direitos dos prestadores ou profissionais de saúde. A UNIMED recorda que a Medida Provisória n. 1908-20/99 incluiu no *caput* do art. 18 da Lei n. 9656/98 a palavra "cooperado". Ocorre que um inciso do referido artigo dispõe que é vedado às operadoras a imposição de contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional, que não se aplica às cooperativas, haja vista que, quando a operadora for constituída sob a forma de cooperativa, qualquer disposição estatutária decorre da vontade dos próprios cooperados, como aliás tem reconhecido o Superior Tribunal de Justiça em inúmeros julgados.

A UNIMED defende que a liberdade dos cooperados aprovarem o estatuto da cooperativa com direitos e obrigações inerentes ao seu objeto social é um direito constitucionalmente assegurado - art. 5º, XVIII - que não pode ser subtraído nem mesmo por Emenda à Constituição - art. 60, §4º, IV da CF. Assim, defende a Confederação das Cooperativas, a redação do art. 18 originariamente aprovada pelo Congresso Nacional deve ser mantida.

A Confederação Nacional de Saúde também encaminhou suas sugestões para o Fórum. A Confederação defende a reavaliação da Lei Federal n. 9656/98 sobre a regulamentação de Planos de Saúde, no que concerne a preservação do equilíbrio econômico-financeiro dos Prestadores de Serviços na relação com as Operadoras, para a manutenção do Sistema Complementar de Saúde. A CNS defende também a

implantação da Contratualização com os itens discutidos na Câmara Técnica da ANS, no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

A CNS quer a reavaliação urgente dos valores de remuneração dos Prestadores de Serviços, Hospitais, Clínicas, Laboratórios e médicos. A Confederação requer a ação rigorosa e constante da ANS frente às Operadoras privadas inadimplentes com os seus Prestadores de Serviços. A CNS observa que “são inúmeros os casos de Prestadores de Serviço que reclamam das constantes glosas efetuadas em seus pagamentos, a maioria delas sem justificativas plausíveis e a critério exclusivo das Operadoras. Esta atitude tem provocado uma situação de vantagem para as Operadoras, pois recebem a prestação de serviços da melhor maneira possível por preços inferiores aos do mercado, retendo o dinheiro alheio ao seu próprio caixa e ocasionando desvantagens aos hospitais, clínicas e laboratórios que investem em novas tecnologias e prestam todo tipo de serviço médico as custas de seu capital de giro. Se tal situação não for devidamente corrigida, implicará num enriquecimento ilícito sem causa por parte das Operadoras e num conseqüente empobrecimento indevido por parte dos Prestadores de Serviços”.

A Federação Brasileira de Hospitais afirma que a Lei Federal n. 9656/98 e toda a regulação antes e depois da ANS tiveram o foco voltado para a área econômico financeira e algumas vezes ouvindo usuários e órgãos de defesa do consumidor, sem a preocupação da qualidade com que se atende e trata os pacientes; basta verificar toda escrita existente para certificação do fato. O foco deve ser mudado para o da “Qualidade da Assistência”, até porque qualidades diferentes têm custos e preços diferentes. A partir desta observação a FBH advoga que são necessárias a construção e eleição de alguns indicadores para enxergarmos o setor sob a ótica da qualidade. Por fim, a Federação de Hospitais diz estar de acordo com o modelo de contrato padrão determinando pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Confederação Médica Brasileira apresentou as seguintes propostas para o Ministério da Saúde em relação ao Fórum de Saúde Suplementar: implantar data base anual de negociação entre entidades médicas e operadoras quanto à remuneração/reajuste tendo como intermediador a Agência Nacional de Saúde

Suplementar – ANS; implementação via ANS das diretrizes e protocolos da AMB e Sociedades de especialidades inclusive com protocolos de prevenção de doenças e promoção de Saúde para a medicina suplementar; implementação da livre escolha do médico pelos usuários com o fim do referenciamento/credenciamento; implementação da auditoria mista (Técnico dos usuários, prestadores, médicos, hospitais e operadores) para efetivar avaliação o desempenho do setor; normatizar via ANS o fim das glosas injustificadas e atrasos de pagamentos da remuneração da produção médica fixando multas; normatizar o não cerceamento da autonomia do médico; controle Social do sistema nos moldes do SUS com conselhos gestores; reposição das perdas através da implementação do rol de procedimentos AMB e viabilização da discussão de mecanismo mesmo de reajuste vinculado aos reajustes aos segurados.

O departamento de saúde pública da Associação Médica Brasileira apresentou proposições e argumentações ao Fórum de Saúde Suplementar. A adoção das Diretrizes de Procedimentos Médicos AMB/CFM no sistema de saúde suplementar como parâmetro de orientação de conduta médica, de acordo com a AMB, permite estabelecer parâmetros mais homogêneos de conduta médica, com redução das indicações que não atendam aos mais recentes e adequados preceitos de conduta médica, assim como racionaliza a indicação de procedimentos com redução dos custos além de atuar como instrumento de atualização profissional.

A adoção no sistema de saúde suplementar do Rol Hierarquizado de Procedimentos Médicos AMB/CFM, de acordo com a AMB, é produto do exaustivo trabalho profissional da FIPE e da diretoria da AMB por mais de 3 anos, estabelecendo de modo inovador e hierarquizado os milhares de procedimentos realizados hoje na medicina brasileira. A adoção do Rol permite homogeneização da linguagem no que se refere aos procedimentos, corrigindo as distorções das inúmeras tabelas próprias existentes, tais como tabelas antigas que não contemplem procedimentos hoje universalmente praticados e a possibilidade de se aplicar aos procedimentos, de modo mais eficaz, os necessários estudos estatísticos.

A AMB afirma que adoção de mecanismos que assegurem à ANS sua atuação no sentido de se cumprir dever legal de garantir o equilíbrio entre os setores que

compõem o sistema de saúde suplementar, equilíbrio esse fundamental para o devido atendimento à população de usuários. O longo período (oito anos) sem reajuste de honorários médicos, culminando com defasagem salarial que nos últimos 12 anos remonta perda estimada em 300%, trouxe graves danos à qualidade do exercício profissional no país, com severos limites à capacidade financeira dos profissionais para atualizar-se e modernizar seus equipamentos, além de ter há muito perdido a compatibilidade entre a responsabilidade ato profissional e a remuneração efetivamente percebida. Tal empobrecimento, sem precedentes na história da categoria médica brasileira, trará em breve graves conseqüências à qualidade da medicina exercida no país, com danos internos à população e internacionais à imagem do padrão de assistência à saúde praticada no Brasil.

A Associação Médica quer mais celeridade nos trabalhos da Câmara Técnica de Assuntos Médicos, pois diversos e graves temas referentes à relação médicos e operadoras necessitam prioridade em sua regulação, dentre estes as inaceitáveis glosas sem justificativas, por vezes denotando mecanismo de ajuste de caixa; as constantes interferências das operadoras na liberdade de exercício profissional do médico e os descredenciamentos imotivados, que tem na verdade motivações de natureza econômica, causando enorme e inesperada perda ao profissional que tem investimentos e responsabilidades assumidas em função desse contingente de pacientes, com danos também extensivos aos pacientes que perdem a oportunidade de seguir em tratamento com o profissional eleito para tal.

O credenciamento dos médicos através de suas centrais de convênios é defendido pela AMB, que considera que isto dá garantia aos usuários de uma rede referencial de qualidade, impedindo que as operadoras credenciassem e descredenciassem livremente os profissionais, prejudicando os usuários e aos médicos. Atualmente algumas operadoras pressionam profissionais credenciados, diz a Associação, levando a riscos na qualidade da atenção a saúde do usuário. Atualmente os médicos, individualmente, não têm poder de negociação com as operadoras e nos últimos anos os reajustes autorizados pelas ANS às operadoras, não forma repassados aos médicos.

A Central Única dos Trabalhadores também apresentou propostas para Agência Nacional de Saúde Suplementar, visando contribuir para a formulação de uma política adequada para o setor de Saúde Suplementar no sentido de estabelecer parâmetros desejados pela população de usuários dos planos de saúde, buscando um ponto de equilíbrio entre os diversos segmentos que envolvem esta área. A CUT propõe: que a assistência no setor de Saúde suplementar tenha uma perspectiva de atenção integral à saúde; que se construa um novo modelo assistencial que garanta a eficácia, combinada com a integralidade da atenção à saúde; privilegiando a atenção primária e as ações de prevenção; a implementação via ANS das diretrizes e protocolos da AMB e Sociedades de Especialidades, inclusive com protocolos de prevenção de doenças e promoção de Saúde para a medicina suplementar; a implementação da livre escolha do médico pelos usuários com o fim do referenciamento e credenciamento; a implementação da auditoria mista (técnico dos usuários, prestadores, médicos, hospitais e operadores) para efetivar avaliação de desempenho do setor.

Uma agenda de avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de saúde suplementar

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

Entre as atribuições da ANS que se referem a qualidade da assistência à saúde, definidas em Lei, destacamos:

- fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

- exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

A ANS pode e deve coordenar a inclusão da avaliação e da melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços. A maior parte das atividades de avaliação em nosso meio tem sido irregular e muitas vezes se baseiam na opinião pessoal dos seus defensores ou dos seus detratores, expressas em impressões, anedotas, referências e propaganda.

A Organização Mundial de Saúde - OMS define a avaliação como meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre diferentes possibilidades de ação futura. É, pois, um processo permanente que busca aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das intervenções de saúde.

A avaliação pode ser classificada de acordo com a procedência dos avaliadores: externo, interno, misto ou auto-avaliação. Todas as modalidades tem as suas vantagens e as suas desvantagens. O primeiro passo no processo de tomada de decisão sobre a procedência dos avaliadores é eliminar o mito de que avaliar é

atividade para criaturas especiais e dotadas de saber extraordinário. A avaliação externa é aquela que recorre a avaliadores que não pertencem as organizações em avaliação. A avaliação interna é aquela que recorrem a avaliadores que pertencem aos prestadores de serviços em avaliação, mas não estão diretamente vinculadas a execução das intervenções. A auto avaliação significa que as pessoas implicadas na execução das intervenções de saúde são encarregadas das atividades de avaliação.

A auto avaliação tem a vantagem de fortalecer a posição dos trabalhadores e clientes internos dos prestadores de serviços, a partir da valorização do seu saber sobre o seu trabalho, do seu papel na produção dos resultados e das suas opiniões. A participação dos trabalhadores nos processos de avaliação é uma face das estratégias de administração da qualidade. A avaliação mista com avaliadores internos e externos parece ser a melhor forma de avaliar. Esta modalidade compõe o saber e a familiaridade do que precisa ser avaliado por seus executores, com uma maior objetividade na avaliação das pessoas que não estão envolvidas com a execução das intervenções.

Os indicadores são o meio para estabelecer o alcance dos objetivos das organizações de saúde. Os indicadores são aquilo que está tão estreitamente associado com outras certas condições, que a presença ou variação dos primeiros indica a presença ou variação das segundas. Os indicadores demonstram resultados. A organização deve definir os meios de verificar e mensurar os seus indicadores. O valor de um indicador é limitado pelos meios que se dispõe para verificá-lo. As verificações de alguns indicadores podem exigir a revisão de registros simples e rápida, enquanto que as de outros podem exigir pesquisa especial.

Os sete pilares da qualidade, sugeridos por Donabedian, podem ser usados na avaliação da qualidade dos prestadores de serviços de assistência no setor de saúde suplementar funcionam como metáforas, demarcando territórios temáticos ou espaços de comunicação, onde são produzidas, disseminadas e usadas informações. Cabe destacar a interdependência entre os pilares da qualidade para a avaliação. (DONABEDIAN, 1993)

DONABEDIAN identifica sete atributos como pilares da qualidade em saúde: 1. Eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde; 2. Efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas; 3. Eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível; 4. Otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios; 5. Aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado; 6. Legitimidade: conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima; 7. Equidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Os prestadores de serviços podem usar a avaliação da rentabilidade econômica para estabelecer metas que garantam sua sobrevivência, para manter a qualidade a partir da definição de procedimentos operacionais padronizados, para controle de processos e dos resultados e para gerenciar melhoria da qualidade. A avaliação econômica dos prestadores de serviços de saúde pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados e a que relaciona os efeitos, resultados e consequências com os recursos aplicados ou com as atividades executadas.

A avaliação da rentabilidade econômica das intervenções pode ter múltiplos usos: a) por governos para definir planos de saúde de referência e para controlar as condições de concorrência entre organizações de saúde; b) por organizações de saúde para subsidiar decisões sobre estratégia e posição no mercado e sobre composto e preço de produtos; c) por organizações de saúde para mensurar o grau de eficiência e para subsidiar programas de melhoria da qualidade; d) por operadoras privadas para avaliar a qualidade dos produtos das organizações de saúde quando determinam o elenco de fornecedores; e) por clientes usuários para decidir a aquisição de seguros e planos ou de produtos. (LIMA e LIMA, 1998:71-73)

A qualidade dos prestadores de serviços de saúde pode ter várias faces: a decisão da administração sobre as especificações das características de qualidade – do

produto final, do desempenho, dos serviços – a serem oferecidos, a decisão da administração de planejar ou não um produto ou serviço futuro, e o julgamento do consumidor ou cliente usuário sobre o produto ou serviço que lhe é oferecido.

DEMING afirma que a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia e que a principal dificuldade de definir qualidade de praticamente qualquer produto está na conversão das necessidades futuras dos clientes usuários em características mensuráveis, de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o cliente usuário pague. O cliente usuário é a parte mais importante da linha de produção. Sem alguém para comprar os produtos, as fábricas podem fechar. Mas o que é que o cliente necessita? O quanto se pode ser útil a ele? O que ele pensa que necessita? Ele pode pagar por isto? Ninguém tem todas as respostas. Felizmente não é necessário ter todas as respostas para administrar bem. (1990:125-129)

Uma característica do setor saúde que deve ser considerada na avaliação é que os clientes usuários ou pacientes são parte integrante do processo de produção, e deles também dependem o sucesso das intervenções. A técnica e a infra-estrutura, embora muito importantes, não serão as únicas determinantes dos resultados: o processo interpessoal de relacionamento tem fundamental importância. NOGUEIRA observa que o senso comum em organizações de saúde expressa restrições à participação dos clientes usuários nas atividades de avaliação. A não aceitação do usuário na avaliação ocorre a partir do entendimento de que o usuário de saúde não é um consumidor comum diante das mercadorias e está desprovido de conhecimentos técnicos que lhe permitam avaliar a adequação do serviço às suas necessidades. Ademais, não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços. (1994:32-36)

Os prestadores de serviços podem usar a avaliação como uma ferramenta para melhoria da sua qualidade, no sentido de procurar aumentar o grau de satisfação dos seus clientes usuários. A avaliação pode verificar e medir os atributos das intervenções das organizações que vão garantir este maior grau de satisfação. A avaliação é uma forma de produzir, disseminar e usar informações dentro das

organizações, contribuindo para que as pessoas elaborem coletivamente as suas interrogações e busquem as suas respostas, o que pode contribuir nos seus processos de aprendizagem e de tomada de decisões. A avaliação pode assim conferir maior legitimidade para a ação das pessoas e das organizações.

A estrutura é o conjunto de recursos necessários para se executar determinada atividade, dos recursos financeiros, materiais, pessoais e tecnológicos às condições políticas e organizacionais. O processo vincula-se à adequação aos padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade de relevância sobre determinado programa ou atividade, incluindo os profissionais responsáveis por sua execução. O resultado se refere à satisfação dos clientes internos e dos usuários ou beneficiários das intervenções.

Os prestadores de serviços de saúde podem proceder a avaliação técnica, inspecionando os meios físicos e os recursos necessários para a intervenção, verificando as suas disponibilidades, distribuição e condições de manutenção. Podem também verificar também a estrutura organizacional e os canais de comunicação formal e informal entre os executores das intervenções. A implementação da avaliação focada na estrutura dos prestadores de serviços de saúde pode usar diferentes procedimentos: habilitação, classificação e acreditação. A habilitação é o procedimento executado usualmente pela autoridade sanitária para verificar as condições estruturais mínimas. A classificação é feita de acordo as suas características e com níveis de complexidade das suas intervenções. (OPS, 1994)

A acreditação é um procedimento de avaliação que busca verificar a presença ou a ausência de padrões discursivamente estabelecidos e aceitos para diferentes níveis de satisfação dos clientes internos e usuários. O termo acreditação é inspirado na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations dos EUA. A acreditação deve ser entedida em duas dimensões. A primeira delas como processo de aprendizagem das organizações, onde se introduz os conceitos e a cultura da qualidade. A segunda como processo de avaliação da qualidade das organizações, nas quais se analisa e atesta o grau de qualidade obtido, em face de padrões previamente definidos.

A administração da qualidade está baseada no controle de processos. O processo é o conjunto de causas que gera determinado efeito, ou o conjunto de meios para chegar a determinado fim. Controlar é detectar problemas, analisar estes problemas, buscando suas causas, e agir sobre elas, para modificar resultados, do modo que eles se tornem aqueles que desejamos e planejamos.

A administração da qualidade pode estar orientada para a manutenção ou melhoria da qualidade de processos existentes ou para a construção de novos processos dentro das organizações. Estas três atividades básicas de controle de processos constituem a denominada "trilogia de Juran". A manutenção da qualidade busca garantir o cumprimento de padrões de trabalho para manter estáveis as características do produto, garantindo assim a satisfação das pessoas. A melhoria da qualidade busca melhoria contínua dos padrões de trabalho para satisfazer cada vez mais pessoas. A construção de novos processos busca estabelecer padrões de trabalho baseados nas necessidades das pessoas (incluindo os clientes internos e externos). (NOGUEIRA, 1996:16-23)

Um sistema de melhoria da qualidade é útil a qualquer um que lance um produto ou esteja comprometido com um serviço e deseje melhorar a qualidade de seu trabalho e, ao mesmo tempo, aumentar sua produção, tudo com menos mão-de-obra e a custos reduzidos. Os princípios e os métodos de melhoria são iguais para a fabricação de bens e para a prestação de serviços. A aplicação real difere de um produto para outro, e de um tipo de serviço para outro, assim como todos os problemas de produção diferem uns dos outros. (DEMING, 1990:136)

DEMING afirma que o que a existência ou não do que se convencionou chamar de "erro médico" só pode ser compreendida com a ajuda da teoria estatística. O resultado de uma intervenção médica é a interação entre médico, tratamento e paciente. Dois bilhões de intervenções médicas são realizadas todos os anos nos Estados Unidos. Cem mil casos desfavoráveis pode ser um número grande, e este número representa a confiabilidade de um caso desfavorável para 20.000 intervenções. Seria difícil encontrar um sistema mecânico ou elétrico com maior

confiabilidade, afirma DEMING. A maioria dos 100 mil resultados desfavoráveis (se este for o número) pertence ao sistema e uma pequena fração pode ser causada por descuido, incluindo incompetência. Entretanto, um por cento de 100 mil é mil, ainda é um número grande. Qualquer número é muito grande. (DEMING, 1990:349)

A avaliação dos processos compreende diferentes componentes e dimensões: a cobertura do programa, os aspectos técnicos da implantação, os aspectos estruturais e funcionais da organização e rendimento do pessoal que executa as intervenções. A avaliação da cobertura das intervenções trata de estabelecer até que ponto se atinge a população-alvo (o conhecimento do programa pela população-alvo; as condições de acesso ao programa; a aceitabilidade do programa pela população-alvo) e até que ponto é coberta de modo eficiente a área de intervenção.

Os prestadores de serviços podem avaliar o uso de suas intervenções, isto é, o processo de interação entre profissionais de saúde e clientes usuários. Este uso pode ser influenciado por diferentes fatores sócio-culturais, organizacionais e da interação prestador-cliente usuário. Os fatores sócio-culturais incluem a tecnologia e os valores sociais. Os fatores organizacionais incluem as estruturas e os processos que constituem a organização dos cuidados e que circundam e influenciam intimamente o processo de intervenção. Estes fatores incluem: a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social, a estrutura formal e o processo de intervenção. A acessibilidade social das organizações inclui a aceitabilidade. A aceitabilidade é a relação entre as atitudes dos clientes usuários sobre as características pessoais e profissionais dos prestadores com as características reais dos prestadores existentes, bem como as atitudes dos prestadores sobre as características aceitáveis dos clientes. (DEVER, 1988)

A avaliação do rendimento do pessoal consiste em medir a capacidade, competência e a habilidade das pessoas para executar determinadas atividades que lhes são atribuídas como próprias do seu trabalho dentro das organizações de saúde. A avaliação do pessoal inclui: habilidades e aptidões necessárias à atividade, atitude face ao trabalho e motivações para realizá-lo responsavelmente, capacidade de aplicar

conhecimentos e sistematizar a própria experiência, e forma e capacidade de organizar o trabalho e de solucionar problemas reais.

A avaliação de resultados se estabelece em relação aos usuários e beneficiários das intervenções. A avaliação de resultados toma por referência o problema que o origina. O substancial é saber se a organização de saúde que está intervindo responde ou não às necessidades e problemas reais da sociedade. A avaliação de resultados (sobre a população destinatária) ou de impacto (sobre o conjunto da população ou meio) é feita em função dos objetivos e dos resultados esperados. Ela deve incluir também a produção de resultados e impactos não esperados.

Os indicadores de resultados e de impacto das intervenções devem possibilitar a avaliação dos seguintes tópicos: 1. o grau de conquista dos objetivos propostos e de obtenção dos resultados esperados; 2. a eficácia dos resultados obtidos, com base em informações pertinentes sobre a resolução de problemas e o nível de saúde; 3. o grau de impacto e de satisfação das necessidades dos beneficiários e destinatários potenciais e efetivos dos serviços de assistência à saúde.

Conclusão

O Ministério da Saúde quer que o Fórum de Saúde Suplementar seja espaço de discussões e negociações, que são condições necessárias para que se possa fazer um pacto entre os atores do setor e que se possa ter tanto uma legislação quanto um instrumento de regulação que seja legitimado por todos. É necessário ter parâmetros e padrões que sejam amplamente aceitos e legitimados, para que possa se estabelecer diálogo e entendimento entre consumidores, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e governo.

A assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos das Leis Federais e dos contratos firmado entre as partes. As operadoras de

planos privados de assistência à saúde podem manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano.

A aceitação por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos de assistência à saúde, impõe-lhe que o consumidor, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora privada ou plano de saúde.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde. A ANS tem competências que vão além de estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras e de fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.

A Resolução Normativa n. 42, de 04 de julho de 2003, estabelece em seu artigo primeiro que as operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços pelas entidades hospitalares, vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais nos termos e condições estabelecidos por ela. Os contratos de que trata esta Resolução devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

É necessário ampliar a agenda da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entre as possibilidades de regulação, regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e prestadores, destacamos a da ANS assumir a coordenação ativa, indutora e negociadora da inclusão da avaliação para melhoria da qualidade na agenda das operadoras privadas e dos prestadores de serviços.

Entre as atribuições da ANS que se referem a qualidade da assistência à saúde, definidas em Lei, destacamos:

- fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - defende acerca da avaliação e certificação de qualidade da assistência à saúde no Brasil. No caso de hospitais, haveria a obrigatoriedade de apresentação do certificado de qualidade, porém qualquer contratação de prestadores de serviço estaria sujeita à condições básicas, ligadas especificamente à qualidade técnica do estabelecimento que incluísse o atendimento ao consumidor. A ANS faria o monitoramento, disponibilizaria ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalharia para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento traria um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde.

A Federação Brasileira de Hospitais afirma que a Lei Federal n. 9656/98 e toda a regulação da ANS tiveram o foco voltado para a área econômico financeira e algumas vezes ouvindo usuários e órgãos de defesa do consumidor, sem a preocupação da qualidade com que se atende e trata os pacientes. A FBH defende que o foco deve ser mudado para o da "Qualidade da Assistência", até porque qualidades diferentes têm custos e preços diferentes. A partir desta observação a FBH advoga que são necessárias a construção e eleição de alguns indicadores para enxergarmos o setor sob a ótica da qualidade.

A Associação Médica Brasileira apresentou proposições ao Fórum de Saúde Suplementar de adoção das Diretrizes de Procedimentos Médicos AMB/CFM no sistema de saúde suplementar como parâmetro de orientação de conduta médica. A AMB entende que isto permite estabelecer parâmetros mais homogêneos de conduta médica, com redução das indicações que não atendam aos mais recentes e adequados preceitos de conduta médica, assim como racionaliza a indicação de procedimentos com redução dos custos além de atuar como instrumento de atualização profissional.

Bibliografia

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Câmara de Saúde Suplementar – Atas de 31 reuniões*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. www.ans.gov.br (acesso em 22.07.2003)

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993 – Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

CARAP, L.J. *Acreditação de operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2000. (oficina de trabalho)

DEMING, W.E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DEVER, G.E. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira/PROAHSA, 1988.

DONABEDIAN, A. *Seminar on quality assessment and assurance*. São Paulo: EAESP/FGV, 1993.

FENASEG. *Cadernos FENASEG – discussão dos temas do Fórum de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: FENASEG, 2003.

LIMA, C.R.M. *A avaliação das organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS*. São Paulo:EAESP/Fundação Getúlio Vargas, 2003. (tese de doutorado)

_____. *Oportunidades estratégicas para operadoras de planos de saúde*. Rio de Janeiro: IBRE/Fundação Getúlio Vargas, 2003.

LIMA, C.R.M., LIMA, C.R.M. Avaliação custo-eficácia das intervenções de organizações de Saúde. São Paulo: EAESP/FGV, *Revista de Administração de Empresas*, v.38, n.2, p.62-73, abr./jun. 1998.

MALIK, A.M. *Avaliação, qualidade, gestão: para trabalhadores da área da saúde e outros interessados*. São Paulo: SENAC, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Apresentação de 11 de março de 2003*. Brasília: ANS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A saúde suplementar no Brasil: Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e Indicadores de qualidade para hospitais - Brasil*, Washington, 1994.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Lei Federal n .9656, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.*

_____. *Lei Federal n. 9961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.*

SANTINI, L.A. *Avaliação tecnológica em saúde.* Rio de Janeiro, Rev. Bras. Educ. Méd. v.17, n.2, p.1-44, 1993.

UGA, M.A. *Novas formas de contratação e compartilhamento de risco com provedores de serviços.* Rio de Janeiro: ANS, sd. (resumo executivo)