

Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico

*** Alceu Alves da Silva**

Porto Alegre, Julho de 2003

* Graduado em Ciências Contábeis pela PUC – Porto Alegre, RS
Especialista em Administração Hospitalar pela PUC – Porto Alegre, RS
Professor do Centro de Ciências Econômicas da Unisinos – São Leopoldo, RS
Professor do Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde - Porto Alegre, RS
Diretor Administrativo do Hospital Mãe de Deus
Ex-Chefe de Gabinete do Ministro de Estado da Saúde

Certa vez Albert Einstein entregou a secretária uma prova a ser distribuída entre seus alunos da pós-graduação. A secretária passou os olhos pelo papel e questionou: "Mas professor Einstein, essas são as mesmas perguntas do ano passado. Será que os alunos já não sabem as respostas? Tudo bem respondeu o mestre, as perguntas são as mesmas, mas as respostas são diferentes" (Hammer 2002).

INTRODUÇÃO

Ao estudarmos a relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, na verdade, estamos analisando o fulcro do maior objetivo desejado pelo cliente ao subscrever um plano de saúde: a segurança de ter acesso aos serviços de saúde. Portanto, o plano de saúde é meio e o serviço de saúde é fim.

As características do sistema de saúde brasileiro, estabelecidas pelas mudanças no cenário macroeconômico e social da saúde, certamente se constituem em um pano de fundo, onde Operadoras e Prestadores de Serviços de Saúde deverão travar, lado a lado e em conjunto, uma grande batalha. É muito provável que se esteja no limiar de enfrentamento dos grandes desafios: encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na saúde e não na doença, a qualidade da assistência ditada pela prática da boa medicina, os custos compatíveis, a satisfação dos usuários e a lucratividade necessária ao desenvolvimento e crescimento do setor.

O cenário e suas variáveis já estão apresentados. Tudo indica que o momento chegou. O posicionamento, que urge ser definido para que se modifique o relacionamento atual entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, é se "vamos construir pontes ou muros".

Este novo relacionamento, no entanto, não nascerá pronto. Será necessário construí-lo na cumplicidade dos objetivos, na capacidade de perceber as oportunidades em um mercado com indicativos consistentes de transformações radicais. Progressivamente, algumas parcerias e negociações irão mostrar-se mais frutíferas e abrirão caminhos para outras, reproduzindo e aprimorando os métodos e os avanços indispensáveis.

Este estudo técnico, além de contribuir para as discussões temáticas **do Fórum**

de Saúde Suplementar, promovido pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, tem a finalidade de contextualizar as lógicas que alimentam e sustentam a relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços e, a partir da compreensão, apontar e analisar caminhos que possam ser valorizados na construção de um novo e estratégico relacionamento.

Numa perspectiva ampliada, espera-se que esse estudo possa estar contribuindo para que os usuários tenham fortalecidas as suas garantias de acesso e de qualidade dos serviços de saúde, como consequência de uma maior consistência nas relações entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços.

UM BREVE RELATO DAS RELAÇÕES ENTRE OS AGENTES DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

As Operadoras De Planos De Saúde, é preciso considerar e registrar, a partir de uma visão empreendedora e extremamente arrojada, ao longo do seu processo de evolução prestaram e prestam um grande serviço a população brasileira, permitindo o seu acesso aos serviços de saúde. Em especial porque ocuparam uma fatia enorme do espaço deixado pela ineficiência, pela ausência efetiva de determinação política e pela incapacidade de financiamento do setor público.

Nos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde, excetuando-se os de planos próprios, registrados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge e pela Federação das Unimed's. Esses números revelavam a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste.

Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva – em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações – e a vinculação inequívoca da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.

Entretanto, as Operadoras de Planos de Saúde criaram um mercado peculiar, de regras multifacetadas, definindo prazos de carência, restrições ao atendimento, contratos altamente vantajosos, níveis de preços, unilateralidade na suspensão de

contratos, e outras formas de contenção da utilização dos serviços.

Muitas, atendendo apenas a uma oportunidade de mercado, sem estrutura, sem lastro econômico para sustentar suas operações, lançaram-se em uma aventura de buscar lucros de forma fácil, sempre coadjuvadas por uma rede de prestadores de serviços ávidos por clientes de um sistema de financiamento diferenciado daquele praticado pelo setor público.

A atuação das Operadoras de Planos de Saúde sempre esteve exageradamente vinculada a supremacia dos interesses econômicos e arriscadamente afastada das políticas de saúde e da mensuração da qualidade da assistência prestada.

Os Clientes, nesse contexto, representavam o elo mais vulnerável, com reduzido controle sobre os seus maiores interesses: o acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada. Não possuindo instrumentos para coibir eventuais abusos cometidos pelas Operadoras de Planos de Saúde, que, sem regulamentação, detinham a liberdade para tomar as decisões que entendessem necessárias. Na cadeia dessa relação, as imperfeições do sistema relegaram os aspectos de acesso aos serviços e à qualidade assistencial a um plano secundário.

O Poder Público, de sua parte, contemplou da margem oposta a evolução da saúde suplementar no Brasil. Para J.C. STRICK (1990:3), a *"regulação consiste na imposição de regras e controles pelo Estado com o propósito de dirigir, restringir ou alterar o comportamento econômico das pessoas e das empresas, que são apoiadas por sanções em caso de desrespeito"*. O Estado Brasileiro nas atividades iniciais da saúde suplementar esteve afastado do seu papel regulador. Esteve exclusivamente envolvido na evolução da reforma do Sistema Público de Saúde, onde muitas vezes tergiversou, e foi intransigente, quanto às questões ideológicas. Insistiu na construção de um sistema de saúde exageradamente perfeito nos seus princípios e permissivamente tímido e passivo quanto as suas capacidades de financiamento, acesso à população e de gestão de recursos, perdendo o foco nas estratégias de efetiva implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

De qualquer sorte, na década de 80, foi intensa a movimentação em torno da reforma do sistema público de saúde, caracterizando-se como uma grande prioridade político-social, com enorme envolvimento da sociedade brasileira e de seus diferentes órgãos representativos.

Ainda que secundário, entre tantas razões para que se compreenda a não

priorização do setor de saúde privada, é provável que o poder público tenha considerado que a fatia da sociedade brasileira com cobertura assistencial através de planos de saúde privados fosse composta de pessoas abastadas, e que poderiam dispensar a proteção do Estado. Entretanto, há que se considerar a interpretação de que quanto maior fossem os recursos desse setor, financiados fundamentalmente pelas empresas e também diretamente pela própria sociedade, mais recursos sobrariam para a população carente e desassistida pelo setor público. Ou então, que a supremacia das questões econômicas na área da saúde tenha, mais uma vez, prevalecido e reservado a interpretação de quanto maior o crescimento do setor de saúde suplementar menor a necessidade de recursos públicos para o segmento de saúde do Brasil.

Outro grande prejuízo, pelo alijamento do setor de saúde suplementar das políticas públicas do setor, é que os processos, as informações, a análise econômica e, em especial, os resultados da qualidade da assistência prestada, foram de completo desconhecimento do Ministério da Saúde. Dessa forma, uma grande parcela da base de dados e das informações do setor de saúde no Brasil, ainda hoje, contemplam apenas os números e as correspondentes análises dos serviços realizados pelo setor público, desconsiderando a situação e os resultados das ações de saúde que são prestadas a aproximadamente um quarto da população brasileira.

Os Prestadores De Serviços, inclusive os Médicos, por sua vez, atendidos nos seus interesses mais imediatos, notadamente pela progressiva escassez dos pacientes privados e pela crescente deterioração do relacionamento com a área pública (defasagem acentuada e crescente de preços, glosas, atrasos nos pagamentos, tetos físicos e financeiros incompatíveis com o volume dos serviços prestados, entre outros), não relutaram em compor uma associação forte e firme com as operadoras de planos de saúde. Já em 1995 os médicos registravam uma enorme dependência das Operadoras de Planos de Saúde. Foi o que revelou a pesquisa desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública (Machado,1995) apontando que 75 % a 90 % dos médicos declararam depender diretamente dos convênios para manter suas atividades em consultório.

É importante observar que nos contratos entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços os aspectos de qualidade assistencial não são o foco principal da relação. Não correspondem as preocupações primeiras para a

manutenção das relações comerciais. O maior determinante sempre foi a capacidade de vendas que o credenciamento de um prestador de serviços possa gerar para a operadora de planos de saúde e, especialmente, a sua tabela de preços.

Tudo transcorrendo dentro de uma equação bastante satisfatória. O setor público continuamente expõe suas iniquidades que, açodadas pelas constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como um grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem a sua atuação no mercado. Atuação essa feita sem regulamentação. Encontrando os prestadores de serviços extremamente interessados em pacientes de planos de saúde privados como alternativa para as suas dificuldades junto ao sistema público de saúde. Some-se a esse cenário, o forte auxílio de uma espiral inflacionária que encobria as ineficiências, e permitia, na ciranda financeira, ganhos acima das margens de lucratividade e rentabilidade do negócio.

Foi com essa configuração de mercado e com uma rede de relacionamentos onde estavam preservados os interesses dos diversos agentes, que o setor da saúde suplementar cresceu no Brasil.

Segundo Duarte e Di Giovanni (2001), *“o sistema de atenção médica suplementar cresceu a passos largos durante a década de 80, de tal modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país. Somente no período 1987/89 incorporaram-se a esse subsistema 7.200.000 beneficiários”*.

Atualmente, o número de usuários registrados na ANS é de 33,3 milhões.

REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ESSENCIAL PARA O CRESCIMENTO DO SETOR

Em período anterior à Lei 9656/98, os consumidores passaram a ser mais protegidos com a adoção do Código de Defesa do Consumidor e do sistema consubstanciado nos Procon estaduais e municipais. O acolhimento de demandas pelos Procon beneficiou os consumidores em seus conflitos com as Operadoras de Planos de Saúde. Mesmo assim, a atuação desses organismos estatais mostrou-se

insuficiente para regular as relações entre consumidores e Operadoras.

As políticas regulatórias são políticas de soma positiva, o que cria a expectativa de que todos os setores afetados sejam ganhadores pelo bem público gerado, mesmo que as soluções não sejam unânimes, ou, de acordo com MAJONE (1996), seja a segunda melhor alternativa, na impossibilidade da ampla maioria política.

Havia consenso em torno da necessidade de intervenção estatal, visando corrigir e atenuar as falhas do mercado. Após a promulgação da Lei 9656, em 1998, na gestão do Ministro Carlos César Albuquerque - a maioria dos trabalhos realizados a respeito do tema não o tem citado - o setor de saúde suplementar ganhou a sustentação legal para que iniciassem as ações de regulamentação.

As reformas do setor de saúde suplementar devem ser encaradas não apenas como uma iniciativa do Governo - com no mínimo 30 anos de atraso - mas como uma prioridade nacional premente. Não se trata apenas de o governo, seja o atual, o passado ou o futuro, desejar fazê-la. É indispensável que o setor se conscientize da sua necessidade. É indispensável que a sociedade brasileira a faça.

Por resignada conformidade à nossa realidade histórica ou pela acomodação interesseira e conveniente, parece haver, muitas vezes, a aceitação tácita para a continuidade do modelo vigente. Isso descaracteriza por completo a mudança que se impõe como necessária para a continuidade sadia do setor saúde. Assim fosse, os grandes questionamentos, consolidados nas garantias da qualidade dos serviços aos usuários e na flexibilização e crescimento do setor, não estariam concluídos, nem tampouco gerando esforços para que fossem garantidos.

Em uma consideração preliminar, qual deveria ser o papel do Estado, nas três hipóteses de maior possibilidade? Como tutor pleno (como tem sido com o setor público), onde legisla, planeja, executa, compra, financia e fiscaliza os serviços de saúde? Como um observador pleno permitindo o exercício do livre mercado? Como regulador e fiscalizador (como vem fazendo através da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), atuando como co-partícipe do sistema?

Sobre a primeira hipótese, existem avaliações consistentes demonstrando os resultados desastrosos da interferência exagerada do Estado. Pode-se salientar, entre outros: grande interferência político-partidária, baixo índice de profissionalismo, reduzida capacidade de gestão, intransponíveis amarras jurídicas que reduzem enormemente a capacidade do Estado de fazer a gestão.

A segunda hipótese, recentemente deu mostras das dificuldades que compõem a exploração livre de um mercado onde o produto é a saúde do ser humano. Pela essencialidade do produto e pelo seu interesse social, a presença moderadora do Estado é fundamental.

Não bastasse a análise das razões intrínsecas da terceira hipótese, a realidade das duas primeiras já seria bastante para que nos dirigíssemos na sua direção. Arbitrar, regulamentar e orientar os rumos do setor de saúde suplementar, abstraindo-se a forma como a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar vem conduzindo esse processo, suas estratégias e ações, seus erros e acertos, significa um passo diferenciado para que a sociedade brasileira obtenha resultados de saúde mais potentes na relação com os agentes do mercado.

A característica central da reforma regulatória é a delegação de expressivo poder decisório a instituições independentes, as quais definem regras de condutas para as empresas e cidadãos. As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e informais. Essas novas instituições monitoram e autorizam o funcionamento das atividades consideradas de relevância pública e têm o arbítrio para estruturar preços e intervir na qualidade dos serviços (NUNES, 1999).

É, sem dúvida, o início de um novo caminho, que inclui o setor de saúde suplementar dentro da agenda das grandes prioridades nacionais. É um novo capítulo que começa a ser escrito na história da atenção à saúde dos brasileiros.

Entretanto, apesar da dita e afirmada unanimidade nacional quanto à necessidade e aceitação da regulamentação do setor de saúde suplementar, na prática, há uma forte resistência de parte das Operadoras de Planos de Saúde e secundariamente dos prestadores de serviços, de se submeterem as novas regras. Provas desse movimento estão nas contínuas ações jurídicas que são impetradas contra a ANS, na negativa de registros e encaminhamentos de informações, no não ressarcimento ao SUS.

Decorridos cinco anos da promulgação da Lei 9656/98, a existência de dois terços de usuários de planos antigos, mostrado na Tabela 01, é uma comprovação importante dessa resistência. Note-se que os usuários de planos antigos estão sem as garantias integrais da legislação, principalmente no que diz respeito à assistência à saúde.

Faixa etária	Plano anterior à Lei 9.656		Plano Posterior à Lei		Total	
	Número de Beneficiários	%	Número de Beneficiários	%	Número de Beneficiários	%
00-17 anos	5.935.244	25,77	2.909.249	28,17	8.844.493	26,51
18-29 anos	4.776.378	20,74	2.519.377	24,40	7.295.755	21,87
30-39 anos	4.101.894	17,81	1.884.465	18,25	5.986.359	17,95
40-49 anos	3.409.404	14,80	1.447.614	14,02	4.857.018	14,56
50-59 anos	2.188.168	9,50	794.890	7,70	2.983.058	8,94
60-69 anos	1.372.349	5,96	408.635	3,96	1.780.984	5,34
70 e mais	1.247.584	5,42	362.812	3,51	1.610.396	4,83
Total	23.031.021	100	10.327.042	100	33.358.063	100

Fonte: ANS

Outras formas concretas de demonstração de tamanha contrariedade estão representadas pelas 700 multas praticadas pela ANS no primeiro semestre do ano de 2002, das 655 autuações aplicadas até o mês de junho de 2003, cancelamento do registro de 845 planos e intervenção em 71 Operadoras. Evidentemente que as irregularidades referem-se ao uso de expedientes que eram aplicados antes do processo de regulamentação. No período de agosto de 2000 a julho de 2002, a ANS somou 82.856 ABIs (Avisos de Beneficiários Identificados que utilizaram o Sus), no valor de R\$ 110,9 milhões e recebeu apenas R\$ 28,9 milhões. A dívida das Operadoras chega a R\$ 81,9 milhões de ressarcimento ao Sus. Há uma forte ação de contenção da velocidade do processo de regulamentação.

É bastante provável que ainda exista no âmbito de uma parcela das Operadoras de Planos de Saúde a falsa visão da continuidade de um mercado de largas margens e sem regulamentação.

Ocorre que este mercado, sem regulamentação, se, de um lado oferece tantos atrativos propícios para o sucesso econômico, de outro se caracteriza pelo conflito direto com os principais clientes, tanto no plano individual como no plano empresarial, uma vez que as relações estabelecidas são inseguras. A possibilidade de revisões contratuais por sinistralidade, reajuste de preços, revisão dos expostos, redução unilateral da carteira de riscos e outros fatores expunha de forma arriscada e perigosa

as fragilidades da relação e certamente colocava em risco o crescimento e a expansão do setor.

Não se pode esquecer que trata-se do mercado da saúde, sensível, de leituras pontuais, de interpretações gerais baseadas em casos específicos e de grandes repercussões. De um mercado que oferece um produto complexo, de difícil configuração, de resultado inespecífico, de sucessos que dependem, em grande parte de quem compra os serviços, de responsabilidades dispersas e difusas, da insegurança sobre a qualidade dos agentes envolvidos no atendimento, de direitos imprecisos e que, muitas vezes, somente são negados no momento da sua utilização.

As razões que permitiram o crescimento do setor não foram a qualidade dos seus processos, nem a qualidade das relações estabelecidas entre os agentes do sistema. O crescimento sempre esteve associado à incapacidade e a insegurança de um sistema público ineficiente, com graves problemas de acesso aos serviços e, em especial sem medição da qualidade. Sempre apoiado por uma mídia sensacionalista, que, a partir de fatos específicos, verídicos, carregados de fatores dramáticos e de forte apelo emocional e humano, contribuiu para que o sistema de saúde público fosse racionalizado e resumido às emergências dos hospitais, explorando as dificuldades que naturalmente se estabelecem nesta unidade de prestação de serviços, de intensas e estressadas relações.

As mazelas do sistema público se constituem em uma grande e gratuita mídia para sistema de saúde suplementar.

Depurar e oxigenar o mercado é absolutamente fundamental para a expansão do setor de saúde suplementar, excluindo da operação os pontos conflitantes na relação com os clientes e retirando do mercado aquelas empresas sem solidez e ávidas pelos lucros rápidos. Essas, imediatistas, desenvolvendo suas atividades em total desacordo com o tipo e a qualidade de produtos que possam solidificar a imagem da saúde suplementar.

Assim, organizar o mercado, estabelecer novos rumos, definir responsabilidades e, dar transparência as relações entre os participantes é fundamental para o crescimento do setor. É essencial que se fortaleça aquelas empresas que possuam solidez para oferecer qualidade e, ao mesmo tempo, ter a lucratividade necessária. O futuro comprovará o acerto da decisão do governo em lançar mão de sua mais poderosa ferramenta de ação, a agência reguladora – para agir nesse mercado, tanto

na dimensão econômico-financeira como na qualidade da saúde.

Então, em torno das diretrizes estratégicas definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as Operadoras de Planos de Saúde, Prestadores de Serviços, usuários e demais agentes dessa cadeia, deverão estar gravitando e desenvolvendo esforços para, com a participação de todos realizar as reformas necessárias.

Acrescente-se, na agenda, a articulação com os órgãos de defesa do consumidor e observe-se que foram incorporadas novas atribuições à ANS - como a de monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde e seus Prestadores de Serviços.

O desenvolvimento das diretrizes com foco na defesa do usuário, certamente é outro ponto fundamental dessa equação. Não podemos, além de reconhecer a vulnerabilidade do usuário frente a todas as variáveis do sistema, ignorar que a população brasileira, para ter acesso a saúde suplementar, faz um pagamento suplementar por um direito que não deveria ser suplementar. Isso porque a constituição brasileira lhe assegura o acesso universalizado, igualitário, integral e gratuito ao sistema público de saúde, princípios que, intrinsecamente, pressupõem qualidade da assistência.

É evidente que esta etapa inicial também está repleta de desafios e de imperfeições e, apenas a criação de uma agência não tem o poder de resolver imediatamente todos os problemas. Entretanto, se constitui, sem dúvidas, em um poderoso instrumento na busca e implementação das soluções necessárias.

A ANS, mesmo tendo de administrar muitos conflitos de interesses, equacionou vários problemas do segmento. A observância dos contratos de prestação de serviços de saúde com as Operadoras, a clareza nas cláusulas contratuais, a obediência às coberturas dos contratos quanto ao atendimento de urgência e emergência, autorizações e prorrogações, sempre mantendo vigilância sobre a movimentação do mercado.

Com a criação da Agência, os conflitos entre os agentes, podem não ter sido dirimidos totalmente, mas diminuíram. A existência de conflitos não significa a sua ausência no período anterior a regulamentação. A legislação, apesar de ainda obscura em certos itens, deixa claro os direitos e os deveres de cada uma das partes integrantes do processo. É mais específica que o Código de Defesa do Consumidor,

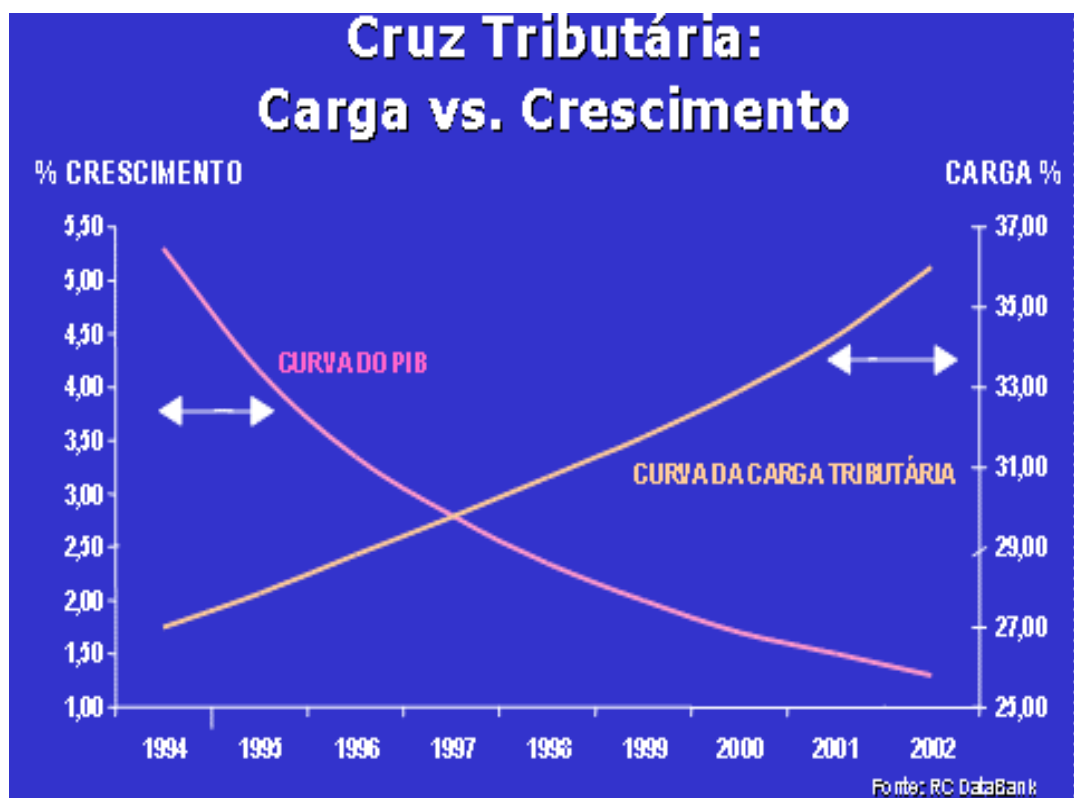
que até então era o meio utilizado para dirimir os conflitos.

De outro lado, já é tempo suficiente para que a ANS inicie as ações e concentre esforços no aumento da competitividade desse mercado, tanto em preço quanto em qualidade, e simultaneamente, legitime a ação do governo, reavaliando as atuais regras de subsidiariedade e flexibilizando o crescimento do setor.

A cultura de uma organização é resultado de sua história e da interação entre seus membros (Gallo et al., 1996).

Como a intervenção de uma agência reguladora pode produzir novos valores e novas práticas para as Operadoras de Planos de Saúde, Prestadores de Serviços e consumidores? Culturas e ações humanas, onde os indivíduos, segundo ARCHER (1998), reproduzem contextos passados através de gerações porque estariam engajados em atividades que não mudam. Mas para a implementação das políticas regulatórias no setor de saúde suplementar, essa estabilidade contextual não pode existir, devendo acompanhar os avanços técnico-científicos, do direito e da ética. O setor de saúde suplementar, desregulado durante décadas, passou a ter como principal marco a corresponsabilidade, incentivando a construção dessa nova cultura.

O Governo, através da ANS, precisa dar acenos indicativos das suas boas intenções com o setor. O Gráfico 01 mostra a cruz tributária imposta pelo progressivo aumento da carga tributária e pela queda do crescimento do nosso país. Sem dúvida, mudanças positivas nesse cenário constituiriam um forte estímulo para que os agentes do setor de saúde suplementar ampliem seus investimentos. Isso, também contribuiria para a melhoria do ambiente que envolve a regulamentação.



É fundamental repensar o setor com uma estratégia global e com a visão social que merece. Utilizar-se de uma política restritiva no trato das questões de saúde no setor público e, adicionalmente, não criar um cenário atrativo para o setor de saúde suplementar, é colocar em risco a saúde da população brasileira.

Os estudos e a criação das oportunidades dos novos entrantes no sistema também merecem uma atenção especial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A agência precisa lançar mão e cumprir com o outro papel característico das Agências Reguladoras que é o de expandir o mercado, tornar o segmento sadio, competitivo e em posição contínua de crescimento.

A REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – GRANDE IMPACTO NA RELAÇÃO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS priorizou, claramente, a sua ação de proteção aos usuários junto às Operadoras de Planos de Saúde, praticamente abandonando as faces do relacionamento que se estabelecem junto aos prestadores de serviços. Excetuam-se raras incursões que foram agregadas ao longo da trajetória de regulamentação, mas em nenhum momento com a mesma velocidade e o mesmo foco lançado às operadoras.

Também priorizou o atendimento dos interesses do segmento mais exposto às imperfeições do mercado, com a finalidade de equilibrar as relações dos usuários menos organizados com as operadoras. Isso, com o objetivo de criar uma ruptura no desequilíbrio sistêmico que desfavoreceu o usuário, demonstrado pelos abusos cometidos ao longo do processo de expansão desse mercado.

Com as luzes voltadas para a relação com as Operadoras de Planos de Saúde, a regulamentação criou um elenco enorme de novas regras que trouxeram grande impacto no setor. Com a finalidade de contextualizar a análise da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, sem nenhuma intenção de esgotá-las, algumas dessas novas regras são extremamente relevantes. O foco está colocado naquelas que criaram uma clivagem na antiga sustentação econômico-financeira das Operadoras:

- ampliação das coberturas assistenciais, não admitindo qualquer tipo de exclusão ou de exceção, mesmo em planos exclusivamente ambulatoriais. Naturalmente que essa regra levou ao atendimento de uma demanda maior por procedimentos de complexidade, antes realizados no setor público;
- expansão dos direitos dos usuários e proibição de rompimento unilateral dos contratos nos planos individuais, proibição da recontagem dos prazos de carência, da seleção de risco e da exclusão indiscriminada de usuários. Mesmo os contratos antigos não podem ser rescindidos unilateralmente;

- rigoroso monitoramento de preços e das condições de reajuste, com regras de proteção ao consumidor. Retiram-se, então, as possibilidades de recuperação do equilíbrio econômico nas bases antes realizadas, ou seja, utilizando o realinhamento da receita através dos reajustes por desequilíbrio ou por sinistralidade, redução da massa de expostos, exclusão dos contratos deficitários e de maiores controles de acesso e cobertura assistencial;
- estabelecimento do pagamento de multas pelo não cumprimento contratual e pela desobediência da legislação regulamentadora;
- integração do sistema de saúde suplementar ao SUS, estabelecendo as normas de ressarcimento pela utilização dos recursos públicos;
- exigências de solidez empresarial, impedindo Operadoras de recorrer à concordata e de seus credores pedirem falência. As Operadoras somente podem ser liquidadas a pedido da ANS e, também estão sujeitas a constituição de reservas e garantias de capacidade econômico-financeira para cumprimento dos contratos.

Essas medidas implicaram diretamente na elevação dos custos. Acrescente-se o aumento dos custos administrativos: atuariais, informática, auditoria independente, acompanhamento jurídico e administrativo dos controles de ressarcimento ao Sus, revisão dos contratos anteriores, multas e autuações, taxas por usuários, ressarcimento ao SUS pela tabela da Tunep, reservas e provisões de acordo com normas estabelecidas pela ANS e provisionamento de recursos para cobertura de assistência médica hospitalar de benefícios excluídos nos planos mas amparados por liminares, ainda que temporárias.

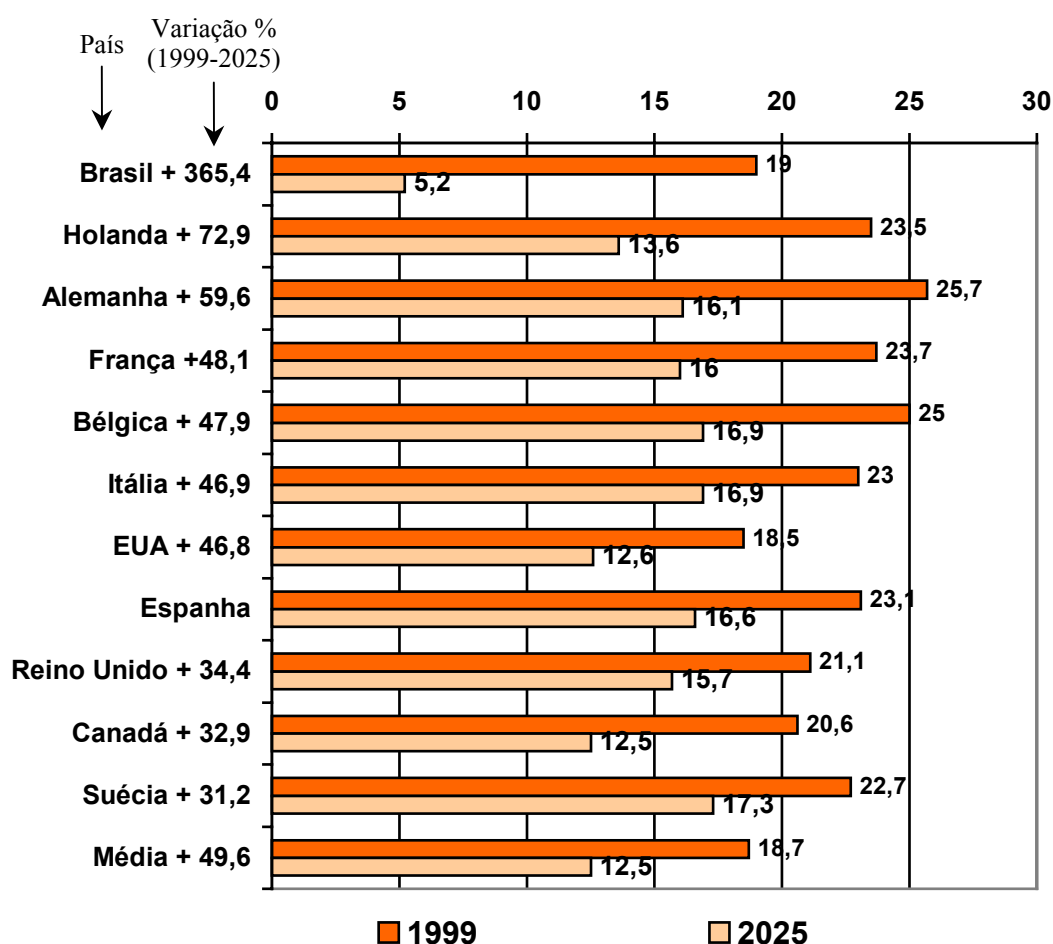
Esse mosaico legislativo-operacional, acrescido de tantas outras regras estabelecidas pela regulamentação da saúde suplementar tratou de modificar substancialmente as condições assistenciais, de acesso e garantias de direitos. Entretanto produziu um aumento considerável na espiral de custos, gerando uma expressiva inadequação econômica.

As Operadoras de Planos de Saúde, já convivendo com diversas ameaças e riscos, como os patrocinados pela pirâmide populacional brasileira, que apontando um acelerado envelhecimento da população, e aliado ao aumento da expectativa de vida, em especial junto a população que possui acesso aos planos de saúde, consubstancia

uma preocupação com custos adicionais que terão impacto na solidez das operadoras.

O Gráfico 02 mostra essa tendência, apontando para as próximas duas décadas, um crescimento espantoso da população com mais de sessenta e cinco anos. Assinala um crescimento de praticamente três vezes a população atual. Observa-se esta tendência também em outros países.

Crescimento da População Idosa (milhões de habitantes > 65 anos em 11 países)



Fonte: Instituto SODEXHO em O Globo, O País – 23/09/1999 p.10

Outras ameaças e fatores de risco como a introdução e utilização abusiva de tecnologias de ponta e de alto custo, são potencializadas com os efeitos da regulamentação, que, além de elevar os custos, acima de tudo, retira as antigas

alternativas que eram fácil e fartamente utilizadas na solução dos seus problemas econômicos e de fluxo de caixa. Acrescente-se à contenção dos preços, a redução das receitas e ainda os reflexos conseqüentes da economia (controle da espiral inflacionária, estabilidade de preços, recessão e aumento do desemprego).

É preciso acrescentar, no mínimo, mais dois fatores, os quais não tem recebido as luzes que merecem. O primeiro é o acirramento da concorrência entre as empresas do setor. As novas regras nivelaram os planos de saúde. Isso vai exigir competência e esforços mais intensivos para a manutenção e a conquista de novos clientes. Será necessário criar diferenciais competitivos, novas estratégias de marketing e acima de tudo um outro conceito de qualidade de atendimento. Isso implica em novos gastos, equipes qualificadas, investimento em treinamento, recursos de informática e sistemas de informações.

O segundo diz respeito a capacidade de gestão das Operadoras de Planos de Saúde. Aceita-se tão pacificamente a incapacidade de gestão da área pública, sem ao menos conferir-lhe o mínimo reconhecimento pelo muito que faz com os poucos recursos advindos de uma política restritiva ao setor, mas com a mesma pacificidade aceitamos que a área da saúde suplementar é competente para fazer sua gestão. Onde estão as evidências? Em que condições foi obtida essa imagem de competência? Com que grau de dificuldades foi obtido este conceito? Onde estão os seus bancos de dados e os seus sistemas de informações epidemiológicas? A sua capacidade de desenvolverem, em conjunto com os Prestadores de Serviços, ações de promoção e prevenção à saúde? Onde estão os trabalhos com populações adstritas junto às áreas de recursos humanos, mostrando os avanços na qualidade de saúde dos funcionários das empresas, segmento que possui 70% dos usuários de planos de saúde? Onde está a capacidade de articulação com os prestadores de serviços para desenvolverem, em conjunto, com ganhos conjuntos, programas de gestão racional de recursos? Onde estão os instrumentos de gestão para tratar distintamente os bons e os maus Prestadores? Onde estão os mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada?

As Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços, a par da competência de gestão que progressivamente vem agregando aos seus negócios, precisam provar, cada vez mais, que contam com suporte profissional para bancar a garantia do produto que vendem, com a visão global do processo. Também o setor de

saúde suplementar apresenta deficiências importantes cuja origem está na ineficiência de gestão.

Pressionadas por esse cenário, as Operadoras tiveram suas margens reduzidas. Agora, sem os polpudos rendimentos do mercado financeiro e sem a possibilidade de transferir a conta para os usuários.

Não havia outro caminho no curto prazo e no modelo vigente, o foco da busca das soluções foi concentrado nos prestadores de serviços. Então, as relações modificam-se substancialmente.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS gerou uma grande e profunda mudança na relação acomodada e tacitamente acordada entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. Isso porque cravou sua atuação no monitoramento das condições contratuais para o acesso aos serviços de saúde, na política de preços e na solidez econômica das operadoras para sustentação dos direitos dos usuários. Certamente, a regulamentação não foi o único fator para essa grande mudança, mas o complemento que faltava e o pretexto esperado para que o setor pudesse ser rediscutido sob um cenário mais iluminado e reorientado por diretrizes e resultados mais sólidos nos aspectos econômico, assistencial e social.

A RELAÇÃO CONTEMPORÂNEA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS – EXCESSO DE CONFLITOS OPERACIONAIS E AUSÊNCIA DE FOCO ESTRATÉGICO

É discutível se as mudanças que se sucederam foram estrategicamente provocadas ou estavam previstas. Tudo indica que aquelas que tinham as Operadoras como destino, sim. Estas estavam enquadradas no alinhamento estratégico da ANS, porque esse foi o foco eleito. Mas, todas as evidências apontam na direção de que as repercussões em cascata, daí decorrentes, estavam fora da cartilha. A reação deste segundo movimento produziu seus impactos de forma mais lenta, mas progressiva, uma vez que, sendo consequência do primeiro dependia de sua velocidade e da capacidade de absorção dos seus efeitos pelo mercado. O efeito dominó naturalmente ocorreu.

O cenário contemporâneo rompeu com a tranquilidade da prescrição livre, da ausência de controles sobre a gestão dos recursos, do sistema de prestação de serviços comandado pela oferta, das facilidades nas negociações de reajustes e de outras cláusulas contratuais. Houve uma ruptura no repasse sistemático de custos e da ineficiência dos processos dos Prestadores para as Operadoras e destas para os usuários e, conseqüentemente, ocorreu uma redução das margens.

As Operadoras de Planos de Saúde mergulharam no mundo dos prestadores de serviços, certas de que ali havia oportunidades de negociação que poderiam ser transformadas em redução de custos. Fariam o contra-ponto, a compensação parcial ou necessária dos efeitos da regulamentação. Nesse movimento, novamente cabe questionar a ausência do interesse pela qualidade da assistência prestada aos clientes, que, se antes já não era o centro das preocupações, agora ficou ainda mais distante. Permito-me aqui fazer um depoimento pessoal, baseado em quase 30 anos de atividade na área da saúde e, em especial, na administração de hospitais *“Até o ano de 2003, não havia presenciado qualquer decisão de preços que estivesse baseada em uma avaliação de indicadores de qualidade assistencial e de custos finais, medidos na comparação com o desempenho da rede de serviços. Essa observação é válida tanto para cooperativas, medicinas de grupo, seguradoras e auto-*

gestão. Recentemente, no mês de maio de 2003, fechamos três negociações baseadas em qualidade médico-assistencial comprovada através de metodologia científica e de desempenho de custo final". Talvez seja o caso de, mais uma vez, repetirmos o ditado "a dor ensina a gemer".

Mas, salvo raríssimas situações, em geral os argumentos da qualidade são conceituais, alinhando princípios institucionais no discurso da negociação e servindo de retórica. No final tudo, é decidido com base na tabela de preços padrão utilizada pela Operadora, preferencialmente escolhida entre duas, uma mais antiga, de 1990 – com treze anos de defasagem - e outra, mais moderna, de 1992 – com onze anos de defasagem. O CH , Coeficiente de Honorários, também é utilizado como referência para reajustes de preços. Na maioria dos relacionamentos comerciais com as Operadoras de Planos de Saúde não há diferenciais por sucesso dos serviços, tanto nos aspectos de qualidade, custos e de satisfação de clientes, em planos coletivos ou individuais. Essa forma de proceder nivela a tecnologia atualizada com a ultrapassada, a qualidade médico-assistencial comprovada com a aquela que não é mensurada, a utilização racional dos recursos com o uso abusivo, o custo final ajustado com o a liberdade de gerar custos adicionais.

Na relação imposta pelas operadoras a visão é de "commodities". O problema maior não é o valor dado aos aspectos econômicos e sim o pouco caso que é destinado à avaliação da qualidade médico-assistencial, da satisfação dos clientes e dos diferenciais de desempenho dos prestadores de serviços. Entretanto, quando os usuários necessitam dos serviços junto aos prestadores, a sua visão é completamente diferente da relação estabelecida pela sua Operadora. Agora a relação desejada é personalizada, a busca é essencialmente pela qualidade da assistência prestada.

Relação das Operadoras e Prestadores A Busca do Equilíbrio





Essas diferenças de interesses e de posturas existentes nos distintos momentos da relação entre Usuários/Operadoras, Operadoras/Prestadores e Usuários/Prestadores é mostrada na Figura 01.

Merecem críticas as Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços de Saúde, em especial os hospitais e os órgãos representativos da categoria médica, que não conseguiram articular forças para um ambiente de negócios capaz de proteger o segmento, colocando como centro da relação a certificação da qualidade do atendimento, a preservação do cliente e o foco nos resultados clínicos, baseado em evidências e previamente contratados, não como camisas de força, mas como um forte referencial científico.

Mesmo com os avanços verificados, em benefício da qualidade médico-assistencial e hospitalar, é preciso avançar de forma mais intensa na Acreditação Hospitalar. Este é um desafio que poderá ser rápida e eficazmente vencido se as Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços estiverem envolvidos. Entretanto, ainda que a Acreditação Hospitalar por si só não garanta a qualidade da assistência, criar, a partir dela, incentivos pelo desempenho clínico e das condições de infra-estrutura, é um caminho que precisa ser perseguido. Esses incentivos poderão ser de ordem econômica, de reconhecimento no mercado, de diferenciais comerciais e de relacionamento. É possível encontrar formas bastante satisfatórias para fortalecer a Acreditação Hospitalar como um instrumento de valorização da qualidade da assistência médico-assistencial e hospitalar.

O mergulho das Operadoras de Planos de Saúde nos Prestadores de Serviços encontrou um campo fértil e efetivo para redução de custos. Passou a ser a vertente essencial de um novo e conflituado relacionamento. As Operadoras, através da análise das contas de seus usuários sabiam que havia espaços importantes de melhorias na

gestão de recursos, na correção de muitas distorções praticadas pelos Prestadores de Serviços, algumas de extrema gravidade do ponto de vista ético, moral e econômico. Igualmente, sabiam que havia oportunidades de construir parcerias, quase sempre demoradas e com resultados a médio e longo prazo. Mas a intervenção necessitava ser rápida e de resultados no curtíssimo prazo. Assim, a estratégia escolhida foi a de exercer a força conferida pela capacidade de gerar demanda, de agregar massa e de utilizar o alto e crescente grau de dependência dos Prestadores de Serviços, já que o setor público continuou sua eterna crise político-econômica e os pacientes privados tornaram-se uma população cada vez mais reduzida.

As imposições passaram a ser a tônica das negociações. Nem mesmo os grandes hospitais foram poupados, apesar de que a visibilidade de mercado e o poder que conferem às vendas das Operadoras, atenuaram os impactos.

As Operadoras centraram suas investidas sob o manto da elevação dos custos na área da saúde – críticas contundentes ao sistema “fee for service”, à livre introdução de novas tecnologias, ao uso indiscriminado e abusivo da tecnologia de ponta e aos tratamentos de alto custo. O livre acesso aos consultórios médicos, as indicações pouco criteriosas de serviços de diagnóstico e tratamento e as graves distorções comerciais, também foram incluídas no rol dos exemplos que as operadoras fizeram brotar, mostrando toda a sorte situações que enfraqueceram as posições dos prestadores de serviços.

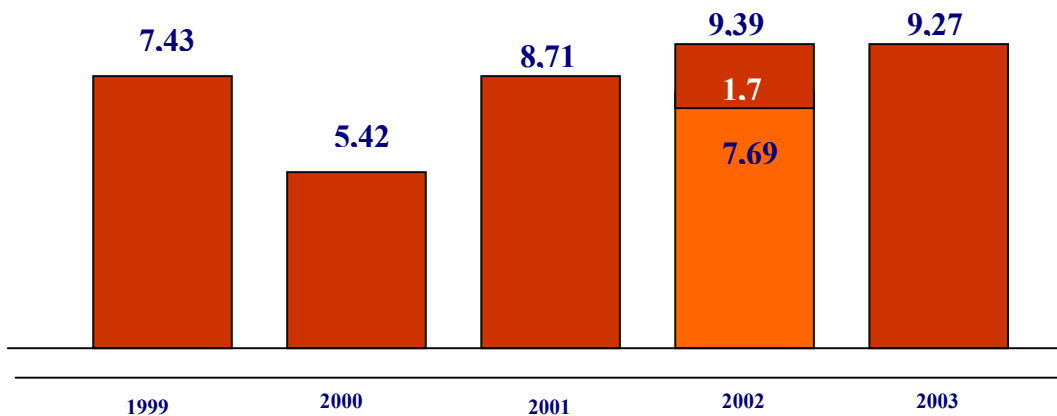
A partir desse cenário, as Operadoras passaram a exercer uma forte pressão junto aos prestadores, elegendo os seus alvos preferidos.

Iniciamos a análise por um dos mais prediletos alvos preferidos, os **Reajustes de Preços**. Esses constituíram um processo desgastante e estressado. Foram sendo postergados ano a ano, ampliando o espaço entre um e outro, distanciando-se até a eliminação do conceito de data-base e a perda da referência de reajuste anual. No foco da questão dos reajustes de preços estão as **Diárias e Taxas**, representando o segmento de serviços mais original daqueles realizados pela estrutura hospitalar. Apesar de significarem, em média, entre 25 a 30% , do valor das contas hospitalares, tem servido como a referência das grandes discussões que envolvem os Reajustes de Preços. Possuem uma das mais defasadas remunerações, entre os diversos serviços realizados pelos prestadores.

O Gráfico 03 mostra os índices de reajustes obtidos pelas Operadoras junto a

Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS. Observa-se que desde do advento da regulamentação, em 1998, as Operadoras de Planos de Saúde, ano a ano, efetuaram reajustes em suas mensalidades. As Operadoras acumulam reajustes acima de 45% no período.

Reajustes Autorizados pela ANS para as Operadoras



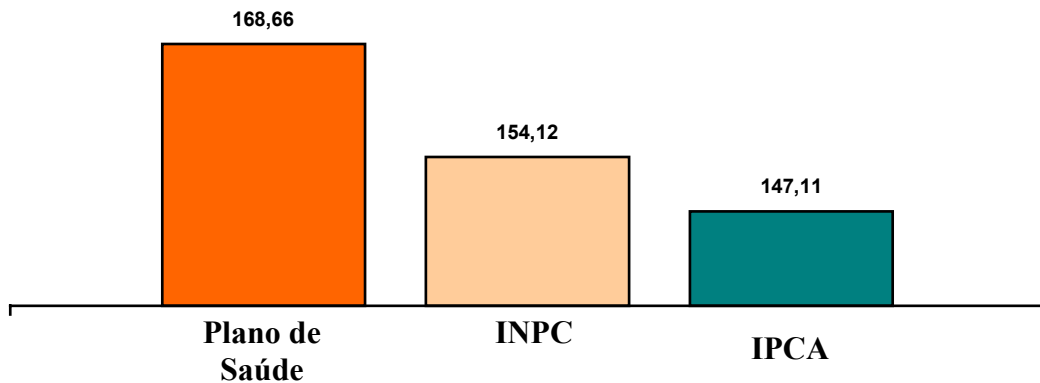
Fonte: ANS

Para a ABRAMGE, órgão representativo das empresas de Medicina de Grupo, o reajuste foi adequado, pois o concedido anteriormente foi insuficiente para cobrir as despesas com aumentos de impostos (PIS, Pasep, Cofins e outros). Não houve reposição dos índices de custos decorrentes do aumento da inflação.

Na FENASEG, órgão representante das seguradoras, a opinião é diferente. Afirmam que o reajuste é insuficiente e que não atende as expectativas do mercado. Os reajustes, segundo aqueles, não recompõem as perdas dos últimos dois anos, quando os reajustes também teriam ficado abaixo das planilhas de custos apresentadas. De acordo com a Federação, a utilização dos serviços prestados pelas Operadoras tem aumentado, o que faz com que as indenizações pagas cheguem a 80% da arrecadação dos planos.

O Gráfico 04, por sua vez, apresenta a vantagem obtida pelas Operadoras em relação a inflação desde o plano real até Fevereiro de 2003, contrastando com as contundentes críticas que vem sendo realizadas.

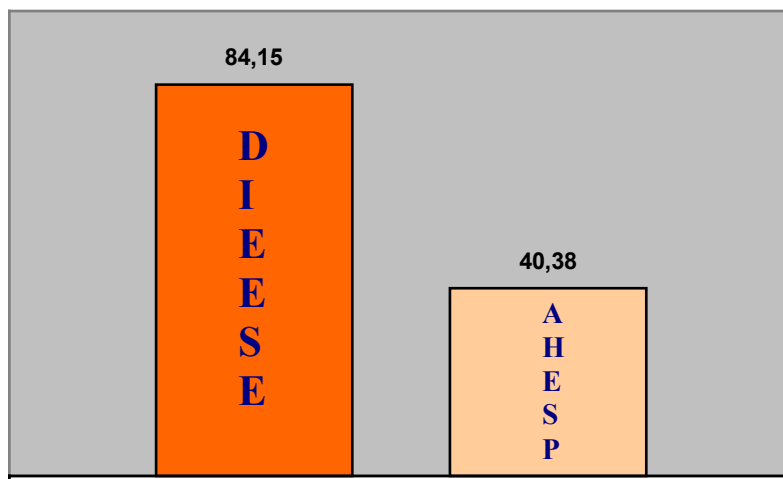
Comparativo dos Reajustes dos Planos com a Inflação deste o Plano Real até Fevereiro/2003



Fonte: Austin UpDate

O Gráfico 05 mostra o crescimento dos custos no setor hospitalar, patrocinados, em especial, pelos dissídios coletivos e pelas correções de preços praticadas pelos fornecedores.

ÍNDICES DO SETOR SAÚDE COMPARATIVOS DE OUTUBRO/1998 A MARÇO/2003

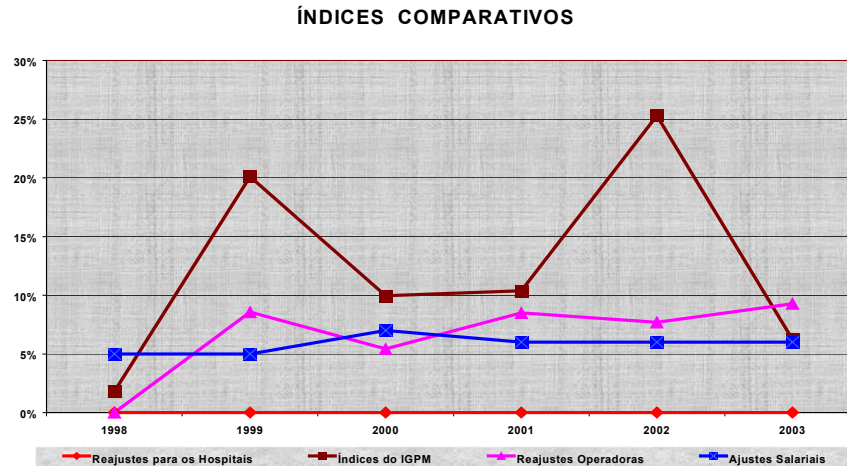


Fonte: DIEESE e AHESP

A lógica dos argumentos utilizados no processo de negociação para reajuste de preços também foram perdendo espaço para as negativas sustentadas na elevação de custos. A situação dos hospitais e clínicas ficou mais difícil. Enquanto as Operadoras obtêm autorização para reajustes anuais da mensalidade dos seus planos, os prestadores de serviços amargam cinco anos sem correção nos valores das tabelas de procedimentos. As raras negociações, quando bem sucedidas, lograram obter reajustes que se situavam muito abaixo dos índices inflacionários, muito distantes dos

índices autorizados pela ANS e dos aumentos de custos verificado nos hospitais.

Desses reajustes praticados pelas operadoras muito pouco foi repassado aos Prestadores de Serviços.



Fonte: SINDHERJ

Que índices representam, hoje, a inflação do setor saúde e poderiam ser utilizados em um processo de negociação de reajuste de preços? No quadro atual da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços não há respostas. Perderam-se as referências e a defasagem de preços avança perigosamente nas condições necessárias para que os Prestadores cumpram com suas responsabilidades de oferecer uma assistência de qualidade. Aliás, qualidade vendida pelas Operadoras aos usuários. No momento em que hospitais e médicos não mais tiverem as condições indispensáveis, quem irá garantir a qualidade dos serviços aos usuários?

O setor há muito carece de uma política de preços referenciais, não para ser utilizada de forma padronizada, mas que possam dar garantias de uma operação dentro de limites aceitáveis de qualidade e crescimento do setor.

Frente a esse quadro recessivo, algumas Operadoras e Prestadores tiveram êxito nas **negociações de valores globais**, ajustando a operação, solucionando o problema das glosas e reduzindo os custos fixos envolvidos no processo.

Nesse sentido, as **Diárias Globais de Internação** assumiram um espaço importante nessas negociações. É uma forma de remuneração por serviços hospitalares que vem ganhando terreno com grandes resultados, apesar de ainda ser utilizada em baixa escala. A sua reduzida utilização se deve a baixa capacidade de

negociação fora das regras do modelo vigente, tanto por parte dos prestadores quanto das operadoras. Atualmente, as diárias globais de internação significam a precificação única de um conjunto de serviços hospitalares, compreendendo as diárias, os serviços de enfermagem, a utilização de equipamentos, a gasoterapia, honorários médicos em áreas fechadas e taxas diversas, independentemente da patologia apresentada pelo paciente. Os demais itens da conta hospitalar, medicamentos, materiais médico-hospitalares, órteses e próteses, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e outros, permanecem sendo cobrados pela conta aberta. A adoção da diária global de internação cria vantagens importantes no processo de elaboração e conferência da conta hospitalar, reduzindo custos e dando maior agilidade. Da parte das Operadoras há uma enorme facilidade na conferência das contas e uma redução significativa dos custos fixos envolvidos nesse processo. A diária global de internação contribui ainda para uma redução considerável no índice de glosas, uma vez que parcela importante dos itens objetos desta ação, agora, está globalizada em um valor único. Outro notável benefício é a facilidade na elaboração dos orçamentos, tanto para quem paga como para quem recebe.

Na linha das diárias globais de internação seguem as **diárias globais de CTI, as taxas globais de centro cirúrgico, centro obstétrico e hemodinâmica. As consultas globais, incluindo procedimentos de consultório e os exames de diagnóstico e tratamento. O atendimento de emergência global**, entre outras. Some-se aqui, rigorosamente, as mesmas vantagens já atribuídas às diárias globais de internação.

Os já conhecidos e distorcidos **Pacotes**, também conhecidos como **Procedimentos de Preços Previsíveis**, representam outra forma diferenciada de remuneração dos serviços, também utilizada como alternativa de rever valores com ganhos de eficiência. Conhecida porque já é largamente utilizada nas relações comerciais entre operadoras e prestadores de serviços, apesar de que na prática possuem uma reduzida significância, tanto em quantidade de procedimentos quanto em valores de faturamento. Isso se deve ao fato de que os pacotes são utilizados preferencialmente em procedimentos de baixa complexidade, concentrando-se em cirurgias ambulatoriais e em internações de curta permanência. Distorcida porque não é precedida de um protocolo clínico. O protocolo clínico, desenvolvido pelos médicos e sustentado por sólidas evidências científicas, permitindo uma adequada precificação

deveria se constituir no pacote. Na medida em que os protocolos clínicos são de aceitação demorada pelos médicos, em função das eternas discussões que envolvem autonomia e engessamento da atividade médica, a área administrativa, utilizando-se de um valor médio recebido por um determinado procedimento, após confirmação dos materiais, exames e medicamentos utilizados junto aos médicos, criou os pacotes. Trata-se então de um preço pré-estabelecido por procedimento. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, reduz custos, praticamente elimina os conflitos do sistema de cobrança e pagamento.

Outra modalidade que vem sendo estudada para reduzir os efeitos da falta de reajustes de preços é a **Conta Total**. Significa a precificação integral por um valor único da conta hospitalar, englobando todos os serviços, independentemente da patologia apresentada pelo paciente. Essa modalidade, em que pese conferir enorme facilidade de apresentação e grande redução dos custos desse processo, precisa ser aprofundada, uma vez que poderia levar a uma distorção capital para a sobrevivência das instituições hospitalares. Ocorre que, havendo um valor único para toda a conta hospitalar, os casos mais interessantes para os prestadores seriam aqueles de menor complexidade. Com o tempo, mesmo que economicamente seja interessante, haveria um grande e continuado atrativo para que a capacidade assistencial, grande foco de um hospital, passasse a ser secundária. O hospital ficaria progressivamente ameaçado na essência do seu negócio. Essa situação inexistente no caso das diárias globais de internação, uma vez que, da forma como aqui foi descrita, os serviços e produtos utilizados nos casos de maior complexidade estão excluídos dos valores globais.

O Fluxo de Pagamentos também foi alvo do desequilíbrio da relação entre Operadoras e Prestadores. Houve crescimento da inadimplência, dilatação dos prazos de pagamento e crescimento dos índices de glosas, deixando os prestadores descobertos para fazerem frente aos seus compromissos. Muitos estão sendo obrigados a recorrer ao sistema bancário, arcando com um significativo custo financeiro.

As Glosas se constituem em outro fator nervoso da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. Trata-se do cancelamento ou recusa, total ou parcial, por parte das operadoras, de uma conta apresentada por um Prestador de Serviços.

Quanto a sua origem, as glosas podem ser analisadas de várias formas:

- Uma delas é a glosa linear. Nessas situações as glosas estão a serviço de um reforço de caixa. Muitas Operadoras executam essa prática, fortalecendo suas finanças. Fazem o financiamento da sua operação junto aos prestadores, sem juros e atualização monetária. Evitam a busca de recursos no sistema financeiro repassando ônus para os Prestadores de Serviços.
- Outro ângulo em que se pode discutir o problema das glosas é a negativa de pagamento de contas de pacientes sem cobertura. Ocorre que não é raro o atendimento de pacientes através dos serviços de emergência que são internados com risco de vida. Esses pacientes muitas vezes são beneficiários de planos ambulatoriais sem cobertura de internação ou com cobertura apenas para outro hospital. Como resolver situações como essa, em especial quando os pacientes não possuem condições de transferência?
- Os casos onde os prestadores são compelidos a realizarem procedimentos por força de liminares representam uma outra situação. Após ser realizado o procedimento a Operadora obtém a cassação da liminar e glosa a conta. Quem deve pagá-la?
- Situação peculiar é encontrada nas lacunas deixadas pelas próprias decisões da ANS e do Conselho de Saúde Complementar – CONSU, que permitem às Operadoras descumprir a legislação. É o caso dos atendimentos de urgência e emergência. A Lei nº 9656/98, estabelece que tais casos devam ser atendidos 24 horas após a assinatura do contrato. No entanto, a Resolução nº 13 do CONSU permite às Operadoras prestar atendimento de urgência e emergência somente seis meses depois de celebrado o contrato. Quando isso ocorre e existe a glosa, quem paga a conta? O cliente alega que tem cobertura e se nega a pagar. A Operadora se diz amparada pela resolução do CONSU. E para os Prestadores, qual é o amparo?
- Os sistemas de revisão de contas apresentam requintes burocráticos que procrastinam o processo de pagamento. Nesses sistemas, estão incluídas a solicitação de documentos adicionais, revisões somente com datas previamente marcadas, revisão por telefone, rotinas convenientemente lentas, relatórios complexos, entre outras.
- O regramento unilateral é outro ponto importante na geração de glosas. As Operadoras criam regras unilateralmente, deixando à margem os acordos

realizados. São situações não previstas na relação comercial, alteradas sem aviso e de forma extemporânea. Quando as contas não são apresentadas segundo essas regras unilaterais, são glosadas. É o caso da criação de regras restritivas da utilização de materiais e medicamentos (limitações do pagamento de anestésicos por procedimento cirúrgico, limitação no pagamento da utilização de fraldas descartáveis, etc.). Enquadra-se na mesma situação a conferência das contas por tabelas de materiais distinta da acordada e a conferência dos medicamentos pela relação de genéricos ao invés do Brasíndice, lançando, em ambos os casos, a diferença como glosas.

As Operadoras, de seu lado, protestam através de seus serviços de auditoria médico-assistencial que os prestadores efetuam cobranças indevidas, por procedimentos não realizados, por preços extorsivos, erros de faturamento. Alegam que os hospitais fazem uma grande confusão naquilo que chamam de glosas, sendo eles os grandes geradores dos vultosos valores retidos.

Segundo essa forma de interpretação, quando o Prestador de Serviços erra na elaboração da conta e cobra por atos que não foram realizados ou valores que inexistem, não se trata de glosas e sim da correção de um faturamento indevido. Se o faturamento é indevido, ou seja, não existe, não é receita e, portanto, não se trata de glosa. Então nem os valores e nem os índices são aqueles que circulam no mercado.

Outro ponto levantado pelas operadoras é que o volume de distorções praticadas pelos Prestadores tem crescido absurdamente. São situações que envolvem órteses e próteses, medicamentos, utilização de equipamentos, indicações inadequadas de serviços de diagnóstico e tratamento, internações sem indicação, tempo de permanência desnecessário, entre muitos. Portanto, argumentam, a interferência é técnica e não possui origem em uma questão financeira.

A glosa é um fator importante do conflito da relação. A questão maior que precisa ser sanada é a institucionalização da glosa. Admitida a glosa como um instrumento de gestão, com tantas variáveis que interferem no processo, é pouco provável que se obtenha uma versão correta de sua aplicação. Em um quadro confuso, as partes se aproveitam, ficando o tema latente e eternamente sem solução.

A questão maior é modernizar os controles, criando uma operação mais linear, com mais fluidez, revendo estruturas de custos, e ao mesmo tempo permitindo uma

relação menos conflituosa. Os protocolos de avaliação assistencial, previamente definidos, seriam uma alternativa bastante interessante e capaz de fornecer resultados satisfatórios. Nessa situação, as Auditorias Médico-Assistenciais, atuando em um processo de modernização da sua atividade, focariam a sua ação na criação e desenvolvimento desses protocolos, envolvendo preços, custos e indicadores de qualidade. Esses instrumentos seriam incluídos nas relações contratuais e serviriam para o estabelecimento de uma nova forma de remuneração. O pagamento das contas hospitalares seria feito de acordo com os protocolos de avaliação.

O sistema de cobrança por valores globais, como os já descritos anteriormente, é uma forma alternativa importante de minimizar e/ou eliminar as glosas.

As Órteses e Próteses representam, nesse momento, um dos grandes pontos de sensibilidade da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. A prática do mercado é o prestador de serviços aplicar uma taxa de comercialização sobre o valor da nota fiscal. É tranqüilo o entendimento que a comercialização de órteses e próteses constitui uma atividade dos hospitais, compondo uma parte da estrutura de remuneração dos serviços prestados. Nessa esteira a taxa de comercialização também remunera os custos advindos da estrutura de compras, do armazenamento, das eventuais perdas e dos custos administrativos. Não fosse esse o entendimento, teríamos que aceitar que a comercialização de órteses e próteses é um negócio dos médicos ou das Operadoras de Planos de Saúde.

A taxa de comercialização aplicada no mercado era de 35%, o que por si só já poderia ser questionada. Nesse particular, afora os prestadores que agem corretamente, circula no mercado que instalou-se um verdadeiro emaranhado de interesses não esclarecidos, com o envolvimento de médicos, hospitais e fornecedores. Nessa situação, estariam presentes: o comissionamento de profissionais, o aumento deliberado dos valores nas notas fiscais vinculados a polpudos descontos financeiros. Isso aumenta os custos do sistema e, macula a relação com as Operadoras que, em última análise fazem o pagamento de todas essas distorções.

Há Prestadores que abriram mão dos ganhos com órteses e próteses e passaram a aceitar que os médicos a comercializem diretamente junto aos pacientes, entendendo que essa providência, no mínimo duvidosa e contrária ao código de ética médica, seja um atrativo para a preferência dos médicos na utilização do hospital e

das clínicas.

As Operadoras de Planos de Saúde iniciaram uma pressão para cessar o pagamento de notas fiscais superfaturadas por alguns fornecedores que chegariam a ter várias empresas para “esquentarem” orçamentos com preços elevados e que se associariam, ora com hospitais, ora com médicos e muitas vezes com ambos. As Operadoras cansaram de clamar por uma solução que rompesse com esse provável e indevido custo adicional, que não é destinado para custear os serviços destinados aos pacientes. As soluções nunca vieram. Ao contrário, nos últimos tempos, segundo comenta-se no mercado, se acirraram.

As taxas começaram a cair. Primeiro para 25%, depois 20% e hoje entre 15 e 10%. Ainda assim os problemas continuam.

Alternativamente a compra direta pelos hospitais, algumas Operadoras passaram a agir negociando diretamente junto aos fornecedores, sem a intermediação dos prestadores, padronizando as órteses e próteses com preços previamente negociados e colecionando ganhos de escala. Nessa condição há dois procedimentos alternativos:

- 1) os fornecedores vendem as órteses e próteses para os hospitais pelo preço acertado com as operadoras e o hospital conclui a operação, adicionando a taxa de comercialização acordada com a operadora, efetuando o pagamento ao fornecedor;
- 2) os fornecedores entregam as próteses para os hospitais e efetuam a cobrança diretamente junto às operadoras. Nessa opção, as operadoras procedem de três formas em relação a remuneração dos hospitais:
 - a) pagam taxa de comercialização de acordo com o percentual acertado;
 - b) pagam uma taxa de comercialização fixa;
 - c) não pagam remuneração.

Outras operadoras criaram suas Centrais de Compras, padronizando as órteses e próteses e capitalizando ganhos de escala. Entretanto, passam a ter todo o custo operacional e a gestão de uma empresa. Impostos, folha de pessoa e custos administrativos. Estabelecimentos de processos, controles e auditorias. Quanto à remuneração dos hospitais procedem como na alternativa número 2, descrita anteriormente.

Uma parcela considerável dos ganhos referentes as órteses e próteses trocou de mãos.

Quanto às questões de qualidade e de responsabilidades cabem várias perguntas. Sendo toda essa operação guiada por aspectos econômicos, existem garantias de que as próteses padronizadas asseguram a qualidade necessária à recuperação dos pacientes? As órteses e próteses padronizadas possuem registro na vigilância sanitária? Há certificação dos fabricantes dessas órteses e próteses? De quem será a responsabilidade pelas órteses e próteses selecionadas pelos pagadores sem a interferência dos prestadores de serviços? Sobre as órteses e próteses originadas das centrais de compras, quem será o responsável?

Essas e outras questões continuarão a alimentar conflitos caso seja mantida a forma atual de relacionamento entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços.

As soluções estão nas mãos de operadoras e prestadores. Se decidirem negociar, em conjunto, com os fornecedores, colocando a força de suas marcas e agregando escala, poderiam definir uma tabela de pagamento de órteses e próteses e, a partir dela, acertarem a taxa de comercialização, variável ou fixa.

O Reuso de Materiais é outro grave problema da relação e de segurança da qualidade da assistência. Apesar da recomendação dos fabricantes de que os materiais não devam ser reutilizados, é prática comum entre os prestadores a reutilização. É importante observar que os fornecedores, mesmo com a não recomendação dos fabricantes, utilizam-se da possibilidade de maior número de reutilizações dos materiais como argumento de venda de seus produtos. Tão logo souberam da reutilização por parte dos prestadores, as operadoras passaram a negociar a divisão do preço pelo número de reutilizações.

A partir daí, iniciaram-se os conflitos. As Operadoras passaram a fazer pressão por um número maior de reutilizações. Absurdamente, essa pressão se dá por aspectos puramente econômicos, sem nenhuma sustentação técnico-científica.

Cada vez mais os materiais são reutilizados. E a qualidade da assistência. De quem é a responsabilidade? Quais são as garantias para os pacientes?

Também aqui, houve redução dos valores pagos aos Prestadores.

Os Medicamentos representam outro grande objeto de desejo das Operadoras de Planos de Saúde. Os Prestadores resistem bravamente a qualquer alteração nessa

área, uma vez que, hoje uma parcela considerável da margem, que sustenta os hospitais e clínicas, tem origem na comercialização dos medicamentos.

Os hospitais trabalham com altas margens na comercialização de medicamentos. Além desse fato, como o sistema de cobrança é realizado pelo Brasíndice, esses preços são atualizados mensalmente, independentemente de negociação com as Operadoras.

As investidas das Operadoras, para alterar a forma de cobrança dos medicamentos tem se dado de forma insistente, forte e contínua. Apesar da resistência imprimida pelos hospitais o mercado já possui fortes sinais de modificações. Alguns Prestadores para continuarem com o mesmo sistema de cobrança concedem descontos sobre o Brasíndice, variando de 5% a 15%. Outros congelam o Brasíndice no momento da negociação por seis a doze meses, abrindo mão de todos os reajustes, apesar da majoração de preços sistematicamente feita pelos fornecedores.

Mais recentemente há forte pressão para que a referência não mais seja o Brasíndice e que a utilização e cobrança seja através da lista de genéricos acrescida da taxa de comercialização.

É absolutamente fundamental que se entenda que qualquer mudança mais radical no sistema de cobrança de medicamentos colocará em grande risco a sustentação dos hospitais e clínicas. Seguir nessa linha significa concordar em rever reajustes consideráveis em diárias e taxas.

A Tabela de Materiais Não Brasíndice, também conhecida como Tabela De Materiais do Hospital não possui uma discussão tão visível como o caso das órteses e próteses e dos medicamentos, entretanto, sem tanto brilho, representam outro ponto importante de conflito.

Essa tabela representa a forma de cobrança de todos aqueles materiais que não constam do Brasíndice. No princípio possuíam larga margem e, talvez por isso, durante muito tempo não foram entregues ou sequer apresentadas para quem realizava os pagamentos. As Operadoras efetuavam o pagamento sem conhecer a tabela de materiais que era utilizada. Essa era atualizada mensalmente.

Atualmente essa Tabela, pelo menos na maioria dos hospitais, é entregue para as Operadoras e a pressão que é exercida nas negociações de Operadoras e Prestadores já mostra os seus sinais. Também sobre a Tabela de Materiais Não

Brasíndice são feitas negociações, sendo mais comuns os descontos e o congelamento de preços por três, seis e doze meses.

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento proliferaram no mercado, comandados por uma ampla visão comercial. Essa situação criou uma excessiva oferta. Nenhum serviço de saúde foi mais descentralizado do que os serviços de diagnóstico e tratamento.

Observou-se uma acentuada profissionalização da gestão nas áreas de imagem e laboratório de análises clínicas. Essas duas áreas de especialidades lideraram a grande oferta.

Além de um grande número de novos serviços, tivemos a presença no mercado de grandes laboratórios que desenvolveram uma eficaz logística de coleta e um processo industrial para processamento dos exames, auxiliados por uma tecnologia de grande produtividade. Até mesmo laboratórios internacionais coletam materiais no Brasil para processá-los no seu país de origem. Tudo em busca de escala, da redução de custos e da competição por preços.

Nessas condições o mercado sempre fornece a mesma resposta. O excesso de oferta implacavelmente reduz os preços.

Abstraindo-se a questão da qualidade dos serviços, em função de um grande número de novos entrantes, da logística instalada e da variação das tecnologias empregadas, as operadoras tiveram facilitada a sua tarefa .

Hoje os preços são inferiores aos praticados há cinco anos, em especial para pacientes externos.

De outro lado e, com toda a razão, as Operadoras reclamam veementemente dos excessos e dos abusos na indicação de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. Mostram, com desenvoltura, casos de pacientes que circulam por vários consultórios e, em cada um, são repetidas as solicitações de exames. Uma informação estarrecedora, embora não documentada, é a de que em torno de 30% dos exames solicitados em nível ambulatorial não são procurados pelos pacientes, nem pelos médicos.

Os Honorários Médicos, por paradoxal que pareça, representam nos últimos anos, do ponto de vista de remuneração, a parte mais fraca de todo o sistema.

A Organização Mundial de Saúde recomenda uma relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. No Brasil já estamos em uma relação de 1 para cada 606

habitantes. Fica mais claro verificar em que direção estamos seguindo quando observamos os números do Estado de São Paulo, onde a relação é de 1 médico para cada 443 habitantes. Mais contundente ainda são os números daquela capital que chega a uma relação de 1 médico para 264 habitantes.

Atualmente temos 117 faculdades de medicina que entregam, anualmente, cerca de 11.000 novos médicos no mercado.

A situação é agravada pelas deficiências dos cursos e, conseqüentemente, da qualidade da formação médica.

Nesse cenário, os médicos se tornaram uma presa fácil para contenção de seus ganhos. Há seis anos não se têm notícias de reajuste de honorários médicos. Uma consulta médica na rede credenciada das Operadoras situa-se entre 12 e 30 reais.

O quadro é ainda mais preocupante quando todas as tendências apontam para um enxugamento dos corpos clínicos dos hospitais e uma redução da rede credenciada pelos convênios, o que aumentará, ainda mais, a oferta de médicos.

As Operadoras, por sua vez, argumentam que os médicos praticam uma grande freqüência de consultas e agregam procedimentos de consultório para aumentar o valor do seu ganho. Quem recebe e quem paga, ambos estão insatisfeitos.

A análise aqui realizada dos denominados alvos preferidos, entre outros menos votados, por si só não traduz a importância necessária para que se compreenda toda a complexidade da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. Mas evidenciam grande presença dos aspectos econômicos e operacionais. Às vezes, parecem dois inimigos que lutam continuamente e desesperadamente, como se não tivessem uma grande interdependência para obterem sucesso em seus negócios.

As Operadoras, segurando os custos no atacado, não reajustando preços e realizando glosas, criam uma espécie de conta de compensação. No varejo, abordando os eventos de grande freqüência que não conseguem intervir diretamente (consultas, exames, por exemplo), atuam criando regras restritivas. Ainda no varejo, mas em eventos que conseguem intervir diretamente (órteses e próteses e medicamentos, entre outros) atuam interpondo-se entre os prestadores e os fornecedores.

Para os Prestadores, no sistema vigente, as operadoras de planos de saúde pagam a ineficiência dos seus processos, a incapacidade do seu modelo de

gerenciamento e, a sua inabilidade de construir uma estrutura de racionalização de recursos com o envolvimento efetivo dos médicos. Sabe, de sobra, que qualquer ganho de eficiência ou de qualquer outra melhoria do sistema, beneficia diretamente o pagador, que, da sua parte, não acena com nenhuma possibilidade de compartilhamento.

O nível de desconfiança e de desequilíbrio da relação é tão forte que, com um cenário desastroso sendo continuamente desenhado por ambas as partes, cada uma delas acredita que o outro negócio deva ser melhor que o seu. Acreditam tanto que os hospitais passaram a ter planos de saúde e as Operadoras de Planos de Saúde passaram a ter hospitais.

Há muitas razões para se discutir a necessidade da qualificação da gestão, tanto de prestadores quanto de Operadoras de Planos de Saúde. Mas cada um, com todas as ineficiências que possuem em seus negócios, acreditam conseguir gerenciar melhor o negócio do outro.

É uma situação no mínimo curiosa. Passam a ser concorrentes entre si, com negócios originalmente diferentes. Entendida a interdependência, que de alguma forma continua, na inversão dos negócios passam a ser concorrentes de seus próprios clientes.

Onde estão os estudos referenciais que sustentam essas decisões? Que avaliação essas decisões geram em relação a visão estratégica de crescimento do mercado? Que avaliação fazem aqueles que já tomaram tais decisões?

Figueiredo (2002), aborda o assunto relacionando como vantagens na adoção de serviços próprios:

- Ter médicos, clínicas, hospitais e plano de saúde sob o mesmo comando reduz custos administrativos e elimina a necessidade de policiar cada elo da cadeia produtiva;
- Possuir hospitais permite contínua adequação entre a demanda e a capacidade de atendimento, otimizando recursos e diminuindo custos unitários;
- A estrutura vertical é tida como capaz de alinhar de forma mais ágil e eficaz, interesses e incentivos entre financiadores e fornecedores de serviços.

O autor faz um contra-ponto apresentando as vantagens na adoção de serviços terceirizados:

- O avanço da tecnologia da informação reduz o custo do gerenciamento de amplas redes de prestadores;
- Novas formas de pagamento como “por pacote” ou “per capitação” com incentivos por performance baseados em indicadores clínicos, de qualidade e custo, são ferramentas interessantes de controle;
- Com o aumento do número de prestadores, principalmente nos grandes centros, há um desequilíbrio entre oferta e demanda com barateamento dos custos;
- O desenvolvimento de serviços próprios é capital intensivo e de retorno lento com maior risco e custo financeiro.

Essa análise já apresenta alguns pontos que estimulam as discussões que devem ser aprofundadas à luz das oportunidades de ampliação do relacionamento. Além de contestáveis alguns pontos apresentados pelo autor, quanto às vantagens de possuir serviços próprios, é preciso trazer para a discussão os aspectos de investimentos e atuação geográfica das operadoras. E se os seus serviços não possuírem a melhor tecnologia de ponta? E se os seus serviços não praticarem o melhor atendimento? E se o seu hospital estiver envolvido com processos que envolvam negligência no atendimento e algum tipo de erro médico? Será que a performance de vendas do seu plano de saúde será a mesma? “Mutatis mutandis”, o mesmo ocorre com hospitais proprietários de operadoras de planos de saúde.

As Operadoras e os Prestadores de Serviços não estariam, muito antes de iniciar e esgotar as possibilidades de um relacionamento mais estratégico, mais efetivo e parceiro, fazendo opções apressadas por decisões que ampliarão as turbulências e os custos do setor?

Ao abordar as vantagens na adoção de serviços terceirizados, o autor já apresenta boas razões para que o assunto possa ser revisto, com muitas boas chances de encontrarmos novos caminhos.

E a qualidade? Será que um processo de tanto autofagismo está garantindo a qualidade da assistência? O quanto a assistência está sendo prejudicada por essa disputa de recursos? E, tantas elucubrações de relacionamento, garantem a qualidade da assistência?

CONSTRUINDO UM NOVO RELACIONAMENTO ESTRATÉGICO

As Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços têm desenvolvido uma relação fundamentada excessivamente nos aspectos operacionais, onde, na visão do dia a dia, praticamente possuem posições antagônicas. No nível operacional a profundidade e a extensão das diferenças dos propósitos cria uma grande barreira. São estruturas que chocam, que se conflitam em torno de objetivos e posicionamentos distintos. São escolas diferentes, culturas diferentes, estruturas criadas para exercerem missões diferentes. São pessoas de qualificação diferentes, direcionadas para atenções distintas. São lógicas diferentes, que, sem interferência, seguiriam por caminhos divergentes, mas que precisam estar fortemente unidas num plano estratégico.

No estudo das gestões corporativas são reveladas todas as dificuldades de fazer com que diferentes unidades dentro da mesma corporação alinhem suas operações. Setores da mesma empresa departamentalizam arraigadamente suas visões e apresentam dificuldades para desenvolverem e absorverem o conceito de processo. Unidades de negócios ou empresas da mesma corporação que possuem operações que podem ser comparadas, em termos de competitividade, redução de custos, qualidade de produtos, reconhecimento no mercado, visibilidade para os clientes, criam vieses que inviabilizam oportunidades de negócios.

É perfeitamente possível imaginar as dificuldades de fazer com que empresas que atuam no mesmo segmento, que tenham grande interdependência de atuação, que não pertençam a mesma corporação e, que antagonizam seus processos, tenham a visão estratégica compartilhada do setor. É preciso inverter a relação. Primeiramente, o pensamento estratégico compartilhado, ajustando os interesses e as decisões que mantém o setor atrativo. Depois, a partir dessas definições, o estabelecimento de uma logística mais adequada, que não permita tantos conflitos em cada etapa. Hoje, se quiséssemos criar um processo conflituoso, em cada uma das etapas do processo, desde a internação até o pagamento da conta, não deveríamos ter nenhuma dúvida: não haveria necessidade, pois ele já existe, nem sempre envolvendo diretamente o paciente, mas sempre mantendo uma relação atritada entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços.

Segundo Collis e Montgomery (2001), a maioria das empresas de múltiplos

negócios é apenas a soma das partes, e nada mais. Embora os executivos estejam mais sofisticados quanto ao conhecimento dos fatores necessários à conquista da vantagem competitiva no âmbito de determinado negócio, a situação é muito menos estimulante quando se trata de criar a vantagem corporativa entre os vários negócios.

Esses processos ficam no domínio de conhecimento dos níveis gerenciais que intermediam as relações competitivas entre setores ou unidades de empresas de múltiplos negócios. Esses conhecimentos são transformados em especializações, em competências que estão sempre a serviço da manutenção das posições antagônicas, que com o passar do tempo vão se solidificando em verdades dos negócios, em especial quando os executivos absorvem as distorções do ambiente operacional e a incorporam em seus conceitos e decisões, levando-as para o plano estratégico.

As estratégias, então, passam a ser alimentadas pelas visões desarticuladas e comprometidas que se desprendem dos processos operacionais eivados dos ranços tradicionais, de um relacionamento impregnado do velho, de desconfiança, de disputa pelo desempenho departamentalizado, da falta de habilidade conceitual de perceber a importância da sua atividade, do seu setor, da sua unidade de negócio em relação ao todo. No caso das operadoras e dos prestadores, da competição de quem fica com os louros, os que cobram mais ou os que cortam mais. As estratégias ficam encobertas por uma opacidade que esconde a visão do segmento, do negócio, e passam a ser reféns da operação, não agregando valor competitivo no mercado e não atingindo os resultados indispensáveis e possíveis.

Collis e Montgomery (2001), relatam que os executivos se empenharam na criação das estratégias corporativas viáveis. Alguns se concentravam nas competências essenciais, outros reestruturavam o portfólio corporativo, e ainda outros se dedicavam à construção de organizações que aprendem. Em cada caso, os executivos estavam voltados para elementos específicos das estratégias corporativas: recursos, negócios ou organização. O fator ausente era o "insight" que converte esses elementos num todo integrado. Esse "insight" é a essência da vantagem corporativa – a maneira pela qual a empresa cria valor por meio da configuração e da coordenação de suas atividades em múltiplos negócios. Em última instância, esse é o verdadeiro diferencial entre as estratégias corporativas notáveis e as meramente adequadas.

As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços deverão se apropriar desses conceitos e caminharem na sua direção, desenvolvendo um

pensamento estratégico sobre o seguimento e a partir dele ajustando suas relações, criando condições econômicas mais favoráveis para o desempenho do setor, remunerando mais adequadamente todos os serviços. E, a partir de um setor mais equilibrado, possam fortalecer a imagem junto aos clientes atraindo novos entrantes para o sistema. Será preciso concatenar cuidadosamente um sistema de partes independentes, dentro de estruturas separadas organizacionalmente, mas unidas e completamente dependentes em uma visão de negócio.

Mais do que uma idéia poderosa, o estabelecimento de estratégias com a perspectiva do segmento da saúde suplementar direciona ativamente o processo decisório na operação, baliza o seu comportamento, define a utilização de recursos, os papéis que serão desenvolvidos pelas corporações participantes e os formatos organizacionais que darão vida a todo o conjunto.

Corajosamente é decidir não só navegar pelos processos burocráticos e expor as suas mazelas, de lado a lado, mas, acima de tudo, é aprender mais sobre o mercado e os mercados emergentes, suas novas configurações e sobre eles colocar pensamento estratégico na perspectiva do setor da saúde suplementar e não apenas olhando para as nossas empresas.

É prospectar novos modelos de negócio, repensando todos os elementos da sua estrutura de custos. Precisamos perceber em conjunto as inovações necessárias para trazer outros segmentos sociais para dentro do setor da saúde suplementar, pois estaríamos nos tornando mais competitivos, até mesmo no nosso mercado original, portanto em todos os mercados. Conhecer em detalhes os mercados emergentes e pensá-los estrategicamente é converter o conhecimento em importante fonte de inovação.

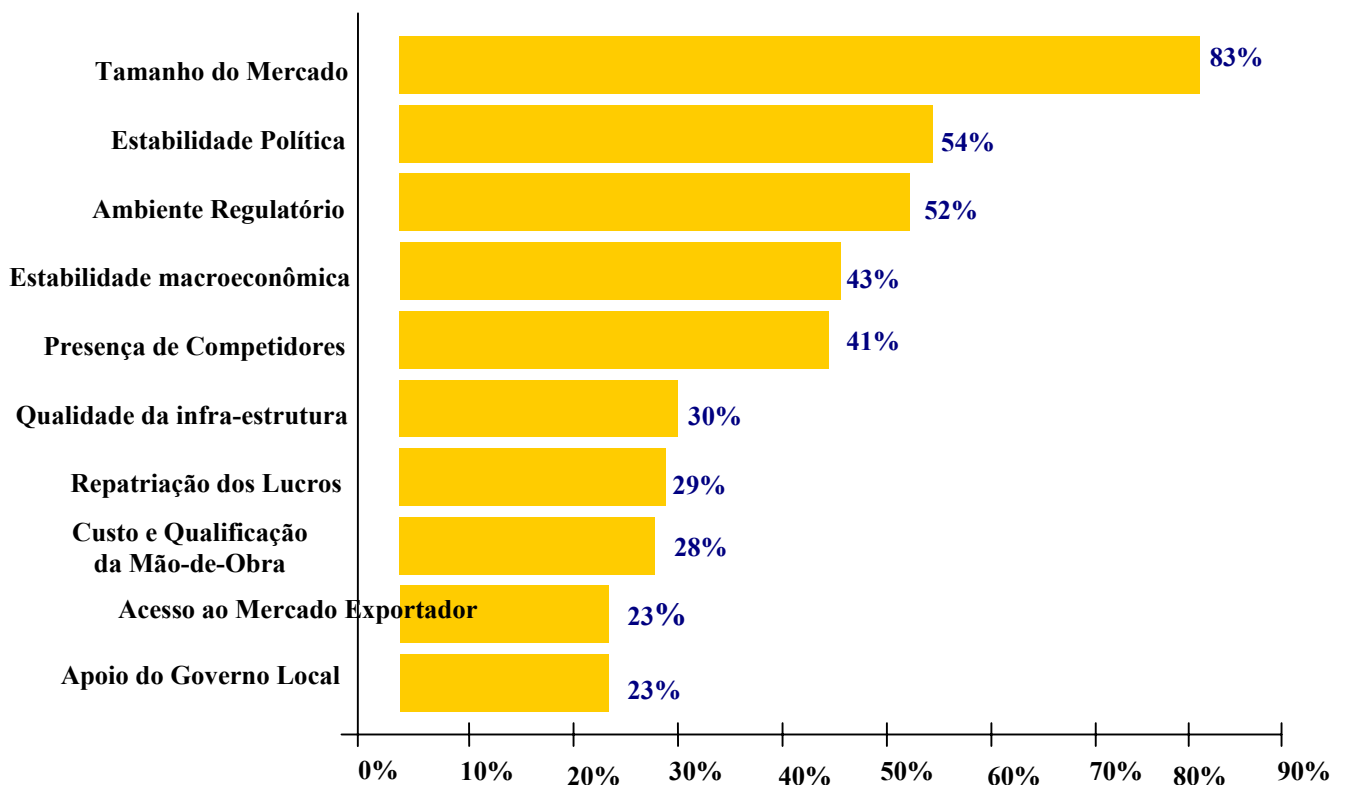
De acordo com Prahalad e Lieberthal (2001), em busca do crescimento, as corporações multinacionais não terão escolha senão competir nos grandes mercados emergentes da China, da Índia, da Indonésia e do Brasil. Mas, embora ainda seja incomum indagar como as empresas mudarão a vida nesses mercados, os executivos demonstrarão inteligência se reverterem a questão. Os autores afirmam que as próprias empresas sofrerão transformações em virtude da experiência nesses mercados. De fato, dizem, as empresas serão forçadas a repensar todos os elementos de seus modelos de negócios, para serem bem-sucedidas.

Essa é uma questão de enorme importância. Ao invés de ficar esperando que o

mercado se modifique para que façam novos investimentos e novas ações de crescimento, que mudanças estratégicas as Operadoras e os Prestadores de Serviços poderiam desenvolver, mudando as suas atuais empresas, para garantir um mercado ampliado a atrativo?

O Gráfico 06 reforça essa questão, quando apresenta as razões que balizam as decisões dos investidores. Nesse sentido, é fundamental observar a importância que os investidores atribuem ao tamanho do mercado e ao ambiente regulatório.

Decisão de Investimento



Fonte: A.T. KAPENEY

A atuação em mercados emergentes necessita do valioso aprendizado dos parceiros, em especial no sentido de que o pensamento estratégico do setor não esteja definido em diferentes expectativas.

Um excelente exemplo da nossa desconexão e do longo caminho que precisamos percorrer, entre outros tantos, pode ser assim descrito – de um lado, enquanto os Prestadores estão desenvolvendo sistemas de saúde de qualidade,

buscando dar atenção integral aos clientes, evitando que ele seja um itinerante na busca de serviços de saúde – de outro as Operadoras dificultam o acesso, evitando credenciamento de serviços próximos um ao outro, em especial consultórios médicos perto de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento.

Pensar estrategicamente seria assegurar um sistema de saúde que por sua capacidade de oferecer soluções aos clientes pudesse ser um grande atrativo para novos entrantes e, ao mesmo tempo, definir uma forma diferente do modelo atual de financiamento, produzindo um novo formato de custos e resultados assistenciais mensurados.

As dificuldades da operação desse mercado têm marcado uma presença exagerada e negativa na pauta do setor. Não se trata de negar as dificuldades existentes, mas é preciso mostrar as suas potencialidades, em especial quando tratadas com criatividade e competência. É preciso uma agenda positiva e um discurso mais animador, que expressem a realidade de grandes oportunidades.

Vejamos a análise do Relatório Anual de 2002 do Bradesco Seguros:

"Ao apresentar faturamento global de R\$ 2,332 bilhões (contra R\$ 2,178 Bilhões de 2001) e número recorde de 2.335.190 vidas seguradas no ano de 2002, a carteira de Saúde do Grupo Bradesco de Seguros A conquista de grandes clientes permitiu que fosse mantida a expansão da carteira de apólices empresariais de saúde, em que foi registrado faturamento 10,25% maior que o ano anterior: R\$ 1,324 bilhão em 2002, contra R\$ 1,200 bilhão em 2001. Em 2002 a carteira de apólices individuais contabilizou faturamento de R\$ 820,953 milhões contra R\$ 795,107 milhões registrados em 2001, representando crescimento de 5,60% sobre a ano anterior, em linha com a tendência registrada no mercado brasileiro, que cresceu 4,3% em relação a 2001. Registrou-se, entretanto, expressivo crescimento na carteira de Seguros para Pequenos Grupos (SPG), cujo faturamento atingiu R\$ 187,8 milhões, em 2002 representando expansão de 19,70% em relação ao ano anterior. Além disso, mais uma vez o ramo Saúde registrou ampliação do número de segurados na carteira de seguro odontológico, com expansão de 8,36% na quantidade de segurados relação a 2000".

No mesmo sentido, a matéria publicada na Gazeta Mercantil do dia 19.07.2003, sob o título "Mais Negócios Para Motos, Saúde e Educação" também constitui-se em

um bom exemplo:

"... e as empresas de saúde também parecem estar indo bem. Estatísticas mostram mais de 30 milhões de brasileiros fazendo parte de algum plano de saúde, observa Feldmann, diretor da consultoria BearingPoint. A empresa de medicina do grupo Samcil, por exemplo, não tem do que reclamar. Com estratégia agressiva na venda de novos planos de saúde, voltados para as classes C e D, a empresa faturou R\$ 251 milhões em 2002, com crescimento de 113% em relação ao anterior. O diretor geral Mauro Bernacchio informa que a sinistralidade média das quinze maiores empresas do setor em 2002 foi de 75% (a cada R\$ 100 de receita gastou R\$ 75 em atendimento médico-hospitalar), enquanto a Samcil registrou 61%. Isso é resultado direto dos investimentos feitos em medicina preventiva, disse. Segundo Bernacchio, são vendidos em torno de 10 mil novos planos de saúde ao mês na cidade de São Paulo e a inadimplência é baixa. Os investimentos também não estão à espera de melhores dias na economia nacional: neste ano já foram investidos R\$ 5 milhões na aquisição de carteiras de planos de saúde e na abertura de seis novos centros médicos. No segundo semestre vamos investir outros R\$ 5 milhões, informou o diretor-geral da Samcil".

Na mesma matéria, o Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Dr. Arlindo de Almeida, diz que:

"...o desempenho da Samcil não vale para todo o segmento. No geral, as operadoras de planos de saúde não estão bem porque nos últimos quatro anos o número de usuários de planos de saúde caiu de cerca de 40 milhões para 35 milhões".

Parece sempre haver uma necessidade ou uma estratégia de mostrar que o setor está constantemente em dificuldades. Levanta muitas dúvidas e coloca sob suspeição a forma como é demonstrado o decréscimo de usuários do setor. Atualmente, utiliza-se o número de usuários registrados na ANS para dimensionar o setor. Sabidamente existem subnotificações de registros junto a Agência, o que elevaria o número atual de usuários. De outro lado, a comparação é feita com um número de usuários que surgiu de algum lugar, fruto de uma soma em que não foram apresentados os critérios. Quem fez a soma de todos os segmentos do setor? Os planos de saúde vinculados às instituições patronais de assistência aos servidores

públicos civis e militares foram incluídos nestes números? Quem deu caráter oficial aos diversos números que circulam no mercado? Quem lhe confere tanta fidedignidade? Porque esses números oscilam com tanta facilidade? Ora contabilizam 46 milhões de usuários. Mas, em outras vezes já foram 42, 41, 40,38 milhões. Certamente, algumas operadoras tiveram redução no seu quadro de usuários. Seria muita pretensão querer que todas as empresas de um determinado segmento tivessem o mesmo desempenho e crescimento. Entretanto, será que efetivamente houve redução do número de usuários no setor? A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizada em 1998, estimava que 38,7 milhões de brasileiros estavam cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,5% da população do País. Destes, 29 milhões (75%) estão vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com planos de auto-gestão) e 9,7 milhões (25%) estão vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar.

A questão da redução do número de usuários de planos de saúde, no mínimo, precisa ser mostrada e comprovada adequadamente, com metodologia de dimensionamento mercadológico.

Há ainda que assegurar as articulações necessárias para que as estratégias encontrem as condições necessárias para serem implementadas. É o grande ensinamento de Kaplan e Norton (2001) quando referem que a estratégia nunca foi tão importante quanto no atual ambiente de negócios. Contudo, muitas empresas apresentam grandes dificuldades e muitas vezes fracassam na execução das estratégias. Atribuindo tal constatação ao fato de que as empresas ainda utilizam processos impostos de cima para baixo, fundamentalmente induzidas por metas financeiras e voltadas para aspectos táticos. *"Percebemos, então, que assistíamos ao surgimento de um novo modelo organizacional – a Organização Orientada para a Estratégia"*. Nessa perspectiva, a instituição como um todo, suas unidades de negócio, unidades de serviços e, em consequência seus processos críticos – planejamento, alocação de recursos, orçamento, relatórios periódicos, reuniões de gerentes, processos de avaliação de resultados – se concentram em torno da estratégia.

O ponto fundamental que interroga a relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços é "garantir a grande estratégia".

E qual seria a grande estratégia?

Garantir lucros individuais, mesmo que para isto haja o comprometimento perigoso de um parceiro de quem tanto dependemos? Primeiro garantir o nosso lucro e depois auxiliar os parceiros? **Garantir uma estratégia compartilhada de crescimento do setor, dentro de uma nova estrutura de custos, com foco na satisfação e fidelização dos clientes, na construção de uma logística mais racional, permitindo mais competitividade e maior poder de atração para os novos entrantes?**

Sem dúvida, essa é uma lição de casa tão difícil quanto necessária, entretanto, para desenvolvê-la, primeiramente, é preciso acreditar que a grande estratégia não está nas atividades operacionais, que evidentemente necessitam de ajustes, mas, acima de tudo, desenvolver uma forte convicção **que a grande estratégia esta na capacidade conjunta de perceber e se relacionar com o mercado.** De perceber as tendências desse mercado e as suas oportunidades.

Londres (2000), no quadro de tendências, apresenta um referencial aguçado através das seguintes premissas: crescerá a tendência a desospitalização; diminuirá o uso de medicação e tecnologia (racionalização); haverá o crescimento das medicinas complementares; o hospital geral irá sofrer concorrências especializadas; os preços deverão ser (quase) sempre previamente conhecidos; a solidão e o amadorismo serão arriscados e trabalhosos; que haja integração dos sistemas público e privado; que a base seja a saúde e não a doença; que a base seja a clínica e não a economia; que o paciente volte a ser a pessoa principal do processo.

Castro, Magalhães e Júnior (2002), reforçam o quadro de tendências para o setor da saúde: mercado altamente regulamentado; acirramento da competição; estreitamento de margem; rigoroso gerenciamento de custos; entrada de capital e empresas estrangeiras; reconcentração (fusões e aquisições); privatização de parte do setor público da saúde, e globalização.

As Operadoras e os Prestadores, na construção de um novo relacionamento, precisarão repassar essas e outras tendências. Rever seus serviços e produtos, perceber as alianças estratégicas necessária e possíveis e, acima de tudo, com a participação efetiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar, desenvolver e fortalecer as ações buscando **"SINERGIA"**.

Do ponto de vista empresarial, segundo Goold e Campbell (2001) a sinergia, no léxico dos negócios se refere à capacidade de duas ou mais unidades ou empresas de

gerar maior valor trabalhando juntas do que os resultados que aufeririam por meio da atuação isolada. De acordo com os autores a maioria das situações de sinergia em negócios assume uma das seis formas seguintes: compartilhamento do "know-how"; coordenação de estratégias; compartilhamento de recursos tangíveis; integração vertical; conjugação do poder de negociação e criação de empreendimentos conjuntos. Goold e Campbell (2001), recomendam que *"para prevenir riscos, os executivos precisam submeter todas as oportunidades de sinergia a uma análise objetiva que esclareça os objetivos a serem auferidos, examine o potencial de contribuição da corporação e leve em conta as possíveis desvantagens. A adoção dessa abordagem disciplinada decerto significará menos iniciativas. Mas as que de fato forem levadas adiante provavelmente proporcionarão ganhos muito mais expressivos"*.

De outro lado, a sinergia entre Operadoras de Planos de Saúde e prestadores de serviços, necessita estar colocada numa perspectiva de relacionamento futuro no mercado e na capacidade de estabelecer as estratégias adequadas. Para Hamel e Prahalad (1995), a competição pela previsão do futuro do setor é essencialmente uma competição pelo posicionamento da empresa como líder intelectual em termos de influência no direcionamento e forma da transformação do setor. A previsão do futuro do setor informa a direção da corporação. A capacidade de previsão do setor ajuda a **responder três perguntas críticas. Primeira:** Que novos tipos de benefícios devemos procurar oferecer aos clientes daqui a cinco, dez ou quinze anos? **Segunda:** Que novas competências precisaremos desenvolver ou adquirir para oferecer esses benefícios aos clientes? **E terceira:** Como teremos que reconfigurar a interface com o cliente durante os próximos anos?

Hamel e Prahalad (1995), sugerem ainda que toda a empresa precisa ter uma arquitetura estratégica. Essa seria, segundo os autores uma planta de alto nível de emprego das novas funcionalidades, a aquisição de novas competências ou a migração das competências existentes e a reconfiguração da interface com os clientes.

Com toda a certeza, na relação de operadoras e prestadores, a capacidade de previsão do futuro deve contemplar também, a resposta a uma **quarta pergunta:** Como teremos que reconfigurar a relação entre Operadoras e Prestadores nos próximos anos? Também é certo, que na arquitetura estratégica dessa relação deverá

estar essa resposta.

Nesse estudo, a sinergia da relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, está expressa nos temas, entre outros, que contribuem na visão direcionada para o desafio permanente que é, sinergicamente, estabelecer a grande meta de crescimento do setor e criar as condições para que os resultados sejam alcançados. Com toda a certeza, o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, será definitivo nesta jornada.

O Alinhamento Estratégico é o primeiro deles. Sem dúvida é um tema especial. Na dimensão mercadológica, Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores deverão alinhar as suas intenções estratégicas e estabelecer sua grande meta. Existe a grande meta? Já foi estabelecida? Em algum lugar, em algum momento, Operadoras e Prestadores se encontraram para estabelecê-la? E qual é grande meta? Ter 60, 70, 80 milhões de pessoas no sistema de saúde suplementar? E o que é necessário para atingí-la? O nosso relacionamento atual permitirá? Os custos atuais permitem estender o nosso produto, com qualidade médico-assistencial, às populações de renda mais baixa? Temos produtos alternativos com qualidade e custos compatíveis com estas populações? A legislação atual dá condições necessárias para que essa meta seja alcançada?

Não há respostas fáceis para perguntas difíceis. Mas certamente as soluções caminharão pelo alinhamento estratégico em torno das muitas questões que vem sendo discutidas e que possuem grandes dificuldades de implementação em função de que o esforço tem sido individual e sem sinergia com os parceiros.

O Estabelecimento de uma Agenda Conjunta com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS é outro tema de grande relevância. Que prioridades serão determinantes nessa agenda? As discussões quanto as possíveis correções de distorções provocadas pelo processo de regulamentação? Sem dúvida. Mas, que outras deverão compor uma agenda positiva? **Nesse tema, três prioridades merecem atenção cuidadosa** pela sua capacidade de potencializar as demais.

A primeira é levar, em conjunto, a proposta de criação de uma Diretoria de Relacionamento Estratégico de Operadoras e Prestadores com atribuições de constantemente alinhá-las estrategicamente com o mercado e as suas oportunidades. As Operadoras e os Prestadores, assim, ganhariam uma maior interlocução com a ANS. Inicialmente passariam a ter ampliadas as possibilidades de solução dos atuais

problemas operacionais , fazendo ajustes e disciplinando a operação. Progressivamente, migrariam para o foco estratégico, notadamente no que se relaciona a sustentação legal para o crescimento e a estabilidade do setor.

A segunda é a inclusão de novos entrantes no segmento. Segundo Teixeira, Bahia e Vianna (2002), apesar da lacuna de informações, é imenso o número de empresas empregadoras ausentes do mercado de assistência suplementar. As empresas empregadoras e os planos de saúde, somados, representavam menos de 10% do total dos 1.928.276 empresas constantes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), em 1997. Os mesmos autores fazem uma notável análise a respeito da manutenção e ampliação do mercado de planos de saúde. O mercado está restrito as grandes empresas. Algumas empresas de médio porte conseguem contratar planos de saúde, entretanto as micros e pequenas empresas praticamente estão fora do mercado. Acrescente-se os trabalhadores do mercado informal e teremos uma grande população sem cobertura de planos de saúde. Portanto, constituem um grande mercado de oportunidades.

Os mesmos autores sugerem *“no caso de pequenas e médias empresas que a solução seria estimular a formação de consórcios de empresas de porte reduzido, por segmento ou natureza de atividade”*. E, no caso de trabalhadores informais sugerem a formação de algum tipo de consórcio, ou de associação mutualista, capaz de congrega trabalhadores de atividades assemelhada. Referem, ainda, para reduzir o risco das operadoras que deveriam atuar com planos de baixo custo, a participação do Estado, através de alguma agência financiadora oficial, assumindo o papel de ressegurador.

A terceira, é um ponto de extrema importância no encaminhamento de soluções para ampliar o número de usuários no setor. Trata-se de rever a possibilidade da subsegmentação. A atual subsegmentação permitida na lei é restrita aos planos ambulatoriais, hospitalares com ou sem obstetrícia e odontologia. Ocorre que essa configuração tem se mostrado sem capacidade competitiva no mercado. Muitos locais do nosso país possuem limitações técnicas para cumprirem com a atual subsegmentação. O custo gerado pela exigência da subsegmentação em vigor impede a entrada de novos usuários no sistema. Colocar a subsegmentação como uma opção para as operadoras, em especial aquelas de menor porte, ou ainda, para regiões onde se mostrar mais necessária, é uma alternativa premente. Não se trata da

subsegmentação livre e sem controle, mas sob o registro e a tutela da ANS.

A adoção de Sistemas de Financiamento com Compartilhamento de Riscos é outro tema de sinergia. Tanto por "captation" quanto por orçamento global, esta modalidade permite um novo formato da relação entre Operadoras, Prestadores e empresários.

O Gráfico 07 mostra a expressiva participação dos planos empresariais.



Fonte: Cadastro de Beneficiários e Produtos/DIDES/ANS/MS

Atualmente, 70,2% dos usuários de planos de saúde são de planos empresariais, portanto, os empresários possuem poder sobre as Operadoras de Planos de Saúde, uma vez que decidem, agregam grupos de usuários e, em definitivo, pagam ou viabilizam a maior parcela dos recursos. Entretanto, com exceções, boa parte dos empresários promove e patrocina planos de saúde para seus funcionários como mais um benefício, desconectado de um programa estruturado de qualidade de vida de seus colaboradores e de suas famílias. Muitas vezes, o plano de saúde significa ficar livre de um problema, que traz incomodações e tira o foco principal dos empresários.

Nem os empresários, nem as Operadoras e tampouco os Prestadores de Serviços tem investido na avaliação sistemática dos resultados obtidos com a decisão de contratar um plano de saúde. Os atrativos continuam sendo a rede credenciada e as tecnologias colocadas a disposição que, na hora da venda são exaltadas e na

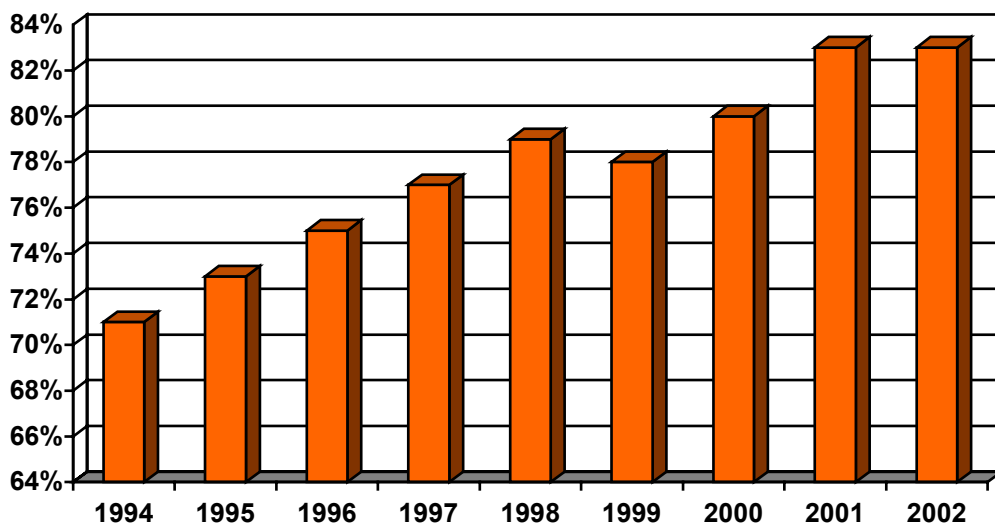
utilização consideradas como vilões do sistema.

Dois movimentos deverão ocorrer progressivamente e mudarão completamente essas relações. Os empresários passarão a ser os principais motivadores de um cenário mais coerente para a área da saúde. O primeiro será o reposicionamento dos empresários que passarão a comprar a saúde de seus funcionários e dependentes e não mais um plano de saúde que só pode ser utilizado nas doenças. Os empresários estarão monitorando e capitalizando os ganhos da decisão para o seu negócio. O segundo será a necessidade de reduzir custos e, portanto, estarão abertos para mudanças do modelo vigente.

Forma-se aqui um cenário propício para uma remodelagem do modelo atual, onde Operadoras e Prestadores, juntos, estarão compartilhando riscos.

O Gráfico 08 apresenta o crescimento da sinistralidade. De um lado, significa que os custos têm aumentado pela utilização dos serviços, de outro, cria a perspectiva de que, Operadoras, Prestadores e empresários, através de suas políticas de recursos humanos e qualidade de vida, juntos, possam obter grandes resultados, tanto econômicos quanto clínicos.

Sinistralidade



Por um valor previamente estabelecido e acordado entre si, criariam um vínculo fortalecido com os empresários e estariam a serviço de um sistema de saúde com demanda adstrita, organizada, monitorada e acompanhada nas suas condições de saúde.

Nessa proposta conjunta de Operadoras e Prestadores, estariam definidos a tipificação do plano a ser oferecido, o modelo assistencial e a assistência gerenciada, determinando os papéis e a responsabilidade de cada um no sistema. Também estariam definindo as metas, os riscos e os ganhos. Que tal o estabelecimento conjunto da meta de reduzir a sinistralidade para 65% ?

Gestão Racional dos Recursos é a perspectiva de um novo relacionamento com as Operadoras de Planos de Saúde, exigindo um esforço dos Prestadores de Serviços, em especial dos hospitais e médicos, no sentido de reverem suas posições, suas formas estruturais e organizativas. Para que se materialize este novo relacionamento, qualquer proposta, para evoluir, necessariamente terá que permitir, sem quebra de qualidade, uma redução dos custos.

Sendo assim, naturalmente que o modelo de gestão vigente, nem tampouco a forma desintegrada da relação entre hospitais e médicos, possuem as condições de representarem essa proposta inovadora.

Os resultados da gestão racional dos recursos estão diretamente associados ao **modelo assistencial** adotado. Esse modelo poderá ter maior sucesso, do ponto de vista econômico e assistencial, se estiver concebido de forma ampla e resolutiva, atendendo as diferentes fases dos cuidados de saúde. A prestação de serviços em rede integrada, com oferta e demanda organizadas e com ênfase nos serviços ambulatoriais potencializam enormemente os resultados. É preciso incorporar na prática desse modelo outras estruturas de prestação de serviços, orientadas estrategicamente de acordo com as necessidades, abdicando da visão restrita apenas a hospitais e consultórios. A organização de serviços poderá ter Unidades de atenção básica, Saúde da Família, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Tecnologias Resolutivas, Centro de Cirurgias Ambulatoriais, Hospital-Dia, Home-Care, Unidades de Cuidados Mínimos, Unidades de Curta Permanência, entre outros. É fundamental que os modelos assistências apropriem-se da tecnologia médica, em especial os recursos da área de diagnóstico e tratamento, dando-lhe utilização racional para os aspectos promoção e prevenção da saúde.

A gravidade e a complexidade, nesse modelo assistencial, é destinada ao ambiente hospitalar. Nesse a gestão racional de recursos, entre outras, passa pelos critérios de internação e alta, pela utilização de protocolos clínicos, pelo controle no uso de antibióticos e na redução das médias de permanência. Evidentemente, a

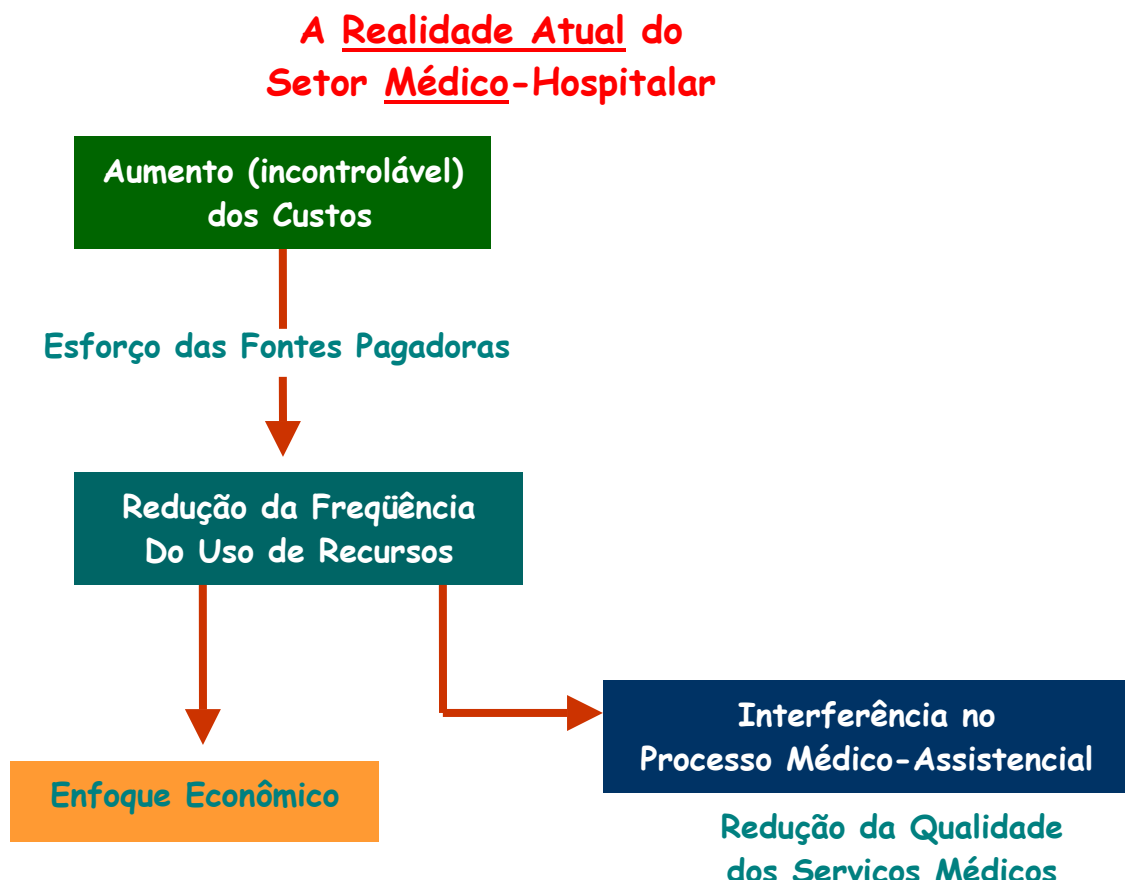
utilização racional da tecnologia médica é determinante para os a contenção dos custos e para os resultados assistenciais.

Aspecto absolutamente importante é que esse modelo assistencial esteja completamente interligado por um sistema de informações clínicas e administrativas, permitindo a sua avaliação completa.

Na essência de uma nova proposta de relacionamento com as Operadoras de Planos de Saúde, a **relação entre hospitais e médicos** necessita ser revista, ampliada e fortalecida. Os médicos, segundo Machado (1995), assistem a um comprometimento da sua responsabilidade técnica, provocada por um conjunto de situações de forte envolvimento econômico:

- burocratização dos procedimentos, erosão da autonomia profissional e dos preceitos éticos, empresariamento no setor da saúde ajustando assistência à busca de lucro, perda do controle do médico sobre a produção, distribuição e preço final do serviço, e perda da liderança do processo médico-assistencial.

Seferin (2003) demonstra na figura 02 abaixo, a interposição das Operadoras na relação dos prestadores (hospitais e médicos) com os clientes.





Comprometimento da Responsabilidade do Médico

Seferin (2003) refere que *"existe, hoje, um bem identificado esforço de redução de custos na saúde promovido pelas Operadoras de Planos de Saúde, através de mecanismos que comprometem, seriamente, a qualidade da assistência à saúde e a responsabilidade técnica do médico"*.

Confrontada com essa realidade, boa parte das instituições representativas da categoria médica tem feito discursos ferrenhos defendendo modelos antigos, eficientes para aquela época, apropriados para o mercado médico então existente. Mas isso não garante o seu retorno. Há razões de sobra para perceber o quanto às questões econômicas, sociais e tecnológicas foram capazes de mudar o mercado médico.

É preciso encarar o momento com pró-atividade e criatividade, como tem feito a Associação Médica Brasileira – AMB, que em uma iniciativa de vanguarda criou as Diretrizes de Procedimentos Médicos AMB/CFM, como parâmetro de orientação de conduta médica. Ao contrário de outras representações do segmento, lançou mão da competência do meio médico para estabelecer parâmetros mais homogêneos de conduta médica, com redução das indicações que não atendam aos mais recentes e adequados preceitos do exercício da atividade médica. Racionaliza a indicação de procedimentos com redução dos custos, além de atuar como instrumento de atualização profissional. Assim procedendo, chama para si, para a categoria médica, as definições, ao invés de esperar que o mercado as estabeleçam, mais uma vez, sob a ótica econômica. É necessário estudar novas formas de relacionamento com os hospitais. Médicos e hospitais necessitam encontrar novos caminhos, mais eficazes para a relação com as operadoras de planos de saúde.

Os médicos, junto com os hospitais, terão que assumir a gestão do uso dos recursos e participarem da racionalização de custos, garantindo para si as ações definidoras do processo assistencial, não permitindo que outros os estabeleçam baseados em critérios econômicos. Nesse sentido, deverão compartilhar riscos com os pagadores, dar resolubilidade médica em nível ambulatorial, controle da frequência de

exames de diagnóstico, ações de promoção e prevenção, desenvolvimento e aplicação na prática de protocolos clínicos e controle do tempo de permanência. E, mais do que nunca, racionalizar o uso da tecnologia médica e demonstrar os resultados da qualidade assistencial e do custo dos serviços.

Para que se materialize este novo relacionamento, qualquer proposta, para evoluir, necessariamente terá que permitir, sem quebra de qualidade, uma redução dos custos.

Os hospitais e os médicos venderão a organização e a integração do corpo clínico para as Operadoras como um diferencial de qualidade e redução de custos. Os médicos deverão se organizar em torno dos hospitais e suas estruturas de serviços. A gestão deverá ser profissionalizada e o foco deverá estar no cliente.

Desta forma, hospitais e médicos, através de uma forte aliança, estarão criando as condições necessárias para novas propostas junto às Operadoras. Espera-se que as Operadoras de Planos de Saúde sejam mais ousadas. É preciso desprendimento do modelo criticado, mas dominado e conhecido. É necessário que haja disposição de compartilhar riscos, mas, sobretudo, de dividir lucros. Espera-se que saibam e desenvolvam competência para reconhecer os esforços e a capacidade organizativa dos Prestadores e aceitem um novo sistema de remuneração baseado em desempenho. As Operadoras precisarão desenvolver sistemas de gestão e financiamento que saibam reconhecer o desempenho da gestão do Prestador.

Outra providência nas áreas de gestão racional de recursos que depende de grande fonte de sinergia é **a desospitalização**. Apesar de, conceitualmente, não haver restrições quanto a necessidade de um forte investimento em promoção e prevenção da saúde, na prática há muitos obstáculos que teimam em retardar esta iniciativa que a cada dia que passa se torna inadiável. Aspectos culturais, a competição entre Operadoras que se utilizam da moderna tecnologia médica e da marca de grandes Prestadores que estão associados ao aparato tecnológico, são fatores que inibem as iniciativas. A insegurança da continuidade contratual da população coberta e o interesse contrário de Prestadores de Serviços completam as razões impeditivas.

Outra necessidade de alinhamento sinérgico é **a formação de mercados gerenciados**, como os atendimentos ambulatoriais e domiciliares, as ações de saúde direcionadas de acordo com as necessidades específicas de cada grupo populacional, a

gestão de doenças, entre outras. Caracterizam a introdução de medidas e estruturas racionalizadoras da assistência médica. Contudo, não tem sido fácil a aceitação no mercado desses conceitos. Segundo Médici (1997), a menção ao termo "assistência gerenciada" traz uma série de reações positivas ou negativas, entusiasmadas ou indiferentes, confiantes ou descrentes. Mas há o reconhecimento de que a assistência gerenciada surgiu como resposta aos problemas que o setor saúde vem apresentando desde os anos setenta nos países desenvolvidos: aumento dos custos sem aumento da capacidade resolutiva dos serviços; restrições crescentes ao acesso, em função da elevação de preços, no caso dos serviços privados, e queda da qualidade, no caso dos serviços públicos, uma vez que os orçamentos governamentais, por mais que aumentem a parcela destinada à saúde, não conseguem acompanhar a escalada de custos.

Na verdade, não há boa aceitação destas formas que influenciam no acesso, na prestação ou no financiamento da assistência à saúde, porque na essência possuem, sempre, algum grau de restrição. Os próprios agentes, por razões diferentes criam as dificuldades. Os hospitais porque se interessam pela utilização dos serviços, os médicos que referem perder a sua autonomia, os usuários que reclamam da burocratização dos procedimentos e rotinas de acesso aos serviços. Até mesmo as Operadoras dificultam quando disseminam que o melhor plano é aquele que possui extensa rede de credenciados, de acesso aos grandes hospitais e à tecnologia de ponta.

A Contratualização dos Serviços, significando as relações comerciais que se estabeleceram entre as Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços é outro movimento que necessita de sinergia. Na sua grande maioria estão formalmente celebradas em bases negociais de uma outra época e que, hoje, se encontram distantes da realidade praticada no mercado. As questões mercadológicas e a realidade dessas relações comerciais, gradativamente foram sendo alteradas. As imposições passaram a ser uma lógica insuperável. No início, com grande resistência dos Prestadores, com o tempo, pacificamente, as novas regras de mercado passaram a ter um valor maior que os contratos vigentes. Assim, cresceram enormemente as situações de atrasos de pagamento, pagamento sem correção dos valores, glosas, regramento unilateral e outros. Mas, sem dúvida, o aspecto de maior visibilidade, aquele que mais coloca em risco as garantias da qualidade dos serviços prestados aos

usuários á a figura da negativa de reajustar os preços dos serviços por parte das Operadoras.

Tem sido uma luta estridente dos Prestadores de Serviços para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar imiscua-se no assunto da contratualização. O movimento mais ruidoso foi levado a efeito durante o I Fórum Nacional da Relação entre Hospitais e Demais Estabelecimentos de Saúde e Convênios. Daquela Fórum foi elaborado o documento denominado "Manifesto do Rio". Esse documento clamava, em última análise, pela participação da ANS para garantir a obrigatoriedade do reajuste de preços anual e da obrigatoriedade da existência de um contrato de prestação de serviços entre os Tomadores e os Prestadores que garantisse as condições básicas e fundamentais.

Recentemente, no dia 4 de julho de 2003, a ANS, através da Resolução Normativa N 42, atendeu esse pedido. Através dessa Resolução a ANS estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Prestadores de serviços hospitalares, determinando o prazo de 180 dias para que os atuais contratos estejam dentro da nova normativa legal.

Não será uma tarefa fácil como muitos, a partir da RN 42, estão prevendo. Antes de mais nada, é preciso criar , de lado a lado, as condições negociais. Será um outro momento. Afora a obrigatoriedade da efetivação dos contratos nos moldes determinados pela ANS, o importante é utilizar essa oportunidade para fazer uma série de ajustes operacionais, restabelecendo critérios e eliminando conflitos recalcitrantes.

Em relação aos honorários médicos. Quais serão os critérios para reajuste? Haverá compromissos ligados a freqüência e ao desempenho?

Quais os novos critérios para definição dos reajustes das diárias e taxas INPC? GP-M? Índice de inflação hospitalar? Índice concedido pela ANS para reajuste dos preços das operadoras?

Quanto aos prazos e atrasos de pagamento, quais serão as novas regras? E as punições pelo não cumprimento? As glosas continuarão a existir? Existirão cláusulas de pagamento de serviços com base em protocolos e evidências científicas previamente acordadas? Haverá auditoria baseada em critérios de qualidade? Haverá pactuação de prêmios por desempenho econômico e assistencial? Existirão cláusulas

que estabeleçam que as mudanças da regras somente serão válidas se acordadas por ambas as partes?

E as órteses e próteses? Porque não pactuar que as operadoras e os prestadores negociarão em conjunto com os fornecedores? E os medicamentos? Porque não migrar uma parcela da margem para corrigir a defasagem das diárias e taxas, corrigindo uma antiga distorção? E as tabelas Não Brasíndice? Quais os critérios para inclusão de novos materiais e de reajuste de preços? Os materiais reutilizáveis continuarão, de um lado com a recomendação de não serem reutilizáveis, de outro com a enorme pressão para que sejam reutilizados no maior número de vezes possível? Se pode, não seria o caso de técnica e cientificamente haver uma definição válida em todo o país? E os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. Haverá insistência no reajuste linear? Em que critérios basear a discussão dos reajustes? Será que os critérios do serviço de imagem são os mesmos do laboratório bioclínico?

Talvez ainda seja cedo para o equacionamento de tantas correções que foram ficando no tempo. É bastante provável que ainda não tenhamos no curto prazo, ao menos em larga escala, as negociações baseadas em novas formas de comercialização como as diárias e taxas globais, consultas globais, emergência global, nem aquelas que compartilham riscos. Mas é muito provável que estejamos muito próximos de construirmos uma nova forma de relacionamento. Não se deve esquecer que chegamos nas distorções atuais por não termos construído um relacionamento que permitisse gestão de recursos, controles adequados e sinergia de mercado.

É imperioso garantir que as ofertas públicas e privada dos serviços se completem, e que os dispositivos reguladores não venham a conter a ampliação do investimento privado na área da saúde.

Necessitamos e devemos atrair novos parceiros, como por exemplo, os nossos fornecedores. Não para serem observadores privilegiados de um sistema onde participam, mas não se envolvem. Nem para, como ocorre muitas vezes, reajustar preços muito acima do que o setor pode suportar. De forma muito especial, precisamos trazer o setor farmacêutico para dentro do sistema, não como um vendedor de medicamentos e sim como um parceiro estratégico, que agregue valor aos nossos produtos, que também esteja no palco das discussões e das ações efetivas para o crescimento do setor.

A relação estratégica de Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores, juntos, e com a Agência Nacional de Saúde atuando como facilitadora em um processo de aumento da competitividade e crescimento do setor, seriam capazes de criar as condições para que se tenham essas alternativas de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar atendida na prática? É muito provável, que vencido o principal obstáculo, que é a aproximação e o alinhamento estratégico das Operadoras de Planos de Saúde com os Prestadores de Serviço, que se obtenha resultados, no mínimo, mais satisfatórios que os atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – O ESCOPO DA REGULAMENTAÇÃO NA RELAÇÃO ENTRE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇOS

No campo da relação do setor público com o privado, Evans et al (1997) defende a possibilidade de construção de ambientes institucionais propícios para a produção de capital social. Um requisito fundamental para o estabelecimento dessas relações é a existência de instituições autônomas. Com isso, nem o Estado, nem o mercado, nem a sociedade perdem suas características.

Evans et al (1996) sustenta a idéia do papel central das instituições na formação de capital social, por meio de uma sinergia na relação entre estado e sociedade, quando na implementação de programas de desenvolvimento social. Essa centralidade apoiá-se na autonomia do estado, com o conceito de autonomia inserida, a qual representa a existência da combinação da burocracia weberiana com uma intensa conexão com a estrutura social circundante (Evans, 1995: 50). Ao contrário de Weber, contudo, Evans defende a união das esferas pública e privada. Enquanto Weber afirmava que essa relação seria uma ameaça à autonomia do estado e das normas sociais, Evans afirma que a relação "sinérgica" (ação simultânea de diversos órgãos para a realização de uma função) entre o público e privado é essencial para otimizar a própria intervenção do Estado na formulação de políticas e na estruturação do mercado.

A melhor medida da relação entre Estado e capital privado, visando o desenvolvimento de mercado, ocorre quando se combina uma forte tradição burocrática entre agentes públicos com uma relação, não de captura, mas de cooperação e confiança, junto ao setor privado. Assim, o Estado é dotado de autonomia porque exerce a autoridade por meio de um rígido aparato burocrático, e possui inserção no setor privado quando se estabelecem laços e normas informais de confiança que asseguram cooperação para o alcance dos objetivos de política econômica (Fernandes, 2001).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, é a grande representante do Estado e, portanto, da sociedade. Deverá ser o grande agente público, com autonomia, inteiramente ativo no seu papel de regulamentar a relação entre os

interesses do Estado, como sociedade, e o capital privado. As Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços deverão criar as condições necessárias para que o setor de saúde suplementar seja fortalecido, dentro das condições inalienáveis de garantir os direitos, o acesso e a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Atualmente, no entanto, a par da reduzida atenção que tem sido dispensada para os aspectos estratégicos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar vem dando continuidade às características da relação existente entre esses agentes, isto é, tem se preocupado em demasia com as questões operacionais.

Na medida que Operadoras e Prestadores estão engalfinhados nos conflitos operacionais, quando não conseguem mais suportar uma determinada situação, passam a desenvolver movimentos para atrair a Agência como uma força maior, decisiva e definitiva.

Não se trata de deixar de reconhecer as intenções e a boa vontade da ANS em cumprir esse papel. Ocorre que, a continuar nessa direção e nesse ritmo, a ANS será transformada em um Juizado de Pequenas Causas, que tem sua importância, mas como expresso na sua denominação, tem por papel não resolver as grandes causas.

Assim, primeiramente, entendo que a ANS deva fazer um grande esforço, para evitar o que logo pode se tornar inevitável, imiscuir-se sem seletividade nas relações operacionais de Operadoras e Prestadores de Serviços. Haverá uma grande tendência para que a ANS se interponha na solução dos conflitos entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, notadamente quando o usuário estiver envolvido.

De outro lado, é preciso reconhecer que existem problemas operacionais de enorme magnitude. Muitos, apesar do seu revestimento operacional, são capazes de inviabilizar o sistema e/ou comprometer fortemente os direitos dos usuários e a qualidade da assistência prestada. Assim, não é de bom alvitre querer que haja um afastamento completo das questões operacionais.

Com a participação das Operadoras e dos Prestadores de Serviços, a ANS seletivamente regulamentaria pontos operacionais críticos, isto é, aqueles que colocam em risco a qualidade dos serviços médico-assistenciais prestados ou o cumprimento das orientações de garantia dos direitos dos usuários. Alguns **temas operacionais**, entre muitos, de imediato, poderiam compor **uma agenda consistente**:

- Definição quanto à **reutilização de material médico-hospitalar** a ser

desenvolvida em conjunto com a Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA. Pode haver reutilização? Caso positivo, para evitar que o número de reutilizações continue a ser estabelecido baseado em forte componente econômico, é fundamental que haja uma definição técnico-científica, sob pena de haver comprometimento da qualidade assistencial prestada aos pacientes.

- Criação de **tabela de órteses e próteses**, a exemplo do Brasíndice, utilizada como referencial máximo para aplicação das taxas de comercialização. Essa medida daria um grande caráter moralizador no que se refere a comercialização de órteses e próteses, além de reduzir consideravelmente o custo desses materiais;
- **Criação de protocolos**, inclusive com os critérios de indicação dos procedimentos, para **de órteses e próteses**, em especial nas especialidades de neurocirurgia, cirurgia os casos de maior prevalência na utilização cardíaca e traumatologia. Um bom início seria as cirurgias de joelho, quadril e coluna;
- **A Resolução Normativa nº 42, de 4 de julho de 2003**, certamente, dará uma enorme contribuição para que todos os requisitos fundamentais que regem a relação contratual entre as Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços esteja celebrado formalmente através de um instrumento jurídico. Não será tarefa fácil fazer cumprir a referida Resolução. Com toda a certeza a ANS, por um período mais longo, deverá acompanhar o desenrolar das negociações, assegurando o equilíbrio econômico da relação, para que não haja prejuízos na qualidade da assistência prestada. Os ajustes operacionais, se adequadamente negociados, constituirão uma oportunidade para restabelecer uma disciplina na relação comercial, reduzindo substancialmente os conflitos. Embora previsto no contrato, o reajuste de preços é um ponto que merece atenção especial da ANS, evitando os recentes desequilíbrios na atualização de preços. As Operadoras praticaram reajustes com base em índices autorizados pela ANS, enquanto os Prestadores não tiveram a correção dos seus preços. A sugestão é que o índice de reajuste de preços autorizado pela ANS possa ser a referência para que Operadoras e Prestadores façam

as suas negociações de preços.

- **Adoção de uma tabela nacional de procedimentos**, elaborada com a participação dos vários agentes, mas especialmente da Associação Médica Brasileira – AMB. A nova tabela seria atualizada anualmente, tanto do ponto de vista técnico como científico. Essa tabela seria utilizada como referência para o estabelecimento de uma política de preços. As Operadoras e Prestadores definiriam os preços a partir de percentuais ou múltiplos dessa tabela, conforme a negociação realizada.

Essa incursão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em alguns aspectos operacionais não pode descaracterizar o seu papel de atrair os agentes para o **plano estratégico**. Sem abrir mão da proteção aos direitos dos usuários, de forma diferenciada no que se refere aos resultados da qualidade assistencial, A ANS desenvolveria ações efetivas para fomentar a competitividade e o crescimento do setor.

Nessa linha de ação, a aceitação da sugestão de **criar uma Diretoria de Relacionamento Estratégico de Operadoras e Prestadores**, seria um início animador. Com essa Diretoria, a ANS agregaria consistência técnica e conhecimento das relações que são estabelecidas no mercado, suas mazelas e dificuldades e, sobretudo, sua capacidade de solução. Suas atribuições estariam vinculadas ao alinhamento estratégico das Operadoras e dos Prestadores com o mercado e suas oportunidades. Essa decisão permitiria que a construção das articulações se fizesse dentro da estrutura da ANS, portanto, concatenada com suas diretrizes. Permitiria direcionar as ações em um outro rumo, mais ampliado do que apenas as questões operacionais. A prospecção continuada de novos mercados, de novos produtos, de novas oportunidades de negócio, de mudanças das normativas legais e da defesa dos interesses dos usuários, se fortalece com a presença conjunta de Operadoras e Prestadores alinhados estrategicamente. A ANS, assim ganharia forças e fôlego para atuar decisivamente em uma agenda direcionada para o foco da ampliação, da criação de incentivos, enfim, do crescimento do setor.

A sugestão de **instalação de uma câmara arbitrária** para resolver as divergências surgidas na ruidosa operação entre Operadoras e Prestadores poderia estar vinculada a essa Diretoria, assim como as atuais Câmaras Técnicas de

Contratualização, Tabela da Tunep e outras.

Papel fundamental será **alinhar Operadoras e Prestadores para o estabelecimento da grande meta de cobertura assistencial na saúde suplementar**. Não apenas uma meta numérica, mas uma definição consistente, acompanhada do modelo de gestão a ser adotado, da revisão da estrutura de custos, das populações que serão agregadas ao sistema, dos preços competitivos e dos indicadores de qualidade assistencial. Tudo, definido em um plano estratégico conjunto.

Apoiar o chamado e a inclusão da indústria farmacêutica na formatação de produtos diferenciados e de maior resolubilidade para a população, é outro ponto em que a ANS poderia contribuir para o desenvolvimento do setor.

Rever as posições quanto a subsegmentação também se constitui em uma ação de grande contribuição. A proibição da subsegmentação foi adotada para evitar distorções no atendimento dos usuários. É preciso considerá-la em uma outra perspectiva. Analisá-la como um instrumento real de interferência e ampliação no mercado. Atualmente, as coberturas exigidas encarecem os planos e não permitem o acesso de uma parte substancial da população ao sistema de saúde suplementar. A subsegmentação criaria condições de atratividade para um grande número de novos entrantes. Trata-se de prospectar o mercado e utilizar essa solução dentro de fronteiras mantidas sob controles rígidos. Não se trata de subsegmentação livre, como anteriormente, mas controlada nos interesses dos usuários e do crescimento do setor.

A padronização de contas e o sistema de informações epidemiológicas, de qualidade e econômicas são temas que poderiam ser enquadrados como operacional. Pela sua importância e pelo seu valor estratégico, não apenas para as relações entre Operadoras e Prestadores, mas para todo o sistema de saúde brasileiro, deliberadamente foi incluído nas questões estratégicas. Esse é um dos temas que trata da racionalidade do sistema. Qual a razão para que cada Operadora possua um sistema de contas? Com informações diferentes uma da outra? Com formatos diferentes de apresentação? Com exigências de documentações diferentes uma da outra? Integradamente, o que é feito com essas informações? A obrigatoriedade da CIH - Comunicação de Internação Hospitalar, é obedecida? Será suficiente? O Sistema de Saúde Brasileiro está submetido a um prejuízo na definição das políticas de saúde e da avaliação da econômica do setor.

Kornis e Caetano (2002), ao realizar os estudos de dimensionamento do subsetor de assistência médica suplementar do Brasil, refere a escassez de informações, em termos quantitativos e qualitativos sobre o segmento no país. Conclui que, após analisar as informações de uma gama enorme de instituições representativas do segmento, os dados dessas fontes estão dispersos e apresentam discrepâncias significativas, para um mesmo ano. Este fato, aliado à inexistência de dados das mesmas fontes, para todos os anos, torna muito difícil comparar as informações. De outro lado, ao analisar as vantagens da elaboração das contas nacionais para a área da saúde (baseadas no Sistema de Contas Nacionais desenvolvido pela ONU há mais de 40 anos), refere a importância de conhecer as dimensões macroeconômicas do sistema de saúde, bem como de seus vários sub-componentes, como é o caso da saúde suplementar. Fornecendo uma visão geral tanto sobre a origem, o volume dos fluxos financeiros relacionados com as atividades de saúde, quanto sobre o destino e o uso detalhados dos recursos.

Já há no mercado conhecimento e tecnologia de última geração para o desenvolvimento de um sistema único de contas padronizadas. Os Sistemas SIA-SUS e SIH-SUS são bons exemplos. Esses sistemas atendem as necessidades e constituem um banco de dados de grande importância para o setor, do ponto de vista econômico e médico-assistencial.

Porque não utilizar essa experiência e, alinhados, Operadoras de Planos de Saúde, Prestadores de Serviços e a ANS, desenvolver um sistema único de contas padronizadas, tendo como subproduto as informações epidemiológicas e da qualidade da assistência prestada. É bom lembrar que o SUS somente passou a ter informações epidemiológicas e de qualidade quando as atrelou ao sistema de contas ambulatoriais e de internações ao sistema de apresentação e pagamento de contas.

As respostas certamente são muitas e encontram justificativas de toda a ordem. O importante, no contexto desse estudo, é fortalecer a convicção de que não há mais razões para, além de modernizar a apresentação das contas, privar o sistema brasileiro de saúde das informações de saúde e de seus aspectos econômico-financeiros.

Os ganhos seriam enormes. Redução considerável da burocracia do setor, eliminação de parcela considerável de custos fixos, possibilidade de integração com o banco de dados da Datasus, criando-se as condições para o estabelecimento de

protocolos de avaliação da assistência prestada e da saúde no Brasil, nas suas mais variadas necessidades.

A criação de um fundo para financiamento das ações de promoção e prevenção é um tema de grande importância e que merece ser estudado nas suas mais diferentes repercussões. É preciso analisá-lo como um fundo de financiamento, como medida estimuladora e revigoradora do setor, como forma de redução de custos para as Operadoras e para o setor da saúde, como ações de saúde e não de doença, enfim, como melhoria da saúde e da qualidade de vida da população brasileira.

A ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde tem sido objeto de discursos contundentes, de conceitos articulados, de políticas sociais e, especialmente do seu esquecimento. Na prática, na hora de fazer os investimentos, os recursos são direcionados para a tecnologia de ponta e para os procedimentos de alta complexidade. Criou-se, de um lado, um nível de atenção à saúde que concentra um grande volume de recursos, e de outro, um nível de atenção à saúde de baixa remuneração, de baixa valorização no mercado. Até mesmo o desenvolvimento tecnológico na área da saúde está prioritariamente destinado à intervenção na doença e não na saúde. Um conhece suas fontes de recursos, o outro, apesar do seu conceito, não recebe os investimentos necessários. É preciso conviver, na intensidade necessária, com todos os níveis de atenção à saúde, para que cada um produza os seus efeitos.

Inicialmente, mediante estudos técnicos, seriam definidos quais os procedimentos e eventos classificados como de promoção e prevenção da saúde. Uma vez definidos, seria realizado um estudo de frequência e custos, estabelecendo a grandeza econômica desses procedimentos e eventos. Conhecidos os valores, seria constituído o fundo.

O fundo funcionaria como uma espécie de um agente financiador, administrado por um colegiado indicado pelas operadoras e supervisionado, no que se refere a utilização exclusiva nos procedimentos e eventos definidos como promoção e prevenção, pela ANS. Outra possibilidade é que o fundo, ao invés de ser coletivo, seja individual e obrigatório para cada Operadora.

A ANS autorizaria que as Operadoras praticassem um percentual de reajuste adicional, com a finalidade específica de ser destinado ao fundo de promoção e

prevenção. Para capitalização do fundo, haveria uma carência de 12 meses. Decorridos esse período o fundo passa a financiar as ações obrigatórias de promoção e prevenção. Somente para fins de argumentação, se admitirmos que o valor autorizado fosse de R\$ 2,00 por usuário, no final de um ano de carência, teríamos cerca de R\$ 1 bilhão no sistema de saúde suplementar para serem progressivamente aplicados exclusivamente em ações de promoção e prevenção da saúde. A esse valor, mensalmente iriam sendo agregados em torno de R\$ 70 milhões mensais. No caso de um fundo coletivo, os recursos seriam retirados de forma proporcional os depósitos. Caso o fundo seja individualizado por Operadora a operação torna-se mais simplificada.

A ANS, ao considerar a possibilidade de uma alternativa com essas configurações, poderia valer-se de consultorias técnicas e especializadas para verificar a viabilidade de criação de um fundo com essa finalidade, tanto do ponto de vista econômico, quanto legal e operacional. Aqui, nesse estudo, o importante não são os valores ou o detalhamento estrutural da proposta. O fundamental é perceber que existem outras oportunidades no mercado. Havendo alinhamento estratégico, foco no mercado e no cliente, surgirão as soluções.

A Regulamentação para os Planos de Saúde ligados aos Institutos de Previdência dos Estados, Municípios e Outros Órgãos Ligados ao Serviço Público é outro movimento que pode transformar completamente o setor de saúde suplementar. Inicialmente, cabe registrar que, enquanto há um rigoroso controle sobre as ações das Operadoras de Planos de Saúde Privadas, com um grande elenco de regras fortemente supervisionadas para garantir os direitos dos usuários, de outro lado, há uma permissividade com os planos de saúde mantidos pelo poder público estadual e municipal. Os usuários desses planos não necessitam da proteção do Estado? Quem garante os direitos desses usuários? Na área da saúde, para quem não tem os seus direitos atendidos, que diferença faz se quem os nega está na iniciativa pública ou privada? Até quando os Prestadores farão os atendimentos sem pagamento pelos serviços prestados?

É caótica a situação da maioria dos institutos de previdência dos Estados e Municípios. Essa situação vem se agravando ano a ano, fruto, em especial das deficiências da gestão, e também pelo forte componente político-partidário, que em muitas vezes privilegia a militância em detrimento da competência necessária para

exercer as funções de gerenciamento. Atividades que exigem dedicação integral e qualificação profissional.

Em alguns Estados a situação é dramática. A enorme dívida com os Prestadores coloca em risco a qualidade e a continuidade do atendimento. Coloca em risco a continuidade das atividades dos próprios Prestadores de Serviços.

Essas instituições atendem uma expressiva massa de usuários que também merecem ter em sua defesa as leis que impõem limites às Operadoras. Muitas utilizam-se do fato de não serem regulamentadas para estabelecer suas próprias regras, com toda a sorte de distorções.

Porque não subordina-los a lei de regulamentação, fazendo os ajustes que são necessários, em função da sua natureza jurídica?

A associação dessas instituições com as Operadoras de Planos de Saúde pode se constituir em uma grande solução. Não apenas para as instituições ligadas ao poder público, mas para o segmento da saúde suplementar que passaria a ter uma população expressiva entrando no sistema.

Essas instituições públicas contratariam uma Operadora de Planos de Saúde. Por opção individual ou coletiva e mediante um acerto comercial, que envolve os recursos anteriormente arrecadados somados a um complemento, os usuários passam a ser beneficiários da Operadora de Plano de Saúde, assumindo todos os seus direitos.

Nessa negociação, as instituições públicas, por agregarem um grande número de usuários teriam ganhos de escala expressivos nas negociações. Continuariam com as suas demais atividades, seu patrimônio e ainda, poderiam desenvolver e se especializar no controle e na qualidade dos serviços prestados pela Operadora de Plano de Saúde. É uma espécie de terceirização do plano de saúde diretamente para uma Operadora.

Os usuários, por sua vez, imediatamente estarão enquadrados na lei de regulamentação, passando a receber a proteção legal que lhes é de direito.

Outro ganho notável seria a inclusão dos dados desses usuários, ampliando ainda mais a base epidemiológica e econômica do sistema de informações do setor de saúde suplementar

Novamente, estamos diante de uma solução que necessita ser estudada tecnicamente por profissionais especializados. A ANS poderia prospectar esse mercado, fazer os estudos necessários e, até mesmo, em se mostrando viável e

havendo interessados, orientar o processo de negociação.

Finalmente, é necessário repensar o setor da saúde suplementar com uma estratégia global e com a visão social que merece. Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços deverão, progressivamente, ajustarem a sua operação, garantindo processos criativos e mais simplificados. Vencer os conflitos atuais é absolutamente fundamental para que possam avançar.

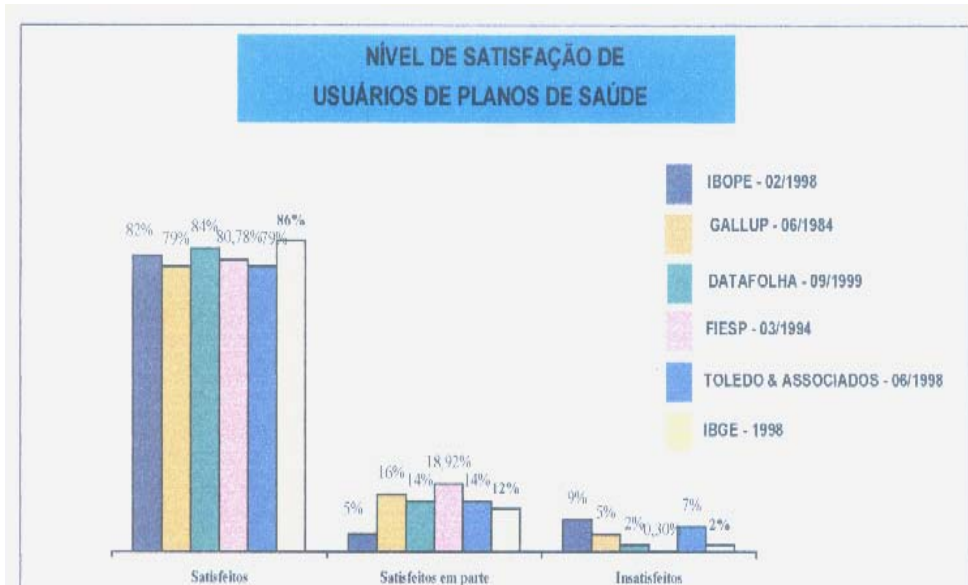
Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços precisam estar alinhados estrategicamente. Vencendo os desafios da gestão racional dos recursos, da criação de modelos assistenciais mais adequados, de mercados gerenciados. Depois, juntos, trazendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar para uma agenda de grandes desafios no cenário estratégico, no mercado.

A ANS, cumprindo com o seu papel de defesa do consumidor, mas acenando positivamente, junto com Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, para uma ação concreta de alterar posições no mercado, em especial permitindo condições para os novos entrantes no sistema.

A ANS deverá ter o cuidado especial para somente atuar seletivamente nos processos operacionais das Operadoras, dispendendo sua energia para garantir o crescimento do setor, a qualidade da assistência prestada e o direito dos usuários.

Como foi observado no início desse estudo, ao analisarmos ou modificarmos a relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, na verdade, estamos analisando ou modificando o fulcro do único objetivo desejado pelo cliente ao subscrever um plano de saúde: a segurança de ter acesso aos serviços de saúde. Portanto, somente tem sentido modificar as relações se, ao final, tudo resultar em uma grande melhoria da qualidade da assistência prestada e na garantia do atendimento aos seus direitos. Não há como obter esse resultado sem observar a inalienável interdependência entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços. É por essa razão que precisam estar juntas, estrategicamente juntas.

O Gráfico 09 apresenta os resultados de pesquisas realizadas por importantes, competentes e acreditados institutos de pesquisa brasileiros. Considerando o momento atual do sistema de saúde suplementar, os resultados são bastante



animadores.

A propósito, baseado em quem o usuário respondeu as perguntas que permitiram as respostas do Gráfico 09. Nas Operadoras de Planos de Saúde? Não teria sido nos Prestadores de Serviços?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAHÃO, José Carlos, A Relação do financiamento entre as operadoras e os prestadores de serviços, 2003.(Preparado para o 6º Simpósio de Planos de Saúde Health Business Fair).
2. ALMEIDA, Arlindo, Uma regulamentação conflituosa, Seguros Riscos, São Paulo, Technic Press, 12 (124): 6-7, jul. 1998.
3. ALMEIDA, Arlindo e PAIVA, Eleuses, *Explodem críticas aos planos de saúde privada* **Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde**, Brasília, Ano XIII, nº 131, julho/agosto, 2002.
4. ANS admite: ainda há muito espaço a conquistar, Seguros & Riscos, Rio de Janeiro, v. 83, nº 836, p. 5-7, jan./mar. 2001.
5. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*, Rio de Janeiro, 2002.
6. APÓLICE, Mercado confuso;:operadoras e seguradoras de saúde ainda trabalham para adequar seus produtos à nova legislação, São Paulo, nº 32, p. 13-4, abr. 2000.
7. ARCHER, Margaret, *Culture and Agency*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
8. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, Pesquisa Planos de Saúde: avaliação dos planos privados, 2002, disponível na Internet: http://www.amb.org.br/inst_pesquisa_planos.php3.
9. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, propostas de sugestões ao ministério da saúde de temas a serem discutidos no fórum da agência nacional de saúde suplementar, Rio de Janeiro, 2003.

10. ATALA, Sérgio, Advogado analisa a nova lei., Seguros & Riscos, São Paulo, Technic Press, 12 (124): 8-11, jul.1998.
11. AUSTIN SETORIAL, Relatório de Análise Setorial Planos de Saúde, São Paulo, 2003.
12. BAHIA, Ligia, Planos Privados de Saúde: Luzes e sombras no debate setorial dos anos 90, Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001.
13. BENJÓ, Isaac, *Fundamentos de Economia da Regulação*, Rio de Janeiro, 1999.
14. BRADESCO SEGUROS, Relatório Anual, São Paulo, 2002, p.30.
15. BRANDT, Reynaldo Brandt, *A viabilidade dos hospitais como centro de serviços para atendimento integral dos usuários de planos de saúde*, São Paulo, 2003.(Preparado para o 6º Simpósio de Planos de Saúde Health Business Fair).
16. BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei 9656 de 03 de junho de 1998*. Brasília, 1998.
17. BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*, Rio de Janeiro, 2001.
18. CASTRO, Antônio Joaquim Werneck, MAGALHÃES, Roberto Eugênio Almeida e JÚNIOR Walter Vieira Mendes, *Parâmetro da Assistência Gerenciada praticados pelas operadoras de Planos de Saúde*, Rio de Janeiro, ANS, 2002.
19. COLLIS, David J. E MONTGOMERY, Cynthia, *Criando a Vantagem Corporativa, Estratégia Corporativa – On Corporate Strategy - Harvard Business Review*, 2001.
20. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, ACADEMIA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E FEDERAÇÃO DE HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, Manifesto do Rio, I Fórum Nacional da Relação entre Hospitais e Demais

Estabelecimentos de Saúde e Convênios, Rio de Janeiro, 2002.

21. DELLAPE, Francisco Ubiratan. Prestadores de serviço também querem participar do reajuste **Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde**, Brasília, Ano XII, nº 123, maio, 2001.

22. DUARTE, Cristina M.R., a assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico unimed, *Brasil: Radiografia da Saúde*, Campinas, 2001.

23. EVANS, P. et al. *Bringing the state back in*. New York: Cambridge University Press, 1985.

_____. EVANS, P., *Embedded Autonomy, States & Industrial Transformation*, New Jersey, Princeton University Press, 1995.

_____.EVANS, P., *State-society synergy: government and social capital in development*, Berkeley: University of California. 1996.

_____.EVANS, P., *State structures, government-business relations, and economic transformation" in Maxfield, Sylvia e Schneider, Ben Ross (eds.), Business and the state in developing countries*. Ithaca e London, Cornell University Press, 1997.

24. FERNANDES, A. S. A. *O conceito de capital social e sua aplicação na análise institucional e de políticas públicas*. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 25. Anais. Campinas, 2001.

25. FIGUEIREDO, Luiz Fernando, *Serviços Próprios X Serviços Credenciados*, São Paulo, 2002,(Preparado para o Seminário Internacional, Parcerias Inteligentes: Construindo um Relacionamento Estratégico Entre Prestadores de Serviços de Saúde e Financiadores dos Sistemas).

26. FILHO, Calixto Salomão, *Regulamentação da Atividade Econômica (Princípios e*

Fundamentos Jurídicos), São Paulo, 2001.

27. GALLO, Edmundo, VAITSMAN, Jeni, CAMPOS, Antonio C. *Gestão Inovadora e Cultura Organizacional*. COSTA, N.R. E RIBEIRO. J.M. (org). *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1996.

28. GOOLD, Michael, CAMPBELL, Andrew, *A Busca Desesperada pela Sinergia, Estratégia Corporativa, On Corporate Strategy – Harvard Business Review*, Rio de Janeiro, 2001.

29. GAZETA MERCANTIL, *Mais Negócios Para Motos, Educação e Saúde*, São Paulo, 2003.

30. HAMEL, Gary & PRAHALAD, C.K, *Competindo pelo Futuro: estratégias inovadoras para obter o controle de seu setor e criar os mercados de amanhã*, Rio de Janeiro, 1995.

31. HAMMER, Michael. *A Agenda: O que as empresas devem fazer para dominar esta década*. Rio de Janeiro, Campus, 2002.

32. IBGE, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, Rio de Janeiro, 1998.

33. KANAMURA, Alberto e ALMEIDA, Arlindo. *Hospitais acompanham ação da ANS contra operadoras* **Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde**, Brasília, nº 120, fevereiro, 2001.

34. KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P., *Organização Orientada Para a Estratégia, The Strategy, Focused Organization*, 2001.

35. K.C.PRAHALAD E KENNETH LIEBERTHAL, *O Fim do Imperialismo Corporativo, Estratégia Corporativa, On Corporate Strategy - Harvard Business Review*, 2001.

36. KORNIS, George Edward e CAETANO Rosângela, *Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil, Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução*

e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2002.

37. LONDRES, Roberto, *o futuro da medicina*, Brasília, 2001(preparado para 1º fórum nacional de hospitais privados).

38. MACHADO, Maria Helena, *Perfil dos Médicos no Brasil*, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

39. MAJONE, Giandomenico, *Regulating Europe*, London, Routledge, 1996.

40. MÉDICI, André Cezar, *Tendências da Gestão em Saúde ao Nível Mundial: O Caso da Assistência Médica Gerenciada (AMG)*, disponível na Internet: http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/, 1997.

41. MONTEIRO Lucia. *Reajustes provocam fuga de usuários de planos de saúde*, **Popular – GO**, Goiânia, julho, 2003.

42. MONTONE, Januário. *Saúde Suplementar e as Ferramentas Gerenciais do Futuro*. Rio de Janeiro, ANS, mimeo, 2000.

43. MORETTI, Claudio Mangoni, *A reforma tributária e previdenciária*, Palestra Tributária, 2003.

44. NEGRI Barjas e DI GIOVANNI Geraldo, *Brasil: Radiografia da Saúde*, Campinas, 2001.

45. NETO, Antônio Quinto & MONTEGGIA Giana Maia, *Práticas bem sucedidas de Integração dos médicos à gestão dos serviços de Saúde*, 1998.

46. NUNES, Edson, *Reforma Administrativa, Reforma Regulatória: a nova face da relação Estado-Economia no Brasil*, Rio de Janeiro, Universidade Cândido Mendes, mimeo, 1999.

47. NUNES, Luiz Antonio Rizzatto, *Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde (Lei nº 9656, de 3-6-1998)*, 2ª Ed., São Paulo, 2000.

_____. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor – Direito Material*, São Paulo, 2000.

48. PACHECO, Carlos Alberto, *O preço da saúde, Seguros & Riscos*, São Paulo, Technic Press, 12 (114): 14-5, set./out.,1997.

49. PEREIRA, Silvio, *Projeção do Cenário de Saúde*, São Paulo, 2003, (Apresentado no Seminário: Cenários da Saúde).

50. PINTO, Eduardo, *Bancos e seguradoras estrangeiras disputam o mercado brasileiro, Seguros & Riscos*, São Paulo, Technic Press, 10(95): 24-8, fev., 1996.

51. PUTNAN, R., *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*, Fundação Getúlio Vargas, 1996.

52. RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 42. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 4 de julho de 2003.

53. SCHIAVON, José Francisco. *A árdua luta contra o verdadeiro poder econômico* **Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde**, Brasília, Ano XII, nº 127, novembro, 2001.

54. SEFERIN, Claudio, *A Gestão de Risco na Relação entre Operadoras de Planos de Saúde e Provedores de Serviços – A Relação do Corpo Clínico dos Hospitais com as Operadoras de Planos de Saúde*, São Paulo, 2003, (Preparado para o 6º Simpósio de Planos de Saúde Health Business Fair).

_____. *O Novo Modelo do Sistema de Saúde e as Relações dos Prestadores de Serviços de Saúde, Compradores de Planos e Usuários*, São Paulo, 2003, (Preparado para o 2º Seminário Nacional sobre Gestão do Negócio Saúde – Expo Saúde Healter

Busines).

55. SEPARATA DE EXAME, *As Surpresas agradáveis e desagradáveis para o seu bolso e a sua saúde*, Abril, 1982. 3p., São Paulo (4): 25-7.

56. STOKER, Gerry, "*Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance*", *Revue Internationale des Sciences Sociales, La Gouvernance*, UNESCO/éres, Mars, 1998, Ramonville saint-Agne.

57. STRICK, J. C. *The Economics of Government Regulation: Theory and Canadian Practice*, Toronto, 1990.

58. TEIXEIRA, A., L. BAHIA e VIANNA M. L. T. W, *Nota Sobre Regulação dos Planos de Saúde de Empresas no Brasil, Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2002.