

## Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadoras de serviço

A study of the relations between health-assistance plans organizations and service providers  
Un estudio de las relaciones entre operadoras de planos de salud y abastecedores de servicios

*Carla da Costa Campos\**

**RESUMO:** Este artigo apresenta um estudo sobre as relações contratuais entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares, com o propósito de identificar os fatores que influenciam a relação contratual e delinear os elementos fundamentais que configuram os padrões empresariais do mercado de saúde suplementar. Utilizando questionários, foram realizadas entrevistas com diretores e executivos de três operadoras de planos de saúde e três hospitais privados, resultando num estudo exploratório, descritivo e qualitativo. A análise dos resultados foi apresentada em três etapas: habilitação dos serviços, qualidade na assistência e contratualização. Constatou-se por meio da pesquisa que as operadoras de plano de saúde credenciam a sua rede de serviços hospitalares com base no dimensionamento de rede, definições técnicas para a hierarquização desta e tamanho da clientela. Os hospitais habilitam as operadoras em suas organizações fundamentados nos preços competitivos e difusão de imagem. Conclui-se que as operadoras avaliam a qualidade da assistência dos prestadores de serviços de sua rede sem o emprego de programas formais de avaliação da qualidade da assistência. Verificou-se ainda que operadoras e prestadores de serviços hospitalares monitoram o cumprimento das cláusulas contratuais celebradas entre as partes, mas não utilizam nenhum item ou cláusula que contemple a variação dos índices a serem aplicados.

**DESCRIPTORIOS:** Hospitais, Planos de Saúde - operadores, Qualidade em serviços

**ABSTRACT:** This article presents a study on the contractual relations between health organizations and of hospital services providers aiming to identify the factors that influence the contractual relation and to delineate the basic elements that configure the enterprise standards of supplementary healthcare market. Using questionnaires, interviews with Directors and Executives of three health-assistance plans and three hospitals, an exploratory, descriptive and qualitative study has been done. The analysis of results was presented in three stages: services qualification, assistance quality and contractualization. The research shows that health-assistance organizations qualify their net of hospital service providers based on the net size net, technical definitions for net hierarchization and the clientele size. Hospitals qualify health-assistance organizations based on competitive prices and image diffusion. One concludes that health-assistance organizations evaluate assistance quality of services providers without using formal assistance-quality evaluation programs. It was also verified that health-assistance organizations and hospital services providers monitor the fulfillment of contractual clauses the parts convened, but use no item or clause that contemplates indices variations to be applied.

**KEYWORDS:** Hospitals, Health-plan organizations, Services quality

**RESUMEN:** Este artículo presenta un estudio en las relaciones contractuales entre las organizaciones de salud y los abastecedores de servicios hospitalarios, buscando identificar los factores que influyen la relación contractual y delinear los elementos básicos que configuran los estándares de la empresa del mercado suplementario de asistencia a la salud. Se usaran cuestionarios y se han echo entrevistas con directores y ejecutivos de tres planos de salud y de tres hospitales, en un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. El análisis de resultados fue presentada en tres etapas: la calificación de los servicios, la calidad de la ayuda y la contractualización. La investigación demuestra que las organizaciones de salud califican su red de abastecedores de servicio hospitalarios basadas en el tamaño de la red, las definiciones técnicas para la hierarchization de la red y el tamaño de la clientela. Los hospitales califican las organizaciones de salud basadas en precios competitivos y la difusión de la imagen. Uno concluye que las organizaciones de salud evalúan la calidad de la ayuda de los abastecedores de servicios sin usar programas formales de evaluación de la calidad de la asistencia. También fue verificado que las organizaciones de salud y los abastecedores de servicios hospitalarios supervisan el cumplimiento de cláusulas contractuales que las partes aceptaran, pero no utilizan ningún artículo o cláusula referente a las variaciones de los índices que se aplican.

**PALABRAS-LLAVE:** Hospitales, Planos de salud, Organizaciones mantenimiento de la calidad

\*Administradora Hospitalar. Mestre em Engenharia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde - IAHCS e Pontifícia Universidade Católica - PUCRS. Coordenadora e Docente do Curso de Administração Hospitalar da Faculdade São Camilo do Estado do Rio de Janeiro. Docente do Curso de Odontologia, Administração e Administração Hospitalar da Faculdade São José - RJ. Diretora do Sindicato dos Administradores do Estado do Rio de Janeiro - SINTAERJ.

## Introdução

No Brasil, o setor de serviços é uma importante alternativa para o desenvolvimento econômico e social do país. Suas sistematização e qualificação são fundamentais diante da abertura do mercado nacional e do acirramento da competitividade no mercado internacional, fatores que favorecem a ampliação do poder de escolha dos consumidores. Complacência na administração dos serviços, descuido com a qualidade, negligência com as necessidades dos clientes e atenção voltada somente para a orientação financeira em curto prazo são fatores que contribuem para comprometer o setor de serviços na economia (Fitzsimmons, Fitzsimmons, 2000).

O setor de serviços vem aumentando a sua participação no Produto Interno Bruto (PIB) e a sua importância na economia do país. Tendo em vista a disputa pelos mercados globais, é natural que as organizações de serviços estejam sujeitas a um ambiente cada vez mais competitivo.

A sociedade moderna impõe aos indivíduos o consumo crescente de bens e serviços, exigindo dos produtores e fornecedores o atendimento de demandas cada vez mais complexas.

As alterações nos modelos contratuais na sociedade contemporânea conduzem à necessidade de maior controle do conteúdo contratual. Nesse mister, a boa-fé ganha relevo no sentido de coibir qualquer abuso de uma parte sobre a outra, orientando a conduta contratual a ser desenvolvida. Não se duvida que a standardização do contrato, na sua forma de adesão, assim como a despersonalização da relação contratual, tornam a parte aderente mais vulnerável, principalmente quando o contrato versa sobre relação jurídica de consumo.

Ainda assim, não é possível conferir um eventual desequilíbrio da relação contratual única e exclusivamente em relação às cláusulas nele inseridas ou ao comportamento unilateral de um dos atores contratuais.

Surge, assim, o interesse por um estudo voltado à compreensão e à identificação das relações de interesse entre os vários agentes envolvidos no mesmo mercado regulado, o qual apresenta inúmeros conflitos operacionais, financeiros e estratégicos, além de uma regulamentação extensa e complexa que sofre constantes alterações e desdobramentos.

Este artigo propõe-se a conhecer as relações do sistema de saúde suplementar, que envolve três agentes, (1) a empresa que comercializa e oferece produtos de assistência à saúde, ou seja, o plano de saúde (operadora), (2) o provedor dos serviços (prestador de serviços) e (3) os beneficiários de plano de saúde.

De acordo com a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (2003), o cenário que vem delimitando o mercado de saúde privada no Brasil (Figura 1), evidencia uma expectativa de expansão considerável da demanda da população idosa para os próximos dez anos.

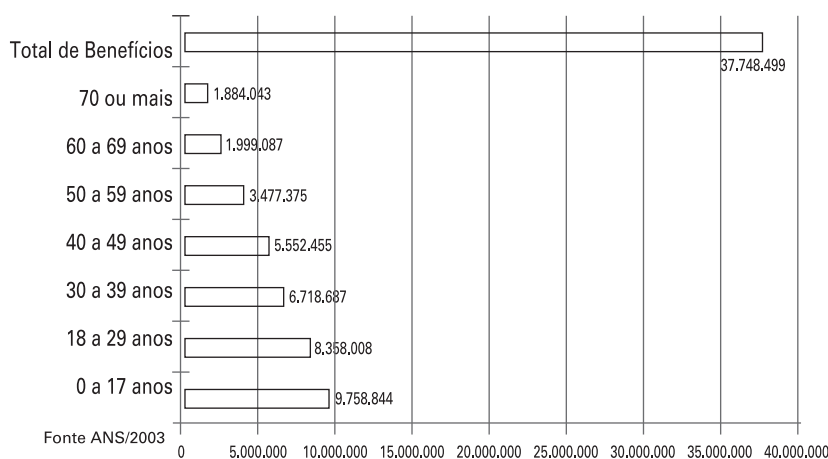


Figura 1. Quantidade de beneficiários ativos de operadoras classificados por faixa etária [Fonte: Cadastro de beneficiário – ANS/MS, out. 2003]

Essa expectativa elevada da demanda da população idosa no mercado privado de saúde terá reflexos nos anos subsequentes, pois haverá uma maior utilização dos serviços de assistência à saúde, os gastos com saúde irão se elevar e, com a evolução do tratamento médico, as pessoas terão maior tempo de vida.

A população brasileira viverá mais — a expectativa de vida deverá passar de 72 anos em 2004 para 81 anos em 2050. De acordo com o levantamento do IBGE (2004), os avanços da medicina e

a melhoria nas condições de vida provocaram um aumento da expectativa de vida brasileira. No período de 1940 a 1980, a expectativa de vida aumentou 17 anos, passando de 45,5 anos para 62,6 anos. Em 2000, a taxa observada foi de 70,4 anos. A idade mediana da população brasileira será de exatos 40 anos em 2050, com uma distribuição equilibrada entre os grupos etários de zero a 14 anos e os maiores de 65 anos. Cada um deles representará 18% da população brasileira. Em 2000, 30% dos

brasileiros tinham de zero a 14 anos e os maiores de 65 anos somavam apenas 5% da população.

O envelhecimento da população é uma preocupação para as operadoras de planos de saúde, que contarão com um contingente maior de clientes idosos. A pergunta que se impõe é: As empresas atenderão todas as exigências de garantia aos serviços contratados?

O mercado está preparado para absorver esses clientes que compram serviços com a finalidade de garantir a assistência à saúde, tecnologia, qualidade, acesso à rede de serviços, assistência médica, hospitalar, ambulatorial, odontológica e todos os serviços cobertos pelo contrato celebrado entre as partes operadora e clientes?

Quando os clientes estabelecem contratos junto a operadoras de planos de saúde, de certa forma elas deixam de estar sujeitas à referida restrição orçamentária, uma vez que, supostamente, deixam de arcar com as despesas totais com saúde.

A existência de incerteza e risco em saúde representa um elemento fundamental para as operadoras. Os clientes compram planos de saúde para se prevenir contra esta incerteza. A existência de um terceiro pagador, a operadora, que muda a demanda por estes serviços, afeta potencialmente os incentivos do provedor destes serviços. Os incentivos à sobre-utilização de serviços de saúde estão presentes na relação paciente-prestador de serviços e na relação contratual entre a operadora e o prestador de serviços. Esta sobre-utilização é incorporada pela operadora no cálculo dos gastos esperados, determinando elevação no valor do prêmio e, conseqüentemente, nos gastos totais com saúde.

Arrow (1963) argumenta ainda que a incerteza nos dois lados deste mercado (demanda e oferta) é tal

que não seria possível, no mercado de planos/seguros-saúde, oferecer proteção contra todos os riscos. Portanto, a incerteza é uma característica fundamental no campo da saúde, e os instrumentos de análise econômica sobre incerteza e risco precisam ser acionados para analisar este mercado plenamente.

Adaptações dessa teoria à realidade do mercado de serviços de saúde foram sendo feitas ao longo do tempo: a) assimetria de informação: os consumidores possuíam muito pouca informação relativa aos produtores: “os pacientes poderiam aceitar, ou até mesmo demandar, tratamentos que não comprariam se completamente informados, mas que são vantajosos, financeiramente, para os profissionais médicos” (Musgrove, 1999), ou para a indústria produtora; b) existência de externalidades: muitos dos cuidados à saúde, como os preventivos e o tratamento de doenças infectocontagiosas, benefícios que extrapolam o consumidor, tornando muitas vezes difícil que os consumidores individuais se disponham a pagar por eles no nível que seria adequado, como por exemplo, no caso de campanhas de vacinação (MUSGROVE, 1999); c) presença do terceiro pagador: ou seja, de seguros, sejam sociais ou privados, em que o consumidor não teria, no ponto de uso do serviço, as restrições orçamentárias clássicas da compra direta, o que poderia levá-lo a consumir mais serviços do que o necessário para seu bem-estar (Andreazzi, 2003); d) presença de inúmeras instituições não-lucrativas: tornaria necessária a identificação de outros objetivos maximizadores diferentes do lucro para os produtores de serviços de saúde, sejam eles médicos ou donos de hospitais e outros tipos de estabelecimento.

Nos Estados Unidos, tornaram-se também bastantes conhecidos

os estudos de Feldstein (1988), que analisaram os objetivos dos hospitais não-lucrativos, que constituíam grande maioria na época. Segundo essa abordagem teórica, verificou-se que não ocorria a maximização do lucro do hospital, e sim a maximização do rendimento individual dos médicos que atuavam no hospital, bem como a viabilização dos interesses estratégicos de outros agentes econômicos que faziam parte dos Conselhos de Administração dessas instituições — empresários, representantes das indústrias relacionadas à área de saúde, capital financeiro, sob a forma de seguradoras ou de bancos investidores. Ou seja, todos os interessados, por motivos diversos, numa forma de competição por diferenciação de produtos, no caso, incorporação tecnológica, inflacionária de custos.

O Brasil possui uma população de 37.748.499 beneficiários que utilizam o mercado de saúde suplementar em todo território nacional, no qual 59,2% destes possuem produtos comercializados anteriores a Lei nº 9.656/98 que regula o setor de saúde suplementar desde 3 de junho de 1998, início de sua vigência, e 40,8% possuem planos de saúde posteriores à referida Lei (ANS, 2003).

Os novos entrantes da saúde privada são o governo, pelas políticas nacionais de saúde, e a iniciativa privada, representada por empresas mercantis e a concorrência externa. As empresas privadas descobriram no setor saúde uma atividade lucrativa. Aliadas a esse fato, as operadoras de plano de assistência à saúde mergulharam no mercado privado da saúde, criando nova relação comercial entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

Ocorre que este mercado, sem regulamentação, que de um lado oferece inúmeros atrativos propí-

cios para o sucesso econômico, de outro se caracteriza pelo conflito direto com os principais clientes, tanto no plano individual como no plano empresarial e dos prestadores de serviços, tornando as relações estabelecidas inseguras e vulneráveis.

A possibilidade de revisões contratuais por sinistralidade, reajuste de preços, revisão dos expostos, redução unilateral da gestão de riscos e outros fatores expõem de forma arriscada e perigosa as fragilidades das relações, e certamente coloca em risco o crescimento e a expansão do setor.

Vale observar que o mercado de saúde é sensível, propício a leituras pontuais, de interpretações genéricas baseadas em casos específicos e de grandes repercussões. É um mercado que oferece um produto complexo, de difícil configuração, o qual apresenta resultados subjetivos em que os sucessos dependem em grande parte de quem compra os serviços. Mais ainda, as responsabilidades são dispersas e difusas, existe insegurança sobre a qualidade dos agentes envolvidos na prestação do serviço e os direitos são imprecisos — a ponto de poderem ser negados no momento da utilização dos serviços.

As razões que permitiram o crescimento do setor não foram a qualidade dos seus processos, nem tampouco a qualidade das relações estabelecidas entre os agentes envolvidos no sistema de saúde suplementar.

No início da década de 1980, o sistema médico-previdenciário de assistência à saúde, baseado na mútua dependência dos setores público e privado, mostrava sinais de esgotamento. A inoperância dos serviços prestados à população denunciava o seu fracasso. A escassez dos recursos estatais no quadro de recessão econômica do início desse período fez com que o setor privado encon-

trasse dificuldades para dar continuidade ao seu processo de acumulação, uma vez que diminuía a capacidade de absorção de sua produção por parte do Estado, seu principal comprador. A manutenção da interdependência dos setores público e privado como fundamento da estratégia de reprodução de ambos era, aparentemente, um empecilho à tentativa de superação da crise instalada (Farias, 1999).

Esse contexto, aliado às pressões políticas decorrentes do processo de redemocratização, criaria o ambiente propício ao desenvolvimento de propostas de reforma do sistema público de saúde, as quais conduziram à universalização do setor.

As empresas do setor suplementar, seguindo uma estratégia de autonomização, passaram a estabelecer relações diretas de venda de seus serviços às empresas dos setores mais dinâmicos da economia e a consumidores individuais que quisessem e pudessem contratar seus serviços. Essas empresas do setor suplementar, organizadas em diferentes modalidades (cooperativas, medicina de grupo, autogestão e seguradoras), passaram então a absorver um grande número de profissionais de saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que esses prestadores encontravam-se submetidos, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivo de tais serviços. Em função disso, observa-se, no final da década passada, que 91% dos estabelecimentos de saúde privados utilizavam-se de planos de saúde no financiamento de suas atividades, e apenas 31% prestavam serviços ao SUS, conforme revelam os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada em 1999 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) (Farias, Melamed, 2003).

Entende-se que a qualidade na prestação dos serviços públicos de

saúde durante a década de 1980 tenha contribuído de forma importante para o crescimento do potencial de expansão das empresas do setor suplementar, que passaram a estabelecer relações diretas com as empresas contratantes. Faveret e Oliveira (1990), assim como Médici (1991), argumentam que naquele período o processo de expansão da clientela no sistema público de saúde não foi acompanhado de um proporcional aumento dos recursos, fato que teria deteriorado ainda mais o sistema, impondo uma forçosa racionalização dos serviços com reflexos negativos sob sua qualidade e acessibilidade.

A Constituição, ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, integral e gratuito, também definiu que a atuação privada no setor seria regulada pelo Estado. Porém, o debate da regulamentação do setor privado e a definição dos seus marcos legais avançaram muito mais lentamente na comparação com o SUS. Enquanto o SUS, já em 1990, tem seus fundamentos legais consolidados na Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, o mesmo não ocorreu com o setor privado (ANS, 2000).

Organizar o mercado, estabelecer os novos rumos, definir responsabilidades, tornar transparentes às relações entre os participantes são condições fundamentais para o crescimento do setor. Mesmo na fase de transição, deve ocorrer uma seleção das empresas que operam no mercado, para que haja o fortalecimento das organizações que estão adequadas a um sistema regulado, possuindo solidez, garantias financeiras, cobertura dos ativos e provisão de risco para o desenvolvimento de suas atividades e, ao mesmo tempo, ter a lucratividade necessária para operar no mercado privado.

É evidente que essa etapa inicial está repleta de desafios e im-

perfeições. A Agência Nacional de Saúde Suplementar não tem o poder de resolver de imediato todos os problemas, mas sem dúvida constitui-se em poderoso instrumento nas melhorias e nas implementações de soluções necessárias para o setor.

O tema que norteia o trabalho consiste no estudo das características operacionais do sistema de saúde suplementar. Mais especificamente, abordar as relações entre empresas e prestadores de serviços, sendo estes os principais elementos para a definição dos padrões empresariais e a configuração da iniciativa privada no mercado de saúde suplementar.

Na década de 1990 desenvolviam-se diferentes iniciativas na área da saúde, que se propuseram atuar sobre os diversos pontos que medeiam os caminhos possíveis entre o conhecimento e a saúde, ao reconhecer que as articulações entre eles não se dão natural ou automaticamente. Produziram-se conhecimentos e tecnologias com o objetivo de contribuir para melhores decisões políticas, econômicas e técnicas, necessárias para a produção de impactos positivos, em todos os níveis, com um certo privilégio para a atuação nos sistemas e serviços de saúde (Novaes, 2001).

Os objetivos incluem: (1) o levantamento de informações sobre as relações entre operadoras e prestadores de serviços; (2) a identificação dos fatores que influenciam a relação. O estudo pretende obter respostas referentes à relação entre operadoras e prestadores de serviços.

## Metodologia

No estudo proposto foi utilizada a abordagem da pesquisa qualitativa, com dados qualitativos e entrevistas individuais. No desenvolvimento da investigação realizou-se

uma pesquisa qualitativa, das amostras intencionais no segmento saúde suplementar das operadoras de planos de saúde com cobertura integral na assistência hospitalar e ambulatorial, em organizações hospitalares localizadas nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Sendo realizadas as entrevistas individuais para a coleta de dados em seis organizações: três hospitais e três operadoras de plano de saúde, no período de outubro a novembro de 2004.

Na opinião de Richardson (1999), a pesquisa pode ter como objetivos os de resolver problemas específicos, gerar teorias ou avaliar teorias existentes. A pesquisa pode ser classificada, quanto à forma de abordagem, em quantitativa e qualitativa (Silva, Menezes, apud Ribeiro, 2000). A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável, que não é traduzido em números, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados básicos no processo de pesquisa qualitativa não requer os usos de métodos e técnicas estatísticas (GIL, 1991). Em geral as investigações que envolvem uma análise qualitativa têm como objetivo abordar situações complexas ou extremamente particulares. Os estudos que empregam a metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (Richardson, 1999).

No estudo proposto, os objetivos da pesquisa têm caráter exploratório e descritivo. Exploratório, porque se verificou que há poucos estudos que abordem a relação entre as operadoras e prestadores de serviços considerando os aspectos que a pesquisa tem a intenção de abordar. Fundamentada nos autores, a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a contribuir na formulação de hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulam a compreensão. Descritivo, porque visa delinear os elementos fundamentais na relação dos agentes envolvidos, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Seguindo a mesma argumentação, a pesquisa descritiva, por sua vez, tem por objetivo fundamental a descrição das características de determinada população, ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, apud Ribeiro, 2001).

A pesquisa descrita neste trabalho inclui a pesquisa bibliográfica e pesquisa de levantamento. O método a ser empregado baseia-se a) na pesquisa bibliográfica: para esclarecer as fontes, divulgá-las, analisá-las, e refutá-las ou estabelecê-las; e b) na pesquisa de levantamento, uma vez que a investigação envolveu interrogação direta dos participantes, através da pesquisa qualitativa para compreender os processos dinâmicos vividos entre os agentes envolvidos no estudo.

Para a construção do referencial teórico foi realizada uma pesquisa bibliográfica, em busca de informações que embasassem mais precisamente o objetivo da pesquisa. Para isso, foram consultados materiais publicados em livros, revistas, jornais, manuais, relatórios organiza-

cionais, legislações, dissertações e Internet que pudessem fornecer instrumental teórico para o desenvolvimento da pesquisa.

Para definir o universo da pesquisa, foram considerados o número significativo de operadoras atuantes no mercado de saúde suplementar e a impossibilidade de englobar um percentual alto dessas operadoras. A amostragem utilizada foi a não probabilística por tipicidade (Vergara, 2000). A amostragem não probabilística ocorre quando os elementos que formam a amostra relacionam-se intencionalmente de acordo com certas características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador (Richardson, 1999).

Foram selecionadas seis empresas do sistema de saúde suplementar, três operadoras de planos de saúde com cobertura integral na assistência hospitalar e ambulatorial, localizadas em dois estados brasileiros — Rio de Janeiro e São Paulo — e três organizações hospitalares integrantes da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), localizadas nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Saliente-se que não foram contempladas as entidades de autogestão, pois se pretendia analisar apenas as operadoras que comercializam planos individuais e familiares, ou seja, acessíveis a qualquer pessoa.

A pesquisa utilizou-se de questionário que combinava perguntas abertas e fechadas, para maior aprofundamento das idéias dos entrevistados. O questionário consiste em um conjunto de questões a serem respondidas por entrevistados (Kotler, 1998). Geralmente, os questionários cumprem pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo. Uma descrição adequada às características

de um grupo não apenas beneficia a análise a ser feita por um pesquisador, mas também pode ajudar outros especialistas, tais como planejadores, administradores e outros. Não existem normas claras para avaliar a adequação de determinados questionários a clientela específicas. É de responsabilidade do pesquisador determinar o tamanho, a natureza e o conteúdo do questionário, de acordo com o problema pesquisado. Além disso, o entrevistador deve respeitar o entrevistado como ser humano que pode possuir interesses e necessidades divergentes das do pesquisador (Richardson, 1999).

Durante a elaboração dos questionários, teve-se o cuidado de observar as recomendações de Goode e Hatt apud Richardson (1999). “Todo questionário deve ter uma extensão e um escopo limitado. [...] Todo aspecto incluído no questionário constitui uma hipótese, isto é, a inclusão de todos e cada um dos pontos deve ser possível de defender que está trabalhando”.

Esta investigação baseia-se, fundamentalmente, em informações primárias, referentes à relação entre operadoras de plano de saúde, ou seja, compradores de serviços, e prestadores de serviços, no caso, organizações hospitalares que prestam assistência aos beneficiários de planos de saúde com cobertura integral no rol de serviços contratados.

Por abordar um estudo específico visando à obtenção de respostas detalhadas acerca do tema em questão, optou-se, para a obtenção dos dados, pelo método de entrevista individual. Tal escolha deve-se ao fato da entrevista ser uma técnica eficiente na busca de dados em profundidade. As entrevistas individuais são aquelas nas quais o entrevistador fica frente a frente com o respondente, tendo a oportunidade de explorar em profun-

didade um determinado tema ou objeto de pesquisa. A abordagem é essencialmente qualitativa, o número de entrevistados é pequeno e o envolvimento do entrevistador é muito grande, interagindo diretamente com o respondente que detém as informações (Ribeiro, Milan, 2004).

A pesquisa adotou o roteiro semi-estruturado, apenas para assegurar que os tópicos de interesse serão cobertos. Na entrevista semi-estruturada existe um roteiro básico, um conjunto de questões que eventualmente, ao longo da entrevista, serão posicionadas. O roteiro serve apenas como orientação geral, uma vez que o entrevistador pode fazer perguntas adicionais, se entende que elas podem ajudar a elucidar as questões básicas da pesquisa (Ribeiro, Milan, 2004). Gil (1999) esclarece que a entrevista semi-estruturada trata-se da técnica mais flexível de obtenção de dados, pois permite que o entrevistador esclareça o significado de algumas perguntas ao entrevistado. Além disso, o entrevistador pode captar a expressão corporal, a tonalidade de voz e a ênfase nas respostas dos entrevistados.

A entrevista foi composta por quatro tópicos, de acordo com os objetivos desta pesquisa, indicados na tabela 1.

**Tabela 1 – Tópicos das entrevistas [elaborado pela autora]**

Nº	Tópicos
1	Habilitação dos serviços
2	Qualidade na assistência <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempenho assistencial</li> <li>• Estrutura dos serviços</li> <li>• Direitos e responsabilidades do paciente</li> </ul>
3	Contratualização de serviços
4	Perguntas gerais

Como se tratavam de perguntas específicas sobre a relação entre operadoras de plano de saúde

e prestadores de serviços, foram entrevistados os diretores e executivos das empresas que poderiam fornecer as informações desejadas. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas com os profissionais que são os gestores das organizações hospitalares e as operadoras de planos de saúde. Entrevistou-se um profissional em cada empresa.

As informações obtidas em todas as entrevistas foram compiladas e analisadas a fim de responder às questões desta pesquisa. A análise de dados é predominantemente qualitativa e interpretativa, pois se propôs a obter o conhecimento da realidade por meio da linguagem. Após a análise das respostas transcritas, a pesquisadora realizou novamente contato com os entrevistados para esclarecimento de respostas que não ficaram totalmente respondidas. Primeiramente efetuou-se o contato telefônico, após esclarecimento das dúvidas em questão era encaminhado um e-mail sinalizando a pergunta ou dúvida em questão, solicitando maior clareza na resposta e prazo para a entrega da resposta. Recebido o e-mail de resposta dos entrevistados à pesquisadora, analisava-se a resposta para ser inserida no relatório da pesquisa. Após a coleta dos dados passaram por uma ordenação e uma análise criteriosa para que pudessem ser identificados aspectos relevantes ao estudo. A análise de ordenação por importância identifica os elementos que despertam maior interesse ou preocupação nos entrevistados, dadas a extensão dos relatos associados a cada elemento investigado (Ribeiro, Milan, 2004).

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Os objetivos do estudo foram trazer o levantamento de informa-

ções sobre as relações entre operadoras e prestadores de serviços e identificar os fatores que influenciam essa relação, os quais serão apresentados e discutidos a seguir.

Através de uma pesquisa sobre as relações entre operadoras de plano de saúde e prestadores de serviços hospitalares, com o propósito de identificar os fatores que influenciam a relação e delinear os elementos fundamentais que configuram os padrões empresariais do mercado de saúde suplementar, foram entrevistados três hospitais vinculados a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e três operadoras de planos de saúde.

De acordo com a pesquisa os dois agentes possuem interesses divergentes e reconhecem que para se manterem no mercado de saúde suplementar é preciso criar mecanismos saudáveis de relacionamento comercial. Algumas operadoras já acenam para esse caminho. Os hospitais, por sua vez, estão direcionados permanentemente no foco de seus clientes, sejam eles o paciente ou os agentes financiadores, almejando incessantemente essa parceria com as operadoras de planos de saúde. Nesta relação, a ligação central entre os dois agentes é o cliente.

Hospitais dispõem de serviços e corpo técnico qualificados, e as operadoras possuem uma carteira de clientes potenciais. A qualidade da assistência e a satisfação do cliente devem ser consideradas nos acordos comerciais. Planilha de custos, cálculos atuariais, indicadores, reajustes, auditoria, regras de contratualização, todos esses componentes são essenciais para compor a relação contratual.

As operadoras e prestadores de serviços, apresentam interesses divergentes, como é caso do credenciamento de serviços. As operadoras

procuram credenciar a sua rede de serviços hospitalares fundamentadas nas normas estabelecidas pela ANS, como: o dimensionamento de rede, seguido pelo tamanho da clientela, definições técnicas para a hierarquização da rede e especialidades (subdivisão por especialidades). Os hospitais habilitam as operadoras em suas organizações considerando a satisfação dos clientes, desempenho de gestão, preços competitivos ofertados pelas operadoras e a fidelização dos clientes.

Outro aspecto que atrela os dois agentes é o cumprimento das exigências legais, ou seja, providenciar os documentos indispensáveis para as empresas operar no mercado, como alvará sanitário, o cadastro nacional de pessoa jurídica, certificado ou títulos de especializações e cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde para os hospitais e registro dos produtos, a especificação da área de abrangência geográfica dos planos de saúde ofertados e o registro em conselhos regionais de medicina e odontologia para as operadoras.

Os hospitais e operadoras devem atribuir uma maior importância à qualidade da assistência, aos serviços de atenção ao paciente/cliente e aos serviços de apoio ao diagnóstico. Nesta relação, os hospitais devem se preparar ininterruptamente para alcançar a excelência em seus serviços, utilizando-se de indicadores de qualidade, cotejando os padrões nacionais e internacionais, servindo-se de diversos sistemas de comparação aplicados nas áreas de recursos humanos, áreas técnicas, econômico-financeira, relacionamento com cliente e na área de negócios ou relacionamentos com os fornecedores.

Um fator pode abalar a relação contratual entre as operadoras e os prestadores de serviços: o descumprimento das cláusulas con-

tratuais, que acarreta a aplicação de penalidades entre as partes, assim como a postergação de pagamento, aplicação de multas e denúncia do contrato, conforme estabelece a RN 42/2003. A melhor forma de conduzir a negociação em uma relação entre operadoras e prestadores de serviço é a negociação individual. As entidades de classes podem apoiar na negociação, mas na “hora da verdade” a negociação entre os dois agentes é singular, caso a caso.

Nem sempre previsto nos contratos, o reajuste de preço é uma questão que merece atenção especial da ANS, impedindo desequilíbrios na atualização de preços aplicados. Operadoras praticam reajustes de preços embasados nos índices autorizados pela ANS, não possuindo normas claras que definam a sistemática de reajustes de preços com os prestadores de serviços, enquanto que os hospitais seguem normas definidoras desta sistemática. Somente os itens materiais, medicamentos, materiais de órteses e próteses e diárias e taxas estão regulados através de normas. Muitos contratos celebrados entre os agentes são acordos comerciais que estão em vigência há mais de quinze anos, sendo que os agentes devem adequar estes contratos baseados na nova normatização, que oferece maior transparência na relação. Na maioria dos contratos firmados entre operadoras e hospitais, não está inserida nenhuma cláusula de co-responsabilidade. O Poder Judiciário já proferiu decisões a respeito da co-responsabilidade das operadoras, que as responsabiliza por danos causados pelos prestadores de serviço de sua rede.

Deve haver transparência nas relações firmadas há mais de vinte anos, buscando informações coletivas, com interesses comuns aos dois agentes. Alinhar as operadoras e os prestadores para uma definição

consistente acompanhada do modelo de gestão, revisando a estrutura de custos, das populações que serão agregadas ao sistema, dos preços competitivos e dos indicadores de qualidade assistencial. Todos esses quesitos definidos em um plano estratégico conjunto. Portanto, somente tem sentido conhecer e identificar os fatores que influenciam as relações se, ao final, isso resultar em indicativos que possam apontar melhoria nos critérios estudados, habilitação de serviços, qualidade da assistência e a contratualização. Não há como obter esse resultado sem observar a interdependência entre operadoras e prestadores de serviços.

### Considerações finais

É importante ressaltar que nesta relação a ligação central entre os dois agentes é o cliente. Hospitais dispõem de serviços e corpo técnico qualificados, e as operadoras possuem uma carteira de clientes potenciais. O cliente brasileiro utiliza cerca de dez vezes por ano seu plano de saúde. O preconizado, não só pelas seguradoras, como também pela Organização Mundial da Saúde, é até 4 vezes ao ano. A qualidade da assistência e a satisfação do cliente devem ser consideradas nos acordos comerciais. Planilha de custos, cálculos atuariais, indicadores, reajustes, auditoria, regras de contratualização, todos esses componentes são essenciais para compor a relação contratual. A relação contratual perde a sua importância na ausência de cliente, não produzindo ganhos para nenhuma das partes.

É o momento de dar transparência nas relações firmadas há mais de vinte anos, buscando informações coletivas, com interesses comuns aos dois agentes. Alinhar as operadoras e os prestadores para uma definição consistente acom-

panhada do modelo de gestão, revisando a estrutura de custos, das populações que serão agregadas ao sistema, dos preços competitivos e dos indicadores de qualidade assistencial. Todos esses quesitos definidos em um plano estratégico conjunto.

Desperta no sistema de saúde suplementar a necessidade de qualificar o setor através do conhecimento de informações no cenário estratégico. A ANS (2004), no dia dois de dezembro, lançou a iniciativa da “Qualificação da Saúde Suplementar”. A idéia central dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar é a qualificação de todos os atores sociais, ou seja, operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador, que também deve aparecer em todas as dimensões do funcionamento do setor assistencial, econômico-financeiro e operacional. O processo de qualificação do setor é constituído por dois componentes, a qualificação das operadoras de planos de saúde e seus prestadores e clientes e a qualificação do órgão regulador.

A ANS (2004) informa que o uso de mecanismos de avaliação dos indicadores possibilitará a verificação do desempenho dos componentes, com vistas à divulgação e publicação periódica desses resultados estimulando a melhoria da qualidade e desempenho do setor. O processo de qualificação do setor significa um ingresso a todos os atores envolvidos para a construção de um setor equilibrado, centrado no usuário, direcionado nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, observando os princípios de integralidade e resolutividade, que respeite o controle social e esteja articulado com o Ministério da Saúde.

Portanto, somente tem sentido conhecer e identificar os fatores



que influenciam as relações se, ao final, isso resultar em indicativos que possam apontar melhoria nos

critérios estudados, habilitação de serviços, qualidade da assistência e a contratualização. Não há como

obter esse resultado sem observar a interdependência entre operadoras e prestadores de serviços.

## REFERÊNCIAS

- Andreazzi MFS. Formas de remuneração de serviços de saúde. Brasília: IPEA, 2003.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Disponível em: URL:<http://www.ans.gov.br>.
- Albrecht K, Bradford LJ. Serviços com qualidade: a vantagem competitiva. São Paulo: Makron Books; 1992.
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. Disponível em: URL: <http://www.anaph.com.br>.
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. Projeto melhores práticas assistenciais. In: 5º Fórum da ANAHP, 23 e 24 set., São Paulo, 2004.
- Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares – SINHA. In: 5º Fórum da ANAHP, 23 e 24 set., São Paulo, 2004.
- Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963; 53.
- Arrow KJ. Theoretical issues in health insurance. In: *Collected papers of Kenneth J. Arrow: applied economics*. Cambridge: Harvard University Press; 1985. v.6.
- Associação Médica Brasileira. Pesquisa planos de saúde: avaliação dos planos privados. 2002. Disponível em: URL: [http://www.amb.org.br/inst\\_pesquisa\\_planos.php3](http://www.amb.org.br/inst_pesquisa_planos.php3).
- Austin Setorial. Relatório de análise setorial planos de saúde. São Paulo: [s.n.]; 2003.
- Berry LL, Parasuraman A. Serviços de marketing: competindo através da qualidade. São Paulo: Maltese – Norma; 1994.
- Brasil. Constituição - República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2000. (ANS, 1).
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. Rio de Janeiro: ANS; 2002. (ANS, 3).
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2003. (ANS, 4).
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de gestão, os primeiros 30 meses – janeiro 2000 – julho 2002. Rio de Janeiro: ANS; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de gestão, 2000 – 2003 – 4 anos da ANS. Rio de Janeiro: ANS; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 17. Aprova novas normas para o fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras de plano de saúde, revoga a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2002; 13 nov].
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 42 de 4 de julho de 2003. Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2003; 07 jul.03].
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Portaria nº 861 de 29 de abril de 2004. Constitui o Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei 9656 de 03 de junho de 1998. Brasília, 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1998; 4 jun].
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 9.961, de 28 de fevereiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000; 23 jan]
- Brasil. Ministério da Saúde. LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília: [s.n.]; 1990.

- Brasil. Ministério da Saúde. Medida provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei n.º 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001; 27 ago].
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de acreditação hospitalar. 2.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.970/GM, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: [s.n.]; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 538/ GM, de abril de 2001. O Ministério da Saúde reconhece a Organização Nacional de Acreditação como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de acreditação hospitalar. 3.ed. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares. 4ª.ed. Brasília: [s.n.]; 2003.
- Castro AJW. O regime regulatório e estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2003. Mimeografado.
- Coelho S et al. Sindicato dos hospitais questiona reajuste. Gazeta Mercantil 2004; maio.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration; 1980.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Med 1990; 114:1115-1118.
- Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(2):585-598.
- Faverete Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados 1990; 33(2).
- Feigenbaum A. Controle da qualidade total. São Paulo: Makron Books; 1994.
- Federação Nacional das das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização –FENASEG et al. Sindicato dos Hospitais questiona reajuste. Gazeta Mercantil 2004; maio.
- Fernandes ASA. O conceito de capital social e sua aplicação na análise institucional e de políticas públicas. In: 25º Encontro Anual da ANPAD; 2001; Campinas. Anais.
- Fitzsimmons, Fitzsimmons. Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação. 2ª. ed. Porto Alegre: [s.n.]; 2000.
- Gastal F. Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. [tese] UNIFESP-EPM. São Paulo, 1995.
- Gastal F. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev Saúde Pública 2004; 38 (2): 335-6.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª.ed. São Paulo: Atlas; 1991.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: URL:<http://www.ibge.gov.br>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1998.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de expectativa de vida do Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2004.
- Kotler P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. 4ª.ed. São Paulo: Atlas; 1996.
- Kotler P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. 5ª.ed. São Paulo: Atlas; 1998.
- Kotler P. Administração de marketing: a edição do novo milênio. 10a.ed. São Paulo: Prentice Hall; 2000. cap 4, p. 121-140, cap 11, p.349-363.
- Kotler P, Armstrong C. Princípios do marketing. Rio de Janeiro: Prentice Hall; 1998.
- Médici AC. A medicina de grupo no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 1991. [Série Desenvolvimento de Políticas Sociais, 1].
- Médici AC. A economia política das reformas em saúde. Porto Alegre: [s.n.]; 1997.
- Médici AC. Tendências da gestão em saúde ao nível mundial: o caso da assistência médica gerenciada (AMG). Disponível em: URL: [http://www.ans.gov.br/portal/site/forum\\_saude/](http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/).
- Musgrove P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. In: Andreazzi MFS, Tura LFR. Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery; 1999.

- Novaes HMD, Paganini JM. Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS; 1994.
- Novaes HMD, Goldbaum M, Carvalheiro JR. Políticas científicas e tecnológicas e saúde. Rev USP 2001; 51:28-37.
- Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(supl.2):147-157.
- Organização Nacional de Acreditação – ONA. Disponível em: URL:<http://www.ona.org.br>.
- Quinto Neto A. Processo de acreditação: a busca pela qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
- Quinto Neto A. Acreditação de organizações de saúde: a importância dos médicos na segurança da assistência e dos consumidores. Rev Adm Saúde 2001; 3(11):26-30, 2001.
- Ribeiro JLD. Técnicas para o tratamento de dados qualitativos. In: Ribeiro JLD, Nodari CT. Tratamento de dados qualitativos: técnicas e aplicações. Porto Alegre: FEENG/UFRGS; 2001.
- Ribeiro JLD. Estrutura de trabalhos de conclusão baseados em pesquisa-ação, estudo de caso ou observação participante. Porto Alegre: UFRGS; 2001.
- Ribeiro JLD, Milan GS. Entrevistas individuais: teoria e aplicações. Porto Alegre: FEENG/UFRGS; 2004.
- Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª.ed. rev. Amp. São Paulo: [s.n.]; 1999.
- Silva AA. A relação entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. In.: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
- Vergara S. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3ª.ed. São Paulo: Atlas; 2000.
- 

---

*Recebido em 4 de janeiro de 2006*  
*Versão atualizada em 28 de janeiro de 2006*  
*Aprovado em 20 de fevereiro de 2006*