

CARLA DA COSTA CAMPOS

**UM ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE OPERADORAS DE PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia – modalidade Profissionalizante – Ênfase em Gerência de Serviços

Orientador: Professor Dr. José Luiz Duarte Ribeiro

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Janice Dornelles de Castro

Prof^a. Dr^a. Maria Ceci Araújo Misoczky

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Prof^a. Dr^a. Karla Santa Cruz Coelho

Porto Alegre

2004

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de mestre em ENGENHARIA e aprovada em sua forma final pelo orientador e pelo coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Dr. José Luiz Duarte Ribeiro

Orientador

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Helena Beatriz Bettella Cybis

Coordenadora

Mestrado Profissionalizante em Engenharia

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Janice Dornelles de Castro

UNISINOS

Prof^a. Maria Ceci Araújo Misoczky

PPGA/UFRGS

Prof. Ronaldo Bordin

Medicina Social/ UFRGS

Prof^a. Karla Santa Cruz Coelho

ANS

Epígrafe

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Flavio Campos (in memorian) meu amado pai e Ione Campos minha querida mãe, pela compreensão, dedicação, atenção, carinho, amor, pelos valores morais e éticos que me transmitiram e pelo esforço para a minha formação.

Dedico ao Cassius Cruz, meu esposo, pela compreensão, incentivo e carinho em todos os momentos.

Dedico aos meus dois queridos filhos Andrew Cruz e Dylan Cruz, pela ternura e paciência nos momentos que precisei estar ausente da convivência para a elaboração deste trabalho.

Dedico a minha querida irmã, Andréa, pelo afeto sempre presente em todos os momentos, seu apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela força que a fé me permitiu ter durante todo o desenvolvimento deste estudo.

Ao orientador, Professor Doutor José Luis Duarte, por todas suas avaliações, orientações e sugestões sem as quais, esta dissertação não teria a formatação final apresentada.

Este trabalho, em diferentes situações e circunstâncias, contou com a colaboração e o apoio de muitas pessoas, as quais desejo manifestar o meu agradecimento.

Ao amigo e Prof. Alceu Alves da Silva sempre presente e incentivando em todos os momentos da minha vida profissional. Contribuindo de maneira efetiva com suas críticas positivas à respeito do conteúdo dessa dissertação.

Aos colegas da turma do Mestrado em Engenharia de Produção – Ênfase em Gerência de Serviços ano 2001, que se tornaram amigos, pelo seu companheirismo, idéias e incentivo durante todas as fases do curso.

RESUMO

Esta dissertação apresenta um estudo sobre as relações contratuais entre operadoras de plano 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, baseados no dimensionamento de rede, definições técnicas para a hierarquização da rede e tamanho da clientela. Os hospitais habilitam as operadoras em suas organizações fundamentadas 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.

Palavras-Chave: saúde suplementar, hospitais, operadoras de planos de saúde, qualidade em serviços, contratualização.

ABSTRACT

This thesis presents a study about the contractual relations between the private health insurance companies and the hospital services suppliers, which main objective is to identify the factors that influence the contractual relations and draw the fundamental elements that establish the business patterns of the supplemental health market. Different interviews were made, through questionnaires, with directors and executives of three private health insurance companies and three private hospitals, resulting in an exploratory, descriptive and qualitative study. The analysis of the results was shown in three stages: services habilitation, assistance quality and contractual agreements. It was observable, through the research, that the private health insurance companies qualify their hospital services network based on the market dimension, technical definitions for the network classification and number of patients. The hospitals enable the private health insurance companies based on competitive prices and image circulation. It's possible to conclude that the private health insurance companies evaluate the quality assistance of the services suppliers of their network without using the formal programs for quality assistance evaluation. It was observable, yet, that the private health insurance companies and the hospital services suppliers manage the fulfillment of the contractual clauses sealed between both of them, but they don't make use of any item or clause that the mention variation of the rates to be applied.

Keywords: supplemental health, hospitals, private health insurance companies, services quality, contractualization.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
SUMÁRIO	08
LISTA DE FIGURAS.....	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE QUADROS.....	12
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 COMENTÁRIOS INICIAIS.....	13
1.2 TEMA E OBJETIVO	23
1.2.1 <i>Tema</i>	23
1.2.2 <i>Objetivo Geral</i>	25
1.2.3 <i>Objetivos Específicos</i>	25
1.3 MÉTODO DE TRABALHO	26
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	27
1.5 LIMITAÇÕES DO TRABALHO	28
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	30
2.1 RELAÇÕES CONTRATUAIS	30
2.2 OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	35
2.2.1 <i>Classificação das Operadoras - Segmentação</i>	36
2.2.2 <i>Produtos das Operadoras – Planos de Saúde</i>	40
2.2.2.1 <i>Tipos de Planos de Saúde</i>	40
2.2.2.2 <i>Formas de Contratação dos planos de Saúde</i>	41
2.2.2.3 <i>Tipo de Cobertura Assistencial dos Planos de Saúde</i>	42
2.2.2.4 <i>Plano de Saúde quanto a Abrangência Geográfica</i>	43
2.2.2.5 <i>Plano de Saúde quanto à Organização da rede de Serviços</i>	43
2.3 SERVIÇOS.....	43
2.4 SERVIÇOS DE SAÚDE.....	46
2.5 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES - HOSPITAIS	48

2.5.1 <i>Funções do Hospital</i>	50
2.6 REGULÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	51
2.6.1 <i>Características do Mercado</i>	59
2.7 QUALIDADE.....	61
2.8 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	65
2.9 CONTRATUALIZAÇÃO.....	74
3 CENÁRIO DO TRABALHO E OS ASPECTOS METODOLÓGICOS	84
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES ENVOLVIDOS NO ESTUDO.....	84
3.2 METODOLOGIA.....	97
3.2.1 <i>Definição dos Objetivos da Pesquisa</i>	99
3.2.2 <i>Determinação do Método de Coleta de Dados</i>	100
3.2.3 <i>Descrição do Universo da Pesquisa</i>	101
3.2.4 <i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	102
3.2.5 <i>Definição do Tipo de Coleta de Dados</i>	104
3.2.6 <i>Coleta de Informações</i>	107
3.2.7 <i>Fontes de Informação e Tratamento dos Dados</i>	109
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
4.1 ENTREVISTAS.....	112
4.1.1 <i>Habilitação dos Serviços</i>	112
4.1.2 <i>Qualidade na Assistência</i>	122
4.1.3 <i>Contratualização de Serviços</i>	133
4.1.4 <i>Comentários Adicionais dos Entrevistados</i>	138
5 COMENTÁRIOS FINAIS	140
5.1 CONCLUSÕES REFERENTES AOS RESULTADOS.....	140
5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
5.3 RECOMENDAÇÕES PARA OS FUTUROS TRABALHOS.....	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS	162
ANEXO A	163
ANEXO B	175

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quantidade de Beneficiários ativos de Operadoras por Faixa Etária..	15
Figura 2 – Relação Contratual entre os Agentes no Mercado de Saúde Suplementar	35
Figura 3 - Evolução da quantidade de operadoras registradas	85
Figura 4 - Distribuição da Quantidade de Operadoras Ativas, segundo Porte	87
Figura 5 - Certificação do Programa de Acreditação Hospitalar 2003 – 27 hospitais	93
Figura 6 - Perfil de Internação por Fonte Pagadora 2003 – 27 hospitais	93
Figura 7 - Perfil de Internação por Fonte Pagadora 2003 – 27 hospitais	94
Figura 8 - Receita Consolidada - 2003 -27 Hospitais	95
Figura 9 - Distribuição % da Receita por Fonte Pagadora – 2003 - hospitais	95
Figura 10 - Classificação dos Métodos de Coleta de Dados	106
Figura 11 – Ordem de importância para credenciar a rede prestadora.....	118
Figura 12 – Ordem de importância que os hospitais atribuem para habilitar as operadoras	119
Figura 13 - Ordem de importância atribuída pelas operadoras na qualidade da assistência dos prestadores de serviços	125
Figura 14 – Ordem de importância atribuída pelos hospitais na qualidade da assistência de seus próprios serviços	125
Figura 15 – Ordem de importância atribuída pelas operadoras na avaliação dos equipamentos médicos hospitalares da rede de serviços	130
Figura 16 – Ordem de importância atribuída pelos hospitais na avaliação dos equipamentos médicos hospitalares utilizados na prestação dos seus serviços .	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de operadoras ativas.....	85
Tabela 2 – Quantidade e percentual de operadoras ativas e beneficiários, segundo Porte.....	86
Tabela 3 – Número de operadoras enquadradas e beneficiários cobertos	88
Tabela 4 – Distribuição da quantidade de operadoras, segundo classificação	89
Tabela 5 – Número de produtos e hospitais envolvidos nas alterações de rede de prestadores de serviços hospitalares, segundo tipo de classificação das operadoras –2000 a 2003	91
Tabela 6 – Panorama Hospitalar – 2003 – 27 Hospitais	92
Tabela 7 – Distribuição da quantidade de hospitais, segundo classificação	96
Tabela 8 – Tópicos das Entrevistas	108
Tabela 9 - Locais de Aplicação das entrevistas junto aos Diretores e Executivos	111
Tabela 10 – Setor específico para o credenciamento	117
Tabela 11 – Análise do cadastro legal e documental exigidos pelas operadoras	120
Tabela 12 – Análise do cadastro legal e documental exigidos pelos hospitais	120
Tabela 13 – Programas de Avaliação da Qualidade da Assistência empregados nos hospitais pesquisados	123
Tabela 14 – Gerenciamento de Contratos	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos métodos de contato	105
---------------------------------------------------------	-----

1 INTRODUÇÃO

1.1 COMENTÁRIOS INICIAIS

No Brasil, o setor de serviços é uma importante alternativa para o desenvolvimento econômico e social do país. Sua sistematização e qualificação são fundamentais diante da abertura de mercado 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 e 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 pe-

los 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. Pode ser observada a evolução de um modelo de sociedade primitiva, na qual pequenas trocas entre os indivíduos eram suficientes para atender as necessidades, para uma outra caracterizada por grandes mercados, com elevado número de indivíduos se relacionando economicamente com outros, gerando relações de consumo entre fornecedores e consumidores (FINK, 2003).

As alterações nos modelos contratuais na sociedade contemporânea conduzem à necessidade de maior controle do conteúdo contratual. Nesse mister, a boa-fé ganha relevo também 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 pelo estudo de compreender e relacionar interesses de vários agentes envolvidos no mesmo mercado regulado, que apresenta inúmeros

conflitos operacionais, financeiros e estratégicos e uma regulamentação extensa e complexa sofrendo constantes alterações e desdobramentos.

Este trabalho propõe-se a conhecer as relações do sistema de saúde suplementar, que envolve três agentes, (i) a empresa que comercializa e oferece produtos de assistência á saúde, ou seja, o plano de saúde (operadora), (ii) o provedor dos serviços (prestador de serviços) e (iii) os beneficiários de plano de saúde.

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

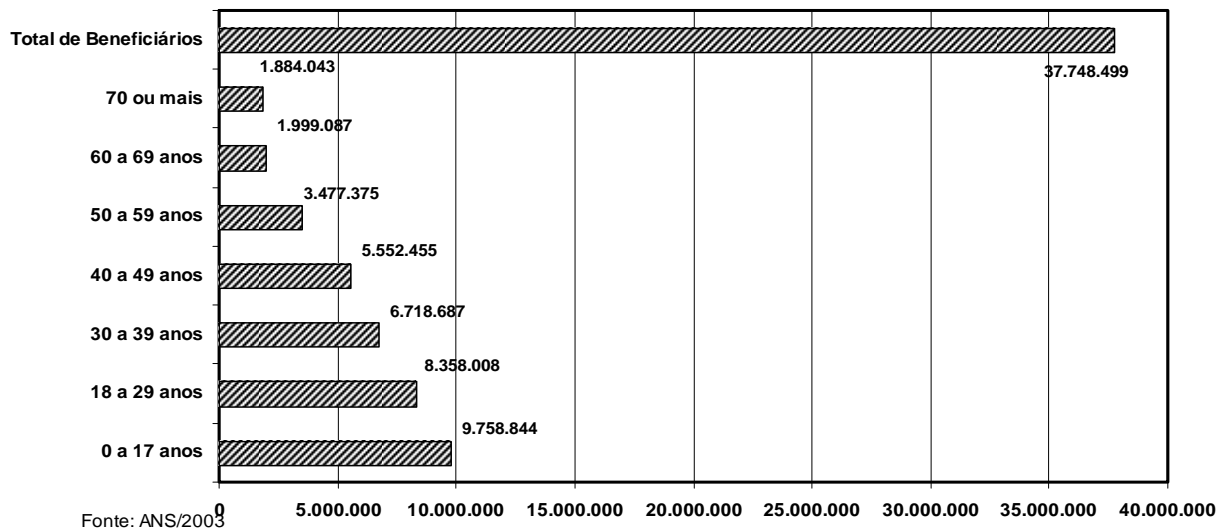


Figura 1 - Quantidade de Beneficiários ativos de Operadoras por Faixa Etária
 [Fonte: Cadastro de Beneficiário – ANS/MS - 10/2003]

Essa expectativa elevada da demanda da população idosa no mercado privado de saúde terá reflexos nos anos subseqüentes, 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 prevenirem contra esta incerteza. A existência de um terceiro pagador, a operadora que muda a demanda por estes serviços, e isto potencialmente afeta 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 usados 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 possuiriam 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 infecto-contagiosas, 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 co-

mo 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 os 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% dos beneficiários possuem produtos comercializados anteriores a Lei nº 9656/98 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: governo, pelas políticas nacionais de saúde, 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 propícios para o sucesso econômico, de outro, se caracteriza pelo conflito direto com os principais clientes, tanto no plano individual como no plano

empresarial e os 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 às 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, que apresenta resultados subjetivos, onde 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, os direitos são imprecisos e podem ser negados no momento da utilização dos serviços.

As razões que permitiram o crescimento do setor não foram à qualidade dos seus processos, nem tampouco a qualidade das relações estabelecidas entre os agentes envolvidos do 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 dos anos 80 fez com que o setor privado encontrasse 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 conduziriam 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, que no final da década passada, 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 revela os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada em 1999 (www.datasus.gov.br) (FARIA; MELAMED, 2003).

Entende-se 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 do que a do SUS. Enquanto o SUS, já em 1990, tem seus fundamentos legais consolidados na Lei 8080, 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 transparente às relações entre os participantes é fundamental para o crescimento do setor. Mesmo que em 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 esta etapa inicial está repleta de desafios e imperfeições. A Agência Nacional de Saúde Suplementar não tem o poder de resolver de imediato todos os problemas, mas constitui, sem dúvidas, um poderoso instrumento nas melhorias e nas implementações de soluções necessárias para o setor.

As oportunidades dos novos entrantes no sistema de saúde suplementar merecem atenção especial da Agência Nacional de Saúde, cumprindo seu outro papel característico que é o de expansão do mercado, tornando os segmentos sadios, competitivos e em posição contínua para o crescimento saudável do setor.

A partir dessas reflexões, tem-se a seguir a apresentação do tema que este estudo se propõe a abordar.

1.2 TEMA E OBJETIVO

1.2.1 Tema

O tema que norteia o presente trabalho consiste no estudo das características operacionais do sistema de saúde suplementar. Mais especificamente, o trabalho aborda as relações entre empresas e prestadores de serviços, sendo estes os prin-

principais elementos para a definição dos padrões empresariais e a configuração da iniciativa privada no mercado de saúde suplementar.

No momento da escolha do tema, foram considerados vários aspectos, como:

- a) Abordagem de um tema debatido por todos os atores do mercado de saúde suplementar que é discutido sistematicamente com diversas formas e entendimentos;
- b) Conhecimento das relações entre operadoras e prestadores, facilitando a condução de uma investigação que aborda três informações imprescindíveis: à habilitação de serviços e produtos, a qualidade da assistência e a contratualização dos serviços;
- c) Entendimento da importância da discussão da transparência das relações das empresas que atuam no mercado de saúde suplementar;
- d) Interesse no estudo das especificidades do mercado de saúde suplementar, o qual apresenta, de um lado, as operadoras de planos de saúde com cobertura integral no rol de serviços contratados e, de outro, os prestadores de serviços, ou seja, hospitais privados que têm a finalidade de garantir a excelência nos serviços, detalhando as relações comerciais.

O interesse por este tema surgiu naturalmente, na medida em que a autora é uma profissional de atuação no mercado da saúde, especificamente na Agência Nacional de Saúde – ANS, participando de grupos de trabalhos e estudos que envolvam os principais assuntos discutidos no mercado de saúde e suas segmentações.

Na década de 90, desenvolveram-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).

1.2.2 Objetivo Geral

O objetivo principal deste trabalho é conhecer a 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.

1.2.3 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos incluem: (i) o levantamento de informações sobre as relações entre operadoras e prestadores de serviços; e (ii) a identificação dos fatores que influenciam a relação.

O estudo pretende obter respostas referentes à relação entre operadoras e prestadores de serviços.

1.3 MÉTODO DE TRABALHO

Este estudo apresenta características exploratória e descritiva. Exploratória, 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. Descritiva porque visa delinear os elementos fundamentais na relação dos agentes envolvidos.

Após definição de tipo de pesquisa, o desenvolvimento da investigação dividiu-se em várias etapas.

Primeiramente constou da revisão bibliográfica enfocando os assuntos relacionados ao objeto do trabalho, estudando temas relacionados às relações contratuais, operadoras de planos de assistência à saúde, serviços e regulação da saúde suplementar. Esta etapa também contemplou pesquisa na literatura sobre serviços de saúde, hospitais, qualidade e contratualização.

A segunda etapa caracteriza-se pela realização de pesquisa qualitativa, das amostras intencionais no segmento saúde suplementar: operadoras de planos de saúde com cobertura integral na assistência hospitalar e ambulatorial, em organiza-

ções hospitalares, localizadas nos Estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo.

A terceira etapa constituiu-se na elaboração de um questionário e coleta de dados, em seis organizações: três hospitais e três operadoras de plano de saúde, no período de setembro de 2004.

Após a conclusão da fase de coleta de dados, foi realizada a análise dos resultados obtidos e a interpretação resultante, que possibilitou chegar às conclusões do estudo.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, distribuídos da seguinte maneira:

No Capítulo 1 são apresentados os assuntos abordados no trabalho, comentários iniciais, introdução, tema, os objetivos gerais e específicos, metodologia aplicada, estrutura do trabalho e as limitações.

O Capítulo 2 expõe a revisão bibliográfica sobre os temas relações contratuais, operadoras de planos de saúde, serviços e regulação da saúde suplementar, que servem de suporte teórico para o desenvolvimento do trabalho.

O Capítulo 3 descreve o cenário do trabalho, uma visão do sistema de saúde suplementar no Brasil, caracterização dos agentes envolvidos no estudo, apresentando a metodologia empregada, descrição do universo da pesquisa, a técnica adotada para o levantamento dos dados e suas formas de tratamento.

O Capítulo 4 apresenta a análise dos dados coletados, revelando os principais fatores que estabelecem o vínculo da relação entre ambas as partes e delineando os elementos fundamentais na relação.

O Capítulo 5, finalmente, apresenta as conclusões do estudo, incluindo considerações finais e recomendações para futuros trabalhos. Neste capítulo são feitas considerações a respeito da melhor relação, considerando estratégias de negócio e oportunidades de melhoria para o segmento, tornando-o sadio, competitivo na expansão contínua do crescimento do setor.

1.5 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Considerando a extensão e complexidade do tema e a similaridade dos hospitais investigados, este trabalho restringiu-se a investigar organizações hospitalares integrantes da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAPH que atuam no mercado de saúde suplementar. Portanto, não se investigou as relações dos hospitais que não estão associados a ANAPH.

As três operadoras de planos de saúde selecionadas possuem relação com as três instituições hospitalares selecionadas para pesquisa.

O estudo não permite generalizações para todas as relações entre operadora e prestadores de serviços.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresenta a base teórica que serve de referencial para fundamentar e compreender o estudo realizado. Para alcançar o objetivo proposto, a revisão está estruturada em tópicos seqüenciais, com vistas a facilitar a abordagem e discussão do tema.

2.1 RELAÇÕES CONTRATUAIS

Os prestadores de serviços, não atendidos nos seus interesses mais imediatos, notadamente pela progressiva escassez dos pacientes privados e pela crescente deterioração do relacionamento com a área pública devida à defasagem acentuada e crescente de preços, caracterizada por tetos físicos e financeiros incompatíveis com o volume dos serviços prestados, não relutaram em compor uma relação forte e firme com as operadoras de planos de saúde.

Em 1995, os médicos registravam uma forte dependência das operadoras de planos de saúde. Uma pesquisa desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública aponta que de 75% a 90% dos médicos declararam depender diretamente dos

convênios para manter suas atividades em consultório (MACHADO, 1995).

O setor público, continuamente expondo suas iniquidades, instigado pelas constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviu como um grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem a sua atuação no mercado (SILVA, 2003).

Para Silva (2003), os prestadores de serviços estão 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.

As relações contratuais existentes no mercado de saúde suplementar são aquelas entre prestadores de serviços de saúde e os beneficiários, entre as operadoras e os prestadores e operadoras e beneficiários. Cabe salientar que existem relações de cada um destes agentes com suas respectivas entidades representativas de classe. Ordinariamente estas relações distinguem-se pela determinação de padrões de conduta ética.

Considerando as diversas modalidades de contratos existentes nas relações contratuais do mercado de saúde suplementar, pode-se listar:

- O contrato entre o plano de saúde e o médico;
- O contrato entre o plano de saúde e a organização hospitalar ;e

- O contrato entre o plano de saúde e o paciente.

A partir destas relações contratuais, extrair-se-á diversos instrumentos contratuais fixados em bases despadronizadas, nem sempre de conhecimento mútuo, abrem-se possibilidades que em determinadas situações podem acabar sendo representativas em atitudes ou ações que possam ser entendidas como danosas ao cliente, e, por conseguinte, trazer a tona uma demanda judicial (BLANSKI, 2003).

Neste cenário, o mercado é constituído essencialmente por três tipos de agentes, as operadoras de planos de saúde, os clientes ou beneficiários e os prestadores de serviços de saúde. Esta configuração caracteriza a estrutura do mercado formal geral, em que os usuários ou beneficiários representam o lado da demanda dos serviços de assistência à saúde e os prestadores de serviços o lado da oferta (BLANSKI, 2003).

As operadoras de planos de saúde são os agentes que auferem ganhos, intermediando a relação dos prestadores de serviços de saúde com os clientes, ou seja, intermediando a relação entre a oferta e a demanda. A natureza de sua atividade consiste na comercialização e no gerenciamento da utilização dos planos de assistência à saúde. As operadoras apresentam duas formatações de estrutura no mercado: empresas de caráter híbrico no sentido de atuarem simultaneamente como organização gerenciadora e como prestadora de serviços de assistência à saúde e empresas que atuam exclusivamente como organizações gerenciadoras não possuindo rede própria, sendo de maior generalidade (WANICK, 2000).

Os mecanismos de remuneração e uso dos serviços médicos ou hospitalares, definidos nos contratos, determinam a estrutura dos incentivos do mercado de saúde suplementar (WANICK, 2000).

De acordo com a ANS, as regras de remuneração dos provedores de saúde e da utilização dos serviços de assistência à saúde influenciam o comportamento estratégico dos agentes, criando incentivos sobre-utilização dos serviços e à exclusão de indivíduos com baixa probabilidade de utilização dos planos de saúde (ANS, 2000). O incitamento à sobre-utilização e à exclusão procedem da existência da assimetria de informações e incertezas nas relações contratuais entre os agentes do mercado de saúde suplementar.

Basicamente e devido ao fato de que o consumo individual de serviços de saúde é caracterizado pela incerteza e pela distribuição não uniforme dos gastos ao longo do tempo. Esta irregularidade afeta o comportamento estratégico das operadoras, induzindo-as a operar em termos esperados na determinação do preço unitário do plano de saúde (ANS, 2000). Atuar em termos esperados expressa que o preço unitário de um plano de saúde deve ser definido em função dos gastos esperados a serem realizados pelo beneficiário do plano. O gasto esperado é afetado pelos incentivos existentes na relação médico-paciente.

Conseqüentemente, a sobre-utilização dos serviços de saúde implica no aumento dos preços unitários dos planos de saúde, contribuindo com a exclusão de potenciais beneficiários do mercado de saúde suplementar, ocasionado à redução do nível de bem-estar social (WANICK, 2000).

É neste caso que acontece o conflito de interesses entre operadoras e prestadores de serviços de saúde que é bem caracterizado. O conflito de interesses surge fundamentalmente pelo fato de que eventos que representam custos para operadora representem receita para os prestadores de serviços de saúde. Semelhantemente o que representa custo para os beneficiários, “as mensalidades”, essas representam receita para as operadoras de planos de saúde. Deste modo, o conflito de interesse concretiza-se nas relações contratuais das operadoras com os prestadores de serviços de saúde e beneficiários à medida que as ações estratégicas que administram estes contratos possuem sentidos opostos (WANICK, 2000).

Operadoras e prestadores de serviços passam a ser concorrente entre si, com negócios originalmente desiguais. Entendida a interdependência, que de alguma forma continua, na inversão dos negócios passam a ser concorrentes de seus próprios clientes. “Às vezes, parecem dois inimigos que lutam continuada e desesperadamente, como se não tivessem uma grande interdependência para obterem sucesso em seus negócios”. Conseqüentemente o nível de desconfiança e do desequilíbrio da relação se tornou muito forte, criando um cenário desastroso continuamente delineado pelos agentes, cada um acredita que o outro negócio deva ser melhor que o seu. Tanto que os hospitais passaram a ter planos de saúde e as operadoras de planos de saúde passaram a ter hospitais (SILVA, 2003). Foi com essa configuração de mercado e com uma rede de relacionamentos, em que estavam preservados os interesses dos diversos agentes, que o setor da saúde suplementar cresceu no Brasil.

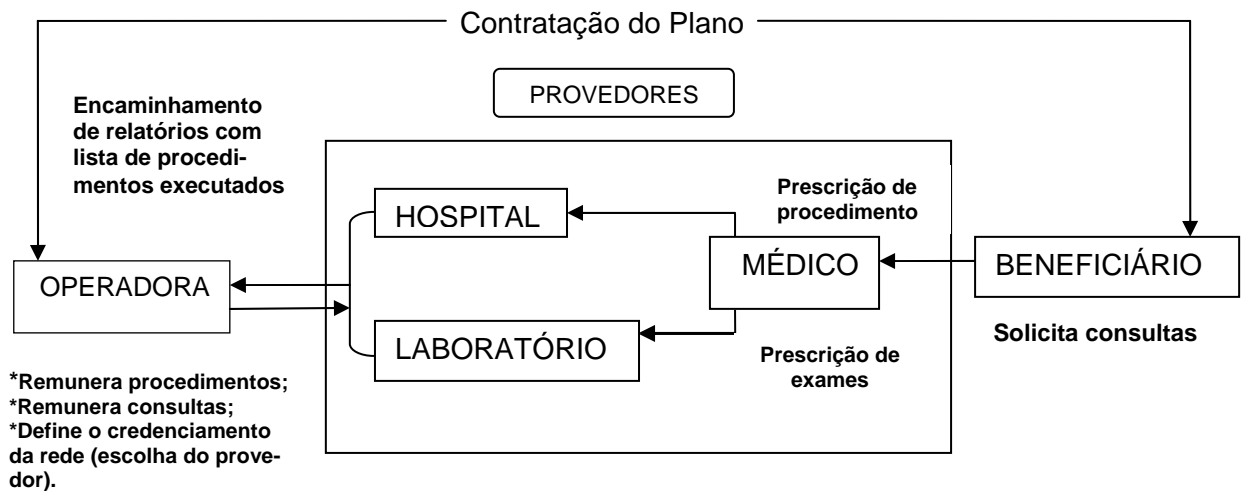


Figura 2 – Relação Contratual entre os Agentes no Mercado de Saúde Suplementar
[Fonte: ANS/MS – 2000]

2.2 OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

É preciso considerar e registrar que as operadoras de planos de assistência à saúde, a partir de uma visão empreendedora e arrojada, ao longo do seu processo de evolução prestaram e continuam prestando um grande serviço a população brasileira, permitindo o seu acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade. Em especial porque ocuparam uma fatia enorme do espaço deixado pela ineficiência e ausência efetiva de determinação política e a incapacidade de financiamento do setor público.

A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, define como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde:

Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de assistência à saúde (Artigo 1º, Inciso II).

2.2.1 Classificação das Operadoras – Segmentação

O mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta diversas formas de constituição de empresas e entidades. Essas empresas ou entidades podem operar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde, conforme artigo 1º, inciso II da Lei 9656/98.

A ANS, através da Resolução RDC nº 39/2000, define a classificação das operadoras de planos de saúde. A definição das operadoras demonstra que as empresas estão organizadas segundo modelos jurídico-institucionais diferenciados, apresentando características próprias quanto à sua forma de atuação no mercado. A diversidade das operadoras representa marco regulatório do setor, que classifica as operadoras em oito modalidades.

a) Medicina de grupo

Empresas ou entidades privadas com fins lucrativos que operam e administram planos de assistência à saúde para empresas ou indivíduos mediante cobrança de contraprestações pecuniárias, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades

de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia, cuja estrutura de atendimento apóia-se fortemente em rede credenciada.

b) Odontologia de grupo

Empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica. São semelhantes às operadoras de medicina de grupo, com exceção da natureza do serviço prestado.

c) Cooperativas médicas

Caracterizam-se como sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas, que operam planos privados de assistência à saúde. Este segmento é caracterizado pelo fato de que os profissionais médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços, recebendo proporcionalmente à sua produção, por tipo e qualidade do atendimento, além de participarem do rateio do resultado operacional do negócio.

d) Cooperativas odontológicas

Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõem sobre o funcionamento das sociedades cooperativas e que operam exclusivamente planos odontológicos. Difere da cooperativa médica

apenas em relação à natureza dos serviços prestados ou tipo de plano ofertado ao mercado.

e) Autogestão

Entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde. Oferecem cobertura exclusivamente aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe de profissionais ou assemelhados. As autogestões subsegmentam-se, ainda, em patrocinadas, na eventualidade de possuir gestão própria, e não patrocinadas. As autogestões patrocinadas podem ser singulares, quando vinculadas apenas a um patrocinador, ou multipatrocinadas, quando o sistema congrega mais de um patrocinador.

f) Seguradoras

Empresas que apresentam as mesmas características usuais das seguradoras e que providenciaram sua especialização como operadoras de planos de saúde junto a SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente. A instituição provedora realiza, em conjunto com a instituição financeira, a intermediação financeira entre grupos de indivíduos mediante sistema de reembolso para os serviços utilizados. As-

sim, a diferença em relação às demais operadoras de planos de saúde, consiste na obrigatoriedade contratual de oferecer a possibilidade de livre escolha do prestador de serviço aos usuários. Neste caso, o pagamento das despesas é efetuado diretamente aos prestadores de serviços pelos usuários, que têm direito a reembolso, conforme tabela de procedimentos ajustada entre as partes. Na prática, porém, todas as seguradoras possuem rede referenciada de prestadores de serviços, o que torna sua atuação bastante semelhante àquela desempenhada pelas operadoras de medicina/odontologia de grupo.

g) Administradoras

Administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares, sendo esses planos financiados por operadoras. Já as administradoras de serviços administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

h) Filantropia

Entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos respectivos órgãos dos governos estaduais e municipais. Para se enquadrar nesta segmentação,

é necessário ainda a comprovação de que destinam, pelo menos 60% de sua capacidade instalada, à clientela do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.2.2 Produtos das Operadoras: Planos de Saúde

Segundo o Art. 1º da Lei 9.656, “Plano Privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde [...]”.

A Lei 9.656 definiu, também, as características essenciais dos planos de saúde, que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados, como os tipos de planos, as formas de contratação, a abrangência geográfica, dentre outras.

2.2.2.1 Tipos de Planos de Saúde

Os planos privados de assistência à saúde seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características, como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica, fazem com que os planos se diferenciem.

2.2.2.2 Formas de Contratação dos Planos de Saúde

Os planos de saúde podem ser contratados por pessoas físicas ou por pessoas jurídicas. Os planos contratados por pessoas físicas são os planos individuais ou familiares e também aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinadas, integralmente financiados pela contraprestação dos seus beneficiários (ARTIGO 16º, INCISO VII, LEI, 9656/98).

No caso do plano individual ou familiar, é assinado um contrato entre o indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar) (LEI, 9656/98).

Os planos contratados por pessoas jurídicas são denominados planos coletivos e são também conhecidos como planos de saúde de empresas, ou, planos próprios de empresas. A empresa empregadora pode firmar contratos com mais de uma operadora de planos de saúde, bem como oferecer alternativas quanto aos padrões dos planos. Tais planos podem ser com ou sem patrocinador (ARTIGO 16º, INCISO VII, LEI, 9656/98).

Os planos coletivos sem patrocinador são aqueles contratados por pessoas jurídicas em que as mensalidades são integralmente pagas pelos beneficiários diretamente à operadora. A responsabilidade da empresa empregadora não inclui o pagamento à operadora (ARTIGO 7º, INCISO II, RDC nº 39/2000). Já os planos coletivos com patrocinador são planos coletivos com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Ou seja, a empresa empregado-

ra tem responsabilidade pelo pagamento das mensalidades à operadora. Inclui também os contratos mantidos por entidades de autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade (ARTIGO 7º, INCISO I, RDC nº 39/2000).

2.2.2.3 Tipo de Cobertura Assistencial dos Planos de Saúde

Cobertura assistencial é a denominação fornecida ao conjunto de direitos, ou seja, tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos, que um usuário possui na contratação de um plano de saúde (ANS, 2003).

Com a Lei 9.656/98 tornou-se obrigatório constar no contrato a cobertura assistencial que está sendo oferecida, independente da forma de contratação, contrato individual ou coletivo.

A legislação define dois tipos de cobertura que um plano de saúde pode oferecer. São elas: a cobertura integral do plano-referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico).

A Lei não impede que a operadora comercialize planos com coberturas e características superiores às do plano-referência, como aqueles com diferentes condições de acomodação ou com cobertura para procedimentos não obrigatórios.

2.2.2.4 Plano de Saúde quanto a Abrangência Geográfica

A cobertura geográfica, ou seja, as localidades em que o beneficiário poderá ser atendido, deve ser especificada no contrato. Tal cobertura pode alcançar um Município (cobertura municipal), um conjunto de Municípios, um Estado (cobertura estadual), um conjunto de Estados ou todo o país, a chamada cobertura nacional. Existem alguns planos que oferecem também a cobertura internacional (LEI 9656/98).

2.2.2.5 Plano de Saúde quanto à Organização da Rede de Serviços

Os planos de saúde se diferenciam pela forma de organização da rede de serviços, que deve garantir ao consumidor, individual ou coletivo, a cobertura assistencial contratada. A operadora define como se organiza a rede de serviços, sem alterar o tipo de contratação nem o tipo de cobertura (RDC 39/2000).

2.3 SERVIÇOS

Albrecht e Zemke (1990) revelam que a importância do segmento serviço na economia mundial tem apresentado um forte crescimento, pois é possível observar a transição de uma economia baseada em produção para uma economia baseada em serviços. Para os autores qualquer atividade resulta em um bem natural ou em um serviço. Serviço é toda atividade que beneficia o cliente e se constitui de atos ou

processos que existem na dimensão tempo. Produto é o ato de realizar uma atividade e seu resultado é o próprio produto.

Shostack (1982) indica que a diferença entre produtos e serviços é semântica. Produtos são objetos tangíveis que existem no tempo e no espaço, enquanto serviços são constituídos de atos ou processos e existem somente na dimensão de tempo.

Berry e Parasuraman (1992) analisam os serviços a partir dos benefícios que eles podem gerar e dizem que, se a fonte do benefício essencial de um produto é intangível, trata-se de um serviço, se a fonte é mais tangível do que intangível, ele é considerado um objeto. Um objeto pode ser estocado e um serviço é consumido no ato.

Uma definição bastante simples e compreensível de serviços é aquela dada por Zeithaml e Bitner (2000): "atos, processos e desempenhos".

Grönroos (1995, p.36) propõe a seguinte definição de serviço:

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços – que é fornecida como solução aos(s) problema(s) do (s) cliente(s).

Kotler e Armstrong (1998) definem serviço como sendo: “qualquer ato ou desempenho que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico”.

Segundo Shostack (Apud BERRY e PARASURAMAN, 1995) um objeto físico se auto-define, enquanto um serviço precisa de uma descrição. Os serviços diferem fundamentalmente das mercadorias pela intangibilidade, uma mercadoria é um objeto, um serviço, em essência, é um desempenho. Berry et al. (1994) afirmam que o serviço é um componente do valor que conduz qualquer empresa ao sucesso.

Serviço é um ato ou desempenho essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulte na posse de nenhum bem, sua execução pode ou não estar vinculada a um produto (KOTLER e ARMSTRONG, 1998).

Kotler (1998) alerta para o fato de que serviços são intangíveis, inseparáveis, variáveis e perecíveis. Cada uma dessas categorias apresenta desafios que exigem certas estratégias, buscando as maneiras adequadas de se conseguir: a tangibilidade aos intangíveis, aumentar a produtividade das pessoas envolvidas na prestação de serviços, aumentar e produzir a qualidade do serviço prestado, ajustar o fornecimento de pico e de baixa.

Para distinguir serviços de bens físicos, Kotler (2000) apresenta as quatro principais características de serviços. **Intangibilidade**: os serviços não podem ser vistos, provados ou sentidos antes de serem consumidos. **Inseparabilidade**: os

serviços são inseparáveis daqueles que o proporcionam, sejam pessoas ou máquinas. **Variabilidade:** os serviços são altamente variáveis e esta variabilidade pode afetar a qualidade do serviço. **Perecibilidade:** os serviços são perecíveis, não podem ser estocados para vendas ou uso futuro.

2.4 SERVIÇOS DE SAÚDE

Descrita a importância, definições e características dos serviços, no item 2.3, é possível ter um entendimento o que é serviços de saúde.

“Quem utiliza o serviço... esse sempre sabe o que é melhor. O médico sabe a parte técnica, mas nem sempre essa parte técnica entra de acordo com a prática (liderança comunitária, 58 anos)” (OLIVEIRA, 1996).

De acordo com a Lei nº 8080/90 em seu artigo 20º, os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para Novaes (2004), os serviços de saúde são estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas, incluindo desde consultórios individuais e unidades básicas até hospitais terciários e especializados, bem como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A condição essencial para sua identificação é ser o espa-

ço onde se localizam os profissionais e as tecnologias materiais responsáveis pela realização da atenção à saúde da população.

Os serviços se transformam continuamente no que diz respeito ao perfil tanto dos profissionais, com uma ampliação nas categorias inseridas nos processos assistenciais, com especialização horizontal (tipos de profissionais) e vertical (tipos de especialistas nas categorias profissionais), quanto das tecnologias materiais incorporadas e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados. Isso faz com que os serviços de saúde, atualmente sempre integrados a "sistemas de atenção à saúde", constituam-se em objetos que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar a sua participação e o seu impacto sobre os problemas de saúde de populações especificadas (NOVAES, 2004).

É nos serviços de saúde que acontece a quase totalidade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, bem como a atenção à saúde individual, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde (com tudo o que isso significa modernamente), com participação significativa na determinação das condições de vida e saúde/doença das populações. Todavia, os serviços de saúde são, com alguma frequência, inadequadamente reconhecidos pelo seu papel específico nos estudos sobre os fatores de risco associados à morbi-mortalidade de indivíduos e populações, ou de eficácia e efetividade de intervenções em pacientes, nas pesquisas desenvolvidas pela clínica e pela epidemiologia. Isto é, não são identificados os efeitos das características dos serviços sobre os pacientes, as quais interferem nas práticas tecnológicas individuais, ao serem organizações que articulam de forma complexa

dimensões tecnológicas com aquelas gerenciais, políticas, econômicas e culturais (NOVAES, 2004).

Serviços de saúde são organizações de natureza profissional, resistindo a qualquer interferência sem base nos preceitos que formam suas condutas individuais e coletivas (MINTZBERG, 1995).

Os serviços de saúde possuem algumas características similares aos demais serviços, como a intangibilidade, a dificuldade de padronização, a avaliação do desempenho e dentro dela, a avaliação da qualidade (PÔRTO, 1999:38).

2.5 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES - HOSPITAIS

[...] os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados (PETER DRUCKER, 1987).

O hospital é visto tradicionalmente como uma organização de serviços. As características de serviços são evidentes, o paciente é submetido a um processo de cuidados altamente individualizados, programados para atender suas necessidades específicas.

Um hospital é composto por uma estrutura funcional que dispõe de profissionais técnicos, sistemas de controles: operacional, suprimentos, equipamentos, tecnologia, instalações, uma administração qualificada e clientes.

Destaca-se a definição de hospital proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, apud BRASIL, 1998):

“São todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos”.

Elias (2001) define os hospitais como estabelecimentos voltados precipuamente para a assistência médica em regime de internação localizados geralmente em áreas urbanas, que funcionam dia e noite, apresentam graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispõem de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento.

Para Coltro (1998) hospitais são prestadores de serviços de saúde que reúnem num mesmo espaço físico uma gama de tarefas executadas separadamente por diversos fornecedores tais como: consultas médicas, exames laboratoriais, diagnósticos por imagem e cirurgias.

O Ministério da Saúde define hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de

pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 2000).

Ao contrário de outros empreendimentos, a matéria prima dos hospitais é o doente, cabendo a eles reintegrá-lo à sociedade em condições de retomar, tanto quanto possível, as funções que desempenhava anteriormente. Assim, o conceito de “pessoa humana” encontra-se intimamente associado à existência dessas instituições, que só adquirem pleno sentido quando são concebidas em razão e a serviço das pessoas (BRASIL, 1998).

Sendo assim, os clientes devem ser recebidos, tratados, compreendidos e aceitos não só como um ser finito, mas também com seu destino transcendente. Eles encerram uma riqueza incalculável, valores e tesouros ocultos, que nem sempre aparecem ante o olho clínico do profissional de saúde (BRASIL, 1998).

2.5.1 Funções do Hospital

As organizações hospitalares são componentes de uma rede de serviços de atenção à saúde, associados geograficamente, seja por uma organização planejada ou como consequência de uma organização espontânea dos elementos assistenciais existentes. Este conjunto abrange a totalidade da oferta de serviços disponíveis em um território, denomina-se sistema local de saúde (BRASIL, 1998).

No contexto de um sistema local de saúde, os hospitais desempenham serviços indispensáveis, destacando-se alguns aspectos, segundo Ministério da Saúde (1998):

- Oferecer assistência médica continuada;
- Oferecer assistência médica integrada;
- Concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio;
- Constituir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;
- Promover a saúde e prevenir as doenças sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso;
- Abranger determinada área;
- Avaliar os resultados de suas ações sobre a população da área de influência.

2.6 REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A revisão do papel do Estado na economia brasileira, realizada na década de 1990, fez surgir um novo aparato institucional, formado por órgãos de defesa da concorrência e agências regulatórias de serviços públicos recém-privatizados (SALGADO, 2003).

De acordo com o autor, esses entes públicos foram criados com base nos princípios ordenadores da economia inscritos pioneiramente na Constituição de 1988, quais sejam, a livre iniciativa, a livre-concorrência e a defesa dos consumidores.

A aplicação das novas regras legais, sua assimilação pela sociedade brasileira, assim como a elaboração e o aperfeiçoamento das políticas correspondentes vêm exigindo um esforço de mudança de valores na condução de negócios e na interação entre atores privados e públicos.

A Constituição de 1988 marcou a mudança da inserção do setor público no espaço econômico, ao definir a livre-iniciativa e a livre-concorrência como fundamentos da ordem econômica. A revisão do papel ocupado pelo Estado no ambiente econômico, inaugurado no início da década de 1990, estabeleceu-se o novo desenho institucional composto pelas agências reguladoras, desenho este que traz, como garantias de independência de pressões e interesses outros que não o interesse público, a decisão colegiada por membros investidos de mandato e a impossibilidade de revisão dessa decisão na esfera administrativa (SALGADO, 2003).

Do exposto, compreende-se a necessidade de se distinguir entre “reforma do Estado” e “reforma do aparelho do Estado”. O primeiro constitui um projeto mais amplo, que diz respeito às várias esferas de governo e ao conjunto da sociedade brasileira. O segundo mostra-se mais restrito, e significa “tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania (*ibid*)”. Assim, reforçar a governança significa rever a capacidade de governo do Estado, ou seja, operar a transição da administração pública burocrática, rígida e ineficiente para a administração gerencial,

flexível e eficiente, voltada ao atendimento do cidadão e à implementação de políticas públicas (SALGADO, 2003).

As agências assumem diferentes estatutos jurídicos, de participantes da administração direta à existência autárquica e independente. No Brasil, as agências que têm sido criadas apresentam competências dos mais diversos tipos: desempenham funções de Executivo (concessão e fiscalização), Legislativo (criação de regras e procedimentos com força normativa em sua jurisdição) e Judiciário (julgamentos, imposição de penalidades, interpretação de contratos e obrigações) (SUNDFELD, 2000).

Tem sido uma constante na história brasileira a retirada de políticas dos setores tradicionais do setor público pela administração direta. A título de ilustração, observe-se que durante o governo JK, as decisões que culminaram no acelerado processo de industrialização foram tomadas pelos grupos executivos, preocupados com a agilidade e redução de barreiras ao processo de tomada de decisão (LAFER, 1993, apud SALGADO, 2003, p. 18).

Esse mesmo modelo serviu de inspiração para a tentativa de coordenação de decisões empresariais, com vistas à estabilidade de preços experimentada durante o governo Collor, com a instituição de Câmaras Setoriais. A experiência, repetida durante o governo Itamar Franco, na tentativa de reedição de uma política industrial, incorporava traços de neocorporativismo — com a participação de sindicatos patronais e de trabalhadores —, o que se mostra incompatível com o ambiente institucional necessário a uma verdadeira economia de mercado (SALGADO, 2003).

Ao contrário do modelo neocorporativista editado na primeira metade da década de 1990, a constituição de agências regulatórias reclama outro modo de participação da sociedade. Nos termos indicados pelo governo Fernando Henrique: “a modernização do aparelho do Estado exige, também, a criação de mecanismos que viabilizem a integração dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública. Através do controle social crescente será possível garantir serviços de qualidade” (BRASIL, 1995.)

Agências, ou pelo menos a menção de sua instalação, parecem que carregam consigo as soluções nunca antes encontradas pela burocracia tradicional” (NUNES, 2001). Atentos ao alerta do autor, deve-se evitar a tentação de ver o instituto das agências regulatórias como panacéia para todas as dificuldades de governança experimentadas no aparelho de Estado.

Considerando-se o exposto, foram seguidos cinco princípios básicos norteadores na constituição dos entes regulatórios (BRASIL, 1995):

- a) autonomia e independência decisória;
- b) ampla publicidade de normas, procedimentos e ações;
- c) celeridade processual e simplificação das relações entre consumidores e investidores;
- d) participação de todas as partes interessadas no processo de elaboração de normas regulamentares, em audiências públicas; e
- e) limitação da intervenção estatal na prestação de serviços públicos, aos níveis indispensáveis à sua execução.

Segundo Teixeira et al. (2002), havia consenso em torno da necessidade de uma intervenção estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde. Existiam divergências apenas em relação aos objetivos e limites dessa intervenção. Essas discussões em torno de uma regulação do setor de assistência suplementar à saúde culminaram com a aprovação do Projeto de Lei do Senador Iran Saraiva, na Câmara Federal, em 1997.

A Lei 9656/98 foi desenvolvida com a participação da sociedade e impregnada da aspiração de reduzir a assimetria do poder existente nas relações entre clientes e operadoras de planos de saúde. Com a aprovação da norma legal interrompe-se a era de ausências de arbítrio estatal num setor da economia em que os interesses das partes envolvidas, operadoras, clientes e prestadores de serviços de saúde, deixavam para trás a remota possibilidade do consenso.

A regulamentação do sistema de saúde suplementar no Brasil teve seu marco institucional com a promulgação da Constituição de 1988. Ao mesmo tempo em que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, com características de universalidade, integralidade e gratuidade, a carta de 1988 estabelece que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada para participação de forma complementar ao serviço público, segundo diretrizes deste e condicionada a regulamentação específica” (CF, 1988).

Em setembro de 1999, as atribuições da regulação foram reunidas no Ministério da Saúde, porém condicionadas às normas fixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar - CONSU em uma nova composição, formavam o conselho os Ministros da Fazenda, Saúde, Planejamento e Gestão, Justiça e a Casa Civil que o presidia.

O Conselho de Saúde Suplementar passa a ter responsabilidades pela fixação de normas para a constituição, funcionamento do setor e fiscalização das empresas operadoras, tanto no aspecto assistência à saúde quanto nos aspectos econômicos e financeiros da atividade.

Nos setores industriais as agências foram desenvolvidas nos marcos da reforma do Estado e na formação e diversificação de mercados. A ANS surgiu em função das falhas de mercado observadas entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores (ANS, 2004).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada no início de 2000, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar em saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive suas relações com os prestadores e clientes.

Segundo Montone (2003) a Agência Nacional de Saúde foi criada para regular uma atividade privada: a) já existente; b) extremamente complexa; c) num setor essencial, que é saúde; d) que nunca havia sido objeto de regulação do Estado.

A Agência tem a finalidade de regular os mercados de saúde suplementar nos termos da Lei 9656/98 (atualmente na forma da MP 2.177-44), setor de competitividade elevada, sendo a orientação do contrato assinado com o Ministério da Saúde (ANS, 2004).

Com o objetivo de proteger o direito dos beneficiários, considerou-se que as políticas governamentais deveriam garantir uma assistência de boa qualidade aos usuários dos planos de saúde, coibindo, assim, as restrições e impedimentos da utilização de determinados serviços de saúde.

Pode-se demarcar quatro fases distintas no processo de implantação do sistema de regulação do setor de saúde suplementar no Brasil (ANS, 2002). A primeira fase foi à aprovação da Constituição Federal em 1988 e a aprovação da Lei 9656 no ano de 1998. A segunda fase ocorre no ano de 1999, em plena vigência da Lei, com intenso processo de negociação no Congresso Nacional acerca do modelo de regulação a ser adotado. No final do ano de 1999 e início de 2000, inicia-se a terceira fase do processo com a decisão pela unificação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, de todas as atribuições de regulação do setor e aprovação da Lei nº 9961/2000 de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que assume integralmente as ações de regulação da saúde privada no País, mediante implementação de ações de normatização, acompanhamento e fiscalização do setor. A quarta fase do processo de implantação do sistema encontra-se ainda em curso e se constitui no esforço de complementação e aperfeiçoamento do arcabouço normativo.

Dessa forma, foi criada a Lei 9.656/98, que, juntamente com resoluções e decretos, regulam o setor de planos de saúde, buscando um equilíbrio entre beneficiários e operadoras de plano de saúde. Com isso, determinaram-se os padrões de cobertura, conceituaram-se de maneira objetiva as doenças pré-existentes e proibiram-se limites à quantidade de procedimentos e períodos de internação, dentre outras medidas (MESQUITA, 2002).

O sistema de regulação de saúde suplementar vigente no Brasil se dá sob dois aspectos: o econômico-financeiro, que define as condições de ingresso, de operação e de saída do setor, bem como a exigência de constituição de reservas e garantias financeiras das operadoras para cumprir os contratos assinados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor e os assistenciais mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde, ou seja, a exigência de que todas as operadoras demonstrem a capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde (ANS, 2003).

O objetivo principal é oferecer segurança ao consumidor dos serviços privados de assistência à saúde quanto à garantia de cumprimento dos contratos e à capacidade econômico-financeira das operadoras, para, cumprir os aspectos relativos à assistência à saúde, que se referem às garantias de extensão mínima das coberturas. Para Mesquita (2002), a criação da Lei 9.656/98 pode ser considerada um grande avanço da sociedade brasileira no sentido de fornecer parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então desordenado.

Para ANS (2004), os primeiros quatro anos de regulação, a política governamental exercida sobre o mercado de planos de saúde apresenta características esperadas às funções reguladoras: o processo de regulamentação formal tem gerado normas, padrões, sanções às operadoras de planos de saúde, que passaram a ser cobradas pela qualidade dos contratos e pela adequação da administração financeira.

2.6.1 Características do Mercado

Arrow (1963), em trabalho considerado clássico sobre o assunto, define que o objeto do estudo da saúde em termos macroeconômicos está relacionado à indústria de cuidados médicos; mais precisamente, refere-se ao complexo de serviços centrados no médico, grupos privados de atenção à saúde, hospitais e saúde pública.

Uma das principais características do mercado de serviços de saúde é o fato de parte dos bens produzidos serem considerados bens públicos, isto é, são bens que só o Estado pode prover porque não há interesse privado em fornecê-los.

Além das dificuldades de operacionalizar o equilíbrio entre oferta e procura visando à inclusão universal da população; a alocação de recursos no setor saúde envolve escolhas e dificuldades específicas e mais complexas. A alocação não pode ser baseada somente no custo-efetividade, que focaliza a eficiência, mas ignora a equidade. A incerteza associada ao risco financeiro potencial, gerado pela ocorrência de doenças graves, legitima a demanda por subsídios ou seguro público (FARIAS; MELAMED, 2003).

Seguros contra problemas de saúde apresentam características próprias relacionadas a várias formas de falhas de mercado – *market failures* – (Arrow, 1985). Uma das questões que se observa é o que se convencionou chamar de risco moral (*moral hazard*), ou seja, situações nas quais o seguro social ou privado atua como um fundo de financiamento coletivo ao consumo de serviços de saúde, estimulando o consumo dos que pagam menos e que teriam menos acesso a estes serviços, ca-

so tivessem que pagá-los a partir de sua própria renda. Em decorrência, indivíduos que participam com igual contribuição no financiamento usufruem de forma diferenciada dos serviços ofertados.

Quando várias seguradoras que atuam segundo as regras de mercado maximizando lucro competem para vender planos, tanto a teoria como a evidência empírica mostram que ocorre a seleção adversa (*adverse selection*) e a seleção de risco (*risk-selection*), as quais comprometem seriamente a eficiente operação dos mercados de seguro. O primeiro se refere a seleção de potenciais compradores que não interessaria às empresas terem como clientes. Fundamentalmente encontra-se associado ao perigo de incorporar como clientes indivíduos cujos tratamentos custarão mais do que em média a seguradora está disposta a financiar. Com o objetivo de protegerem-se da combinação de planos baratos e riscos potenciais altos, as seguradoras investem na seleção de risco: gastam mais em administração, criando barreiras à inscrição de indivíduos com potenciais problemas de saúde ou idosos.

A seleção adversa e o risco moral emergem em um contexto onde consumidores e seguradoras possuem apenas informação incompleta, o que também acarreta falha de mercado à medida que é condição necessária para competição perfeita que compradores e vendedores possuam informação completa. Uma dificuldade adicional corresponde à informação assimétrica (*asymmetry information*), isto é, informação disponível somente a um dos lados do mercado. Por exemplo, consumidores que conheçam seus riscos de saúde têm um incentivo para omiti-los das seguradoras para evitar mensalidades muito altas. As seguradoras, em contraste, geralmente conhecem mais sobre riscos médios e custos da assistência do que os consumi-

res; a ignorância dos consumidores nestes assuntos também pode conduzir à ineficiência.

Como consequência destas falhas de mercado, na ausência de regulação e existindo companhias seguradoras que atuam na forma de terceiro-pagador, aqueles com condições crônicas ou altos riscos de saúde serão sub-segurados. Além disso, os custos administrativos serão mais elevados do que os necessários devido aos esforços das seguradoras de filtrar riscos e processar reclamações sob as quais nem o provedor nem o consumidor estão dispostos a se responsabilizar. É neste sentido que o “mercado não funciona” na atenção à saúde. Contudo, estas são falhas que se detectam predominantemente no mercado de seguros de saúde, e não necessariamente falhas do mercado de saúde como um todo (FARIAS; MELAMED, 2003).

O debate em torno do papel dos setores público e privado na saúde se organiza teoricamente em torno de como e em que profundidade ocorrem as falhas de mercado. Estas, como uma noção econômica, se referem a possíveis desencontros ou desequilíbrios entre o que o mercado oferta e o que consumidores racionais bem informados possam demandar.

2.7 QUALIDADE

Neste item, serão apresentados os aspectos relacionados à qualidade, a partir das definições dadas por autores renomados desta área. Além disso, é tratada de forma mais específica a questão da qualidade nos serviços de saúde.

Definir qualidade não é uma tarefa fácil, pois tal conceito assume inúmeras dimensões. Além disso, a definição de qualidade é carregada de valores e apresenta um forte dinamismo, mudando de acordo com as expectativas de quem a percebe (MÜLLER, 1996).

Para Mezomo (1992) qualidade é um “conjunto de propriedades e características de um produto ou serviços que lhe confere aptidões para atender necessidades expressas ou implícitas”. Um serviço de qualidade, então, poderia ser definido como “aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente” (CAMPOS, 1992).

Devido a essa ampla diversidade de interpretações para a definição de qualidade, torna-se necessário apresentar aquelas fornecidas por alguns autores desta área:

“Qualidade é adequação ao uso” (JURAN, 1991:21);

“A qualidade deve ser definida como cumprimento dos requisitos” (CROSBY, 1992);

“Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente” (DEMING, *apud* ROSSATO, 1996);

“Qualidade é um sistema de produção que produz, economicamente, coisas ou serviços que atendem às exigências dos clientes” (ISHIKAWA, 1993).

“Qualidade é a correção dos problemas e de suas causas ao longo de toda a série de fatores relacionados com marketing, projetos, engenharia, produção e manutenção, que exercem influência sobre a satisfação do usuário” (FEIGENBAUM, 1994).

Segundo Oliveira (1994), ao examinar essas definições, percebe-se que, em conjunto, elas mencionam três pontos-chave, que são requisitos definidores da qualidade. São eles:

- a) A funcionalidade do produto ou serviço oferecido ao cliente;
- b) O valor que o produto ou serviço tem para o cliente;
- c) O reconhecimento do cliente como o legítimo avaliador dessa qualidade.

A funcionalidade significa o bom desempenho das funções de um produto ou serviço. Os autores que mais enfatizam esse aspecto da qualidade são Juran e Crosby. Para Oliveira (1994), “[...] embora seja um requisito importante, isoladamente a funcionalidade do produto ou serviço não é suficiente para definir a qualidade”.

A noção de utilidade, ou seja, adequação ao uso, se esse for relevante para o cliente, é um conceito associado à noção de preferência. Esse aspecto da qualidade está mais evidenciado na definição fornecida por DEMING.

Já a prerrogativa do cliente na definição de qualidade, significa que o próprio cliente decide se o produto/serviço tem ou não esse atributo. Os autores que mais expressam esse aspecto são Crosby, Deming e Feigenbaum. Ocorre que, em algu-

mas vezes, o cliente não está capacitado para definir o que é qualidade devido ao seu limitado conhecimento acerca das opções existentes. Então, Oliveira (1994:30) sugere uma melhor definição: “Qualidade é aquilo que o cliente acha que é, desde que esteja consciente das opções disponíveis”.

Garvin (1992) realizou um estudo onde procurou sistematizar os conceitos de qualidade em cinco abordagens. São elas: abordagem transcendental; abordagem centrada no produto; abordagem centrada no valor; abordagem centrada na fabricação; e abordagem centrada no usuário.

Existem, hoje, vários modelos que procuram avaliar a qualidade. Portanto, é importante considerar que toda a avaliação é a emissão de valores entre o encontrado e o desejado. E esse juízo de valores irá depender do que o observador considera mais ou menos importante, uma vez que o objeto de avaliação pode ser abordado sob diferentes ângulos (MÜLLER, 1996).

Torna-se ainda mais complexo avaliar a qualidade quando esta está relacionada a serviços. Isto ocorre porque alguns atributos dos serviços são valorizados por um cliente e por outro não. Os critérios de valorização são diferentes para cada indivíduo, pois o valor assumido é percebido de forma diferente para cada pessoa.

Ademais, existe a dificuldade em se fazer uma análise de custo-benefício no setor de serviços, pois os benefícios são intangíveis e relacionados com a percepção de cada indivíduo.

2.8 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

“A busca da qualidade assistencial dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude exótica e tornou-se uma necessidade técnica e social” (NOVAES e PAGANINI apud QUINTO NETO, 2000).

Em 1913, o Dr. Ernest Codman apresentou uma dissertação à Sociedade Médica de Filadélfia com o título “O produto dos Hospitais”, com o objetivo de estimular a reflexão e o debate em torno da padronização dos hospitais, buscando o aumento da qualidade de seus serviços. Dizia ele:

“Devemos formular algum método para elaborar os relatórios dos hospitais que nos permitam conhecer, de forma mais exata possível, os resultados obtidos com o tratamento de pacientes nas diferentes instituições. Este documento deve ser elaborado e publicado por cada hospital segundo um sistema uniforme, para possibilitar comparações. Com um relatório deste tipo como ponto de partida, quem estiver interessado poderá começar a formular perguntas sobre administração e eficiência” (CODMAN apud NORONHA, 2001).

Em 1918 é publicado o primeiro padrão e se inicia o movimento de padronização dos hospitais americanos. No ano seguinte o Colégio de Cirurgiões adota o “Padrão Mínimo”, um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que incluíam a necessidade de existência de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento (QUINTO NETO, 2000).

A evolução das experiências e esforços proporcionou as bases para a construção de uma “Teoria de Qualidade em Saúde”, que tem Donabedian como seu principal expoente (QUINTO NETO e GASTAL, 1997).

A qualidade em serviços ultrapassou as fronteiras da área industrial e alcançou os prestadores de serviços. Dentre estes, os hospitais tem sido importantes propagadores da necessidade de implantação de programas para a melhoria dos serviços prestados.

Apesar do tema qualidade em serviços de saúde não ser considerado inovador, assim como o discurso de busca da excelência nesses serviços, ainda existe um número baixo de instituições de saúde que implementaram ou estão implementando alguma iniciativa de qualidade (MALIK e TELES, 2001).

Malik e Teles (2001) em pesquisa realizada com 97 hospitais de São Paulo, no ano de 1999, observaram que apenas 22,7% destes haviam implantado ou estavam implantando algum programa de qualidade. As razões mais freqüentes que motivaram a implantação dos programas, segundo os entrevistados, foram:

- melhorar a assistência prestada;
- melhorar a organização;
- aumentar a satisfação do usuário.

É importante considerar que entre os dirigentes de hospitais que ainda não haviam implantado algum programa de qualidade, 72% declararam a intenção de im-

plantar esse tipo de programa e alguns se queixaram da falta de recursos para o desenvolvimento de iniciativas desse tipo (MALIK e TELES, 2001).

Quanto à definição da expressão 'qualidade em serviços de saúde', existem vários estudiosos que tratam diretamente dessa questão, explorando diferentes aspectos do seu significado.

Segundo García (2001), em medicina, assim como em outras áreas, o termo qualidade se aplica à excelência, à perfeição de um processo, à obtenção de bons resultados com uma determinada técnica ou procedimento.

Qualidade em saúde é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social (DONABEDIAN, 1990; GASTAL, 1995).

Para Vuori (*apud* Müller, 1996) a noção da qualidade varia entre os interesses dos diferentes grupos. Tais grupos, planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviços e consumidores - podem conceituar a qualidade de diferentes maneiras, enfatizando mais alguns dos diversos aspectos que a constituem.

De acordo com os autores Quinto Neto e Gastal (1997), coerentemente com o modelo médico, a qualidade em saúde busca assegurar ao paciente que toda a organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes a ação médico-terapêutica (GASTAL e LEITE, 1992).

A qualidade em serviços de saúde possui duas dimensões principais, que se referem aos aspectos técnicos e humanos. Na avaliação da qualidade destes serviços deve-se considerar a parte técnica, que consiste no conhecimento científico e na tecnologia e como estes são aplicados nos cuidados à saúde. Quanto aos fatores humanos, deve-se avaliar como as necessidades pessoais dos pacientes foram atendidas.

Avedis Donabedian, considerado o fundador do campo da qualidade em serviços de saúde, introduziu, em 1966, os conceitos de estrutura, processo e resultado, com o objetivo de orientar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (GASTAL, 1997).

Por estrutura são definidas não apenas a estrutura física, mas também o que refere-se aos recursos humanos e financeiros necessários. O conceito de processo equivale à existência de um padrão normativo. Por resultado, entende-se as consequências do atendimento, ou seja, a mudança ocorrida no estado de saúde do paciente, a melhora na função social e psicológica, assim como a satisfação do paciente, o conhecimento adquirido e a mudança no seu comportamento (DONABEDIAN, 1980).

Tais conceitos constituem, nos dias de hoje, o paradigma dominante da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (FRENK, 2000).

O autor também defende que uma boa estrutura, isto é, recursos suficientes e um sistema adequado, seja provavelmente o meio mais importante de proteger e

promover a qualidade dos cuidados com a saúde. A estrutura é relevante para a qualidade uma vez que aumenta ou diminui a probabilidade de uma boa performance.

Porém, o uso de indicadores de qualidade baseados apenas na estrutura é muito limitado, uma vez que não existe conhecimento suficiente sobre a relação exata entre a estrutura e a performance. Donabedian, em 1990, dimensionou a qualidade dos serviços de saúde em sete atributos, conhecidos como os sete pilares da qualidade. São eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

- A eficácia é definida como a capacidade de a ciência da medicina melhorar a saúde e o bem estar do paciente. Significa o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis, dada às condições dos pacientes e mantendo-se inalteradas as demais circunstâncias;
- Efetividade significa a melhoria na saúde alcançada nas circunstâncias usuais, do dia a dia;
- Eficiência é a medida do custo com que se atinge uma dada melhoria no estado de saúde. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a de menor custo será a mais eficiente;

- Otimização é a relação entre o custo e os benefícios gerados pelos cuidados à saúde. Ela se torna relevante quando o efeito do cuidado é avaliado em relação ao custo do serviço;
- Aceitabilidade significa a adaptação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. A aceitabilidade depende dos valores subjetivos dos pacientes quanto à efetividade, eficiência, otimização, além de outros elementos;
- A legitimidade é a aceitabilidade do cuidado julgado pela sociedade em geral;
- E a equidade é o princípio pelo qual se determina o que é justo na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os membros da população.

O roteiro do questionário aplicado na pesquisa científica nas organizações hospitalares e operadoras de planos de saúde fundamentou-se nos critérios de avaliação do Programa de Acreditação Hospitalar relativo ao item qualidade na assistência.

É necessário esclarecer a definição da palavra acreditação, além de ser um termo pouco conhecido no Brasil. Segundo descrito no Manual da Organização Panamericana da Saúde (Novaes e Paganini, 1994), “acreditação é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende

a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos”. Nesses termos, o verbo acreditar vem sendo empregado como equivalente ao ato de se proceder a acreditação (MALIK, 1998).

De acordo com o Dicionário Aurélio apud Quinto Neto (2000) o termo acreditar significa dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer crédito. Acreditação significa outorgar a uma organização um certificado de avaliação que expressa a conformidade com um conjunto de padrões previamente estabelecidos.

Acreditação portanto representa um instrumento de aferição da qualidade de caráter externo, o qual confere ao financiador a confiança de estabelecer negócios com uma organização de saúde que apresenta concordância com determinados padrões de qualidade (SATURNO apud QUINTO NETO, 2000).

Considera-se que o início do movimento para o desenvolvimento de um processo de acreditação hospitalar deu-se em junho de 1995, quando a Organização Panamericana de Saúde – OPAS, realizou na Academia Nacional de Medicina, o seminário sobre Acreditação Hospitalar. Representantes do Brasil, Chile, Uruguai, Paraguai e Argentina participaram do seminário. Tal evento visava debater quais os mecanismos mais adequados para garantir a sustentação do Programa de Acreditação Hospitalar. Senso discutido o processo de definição dos padrões, para que a sua validade alcançasse âmbito nacional. Desde então, o Ministério da Saúde investe no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002).

De acordo com a ONA, ocorreram quatro iniciativas pioneiras em acreditação no País, que foram desenvolvidas pelos Estados de São Paulo (C-QH/APM/CREMESP), Rio Grande do Sul (Selo Qualidade RS - PGQP), Paraná (I-PASS/SES-PR/FEHOSPAR) e Rio de Janeiro (CBA/CESGRANRIO/CBC), o Ministério da Saúde procurou uma parceria com esses grupos, com o objetivo de consolidar as diversas experiências numa metodologia única, de consenso, para o início da implementação de um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA, 2000).

O desenvolvimento de uma metodologia única ocorreu com o consenso entre os múltiplos grupos nacionais, que reforçou o processo incorporando um expressivo conjunto de conhecimentos e experiências previamente acumulados. Isso propiciou uma identidade nacional ao modelo, não só por envolver todos os grupos dos diversos Estados, mas por incorporar um trabalho voltado para a realidade nacional e não, simplesmente, à importação de um modelo europeu ou norte-americano e sua transplantação direta para o Brasil (ONA, 2000).

O projeto foi coordenado pelo Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde (SPS-MS), do Ministério da Saúde, tendo como base o Manual de Acreditação, elaborado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e pela Federação Latino-Americana de Hospitais, de autoria de Humberto de Moraes Novaes e José Maria Paganini (documento publicado no Brasil com apoio da FBH).

Sob a consultoria do Dr. Humberto Novaes, foi constituído um grupo de trabalho composto por profissionais oriundos das instituições que já trabalhavam com programas de acreditação ou de qualidade em serviços de saúde nos citados Esta-

dos, e das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estabelecer um consenso nacional sobre o modelo, a metodologia e a estratégia de implantação de um sistema de acreditação para o Brasil.

Segundo Oliveira (2000) o Ministério da Saúde, a partir da criação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar inseriu-se definitivamente no desenvolvimento de um processo de Acreditação Hospitalar, ao promover um sistema de avaliação e certificação da qualidade das instituições que cuidam da saúde.

O Ministério da Saúde, em abril de 2001, através da Portaria GM nº 538, reconhece a Organização Nacional de Acreditação como a instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil (BRASIL, 2001).

Reforçando a implementação do Programa de Acreditação Hospitalar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Organização Nacional de Acreditação assinam o Convênio ANVISA/ONA nº 026/2001 (BRASIL, 2001).

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar – PBAH, iniciado pelo Ministério da Saúde e coordenado atualmente pela ONA, consiste em um processo de busca da melhoria permanente da qualidade dos serviços de saúde por meio da aferição da conformidade dos processos de trabalho em saúde, com padrões que representam expectativas desejáveis de desempenho de uma organização de saúde (CORDEIRO, 2000).

A acreditação de organizações de saúde, como forma de elevação da qualidade assistencial, apresenta-se como mecanismo capaz de integrar a medicina, a gestão e a saúde com a comunidade (QUINTO NETO, 2001).

Entre as vantagens de se introduzir essa nova metodologia estão a melhoria tanto do gerenciamento da unidade quanto da qualidade da assistência ao paciente, que será feita com mais segurança e eficiência. “No futuro significará um diferencial de mercado, uma marca reconhecida pelos usuários”, ressalta o Superintendente da Organização Nacional de Acreditação - ONA, FÁBIO GASTAL (ONA, 2004).

2.9 CONTRATUALIZAÇÃO

Toda e qualquer forma de acordo entre operadora de plano de saúde e prestadores de serviços deve ser expressamente disciplinada pelo instrumento contratual que define a relação (RN 42/2003).

A Lei 9656/98 considera a prestação de serviços médicos de natureza contratual continuada e com a entrada do novo Código Civil, em janeiro de 2003, qualquer relação contratual, seja de plano de saúde, seja de credenciamento de rede, a essas relações se aplicam às regras da responsabilidade civil contratual à sua dissolução.

É importante esclarecer alguns conceitos que aparecem na legislação:

a) O contrato faz lei entre as partes e assim deve ser entendido. Essa obrigatoriedade forma a base do direito contratual. O contrato é o veículo ideal para conter obrigações recíprocas. Havendo litígio decorrente do contrato, a interpretação em nosso direito realça dois elementos que integram qualquer manifestação de vontade. Há um elemento externo, palpável, material, perceptível pelos sentidos: trata-se da declaração contratual propriamente dita. Na relação contratual, esse aspecto materializa-se pela palavra escrita ou falada e, mais raramente, por gestos ou condutas dos contratantes. De outro lado se coloca o elemento interno, isto é, o que foi realmente pensado, raciocinado e pretendido pelos contratantes, qual seja, o substrato de sua declaração, sua vontade real (VENOSA, 2002).

b) Dissolução do contrato: Ocorre na rescisão (extinção culposa resultante do descumprimento de dever dos contratantes), na resolução (extinção sem culpa e voluntária de caráter unilateral ou bilateral) e na resolução (extinção sem culpa e involuntária, fim do contrato).

A Lei 9656/98 evita a rescisão unilateral que venha prejudicar o beneficiário, quando necessitado da assistência contratada. Basta observar que há uma relação tripartite neste contexto, existindo um inter-relacionamento entre usuário, operadora e prestador de serviço de saúde. E, assim sendo, todo ato direcionado a qualquer um desses atores haverá uma ação direta sobre os demais e vice-versa.

Para Silva (2003), 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 suspen-

são de contratos, e outras formas de contenção da utilização dos serviços. Tem-se conhecimento que a maioria dos contratos em vigor firmados entre operadoras e prestadores de serviços de saúde especificamente os hospitais ainda estão em desacordo com as recomendações da Agência Nacional de Saúde, sendo que foram rubricados anteriormente à criação da Lei 9.656/98.

A Lei 9.961/00 dispõe em seu Art. 3º que “a Agência tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviços e consumidores”. No artigo 4º, inciso II, descreve a competência para “estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais entre prestadores de serviços e operadoras do setor” (BRASIL, 2000).

A ANS percebia a necessidade de desenvolver estudos para levantamento dos termos dos contratos de prestação de serviços firmados entre operadoras de planos de saúde e hospitais, assim como outras categorias de prestadores de serviços. Sendo necessário pensar da mesma forma para que todos os segmentos integrantes do setor de saúde suplementar, que são representados na Câmara de Saúde Suplementar - CSS, órgão consultivo permanente da Agência.

Instalada em 10 de julho do ano 2002, a Câmara Técnica de Contratualização até 06 de novembro último ocorreram sete reuniões, discutindo e consolidando sugestões dos técnicos do setor para o tema.

A ANS (2003) disponibilizou ao mercado de saúde suplementar a proposta para a contratualização das instituições hospitalares na prestação de serviços aos planos privados de assistência à saúde, através da Consulta Pública nº 9 realizada no período de 12/04/2003 a 25/05/2003. Posteriormente à Consulta Pública, foram definidos os itens que deverão constar no instrumento contratual entre operadoras de planos de saúde e organizações hospitalares que lhes prestam serviços.

Faz jus enfatizar os seguintes itens do instrumento contratual: o estabelecimento de prazo para faturamento e pagamento dos serviços prestados pelo hospital; a definição de rotina para a conferência e certificação das faturas recebidas pela operadora; e a fixação de multa, entre as partes, em caso de não cumprimento do contrato por uma delas; além da definição de rotinas entre operadora e hospital para que, no momento em que necessitar do atendimento à saúde garantido por sua operadora, o cliente tenha seu direito reconhecido sem dificuldade pelo hospital.

A norma do instrumento contratual foi baixada pela Diretoria Colegiada da ANS, após a análise das colaborações que foram obtidas na 9ª Consulta Pública da ANS. A normatização da Resolução Normativa é o resultado da cooperação de todos os representantes dos diversos segmentos, inclusive dos consumidores, que integram o setor de saúde suplementar, deixando compreensíveis os direitos e obrigações das operadoras de planos de saúde e dos seus prestadores de serviços, para que sejam evitadas pendências que possam vir a prejudicar a assistência a que têm direito os clientes dos planos de saúde.

A ANS (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, através da Resolução Normativa nº 42.

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar 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 sócia” (SILVA, 2003).

Segundo o Presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos (2004), “esse é um setor no qual os consensos são mínimos porque os interesses são muito antagônicos. Como o setor cresceu sem regras, na hora em que elas foram estabelecidas, alguém se sentiu prejudicado. A Lei mexeu na lucratividade das empresas e as operadoras decidiram tentar um ajuste, mexendo nos contratos com os prestadores” .

Os instrumentos jurídicos entre as partes devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-lhes os princípios da teoria geral dos contratos.

São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam:

I – qualificação específica:

a) registro da operadora na ANS e b) registro da entidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, de 2000.

II – objeto e natureza do ajuste, bem como descrição de todos os serviços contratados ou seja:

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

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

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

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

a) prazo de início e de duração do acordado; e b) regras para prorrogação ou renovação.

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação, com vistas ao atendimento do disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, em especial:

a) o prazo mínimo para a notificação da data pretendida para a rescisão do instrumento jurídico ou do encerramento da prestação de serviço; e b) a identificação por parte da entidade hospitalar dos pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitam de atenção especial.

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

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei 9.656, de 1998, e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

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

Depois da publicação da RN nº 42/2003 a ANS publicou no mesmo ano a RN nº 54/2003 que estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais e a RN nº 71/2004 que estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

A ANS constitui o Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização que tem as jurisdições de analisar as informações recebidas de setor relativo ao processo de implantação dos normativos referente a contratualização, avaliar formas de encaminhamento para eventuais dificuldades encontradas ou sugestões de aperfeiçoamento e propor medidas no âmbito da ANS para monitorar o atendimento aos normativos (PT/ANS nº 861/2004)

Sensibilizada com o impacto da aplicação da nova norma, a ANS confere ao Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização a interpretação dos dispositivos da RN nº 42, que vem gerando polêmica. Observa-se que os dispositivos fo-

ram compreendidos diferentemente entre os agentes. O Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização detalhou cada artigo e itens da RN nº 42, com o objetivo de padronizar o entendimento técnico da norma que, num segundo momento, será apresentada novamente ao mercado de saúde suplementar a RN com as orientações técnicas uniformizadas para extinguir os equívocos dos agentes envolvidos.

Na reunião da Câmara de Saúde Suplementar ocorrida em 04 de novembro de 2004, foram apresentadas as interpretações corretas dos dispositivos da RN nº 42 como também repassadas orientações técnicas aos representantes do mercado de saúde suplementar. No momento atual, a ANS, juntamente com o Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização, está decidindo a melhor forma de publicar as interpretações dos dispositivos da RN nº 42.

O Presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos, reconhece a necessidade da reformulação e adequação das normas vigentes no mercado de saúde suplementar:

“Vou propor que o braço da regulação se estenda aos prestadores (clínicas, laboratórios, médicos e hospitais). Essa relação conflituosa que ocorre hoje entre prestadores e operadoras precisa ser regulada também. No marco legal atual isso não existe. Nós não multamos hospitais, por exemplo. Não temos como intervir, pois pela lei atual só as operadoras estão sob a regulação” (SANTOS, 2004).

Estudos realizados pela entidade representativa de primeiro grau dos hospitais privados do Rio de Janeiro (SINDHRIO, 2004) confirmaram que os hospitais e operadoras não estão ajustados a RN 42/2003. Em 2004, foram analisadas trinta minu-

tas de contrato de prestação de serviços médicos-hospitalares encaminhados pelas operadoras aos hospitais, e nenhuma das minutas atende totalmente as normas estabelecidas pela ANS, a RN 42/2003. Coelho (2004) relata que a resolução era uma antiga solicitação dos hospitais e visava a estimular o estabelecimento de regras de convivência e direitos essenciais na relação comercial entre as partes. Para Silva (2004), a RN 42/2003, certamente representa uma importante contribuição para que todos os requisitos fundamentais que regem a relação contratual entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços estejam celebrados formalmente através de um instrumento jurídico.

Segundo Coelho (2004), o parecer do estudo evidência algumas irregularidades, as minutas dos contratos não indicam prazo para reajuste, não estimulam forma de pagamento e não definem a obrigatoriedade de informação previa sobre glosas ou retenção de pagamento por serviços efetivamente prestados, sem exceção, todas as minutas estão em desacordo com as normas da ANS. Para Brandt (2004), “até o momento é vantajoso para ambas às partes não existirem contratos formais, razão pela qual nenhuma das partes tem se empenhado na sua implantação. Com a evolução do processo de relações entre essas partes, acredito que a relação contratual será obrigatória e do interesse de ambas as partes”. 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 (SILVA, 2003).

Entretanto, é tempo suficiente para que a ANS inicie as ações e empregue esforços no aumento da competitividade do mercado, tanto em preço quanto em qualidade, e simultaneamente trabalhe no sentido de legitimar a ação do governo, através da reavaliação das atuais regras dos contratos de prestação de serviços de saúde com as operadoras e hospitais (SILVA, 2003).

3 CENÁRIO DO TRABALHO E OS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, são apresentados os elementos chave da metodologia aplicada nesta dissertação. Nas seções seguintes, serão tratadas as questões da dissertação, a caracterização dos agentes envolvidos no estudo, a metodologia empregada, a definição dos objetivos da pesquisa, a determinação do método de coleta dos dados, a descrição do universo da pesquisa, o instrumento de coleta, a definição do tipo de coleta de dados, a técnica adotada para a coleta de informações, as fontes das informações e as formas de tratamento.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Nesta seção serão apresentadas as informações dos agentes envolvidos na pesquisa: operadoras de planos de saúde e as organizações hospitalares. Com o início do processo de regulamentação do setor de saúde suplementar em 1999, foram cancelados pela ANS os registros de 938 operadoras. Do total, 70,5%, solicitaram desligamento (ANS, 2004). A Figura 3 demonstra a evolução das operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar e a Tabela 1 apresenta a distribuição da quantidade de operadoras ativas, quanto a sua classificação.

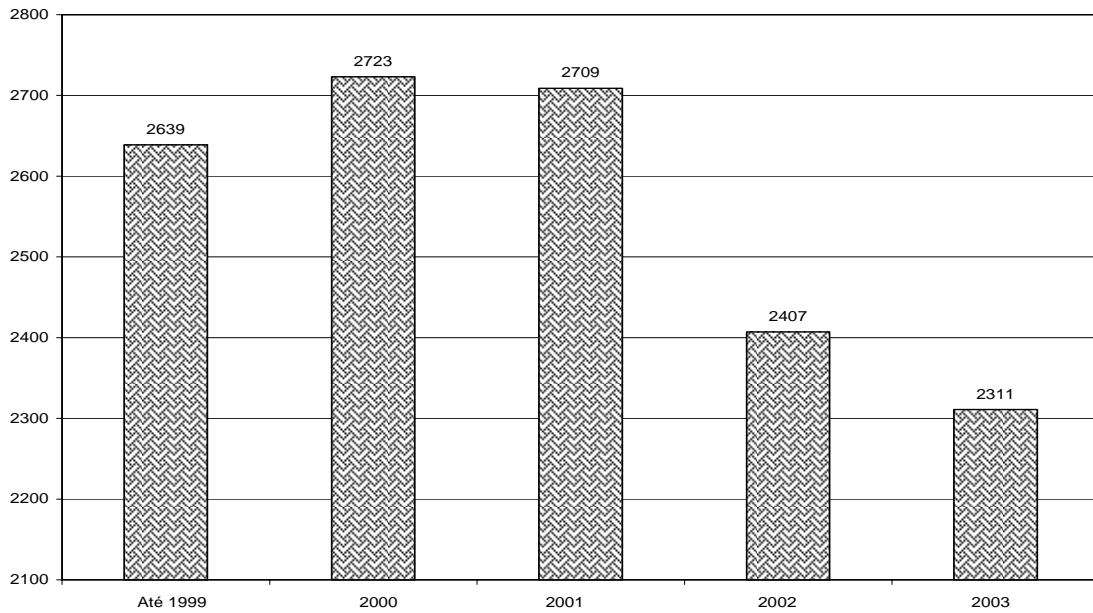


Figura 3: Evolução da quantidade de operadoras registradas Segundo competência Dez/1999 a outubro /2003 [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Cadastro de Operadoras (outubro/2003)]

Tabela 1: Distribuição da quantidade de operadoras ativas [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Cadastro de Operadoras (outubro/2003) e Sistema de Informações de Beneficiários - SIB (outubro/2003)]

Classificação	Qtd. Operadoras
Administradora	37
Autogestão	346
Cooperativa médica	370
Cooperativa Odontológica	173
Filantrópica	127
Medicina de Grupo	786
Odontologia de Grupo	458
Seguradora Especializada em Saúde	14
Total	2.311

As operadoras com mais de 50 mil usuários, num total de 143 empresas, concentram 67,6% dos registros do cadastro de beneficiários, o que abrange cerca de 25 milhões de pessoas (ANS, 2004).

O sistema de saúde suplementar brasileiro movimenta quase R\$ 24 bilhões e atende nada menos que 37.730.970 milhões de clientes, quase 20,66% da população do país. O número de registros de beneficiários crescem 34% de dezembro de 2000 a setembro de 2003 com a média de 11% ao ano. De 28.149.641 milhões de registros contabilizados há menos de três anos passou-se a 37. 730.970 milhões (ANS, 2003).

Tabela 2: Quantidade e percentual de operadoras ativas e beneficiários, Segundo Porte [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Cadastro de Operadoras (outubro/2003) e Sistema de Informações de Beneficiários - SIB (outubro/2003)]

Porte	Qtd. Operadoras Ativas	% Operadoras Ativas	Qtd. Beneficiários Ativos	% Beneficiários Ativos
Acima de 200.000	30	1,3	15.201.690	40,7
De 100.001 a 200.000	30	1,3	4.181.512	11,2
De 50.001 a 100.000	83	3,6	5.875.660	15,7
De 20.001 a 50.000	175	7,6	5.465.658	14,7
De 10.001 a 20.000	219	9,5	3.171.804	8,5
De 5.001 a 10.000	250	10,8	1.785.467	4,8
De 2.001 a 5.000	344	14,9	1.126.275	3
Até 2.000	670	29,0	498.843	1,3
Sem beneficiários ativos	510	22,1	-	-
Total	2.311	100,0	37.306.909	100,0

O porte das operadoras foi determinado de acordo com o número de beneficiários registrados no cadastro da ANS em setembro de 2003. Estão classificadas co-

mo operadoras sem beneficiários ativos, as que não informaram beneficiários a ANS, ou informaram não possuir beneficiários em sua carteira.

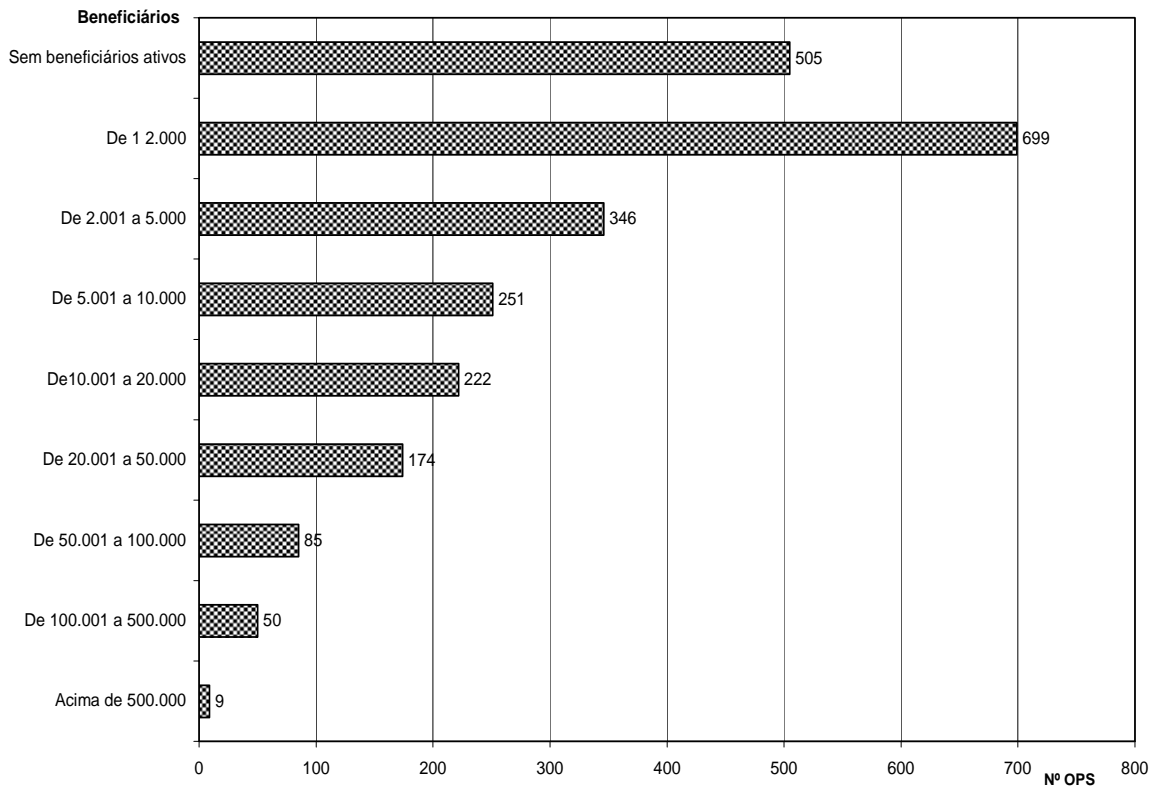


Figura 4: Distribuição da quantidade de operadoras ativas, Segundo Porte [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Cadastro de Operadoras (outubro/2003) e Sistema de Informações de beneficiários (outubro/2003)]

Cerca de 76% dos beneficiários do mercado de saúde suplementar estão protegidos pelas garantias financeiras exigidas pela ANS. No total, 734 operadoras já se enquadram nos critérios estabelecidos pela resolução que regula a matéria (ANS, 2004).

Tabela 3: Número de operadoras enquadradas e beneficiários cobertos, Segundo Classificação da operadora – 1º trimestre/2003 [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Sistema de Informações do Diops – Sidiops (1º trimestre/2002), Cadastro de Operadoras (outubro/2003) e Sistema de Informação de Beneficiários –SIB (março/2003)]

Classificação	Operadoras Enquadradas	Operadoras Não Enquadradas	Nº de Beneficiários Cobertos	Nº de Beneficiário março/2003	% de Beneficiários Cobertos Março/2003
Administradora	16	5	4.717	-	-
Autogestão não Patrocinada	39	25	524.176	2.467.614	21,2
Cooperativa Médica	176	17	6.064.075	8.628.290	70,3
Cooperativa Odontológica	81	48	830.914	1.104.101	75,3
Filantrópica	67	28	841.930	1.317.721	63,9
Medicina de Grupo	222	175	10.596.386	11.618.798	91,2
Odontologia de Grupo	133	88	1.943.583	2.332.767	83,3
Total s/Administradoras	718	381	20.801.064	27.469.291	75,7
Total Geral	734	386	20.805.781	27.469,29	

Conforme determina a Resolução Normativa 17/2002, as operadoras classificadas como administradoras informaram ao cadastro de beneficiários a relação das empresas administradas, cabendo a estas informar a relação dos beneficiários (ANS, 2004).

Dentre o mercado de saúde suplementar foram selecionadas operadoras de planos de saúde que se enquadram nas exigências das normas que regulam o setor e que atuam como compradores de serviços dos prestadores de serviços, no caso organizações hospitalares que prestam assistência aos beneficiários de planos de saúde com cobertura integral no rol de serviços contratados. As operadoras selecionadas estão classificadas conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da quantidade de operadoras, Segundo classificação
[Fonte: elaborado pela autora]

Operadoras	Classificação
Operadora A	Medicina de Grupo
Operadora B	Medicina de Grupo
Operadora C	Seguradora Especializada em Saúde

A operadora A foi criada em 1978 no Estado do Rio de Janeiro. Ela atua há vinte e sete anos no mercado de saúde suplementar, possuindo em média cinquenta tipos de produtos, ou seja, planos de saúde com cobertura em todo território nacional. Esses produtos se dividem, em produtos com coberturas nacional, estadual, regional e municipal. A operadora está classificada pelo número de beneficiários como V – a partir de 200.001 (duzentos mil e um) beneficiários, conforme artigo 15º da RDC 24/2000. Na totalidade de beneficiários ativos no sistema de saúde suplementar, a operadora possui uma proporção 10,2% de beneficiários com mais de 60 anos.

A operadora B foi fundada em 1967, na Argentina, e atualmente conta com mais de 120 mil associados naquele país. No Brasil, instalou-se em 1980 e sua sede está localizada no Estado de São Paulo, com filiais em Alphaville, Ribeirão Preto e no Estado do Rio de Janeiro. A operadora possui em média oitenta tipos de produtos, ou seja, planos de saúde com cobertura em todo território nacional, sendo divididos em produtos com coberturas nacional, estadual, regional e municipal. A operadora está classificada pelo número de beneficiários como III – de 10.001 (dez mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários, conforme artigo 15º da RDC 24/2000. Na totalidade de beneficiários ativos no sistema de saúde suplementar a operadora possui uma proporção 8,8% de beneficiários com mais de 60 anos.

A operadora C foi fundada em 1934. No ano seguinte a empresa recebeu autorização legal, por meio de Carta Patente, para dar funcionamento a suas operações, e no ano de 1984, foi denominada o seu nome atual ou razão social. A seguradora, especializada em saúde, está localizada com sua sede no Estado do Rio de Janeiro e possui em média mil e quinhentos tipos de produtos, ou seja, planos de saúde com cobertura em todo território nacional, sendo divididos em produtos com coberturas nacional, estadual, regional e municipal. A operadora está classificada pelo número de beneficiários como V – a partir de 200.001 (duzentos mil e um) beneficiários, conforme artigo 15º da RDC 24/2000. Na totalidade de beneficiários ativos no sistema de saúde suplementar, a operadora possui uma proporção 5,5% de beneficiários com mais de 60 anos.

Desde o ano de 2000, a ANS monitora o redimensionamento e substituição da rede de prestadores de serviços hospitalares. As alterações realizadas pelas operadoras no conjunto dos prestadores de serviços de assistência à saúde suplementar resultaram em acréscimo de 153 instituições à rede hospitalar (ANS, 2004).

Tabela 5: Número de produtos e hospitais envolvidos nas alterações de rede de prestadores de serviços hospitalares, Segundo tipo de classificação das operadoras – 2000 a 2003 [Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.(Dados até agosto/2003)]

Tipo de Alteração	Classificação	Quantidade de Produtos	Quantidade de Hospitais	
			Incluídos	Excluídos
Redimensionamento	Medicina de Grupo	905	75	73
	Seguradora	7.582	117	54
	Filantrópica	58	11	11
	Cooperativa Médica	1.760	118	52
	Autogestão	384	100	98
	Total	10.689	421	288
Substituição	Medicina de Grupo	328	24	24
	Seguradora	209	11	3
	Filantrópica	4	3	3
	Cooperativa Médica	70	7	7
	Autogestão	24	18	6
	Total	635	63	43

Os hospitais selecionados são integrantes da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP). Essa entidade representativa agrega trinta e três hospitais em todo território do Brasil. Os hospitais congregados a ANAHP têm a finalidade de garantir a excelência nos serviços, a liderança no mercado e melhoria nos seus resultados e assim consolidar seu patamar de competitividade (ANAHP, 2001).

De acordo com a ANAHP (2001), seus objetivos são: congregar hospitais detentores dos melhores padrões de qualidade, melhoria contínua da qualidade dos serviços, agregar à cultura brasileira o conceito de saúde, produzir, sistematizar e disseminar conhecimentos interdisciplinares atinentes à gestão das instituições, ampliação e liderança de atuação de suas associadas no mercado suplementar de saúde, especializar profissionais para a prestação de serviços médico-hospitalares,

como também o gerenciamento de instituições hospitalares privadas; promover a troca de experiências científicas, técnicas, empresariais, gerenciais, com vistas à melhoria dos serviços médico-hospitalares do país, atuando, no sentido de racionalizar e otimizar os recursos disponíveis para operacionalização do sistema de prestação de serviços médico-hospitalares, manter contato com entidades congêneres ou outras entidades associativas, nacionais e estrangeiras; desenvolvendo formas de relacionamento com as fontes pagadoras, visando a mais justa e adequada rentabilidade das instituições associadas e exercer quaisquer outras atividades que visem resguardar ou defender os interesses de suas associadas, sempre dentro de uma conduta ética e legal.

Na melhoria contínua da qualidade dos serviços, vinte e sete hospitais participaram do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares – SINHA (ANAHP, 2004). O sistema apresenta dados cadastrais, indicadores de desempenho operacional, indicadores desempenho econômico-financeiro e indicadores de qualidade.

Tabela 6: Panorama Hospitalar – 2003 -27 Hospitais (*) [Fonte: Fundação IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS 2001, Datusus - CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – 2003 [Fonte: Projeto SINHA / Mercado de Saúde Suplementar]

	ANAHP 2003	BRASIL (*)	Participação (%)
Total de Hospitais	27	7.678	0,4%
Total de Leitos	5.696	484.945	1,2%
Leitos por Hospital	211	63	
Leitos de Terapia Intensiva	1.004	20.284	4,9%
Equip. Ressonância Magnética	29	341	8,5%
Equip. Tomografia Computadorizada	41	1.493	2,7%
Receita (**)	2.981.399.253	25.000.000.000	11,9%

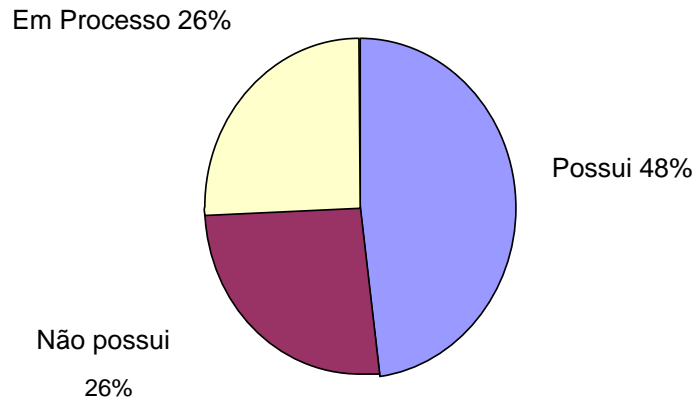


Figura 5: Certificação do Programa de Acreditação Hospitalar- 2003 -27 Hospitais
[Fonte: Projeto SINHA/ Mercado de Saúde Suplementar]

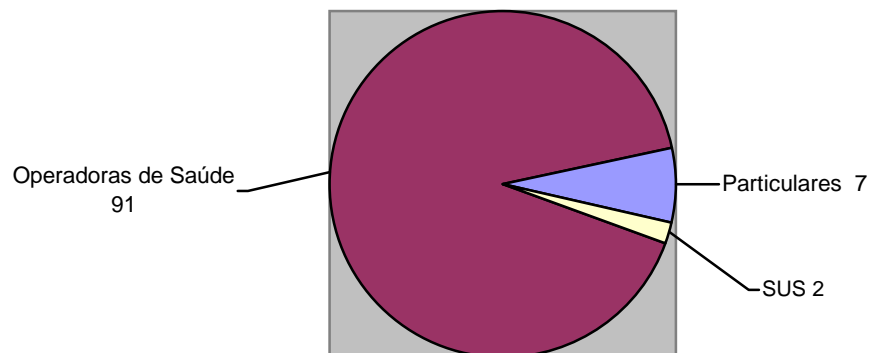


Figura 6: Perfil de Internação por Fonte Pagadora - 2003 -27 Hospitais
[Fonte: Projeto SINHA/ Mercado de Saúde Suplementar]

Os planos de saúde são responsáveis pelo o pagamento de 91% das internações dos hospitais privados (ANAHP, 2004), admite-se que a relação comercial entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares é de dependência. “Os hospitais não existem mais sem os planos” (SUSLIK, 2004). Segundo a Federação das Seguradoras (FENASEG, 2004) as internações hospitalares estão em primeiro lugar nos gastos das seguradoras obtendo 42,1% do total, conforme demonstra a Figura 7.

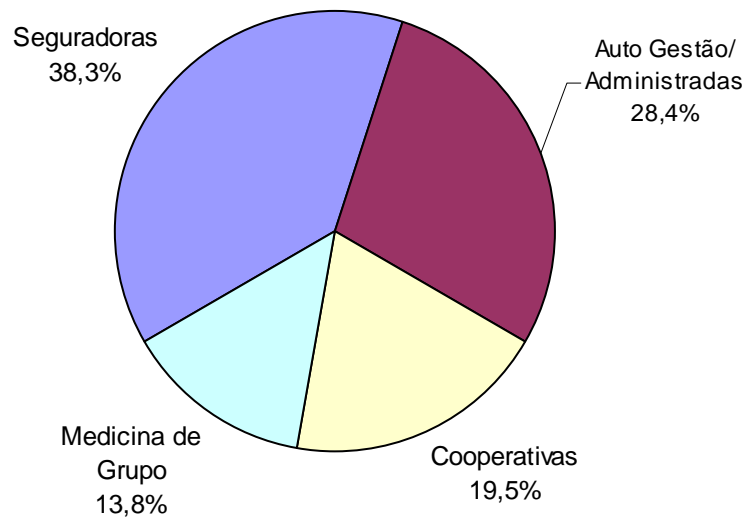


Figura 7: Perfil de Internação por Fonte Pagadora - 2003 -27 Hospitais
[Fonte: Projeto SINHA/ Mercado de Saúde Suplementar]

De acordo com a ANS (2003), o custo médio por evento em despesas com internações, totaliza R\$ 2.062,78. Suslik, (2004) analisa que os hospitais têm poder de pressão infinitamente maior do que qualquer outro segmento de saúde. A ANAHP (2004) divulga que “A taxa de internação é o que mais dá dinheiro aos hospitais”. Em 2002 a média de utilização era de 73,62% e em 2003 houve uma queda na utilização dos serviços hospitalares para 71,63%. Os dados da ANS (2003) confirmam uma redução na frequência da utilização, a média de internações em 2002 foi de 0,17 e no ano de 2003 a frequência foi de 0,16.

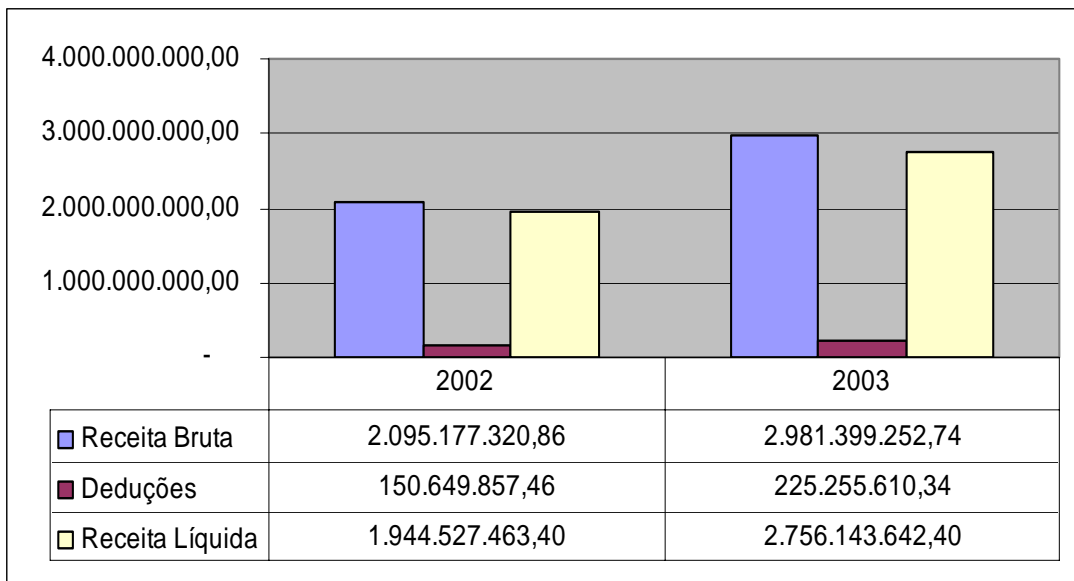


Figura 8: Receita Consolidada - 2003 -27 Hospitais
[Fonte: Projeto SINHA/ Mercado de Saúde Suplementar]

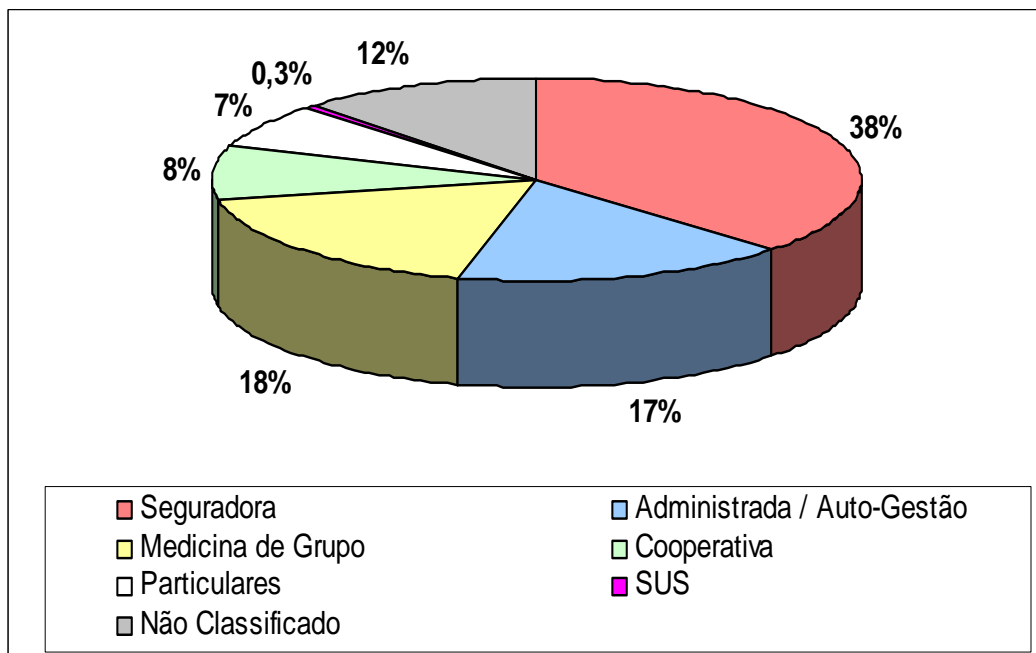


Figura 9 - Distribuição % da Receita por Fonte Pagadora – 2003 – hospitais
[Fonte: Projeto SINHA/ Mercado de Saúde Suplementar]

De acordo com seus objetivos, os hospitais selecionados estão classificados conforme descrito na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição da quantidade de hospitais, Segundo classificação
[Fonte: elaborado pela autora]

Operadoras	Classificação
Hospital A	Privado com fins Lucrativos
Hospital B	Privado sem fins Lucrativos
Hospital C	Privado sem fins Lucrativos

O hospital A em 1968 passa pela primeira expansão e inicia o atendimento como hospital-geral após ampliação e modernização das instalações. No ano de 1970 é criada a Comissão de Controle de Infecção em Ambiente Hospitalar, em 1972 institui-se a Fundação do Centro de Estudos e Pesquisas, em 1974 o hospital é informatizado, em 1977 é aberta a primeira UTI Neonatal da cidade do Rio de Janeiro, instalado o primeiro equipamento de Tomografia Computadorizada do Estado, em 1980 inicia-se o serviço de residência em Clínica Médica e o primeiro em hospitais privados, em 1987 a Fundação do Centro de Estudos e Pesquisas é reconhecida pelo Governo Federal como caráter de utilidade pública, no ano de 1993 as cirurgias cardíacas passam a fazer parte da rotina na organização hospitalar, em 1994 inaugura o programa de Transplante: um programa filantrópico, um centro de informações para médicos e pacientes que necessitam de órgãos, em 1997 a organização torna-se o primeiro hospital das Américas a receber a certificação ISO 9000. É também o primeiro do Rio de Janeiro a realizar transplantes de fígado, medula óssea e coração, em 1999 é inaugurada a unidade de queimados, conseqüentemente em 2000 inaugura-se a unidade de hemodinâmica e eletrofisiologia e em 2001 inaugura o sistema SOS AVC, um sistema de atendimento pré e intra-hospitalar para pacientes de acidente vascular cerebral. O hospital possui 86 leitos.

O Hospital B nasceu do desafio de dois religiosos um padre e uma irmã em 1963, no sentido de construir na cidade de Porto Alegre um novo hospital, sendo considerado naquela época uma necessidade. Funcionou, inicialmente, como ambulatório, com a ajuda de quatro médicos voluntários e uma Irmã enfermeira. Em 1º de junho de 1979 o hospital foi inaugurado, sendo iniciados os serviços de internação com 40 leitos. Atualmente o hospital está entre as instituições de saúde que mais crescem na qualidade e quantidade de serviços e produtos assistenciais disponibilizados à comunidade, a organização hospitalar é classificada como hospital geral e possui em sua estrutura física funcional 245 leitos, 1320 funcionários e uma área construída de 42.000 m².

O Hospital C foi fundado em 6 de fevereiro de 1906 por uma congregação de religiosas. É uma entidade filantrópica com 96 anos de atuação que também opera em outras unidades hospitalares nos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso. A organização hospitalar foi um dos primeiros hospitais particulares na cidade de São Paulo e é classificada como hospital geral estando localizada na cidade de São Paulo e possui 261 leitos.

3.2 METODOLOGIA

Método é conceituado por Bueno (2000) como a ordem que se segue na investigação da verdade, no estudo de uma ciência, ou ainda, para alcançar um determinado fim. Na mesma linha, Ferreira (1974) afirma que, na ciência, os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado à forma de proceder do cientista ao longo de um percurso

para alcançar um objetivo. Para Gil (1999), a investigação científica depende de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, para que seus objetivos sejam atingidos: os métodos científicos. Baseando-se nos três autores, pode-se afirmar que método é a forma de pensar para se chegar à natureza de um determinado problema, quer seja para estudá-lo ou explicá-lo.

No estudo proposto será utilizada a abordagem da pesquisa qualitativa, pois irá lidar com dados qualitativos e entrevistas individuais. No desenvolvimento da investigação realizou-se uma pesquisa qualitativa, das amostras intencionais no segmento saúde suplementar: 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 realizada 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 objetivos de resolver problemas específicos, gerar teorias ou avaliar teorias existentes. A pesquisa pode ser classificada, quanto à forma de abordagem: pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa (SILVA e MENEZES Apud RIBEIRO, 2000). A pesquisa qualitativa considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não é traduzido em números. 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).

3.2.1 Definição dos Objetivos da Pesquisa

Quanto os objetivos da pesquisa, segundo Gil apud Ribeiro (2001), a pesquisa pode ser classificada como: pesquisa exploratória, descritiva e explicativa.

No estudo proposto, os objetivos da pesquisa têm caráter exploratório e descritivo. Exploratória, 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. Descritiva, 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 ca-

racterísticas de determinada população, ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL apud RIBEIRO, 2001).

3.2.2 Determinação do Método de Coleta dos Dados

Segundo Gil apud Ribeiro (2001), a pesquisa pode ser classificada sob o ponto de vista dos procedimentos, como: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa experimental, levantamento, estudo de caso, pesquisa *ex-post-facto*, pesquisa ação e pesquisa participante. A pesquisa descrita neste trabalho inclui a pesquisa bibliográfica e pesquisa de levantamento. O método a ser empregado baseia-se:

- Na pesquisa bibliográfica para esclarecer as fontes, para divulgá-las, para analisá-las, para refutá-las ou para estabelecê-las; e
- 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, jor-

nais, manuais, relatórios organizacionais, legislações, dissertações e internet que pudessem fornecer instrumental teórico para o desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica “trata do levantamento de toda bibliografia já publicada e que tenha relação com o tema em estudo” (MARCONI; LAKATUS, 1985). Ferreira (1982) afirma que a pesquisa bibliográfica “tem por finalidade conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto” como também entendem que “é o ato de ler, selecionar, fichar e arquivar tópicos de interesse para a pesquisa em pauta”. A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros e artigos de periódicos (GIL, 1991).

A fim de responder às questões propostas para esta dissertação, foi realizada uma pesquisa de levantamento, uma vez que esta foi considerada o melhor meio para a obtenção das informações pretendidas. Segundo Kotler (1996), os levantamentos são mais indicados para a pesquisa descritiva. Em geral, os levantamentos são utilizados pelas empresas para descobrir o conhecimento, crenças preferenciais e satisfação, entre outros, sobre as pessoas e ainda mensurar estas magnitudes na população. Para Gil (1991), a pesquisa de “levantamento” envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

3.2.3 Descrição do Universo 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.

3.2.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Existem diversos instrumentos de coleta de dados que podem ser utilizados para obter informações acerca de determinados grupos. Neste trabalho utilizou-se de questionário que combinam 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 caracterís-

ticas 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 específica. É de responsabilidade do pesquisador determinar o tamanho, a natureza e 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).

De acordo com o tipo de pergunta, os questionários podem ser classificados em três categorias: questionário de perguntas fechadas, questionário de perguntas abertas e questionários de perguntas que combinam ambos os tipos de perguntas (RICHARDSON, 1999):

1. Questionários de perguntas fechadas – são aqueles instrumentos em que as perguntas ou afirmações apresentam categorias ou alternativas de respostas fixas e preestabelecidas. Existem diversos tipos de perguntas fechadas, perguntas com alternativas Dicotômicas: sim – não, verdadeira - falsa e certo – errado e perguntas com repostas múltiplas.
2. Questionários de perguntas abertas – caracterizam-se por perguntas ou afirmações que levam o entrevistado a responder com frases e orações. O pesquisador não está interessado em antecipar as repostas, deseja uma melhor elaboração das opiniões dos entrevistados.

3. Questionários que combinam perguntas abertas e fechadas – os pesquisadores freqüentemente elaboram questionários com ambos os tipos de perguntas. As perguntas fechadas destinam-se a obter informação socio-demográfica do entrevistado e repostas de identificação de opiniões e as perguntas abertas, destinadas a aprofundar as opiniões do entrevistador.

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”.

3.2.5 Definição do Tipo de Coleta de Dados

As técnicas de contato mais freqüentemente empregadas são a pessoal, postal, telefônica e computacional. Os métodos de coleta de dados estão melhorando graças aos computadores e a telecomunicação (KOTLER, 1996). No Quadro 1 são apresentadas as principais características dos métodos de contato, considerando as posições de Kotler (1996) e Sâmara e Barros (1997).

Quadro 1: Características dos métodos de contato
[Fonte: Battesini (2002)]

Métodos	Características
Pessoal	É o método mais versátil e caro podendo ser utilizado em entrevistas planejadas ou em entrevistas de interceptação
	Entrevista planejada com os respondentes selecionados, ao acaso ou por estratos, abordados em visitas pessoais, normalmente agendadas por telefone. É freqüente o pagamento ou a premiação pelo tempo despendido.
	Entrevista por interceptação é feita em locais de grande circulação de pessoas, mas deve ser planejada para ser rápida. São utilizadas em amostras não-probabilísticas.
Postal	É uma forma de coleta de dados de longo alcance em termos geográficos, porém deve-se ter cuidados quanto à clareza, para evitar que dúvidas possam prejudicar as respostas. Os problemas deste tipo de coleta são a baixa taxa de retorno e sua lentidão.
Telefônico	É o melhor método de coletar informações rapidamente, além de ter uma taxa de resposta alta, quando comparada a questionamentos enviados por via postal. A entrevista por telefone apresenta um número maior de recusas por parte do entrevistado, quando comparada a entrevista pessoal. No caso em que a população a ser pesquisada não tem acesso a telefone, os resultados da pesquisa podem ser representativos. A principal dificuldade é que as entrevistas precisam ser curtas e não muito pessoais.
Computacional	Os terminais e auto-explicativos, colocados em locais de grande movimento, são um exemplo. A maioria dos respondentes gosta desta forma de entrevista informatizada.

Malhotra (2001) reforça que a coleta de dados ou informações através de questionário pode ser realizada através de quatro maneiras principais: entrevistas telefônicas, pessoais, entrevistas pelo correio e entrevistas eletrônicas, conforme são apresentadas na figura 10.

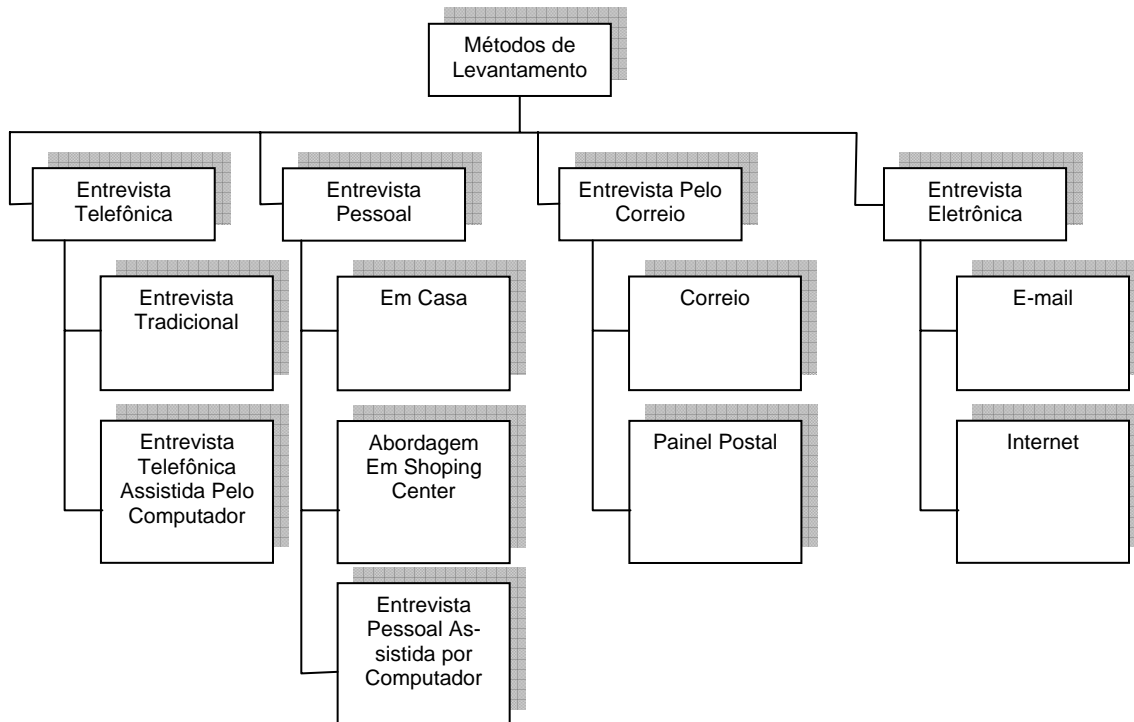


Figura 10 – Classificação dos Métodos de Coleta de Dados
[Fonte: Malhotra (2001, p.180)]

Primeiramente, foi realizado um contato telefônico com os Diretores e Executivos das empresas selecionadas, convidando-os a participarem do estudo. Os selecionados foram devidamente informados sobre os objetivos, a forma de aplicação e a abrangência da pesquisa, além de evidenciar a relevância da colaboração no sentido de produzir e disseminar conhecimentos atinentes à relação entre os agentes que compõem o sistema de saúde suplementar.

Após a aprovação dos Diretores e Executivos, foram repassadas por *e-mail* as informações referentes à pesquisa e ao roteiro da entrevista. Através do roteiro da entrevista os participantes compreenderam todos os aspectos da pesquisa com ênfase no tema, nos objetivos, nos aspectos metodológicos, nas organizações estudadas e nos instrumentos de coleta de dados.

3.2.6 Coleta de Informações

Esta dissertação 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 onde o entrevistador fica frente a frente com o respondente, tendo a oportunidade de explorar em profundidade 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 e 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 e MILAN, 2004). Gil (1999) es-

clarece 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 8.

Tabela 8 – Tópicos das entrevistas [Fonte: elaborado pela autora]

Nº	Tópicos
1	Habilitação dos Serviços
2	Qualidade na Assistência <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desempenho Assistencial; ▪ Estrutura dos Serviços; ▪ Direitos e Responsabilidades do Paciente.
3	Contratualização de Serviços
4	Perguntas Gerais

Foi assegurado, aos entrevistados, o sigilo dos nomes das empresas participantes e dos entrevistados, para que as questões pudessem ser respondidas de forma mais espontânea. Optou-se por não gravar as entrevistas para evitar constrangimentos por parte dos entrevistados. Os entrevistados respondiam as questões de forma livre e, quando oportuno, outras questões eram levantadas. O entrevistado era convidado a acrescentar o que para ele era relevante. Em determinadas perguntas alguns entrevistados solicitavam prazo para complementação das respostas, a solicitação foi acolhida pela pesquisadora. As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2004. Ao final de cada entrevista, as respostas obti-

das foram transcritas para a realização da análise em conjunto com o material das demais entrevistas.

3.2.7 Fontes de Informação e Tratamento dos Dados

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. Devido à dificuldade de distância e agendamento com os entrevistados, apenas uma entrevista não foi realizada pessoalmente no ambiente de trabalho dos entrevistados, e sim por *e-mail*.

As informações obtidas em todas as entrevistas foram compiladas e analisadas, a fim de responder às questões desta dissertação. 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 esclarecimentos 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 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 e MILAN, 2004).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo descreve as observações feitas nas empresas pesquisadas, baseando-se em elementos-chave descritos pela bibliografia. Os objetivos são trazer o levantamento de informações sobre as relações entre operadoras e prestadores de serviços e identificar os fatores que influenciam a relação, os quais serão apresentados e discutidos a seguir.

As empresas respondentes, operadoras de planos de saúde e hospitais, corresponderam, exatamente, à amostra planejada. Do total das entrevistas realizadas, 50% referem-se às operadoras de planos de saúde e 50% aos hospitais privados, conforme documentado na Tabela 9.

Tabela 9 – Locais de Aplicação das Entrevistas junto a Diretores e Executivos [Fonte: elaborado pela autora]

Empresas entrevistadas	Número
Operadora A	1
Operadora B	1
Operadora C	1
Hospital A	1
Hospital B	1
Hospital C	1
Total	6

4.1 ENTREVISTAS

A entrevista foi estruturada por quatro tópicos: habilitação dos serviços, qualidade na assistência, contratualização de serviços e perguntas gerais.

4.1.1 Habilitação dos Serviços

A ANS (2001) dispõe de critérios conceituais para formação da rede prestadora de serviços das operadoras, objetivando padronizar o mercado, uma vez que para constituir uma rede, estes parâmetros devem ser seguidos.

a) Rede Assistencial - É o conjunto de prestadores de serviços que mantenham vínculo com a operadora para atendimento a um determinado produto, conjunto de produtos ou toda carteira de clientes.

b) Tipos de Rede

b.(1) Rede Acesso – É garantia da assistência à saúde, cuja principal característica é a garantia dada aos usuários da assistência a suas necessidades, nos vários níveis tecnológicos de atenção, com uma característica de que não há, como regra geral, livre escolha dos serviços pelos beneficiários. O que é ofertado é uma linha de cuidado composta por várias unidades de produção, em que a gestão deste cuidado de forma integral, é de responsabilidade da operadora, portanto responsabiliza-se pelos resultados alcançados.

Fundamentado na lógica do cuidado, esta forma de produto permite, a existência de formas de controle não restritivo, tais como: “portas de entrada”, direcionamento de fluxo de assistência, implementação de protocolos clínicos e operacionais, regionalização e hierarquização, autorizações administrativas e gestão médica para autorizações de procedimentos nos limites da legislação.

b.(2) Rede Específica – É a assistência à saúde em que a oferta é um conjunto estável de unidades de produção (rede credenciada de serviços), que podem se organizar em diversas linhas de cuidado, de acordo com a livre escolha dos beneficiários.

Há ingerência teórica quase inexistente das operadoras na definição destas linhas de cuidado, resultando, uma sua menor responsabilização pelos resultados e eventuais problemas. Um aspecto que precisa ser aprofundado é o fato deste produto apresentar teoricamente a rede ofertada como imutável, ou ainda se submeter a critérios rígidos para sua alteração.

b.(3) Rede Administrada – Apresenta como característica de sua organização produtiva, do mesmo formato que os planos de Rede Específica, mas com alguma interferência das operadoras na livre escolha dos beneficiários, para determinadas linhas de cuidado. Ou seja, há o estabelecimento e o monitoramento de linhas preferenciais de cuidado ou de unidades de produção de escolha preferencial de, alguma forma induzida.

Esta intervenção das operadoras permite maior responsabilização assistencial. Parece ser esta a forma hegemônica, com diferentes apresentações explícitas e ocultas, no mercado brasileiro atual. Permite prévia autorização, direcionamento, autorização administrativa e protocolos.

A ANS (2001) dispõe de critérios para a quantificação de prestadores de serviços. Para estabelecer a quantidade mínima de prestadores de serviços médicos hospitalares, utiliza-se como base os parâmetros praticados pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Para as internações hospitalares são considerando as mesmas condições de massa de usuários e densidade demográfica, em relação a planos de segmentação hospitalar teremos a seguinte necessidade de leitos.

Os parâmetros a serem considerados quanto à ocorrência de procedimentos cirúrgicos, de acordo com o porte:

- Pequenas cirurgias – 30%;
- Médias cirurgias – 50%;
- Grandes cirurgias- 20%.

Em uma população de 5000 beneficiários, incidi em uma média internação de 9% da população assistida durante o ano, com uma média de permanência de 4 dias, totalizando 1800 leitos-dia/ano. Este mesmo entendimento pode ser feito para as Unidades de Tratamento Intensivo ou Centro de Tratamento Intensivo. O que difere nesse caso é a média de utilização durante o ano, que pode variar de 4% a 10% do total de leitos-dia/ano e nas clínicas de urgência/emergência com serviço 24 horas, considerar todos os dias do mês durante 12 meses.

Os parâmetros a serem considerados para cobertura hospitalar:

- Necessidade Geral – 15 a 20 leitos/dia/5000;
- Beneficiários - 3 a 4 leitos/dia/1000 beneficiários;
- UTI - 4% a 10% do total de leitos.

Os parâmetros a serem considerados nas internações hospitalares por especialidade médicas:

- Cirurgia 1,6 % int/ben./ano;
- Obstetrícia 2,5 % int/ben./ano;
- Clínica Médica 2,7 % int/ben./ano;
- Cuidados Prolongados (crônico) 0,05 % int/ben./ano;
- Psiquiatria 0,3 % int/ben./ano;
- Tisiologia 0,02 % int/ben./ano;
- Pediatria 1,8 % int/ben./ano;
- Reabilitação 0,03 % int/ben./ano;
- Psiquiatria Hospital Dia 0,05 % int/ben./ano;

Totalizando 9% de utilização de internação da população de beneficiários ao ano. Os dados de psiquiatria e hospital-dia não estão incluídos na soma total.

As três operadoras de plano de saúde investigadas afirmaram que se utilizam de uma política de credenciamento para a escolha dos prestadores de serviços. Os três hospitais, ao contrário, não possuem qualquer meio de seleção para firmar contratos com as operadoras.

A política de credenciamento, na qual as operadoras se apóiam, define claramente a sistemática, os atributos necessários ou pré-requisitos para o credenciamento da rede prestadora. A Operadora A informou que as especialidades de serviços e a necessidade da rede é o motivo para credenciar novos prestadores, enquanto que a Operadora C credencia os serviços pela necessidade da rede, utilizando um formulário padrão para o credenciamento dos prestadores de serviços.

No que tange a pergunta referente à atualização periódica da política de credenciamento, duas operadoras responderam que não atualizam a política de credenciamento, enquanto uma operadora atualiza uma vez por ano. Essa atualização é feita em função de mudanças técnicas para adequar a distribuição geográfica da rede de serviços, também devido à necessidade de novas técnicas e especialidades médicas.

Todos os respondentes credenciam seus serviços por prazo indeterminado. Mas uma das operadoras informou que os contratos podem ser rescindidos a qualquer momento, dependendo do cumprimento, ou não das cláusulas contratuais.

Para duas operadoras a renovação do credenciamento não está condicionada a um processo de reavaliação da rede de prestadores de serviços, enquanto que uma operadora condiciona a renovação do credenciamento a um processo de reavaliação. No entanto, esta regra é pouco aplicada, uma vez que não tem capacidade operacional para reavaliar a rede prestadora de serviços.

Uma das operadoras não avalia o mérito técnico, quando necessário, avalia o prestador de serviços através da área de auditoria médica. Se ocorrerem muitas reclamações contra um prestador de serviços, é instaurado um processo administrativo de descredenciamento. O prestador de serviço é comunicado acerca da reclamação e tem um prazo para responder a operadora. Depois de esclarecidos os fatos entre prestador e operadora, o beneficiário é informado sobre as medidas tomadas.

Os três hospitais declararam que não condicionam a renovação do contrato a um processo de reavaliação da operadora. O hospital A declara que de acordo com o grau de relacionamento com as operadoras mantêm-se os contratos. O que define a relação comercial entre o hospital e a operadora é o bom relacionamento do dia a dia e o cumprimento do que foi acordado.

Todos os respondentes, hospitais e operadoras, afirmaram que dispõem de um setor específico responsável pelo credenciamento.

Tabela 10 – Setor específico para o credenciamento [Fonte: elaborada pela autora]

Operadoras	Setor específico	Vinculada
Operadora A	Gerência Médica	Diretoria Médica
Operadora B	Setor de Credenciamento	Área Médica
Operadora C	Diretoria de Saúde	-
Hospital A	Gerência Comercial	-
Hospital B	Gerência Comercial	-
Hospital C	Gerência Comercial	-

A figura 11 apresenta a ordem de importância que as operadoras atribuem ao credenciar sua rede de serviços hospitalares, observando o planejamento das suas

necessidades. Os dados permitem observar que as operadoras credenciam sua rede de serviços hospitalares primeiramente a partir do dimensionamento de rede, seguido pelo tamanho da clientela e definições técnicas para a hierarquização da rede e especialidades (subdivisão por especialidades).

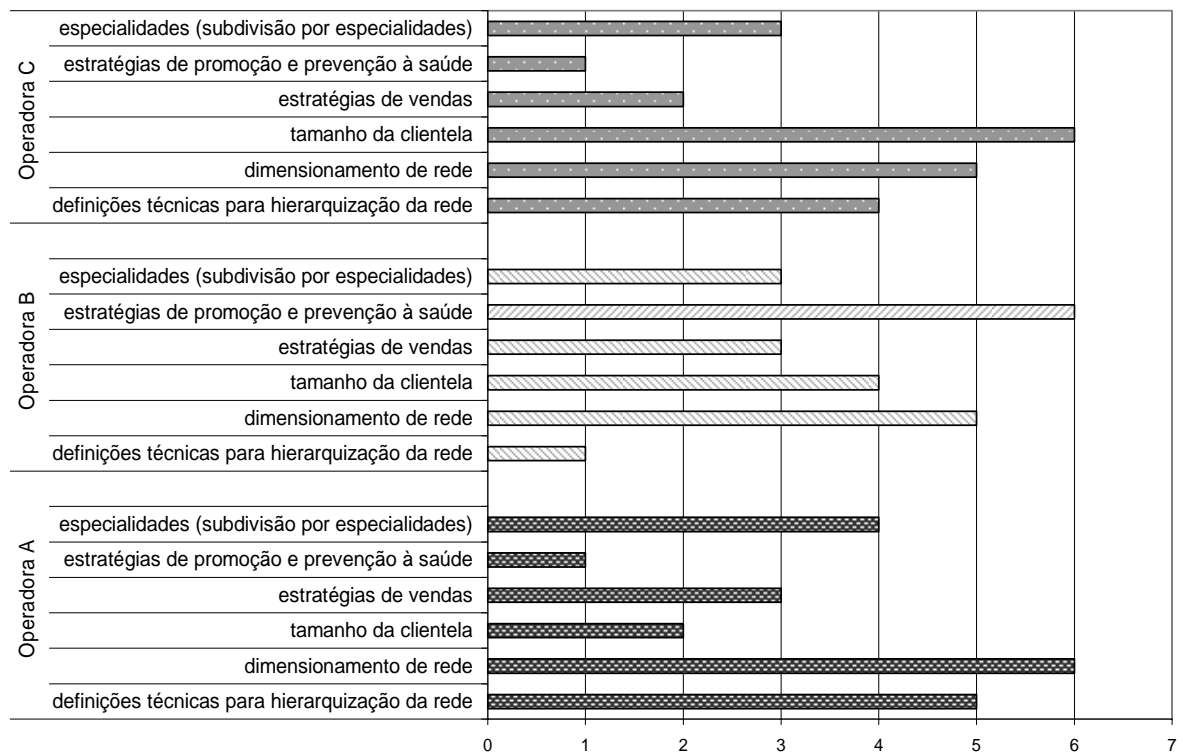


Figura 11 – Ordem de importância para credenciar a rede prestadora [Fonte: elaborada pela autora]

A figura 12 apresenta a ordem de importância que os hospitais atribuem ao habilitar as operadoras de planos de saúde em suas organizações. Analisando a figura, conclui-se que os hospitais habilitam as operadoras em suas organizações considerando em primeiro lugar a satisfação dos clientes, desempenho de gestão e preços competitivos ofertados pelas operadoras e fidelização dos clientes.

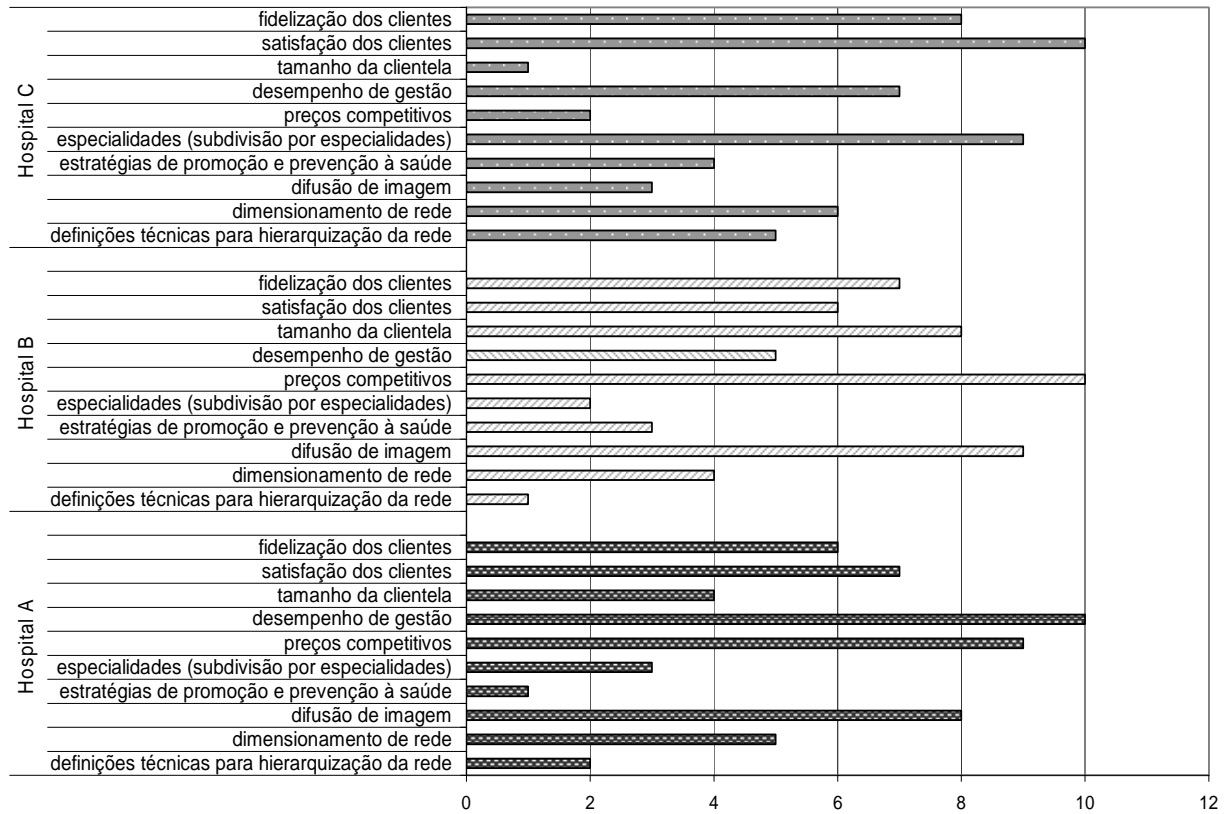


Figura 12 – Ordem de importância que os hospitais atribuem para habilitar às operadoras [Fonte: elaborada pela autora]

A tabela 11 apresenta os documentos exigidos dos prestadores pelas operadoras para concretizar o credenciamento. As operadoras são rigorosas quanto ao cumprimento das exigências legais, sendo que os principais documentos exigidos para o credenciamento são o alvará sanitário, o cadastro nacional de pessoa jurídica, certificado ou títulos de especializações e cadastro nacional de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde.

Tabela 11 – Análise do cadastro legal e documental exigidos pelas operadoras [Fonte: elaborada pela autora]

Operadoras	Descrição dos documentos
Operadora A	Alvará Sanitário, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, Certificações Técnicas e de Especialidades
Operadora B	Alvará Sanitário, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, Título de Especialista, Residência Médica, Diploma, Contrato Social, CCM ou ISS, Comprovante Bancário, referências, relação do Corpo Clínico e serviços realizados.
Operadora C	Alvará Sanitário, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e Certificado de Especialidades.

A tabela 12 apresenta os documentos exigidos pelos hospitais ao habilitarem uma operadora em sua organização. O principal documento exigido pelos hospitais é o registro da operadora junto a ANS. Salienta-se que o 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 são documentos obrigatórios para as operadoras poderem atuar no mercado de saúde suplementar.

Tabela 12 – Análise do cadastro legal e documental exigidos pelos hospitais [Fonte: elaborada pela autora]

Hospitais	Descrição dos documentos
Hospital A	Registro da ANS e Especificação da área de abrangência geográfica.
Hospital B	Registro da ANS.
Hospital C	Registro da ANS, Registro dos Produtos – ANS, Registro dos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia

As três operadoras avaliam in loco as instalações dos prestadores de serviços hospitalares, considerando principalmente a acessibilidade do cliente, os equipamentos em uso e a limpeza e conservação das instalações. A operadora B, também considera a apresentação dos profissionais quanto às vestimentas adequadas e quanto à higiene. Todas as avaliações são devidamente registradas.

Com relação aos hospitais, todos permitem que as operadoras vistorem e avaliem suas instalações. Confirma-se então que os hospitais investigados estão preparados e dispostos a enfrentar uma série de avaliações técnicas, operacionais e de certificações. Por sua estrutura complexa, com vários serviços e cada um com suas especificidades, os hospitais são empresas bem qualificadas. Somente um hospital registra e documenta as avaliações realizadas pelas operadoras.

Das três operadoras respondentes, duas declararam que não verificam as condições de trabalho e exigências técnicas dos funcionários dos hospitais. A operadora C não atribui importância às condições de trabalho, mas averigua, quando recebe denúncias ou comunicados dos Conselhos Regionais dos Profissionais. A operadora C investiga a denúncia primeiramente solicitando esclarecimentos junto ao prestador, encaminha a auditoria médica para realizar uma vistoria técnica, exigindo que sejam sanadas as irregularidades. O prestador para manter-se credenciado deverá cumprir as exigências da operadora, caso contrário, ocorrerá o descredenciamento do serviço com a rede prestadora.

Todos três hospitais respondentes monitoram as condições de trabalho e exigências técnicas de seus funcionários. O hospital A informa que atende as exigências da legislação vigente do Ministério do Trabalho, bem como as exigências das legislações técnicas e normativas do Ministério da Saúde, também possui um serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho que avalia periodicamente as condições de trabalho dos funcionários.

As operadoras e os hospitais afirmaram que o deferimento do credenciamento ocorre após o cumprimento das etapas definidas pela política de credenciamento.

4.1.2 Qualidade na Assistência

A Lei 9961/00, que institui a ANS, no seu artigo 4º delinea a suas competências, explicitando em alguns incisos o tema da qualidade assistencial:

“V – estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras:” [...]

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

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

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

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

Questionado para as operadoras se avaliam a qualidade da assistência da sua rede prestadora de serviços, duas operadoras declararam que sim, avaliam a qualidade da assistência da sua rede prestadora de serviços, sendo que uma operadora avalia apenas o credenciamento do serviço quando objetiva expandir os serviços e quando ocorrem reclamações. A mesma questão foi apresentada para os hospitais,

mas neste caso, todos os respondentes afirmaram que avaliam a qualidade da assistência de seus serviços.

Os programas formais de avaliação da qualidade da assistência para os prestadores de serviços hospitalares são aplicados somente por uma operadora, considerando-se que a avaliação é aplicada por todas as operadoras. As operadoras que não possuem programas formais de avaliação da qualidade da assistência avaliam os prestadores de serviços sem o emprego de nenhuma metodologia.

Os três hospitais confirmaram que possuem programas formais de avaliação da qualidade da assistência de seus serviços, conforme demonstrado na tabela 13.

Tabela 13 – Programas de Avaliação da Qualidade da Assistência empregados nos hospitais pesquisados [Fonte: elaborada pela autora]

Hospitais	Programas de Avaliação da Qualidade da Assistência
Hospital A	ISO Programa de Acreditação Hospitalar
Hospital B	Sistema de Avaliação Interna Hospital Acreditado no Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar –ONA/MS
Hospital C	Pesquisa de Satisfação e Indicadores Estratégicos

Malik e Teles (2001) afirmam que para garantir a sobrevivência financeira dos hospitais é necessário garantir uma clientela. Uma estratégia para aumentar o número de clientes, desde que isso se torne necessário, é mostrar evidências de que o serviço oferecido apresenta qualidade, independente do que isso signifique.

As operadoras não exigem dos prestadores de serviços as certificações e indicadores de qualidade. A operadora C relata que utiliza os indicadores de

qualidade como ferramenta de trabalho em determinadas circunstâncias como elaboração de trabalhos específicos, comparação de informações epidemiológicas e exclusão de prestadores de serviços de sua rede. Os três hospitais também não exigem das operadoras certificações e indicadores de qualidade.

Todos hospitais comparam os indicadores de qualidade utilizando como referência os padrões nacionais, como ANAHP. Dois hospitais além de utilizar os indicadores nacionais, também confrontam com indicadores internacionais. O hospital B utiliza-se de diversos sistemas de comparação aplicados nas áreas de recursos humanos e na área de negócios ou relacionamentos com os fornecedores.

A figura 13 apresenta a ordem de importância que as operadoras atribuem ao avaliarem a qualidade da assistência da sua rede de serviços hospitalares. Quando avaliada a qualidade da assistência da rede prestadora de serviços, as operadoras atribuem maior importância aos serviços de atenção ao paciente/cliente, aos serviços de apoio ao diagnóstico e aos serviços assistenciais e de abastecimento.

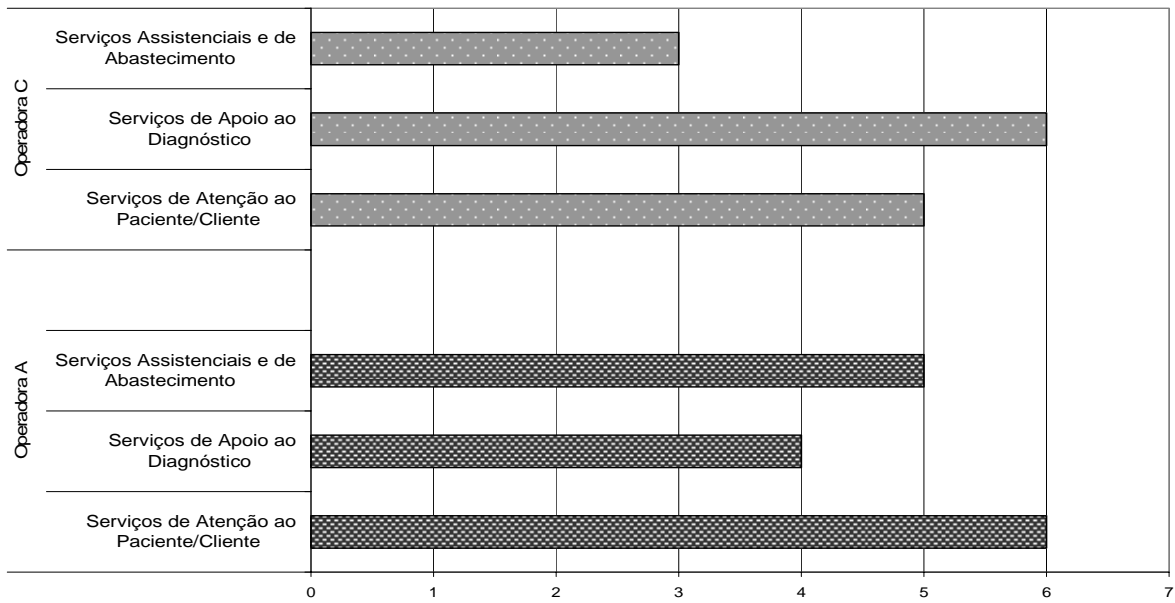


Figura 13 – Ordem de importância atribuída pelas operadoras na qualidade da assistência dos prestadores de serviços [Fonte: elaborada pela autora]

A análise da figura 14 permite concluir que os hospitais conferem maior importância aos serviços profissionais e organização na assistência; em seguida aos serviços de apoio ao diagnóstico e liderança e administração e aos serviços de atenção ao paciente/cliente.

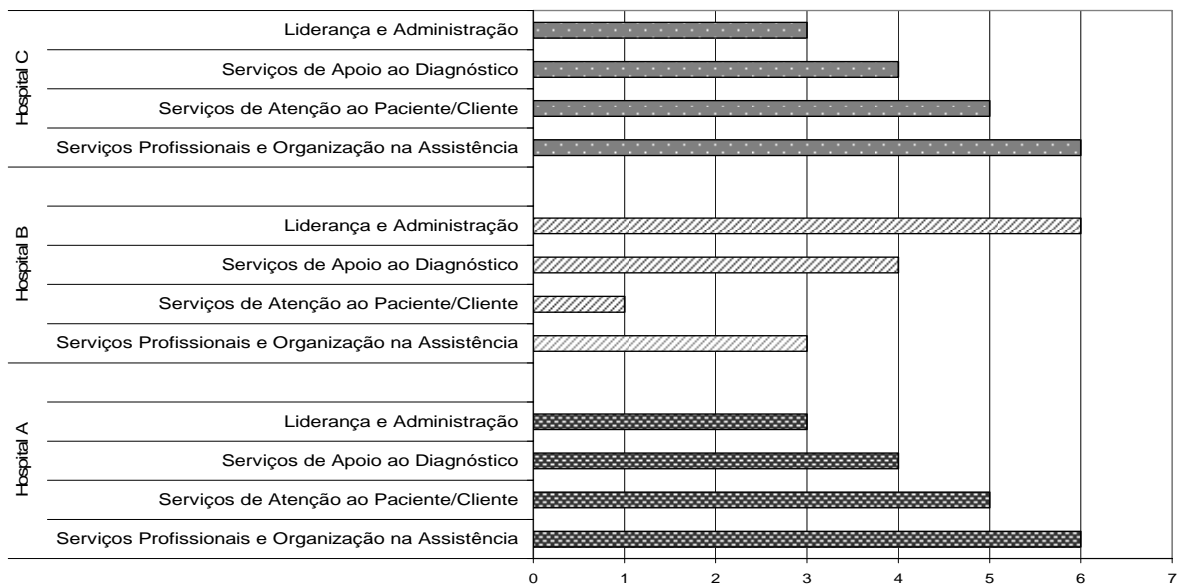


Figura 14 – Ordem de importância atribuída pelos hospitais na qualidade da assistência de seus próprios serviços [Fonte: elaborada pela autora]

Questionou-se as três operadoras sobre a utilização de protocolos clínicos ou manuais de ajuste de conduta para normatizar a relação com os prestadores de serviços, duas operadoras não utilizam nenhum tipo de protocolo clínico ou manual. A única operadora que utiliza protocolos clínicos tem o propósito de coibir irregularidades e disciplinar o relacionamento entre as partes, objetivando a melhoria no atendimento ao paciente, a diminuição dos custos operacionais, a otimização do processo de gestão e a implantação de um sistema de autorização eletrônica nos prestadores de serviços.

Os hospitais, sem exceção, utilizam-se de protocolos clínicos para normatizar a relação com as operadoras com o propósito de melhorar o atendimento ao paciente. Dois hospitais enfatizaram que também utilizam os protocolos para otimizar o processo de gestão. O hospital A informa que os protocolos clínicos são empregados em áreas específicas como Unidade de Terapia Intensiva e Cardiologia. O hospital B relata que possui protocolos clínicos nas unidades de Centro de Tratamento Intensivo e Emergência e que os protocolos clínicos são uma alternativa para a melhoria do relacionamento com as operadoras, o hospital destaca que credenciou uma nova unidade de serviços fundamentada nos resultados obtidos com o uso dos protocolos clínicos.

No sistema de saúde suplementar tem se observado um crescimento na utilização de diretrizes clínicas por parte tanto das operadoras, quanto dos prestadores de serviços. Pesquisa recente desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (MALTA et al, 2004) – P27, realizada junto a prestadores e operadoras de planos e seguros de saúde, identificou que os protocolos vêm cada vez mais sendo

utilizados tanto do ponto de vista assistencial quanto administrativo no sentido de definir um padrão mínimo nos atendimentos realizados bem como na busca de uma racionalização dos recursos investidos no processo de prestação de serviços, com os resultados identificados como positivos. A maioria dos hospitais investigados já trabalha com protocolos visando orientação da conduta dos especialistas. Os hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH), constituídos por 33 estabelecimentos hospitalares, com mais alto padrão de atendimento e considerados de excelência no mercado, trabalham com protocolização em quase todos os atendimentos prestados, chegando a contar com cerca de quase 800 protocolos existentes dentre assistenciais e administrativos. Vale ressaltar que embora elaborados pelos melhores especialistas da área, encontra-se boa parte deles baseados em consensos e não nas melhores evidências científicas existentes.

Todos os investigados fazem uso da pré-autorização como medida de controle para o uso de alguns procedimentos.

As operadoras avaliam junto ao prestador de serviços os documentos relacionados aos clientes (prontuários, ficha de atendimento e outros). Os tipos de avaliações que as operadoras utilizam são basicamente a auditoria médica e por insumos utilizados. Estas avaliações são realizadas para os casos especiais e por amostragem.

Os hospitais avaliam junto às operadoras os documentos relacionados aos clientes como prontuários, fichas de atendimento e outros, as avaliações de auditoria médica e por insumo utilizado são utilizadas somente em casos especiais,

esta avaliação é feita por amostragem. Um único hospital sempre avalia os documentos de todos os clientes.

Todos os respondentes avaliam as instalações e os cuidados com os clientes/pacientes, (estrutura física-funcional), demonstrando preocupação quanto a estrutura dos serviços. Os setores que merecem mais ênfase são os setores ambulatoriais, emergência, unidade de internação, anestesiologia, neonatologia, tratamento intensivo, hemoterapia, medicina nuclear, radioterapia, reabilitação, centro cirúrgico e obstetrício.

No setor ambulatorial, dois hospitais e uma operadora avaliam o sistema de controle de agendamento, incluindo a frequência, a duração, a distribuição, a realização das consultas e a gestão da demanda admitida. Um hospital não possui serviço ambulatorial.

Os três hospitais e duas operadoras mantêm uma sistemática de recepção para os pacientes e transferência dos casos que superam a capacidade resolutiva da unidade de internação. A totalidade dos hospitais e uma operadora dispõem de um sistema de referência e contra-referência que garante a segurança do encaminhamento dos pacientes e de seu retorno. Nos casos especiais como agressão física e psicológica, dois hospitais e uma operadora estão preparados para prestar atendimento aos clientes.

Segue alguns relatos referentes a esse ponto:

“A frequência é baixa mais existe, dois setores acompanham esses casos a Ouvidora e uma Gerência que está envolvida diretamente com a rede dos prestadores de serviços, possuímos dois profissionais habilitados para essas situações”.

“Temos dois setores que atende os casos especiais: a Ouvidoria e a Psicologia Médica”.

Todos os respondentes avaliam os equipamentos médicos hospitalares. A figura 15 demonstra que duas operadoras atribuem maior importância na avaliação dos equipamentos médicos hospitalares de sua rede de serviços no que se refere à estrutura e capacitação de acordo com o perfil e nível de complexidade da organização. Além disso, essas organizações afirmam que mantêm uma equipe habilitada para garantir a utilização dos equipamentos médicos hospitalares dentro dos padrões de segurança para os pacientes e profissionais de saúde e capacitação e a escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência nas 24 horas.

Uma das operadoras entrevistadas informou que cumpria apenas dois dos oito itens descritos na pergunta formulada sobre avaliação dos equipamentos médicos hospitalares, o representante da operadora revelou que o roteiro da pesquisa serviu de alerta para a empresa, sendo que convocou a equipe responsável (auditoria médica) por esta atividade para avaliarem em conjunto todos os itens da questão. De posse dos dados obtidos, a equipe definiu que irá realizar melhorias no relatório de avaliação de credenciamento de serviços, quanto ao item mencionado, ou seja, avaliação dos equipamentos médicos. O entrevistado ressaltou a importância do ro-

teiro da pesquisa que contribuiu para uma maior reflexão quanto aos conceitos de qualidade e avaliação da qualidade dos serviços credenciados.

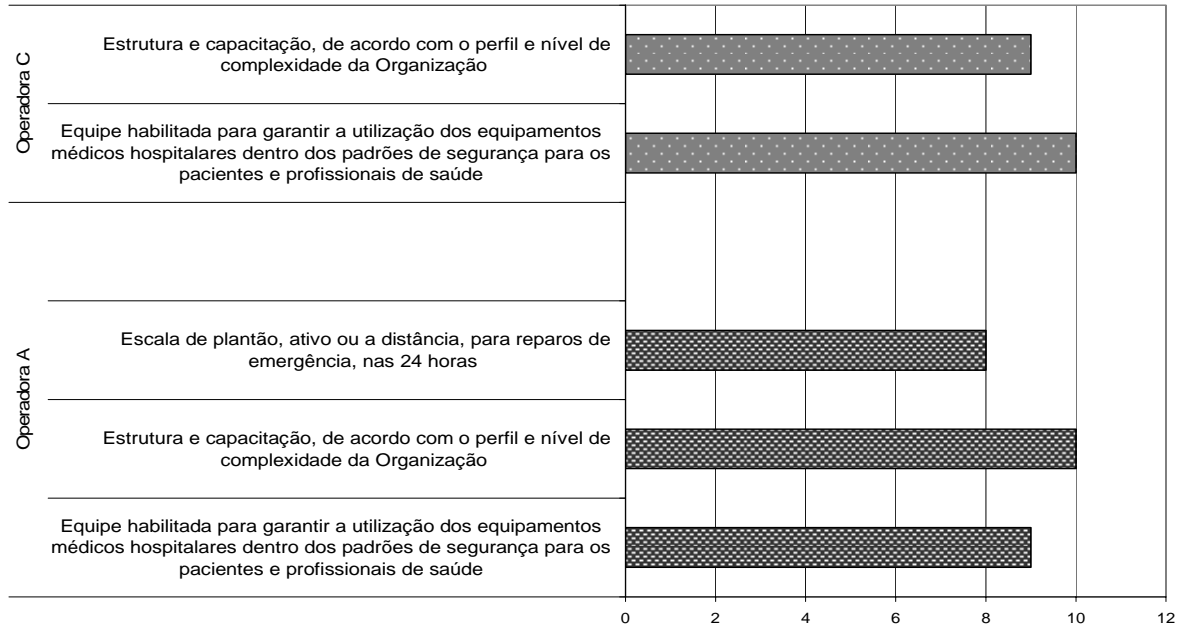


Figura 15 – Ordem de importância atribuída pelas operadoras na avaliação dos equipamentos médicos hospitalares da rede de serviços [Fonte: elaborada pela autora]

A figura 16 apresenta os itens mais observados por todos os hospitais quando avaliam os equipamentos médicos hospitalares, por ordem de importância. Em primeiro lugar aparece o gerenciamento dos contratos e a avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança em seguida consideram a calibração, além dos testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos e estrutura e capacitação e a escala de plantão, ativo ou à distância, para reparos de emergência nas 24 horas.

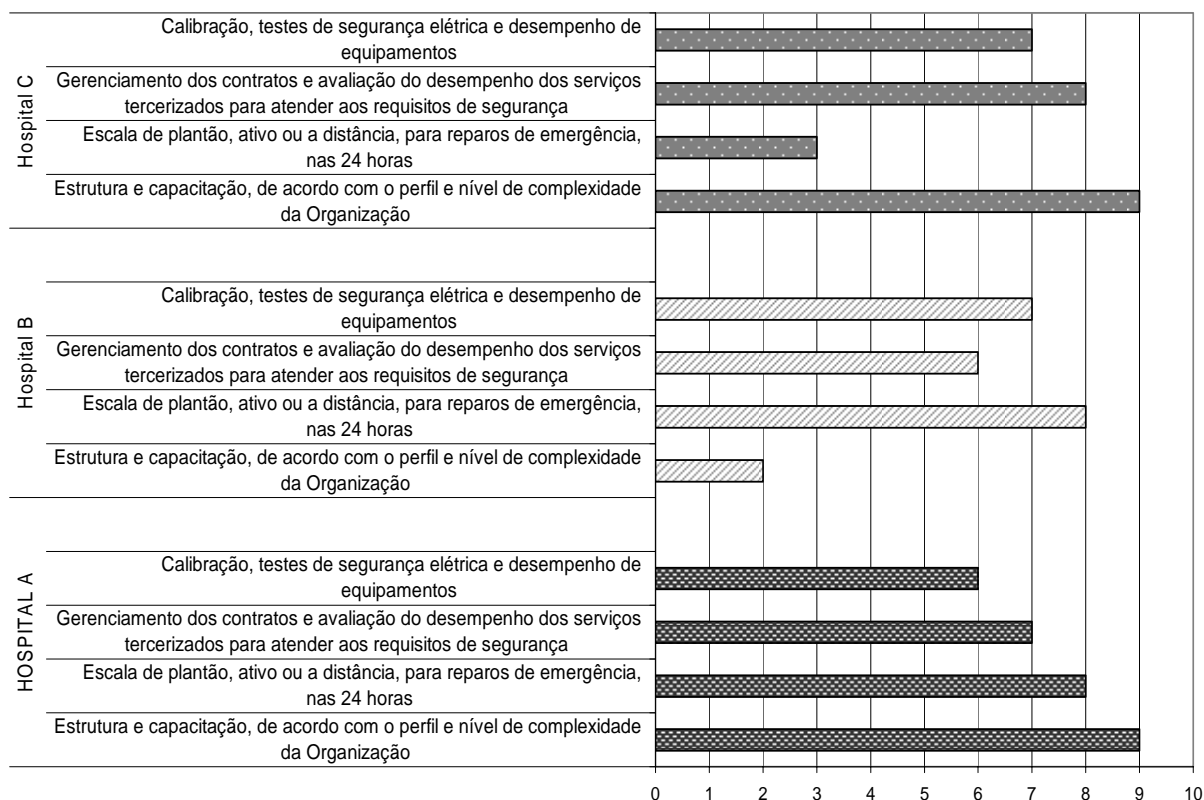


Figura 16 – Ordem de importância atribuída pelos hospitais na avaliação dos equipamentos médicos hospitalares utilizados na prestação dos seus serviços [Fonte: elaborada pela autora]

O hospital A destacou que mantém uma gerência especializada em engenharia clínica responsável por todos equipamentos médicos hospitalares da instituição. O setor de engenharia clínica faz o levantamento do parque e cadastro dos equipamentos, fornecedores e contratos, centraliza as informações visando o controle dos gastos com manutenção, atualiza o histórico de cada equipamento (prontuário do equipamento). Além de assumir todas estas atividades, a equipe controla as manutenções preventivas, treina junto aos funcionários a utilização dos equipamentos, controla a instalação de equipamentos novos.

O setor de prevenção e controle de infecções é avaliado por todos os entrevistados que verificam se a equipe está atendendo aos requisitos formais e técnicos e

se está estruturada de acordo com o grau de complexidade da instituição, visando à segurança das atividades desempenhadas.

Os três hospitais e duas operadoras disponibilizam uma área específica responsável pelos clientes. A operadora A esclarece que este serviço é utilizado para os pacientes internados, clientes que necessitam de serviços de alta complexidade e casos especiais. A operadora C relata que existem três áreas envolvidas no atendimento ao cliente, duas Superintendências, de comunicação e pós-venda, além da Ouvidoria. A Superintendência de Comunicação recebe as solicitações, faz a triagem dos questionamentos, encaminha-os para as áreas específicas para coleta de informações, estrutura e fornece a resposta ao requerente.

O hospital A possui dois setores que são responsáveis pelo atendimento aos clientes/pacientes: a recepção e a ouvidoria. O setor de recepção acolhe os clientes que irão internar-se no hospital e os orienta sobre todos os serviços disponíveis, por exemplo telefones, localização dos serviços, listagem dos planos de saúde, sendo fornecido um kit orientativo da organização hospitalar. No setor de ouvidoria, os profissionais realizam visitas diárias e orientam os pacientes internados, utilizando-se de normas e procedimentos específicos. Este setor é responsável pela avaliação do grau de satisfação dos clientes durante sua permanência e também após a saída do hospital. O referido hospital possui uma clientela exigente como artistas, atores, jornalistas, médicos, jogadores e celebridades nacionais.

No hospital B, uma área de marketing é responsável pelo atendimento aos clientes, está estruturada e organizada para planejar e executar políticas e estratégias

referentes aos clientes, ao mercado e segmentos que a instituição está inserida e tem capacidade de operar. Esta área identifica os fatores de satisfação e insatisfação e coordena os processos de tratamento e correção destes fatores, promovendo a marca e o reconhecimento público da imagem da organização.

O hospital C também tem uma área específica responsável pelos clientes, a Central de Relacionamento com Clientes que interage diretamente com os clientes, familiares e os profissionais médicos que atuam na organização.

Enquanto as operadoras não exigem dos prestadores de serviços hospitalares a avaliação de satisfação dos seus clientes, guia orientativo e sistemática de comunicação referente a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas, os hospitais estão voltados inteiramente no foco dos seus clientes, todos os três hospitais realizam avaliação de satisfação de seus clientes na utilização dos serviços e no pós atendimento. Os hospitais também fornecem aos clientes guia de orientação instruindo-os sobre os serviços disponíveis, empregando uma sistemática de comunicação sobre a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas.

4.1.3 Contratualização de Serviços

As operadoras e os hospitais possuem um setor específico responsável pelo gerenciamento dos contratos e a avaliação do desempenho dos serviços contratados.

Tabela 14 – Gerenciamento de Contratos [Fonte: elaborada pela autora]

Empresas	Setor de Gerenciamento de Contratos
Operadora A	Diretoria Médica
Operadora B	Relacionamento Médico - Área Médica
Operadora C	Superintendência de Gestão de Rede
Hospital A	Gerência Financeira
Hospital B	Gerência Jurídica
Hospital C	Gerência Comercial

Todos os hospitais e duas operadoras monitoram o cumprimento das cláusulas contratuais celebradas entre as partes, além de monitorar especificamente os prazos para pagamento, atraso de pagamento, critérios unilaterais de cobrança, retenção de pagamentos (glosas), reajuste de tabelas de preços e o objeto do contrato. A única operadora que não monitora as cláusulas contratuais dos contratos com os prestadores de serviços esclarece que cumpre com todos os dispositivos estabelecidos nos contratos, não tecendo maiores comentários a respeito.

Barros (1999) considera que, no que se refere ao gerenciamento dos serviços, as empresas modernas buscam agilidade, empreendimento, a melhoria contínua e lutam contra a obesidade administrativa e até mesmo demonstram o inconformismo com os padrões de qualidade pouco desafiadores. No conceito do autor o gerenciamento adota novos paradigmas na busca da excelência, preocupando-se em oferecer estímulos às idéias criativas de todos envolvidos, preparando-os para o enfrentamento de desafios do cotidiano.

Conclui-se que boa parte das empresas entrevistadas acompanha o cumprimento das cláusulas contratuais, seja para controles financeiros, custos ou gerenci-

as. No mercado de saúde suplementar seria inviável não realizar os controle dos contratos, uma vez que as operadoras não têm apenas um produto no mercado, podem variar de mil e quinhentos produtos ofertados no mercado e os hospitais estão credenciados, na sua maioria, com várias operadoras de planos de saúde e cada uma com suas especificidades como medicina de grupo, autogestão, seguradora. As exigências variam conforme os prestadores, uma vez que ditas exigências estão fundamentadas nos produtos disponíveis no mercado, como também nos vários tipos de clientes.

Questionados a respeito das penalidades aplicadas em caso de descumprimento das cláusulas contratuais, duas operadoras e dois hospitais confirmam que penalizam a outra parte. A operadora B relata que posterga o pagamento até o esclarecimento dos fatos. A operadora C informa que na maioria das vezes aplica a multas, mas que raramente as cobra. O Hospital B, dependendo do caso, denuncia o contrato.

Quanto ao reajuste nas tabelas de preços dos contratos, os hospitais e as operadoras afirmaram que os reajustes dependem de cada caso. A operadora A informa que a negociação é realizada diretamente com o prestador. A operadora C esclarece que os reajustes obedecem a uma periodicidade e os índices são definidos em livre negociação mediante a exposição das planilhas de custo.

As operadoras não possuem normas claras que definam a sistemática de reajustes de preços com os prestadores de serviços, enquanto que todos os hospitais seguem normas definidoras desta sistemática. A operadora A, esclarece que todas

as negociações são específicas em todos os itens da contratualização. A operadora C relata que os itens são definidos segundo as planilhas de cálculos atuariais e o peso de cada item. O hospital A esclarece que somente os itens materiais, medicamentos, materiais de órteses e próteses e diárias e taxas estão regulados através de normas, os outros itens são definidos caso a caso. O hospital B utiliza a data base do contrato para os reajustes de preços ou 12 meses após o último reajuste “.

O Hospital A detalha a sistemática de reajustes dos preços praticada com as operadoras. As diárias e taxas sofrem reajuste anual, os materiais de órteses e próteses os reajustes serão feitos sempre que houver reajuste do fornecedor, os materiais e medicamentos são reajustados conforme determinação do governo. A frequência dos reajustes para duas operadoras e para todos os hospitais é sempre a cada doze meses.

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. 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 servi-

ços 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 (SILVA, 2003).

No momento de reajustar os preços, os índices aplicados são diferentes entre os respondentes. O hospital A informa que os índices aplicados variam entre 9% a 11%, não existe item ou cláusula que contemple a variação dos índices a serem aplicados. Os hospitais B e C aplicam os índices IGPM e INPC. A operadora C considera as variações de materiais e medicamentos e os índices de reajuste de classes trabalhistas.

Apenas o hospital B estabelece critérios de qualidade da assistência nos contratos firmados com as operadoras de planos de saúde, isto quer dizer se o hospital possui certificações, dias de excelência em serviços, índices de infecção hospitalar e outros. Segue o relato da entrevista:

“Estamos começando a desenhar conjuntamente os critérios a serem apresentados, digo formalizados, porém não existe ainda uma formalização a este respeito”.

Somente a operadora B declara possuir uma política de co-responsabilidade formalizada e definida entre operadora e o prestador de serviços, a operadora salienta que a responsabilidade pelos atos praticados está definida no contrato para eventos e serviços praticados pelo prestador. Os contratos firmados entre o hospital A e as operadoras não está inserido nenhuma cláusula de co-responsabilidade. O Poder Judiciário já proferiu decisões a respeito da co-responsabilidade das operadoras, um exemplo é o erro médico em que as operadoras são também responsabilizadas por danos causados pelos prestadores de serviço de sua rede. Estas decisões fizeram com que as operadoras começassem a estudar os critérios de seleção para contratar os profissionais médicos credenciados. O hospital B não trabalha com nenhuma política formalizada de co-responsabilidade, porém existe um processo de troca entre hospital e operadora em casos adversos como situações de cobrança de honorários médicos, problemas técnicos, não coberturas a procedimentos, materiais e exames e reutilização de materiais.

4.1.4 Comentários Adicionais dos Entrevistados

Operadora A

O representante da Operadora A afirmou que os hospitais privados e as operadoras de plano de saúde estão enfrentando uma fase em que, mesmo tendo de re-

resolver seus inúmeros problemas, almejam atingir um nível de entendimento para melhorar suas relações ou ao menos minimizar as diferenças. O desafio é a busca desse entendimento. É necessário mudar o credenciamento dos hospitais em nível Brasil, em cidades que as redes de serviços estão consolidadas, tempo superior a três anos, não deve haver credenciamento. O relacionamento comercial atual deve sofrer mudanças. O hospital gera mais serviços, as operadoras para sobreviverem têm de reduzir os serviços.

Hospital C

O representante do hospital C comentou que o mercado da saúde ainda não está apto para realizar comparativos dos indicadores de assistências entre hospital e operadoras, pois somente o hospital preocupa-se com estes resultados. As operadoras ainda estão muito baseadas na relação do custo da prestação do serviço.

5 COMENTÁRIOS FINAIS

Este capítulo apresenta as conclusões provenientes do presente trabalho, a partir da revisão da literatura e das observações realizadas em campo nas seis empresas que atuam no mercado de saúde suplementar.

5.1 CONCLUSÕES REFERENTES AOS RESULTADOS

Esta dissertação abordou a relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços e a identificação dos fatores que influenciam essa relação, dando ênfase à habilitação dos produtos e serviços, qualidade na assistência e a contratualização.

A revisão bibliográfica descreveu os entendimentos de diversos autores sobre os elementos que compõem as relações comerciais entre os dois agentes. Observou-se que existe uma farta literatura sobre a qualidade em serviços de saúde e a regulamentação do mercado de saúde suplementar.

Os dados da pesquisa revelam os principais fatores que estabelecem o vínculo da relação entre as operadoras e os prestadores de serviços e o delineamento dos elementos fundamentais da relação, os quais serão apresentados e discutidos a seguir.

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. Percebe-se que 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 política de credenciamento, na qual as operadoras se apóiam, é um dos atributos necessários para o credenciamento da rede prestadora, configurando o início do relacionamento comercial. Os hospitais e operadoras dispõem de setor específico responsável pelo credenciamento e descredenciamento de serviços, estando estruturados e organizados para planejar, executar políticas e estratégias do mercado e nos segmentos que as empresas estejam inseridas e que tenham capacidade de atuar.

No mercado de saúde suplementar as operadoras e prestadores de serviços, apresentam divergentes interesses, 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 es-

pecialidades (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.

Outros aspectos que atrelam os dois agentes é o cumprimento das exigências legais, ou seja, os documentos indispensáveis para as empresas estarem operando 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.

A visita de avaliação nas instalações físicas e funcionais dos prestadores de serviços hospitalares é um dos pré-requisitos para consolidar a relação entre os agentes. As operadoras analisam a acessibilidade do cliente, os equipamentos em uso e a limpeza e conservação das instalações. Os hospitais por sua vez estão preparados e dispostos a enfrentar uma série de avaliações técnicas, operacionais e de certificações. Não há um incentivo nem uma imposição por parte das operadoras para que os prestadores aprimorem a qualidade da assistência, tornando-se um diferencial dos hospitais vinculados a sua rede. As operadoras asseguram que avaliam a qualidade da assistência da sua rede prestadora de serviços, porém não possuem um programa formal, constatou-se que as avaliações executadas não empregam nenhuma metodologia.

Os hospitais e operadoras atribuem maior importância à qualidade da assistên-

cia, aos serviços de atenção ao paciente/cliente e aos serviços de apoio ao diagnóstico. Nesta relação, os hospitais preparam-se 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.

Os protocolos vêm cada vez mais sendo utilizados tanto do ponto de vista assistencial quanto administrativo, no sentido de definir um padrão mínimo nos atendimentos realizados bem como na busca de uma racionalização dos recursos investidos no processo de prestação de serviços, com os resultados identificados como positivos. Os hospitais investigados, sem exceção, trabalham com os protocolos clínicos para normatizar a relação com as operadoras com o propósito de melhorar o atendimento assistencial. Os protocolos clínicos, sustentados por evidências científicas, permitem uma adequação dos valores dos procedimentos médicos hospitalares. Essa forma de relacionamento é extremamente simplificadora, proporcionando redução de custos e contribuindo para suprimir os conflitos no sistema de cobrança e pagamento.

Para uma maior influência mútua com os seus clientes, hospitais e operadoras dispõem de uma área exclusiva para o atendimento aos clientes. Normalmente o serviço é utilizado para os pacientes internados ou clientes que necessitam de serviços de alta complexidade e esclarecimentos. Ressalta-se que os hospitais, dispõem de mais de um setor para o acolhimento dos clientes, orientando-os sobre

todos os serviços disponíveis, por exemplo, guias orientativos da organização hospitalar. Esta área identifica os fatores de satisfação e insatisfação, coordena os processos de tratamento e correção destes fatores, promovendo a marca e o reconhecimento público da imagem da organização. Com toda uma estrutura voltada ao atendimento aos clientes, as operadoras não exigem dos prestadores de serviços hospitalares nenhum indicador ou resultado de satisfação dos seus clientes. Há um interesse coletivo entre os dois agentes quanto o atendimento aos clientes, sendo este um ponto estratégico para fortalecer as alianças comerciais.

As empresas entrevistadas gerenciam os contratos e avaliam o desempenho dos serviços contratados como também possuem setor específico que acompanha o cumprimento das cláusulas contratuais, como objeto e natureza do contrato, os prazos e procedimentos para faturamento.

Identificou-se na pesquisa a existência de um fator que pode abalar a relação contratual entre as operadoras e os prestadores de serviços: o descumprimento das cláusulas contratuais, que acarreta a aplicação de penalidades entre as partes, assim como, 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. As operadoras não possuem normas claras que definam a sistemática de reajustes de preços com os prestadores de serviços, enquanto que todos os hospitais seguem normas definidoras desta sistemática. As negociações são específicas em todos os itens da contratualização. Os hospitais esclarecem que somente os itens materiais, medicamentos, materiais de órteses e próteses e diárias e taxas estão regulados através de normas. A frequência dos reajustes de preços ocorre a partir da data base do contrato ou 12 meses após o último reajuste.

Nos reajustes de preços, os índices aplicados são diferentes entre os respondentes, podendo variar entre 9% a 11% ou utilização dos índices IGPM e INPC. Na relação contratual entre operadoras e prestadores não existe item ou cláusula que contemple a variação dos índices a serem aplicados, constrário a determinação da RN 42/2003 em que os critérios de reajuste devem conter forma e periodicidade. Vale-se destacar que os contratos celebrados entre os agentes são acordos comerciais que estão em vigência a mais de quinze anos em sua maioria, cabendo aos agentes adequações quanto à 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. Estas decisões fizeram

com que as operadoras começassem a estudar os critérios de seleção para contratação de prestadores de serviços, sejam eles estabelecimentos de saúde e profissionais médicos. O mercado já acena para experiências pioneiras entre hospitais e operadoras em que existe um processo de troca entre agentes em casos adversos como situações de cobrança de honorários médicos, problemas técnicos, não coberturas a procedimentos, materiais e exames e reutilização de materiais.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que nesta relação à ligação central entre os dois agentes é o cliente. Hospitais dispõem de serviços e corpo técnicos qualificados, e as operadoras possuem uma carteira de clientes potenciais. O cliente brasileiro utiliza-se 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 ambas as partes.

A autora deste trabalho acredita que é o momento de dar transparência nas relações firmadas a mais de 20 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.

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 desta 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-financeira 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. O desenvolvimento da qualificação dos dois componentes será realizado através de indicadores para o monitoramento do processo.

A avaliação dos componentes será realizada através de quatro dimensões:

- Atenção à saúde: dimensão real de qualificação da atenção à saúde dos usuários de planos privados de assistência à saúde com identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida.
- Econômico-financeira: identificação da situação econômico-financeira da empresa frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente.

- Estrutura e operação: identificação do modus operandi da empresa.
- Satisfação dos beneficiários: identificação da visão do usuário quanto ao cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

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.

5.3 RECOMENDAÇÕES PARA OS FUTUROS TRABALHOS

O desenvolvimento da pesquisa apontou os seguintes aspectos que merecem investigações futuras:

- Desenvolver a pesquisa com outros grupos de operadoras de planos de saúde e com outros hospitais integrantes da ANAHP, verificando a validade das tendências e conclusões observadas neste primeiro estudo;
- Incluir um estudo aprofundado do papel do profissional médico no estabelecimento e manutenção das relações entre os agentes.

Acredita-se que os resultados ora apresentados, bem como os estudos futuros aqui propostos, poderão contribuir, para a busca da melhoria das relações entre operadoras e prestadores de serviços hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky, *Formas de Remuneração de Serviços de Saúde*. Brasília: IPEA, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2004.

ALBRECHT, Karl., BRADFORD, Lawrence J. *Serviços Com Qualidade: A Vantagem Competitiva*. São Paulo: Makron Books, 1992.

ALBRECHT, K., ZEMKE, R. *Service América!: Doing Business in the New Economy*. New Your: Warner Books Inc, 1990.

ALMEIDA, Arlindo. *Uma Regulamentação Conflituosa, Seguros Riscos*. São Paulo, Technic Press, 12 (124): 6-7, jul. 1998.

ALMEIDA, Arlindo e PAIVA, Eleuses. Explodem Críticas aos Planos de Saúde Privada. *Jornal Saúde Hoje, Confederação Nacional de Saúde*, Brasília, Ano XIII, nº 131, jul/ago. 2002.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: <<http://www.anaph.com.br>>. Acesso em: 10 dezembro de 2004.

_____. *Projeto Melhores Práticas Assistenciais*. In: 5º FÓRUM DA ANAHP, 23 e 24 set., São Paulo, 2004.

_____. *Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares – SINHA*. In: 5º FÓRUM DA ANAHP, 23 e 24 set., São Paulo, 2004.

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.

ARCHER, Margaret. *Culture and Agency*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

ARROW, K.J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review 53 - 1963.

_____. 1985, Theoretical issues in health insurance. In *Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Vol. 6, Applied Economics. Cambridge: Havard University Press.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Pesquisa Planos de Saúde: avaliação dos planos privados, 2002, disponível na Internet: http://www.amb.org.br/inst_pesquisa_planos.php3.

ATALA, Sérgio. Advogado analisa a nova Lei. *Seguros & Riscos* - Technic Press, São Paulo, 12 (124): 8-11, jul.1998.

AUSTIN SETORIAL, *Relatório de Análise Setorial Planos de Saúde*. São Paulo, 2003.

BAHIA, Ligia. *Planos Privados de Saúde: Luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

BAHIA, L., VIANA. A. *Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil*. In: *BRASIL*. Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

BARROS, Claudius D'Artagnan C. de. *Excelência em Serviços. Uma Questão de Sobrevivência no Mercado*. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

BATTESINI, Marcelo. *Análise Conjunta em Duas Etapas*. Porto Alegre: UFRGS, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) PPGE/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

BENJÓ, Isaac. *Fundamentos de Economia da Regulação*. Rio de Janeiro, 1999.

BERRY, L.L., PARASURAMAN, A. *Serviços de Marketing: competindo através da qualidade*. São Paulo: Maltese – Norma, 1994.

BLANSKI, L. E. Responsabilidade Civil: O dano causado ao paciente sob a perspectiva das Instituições Hospitalares. *Revista Brasileira de Direito Médico*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

BRANDT, Reynaldo. *A viabilidade dos hospitais como centro de serviços para atendimento integral dos usuários de planos de saúde*. In: 6º Simpósio de Planos de Saúde Health Business Fair. São Paulo, 2003.

_____. *Saúde Suplementar precisa de garantia de financiamento*. In: 5º Fórum da ANAHP, Notícias da ANAHP. São Paulo, setembro, 2004.

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, 2000.(ANS, 1).

_____. *Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. Rio de Janeiro, 2002. (ANS, 3).

_____. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, 2003. (ANS, 4).

_____. *Relatório de Gestão, Os Primeiros 30 meses – janeiro 2000 – julho 2002*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. *Relatório de Gestão, 2000 – 2003 – 4 anos da ANS*. Rio de Janeiro, 2004.

_____. *Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, 2003. 1 CD ROM.

_____. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39*. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 out. 2000.

_____. *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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 nov. 2002.

_____. *Consulta Pública nº 9 realizada em 12/04/2003 a 25/05/2003*. Dispõe sobre as condições para contratualização de entidades hospitalares na prestação de serviços aos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

_____. *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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 jul. 2003.

_____. *Portaria nº 861 de 29 de abril de 2004*. Constitui o Grupo de Trabalho e Monitoramento da Contratualização.

_____. *Nota Técnica nº 006/2001 de 26 de junho de 2001*. Premissas sobre credenciamento e descredenciamento. Rio de Janeiro: ANS/DIPRO/GGEOP, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei 9656 de 03 de junho de 1998*. Brasília, 1998. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

_____. *Lei n.º 9.961, de 28 de fevereiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 jan. 2000.

_____. *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, 1990.

_____. *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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2001.

_____. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2.ed. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

_____. *Portaria nº 1.970/GM, de 25 de outubro de 2001*. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, Brasília, 2001.

_____. *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.

_____. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 3.ed. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002.

_____. *Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares*. 4 ed. Brasília, 2003.

BORDIN, Ronaldo et al. *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: Dacasa, 1996.

CAMPOS, Vicente Falconi. *TQC: Controle de Qualidade Total (no Estilo Japonês)*. 6 ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

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.

CASTRO, A. J. W de. *O Regime Regulatório e Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, nov de 2003. Mimeografado.

COELHO, Sergio. de et al. Sindicato dos Hospitais questiona reajuste. *Gazeta Mercantil*, Rio de Janeiro, maio de 2004.

COLLIS, David J., MONTGOMERY, Cynthia. *Criando a Vantagem Corporativa, Estratégia Corporativa – On Corporate Strategy* - Harvard Business Review, 2001.

COLTRO, A. *A busca da compreensão da racionalidade e da ética da ação administrativa na gestão de uma organização hospitalar pública*. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

CORDEIRO, H. *Acreditação de Serviços de Saúde: Controvérsias, Perspectivas e Tendências para o Aprimoramento da Qualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio - Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 8, jun. 2000.

CROSBY, P. *Qualidade sem lágrimas*. 2.ed. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1992.

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.

DEMING, W. *Dr. Deming: o americano que ensinou a qualidade total aos japoneses*. Rio de Janeiro: Record, 1993.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____. *The seven pillars of quality*. *Archive Pathology Med*, v.114, p.1115-1118. 1990.

DRUCKER, Peter F. *Inovação e Espírito Empreendedor (entrepreneurship): prática e princípios*. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

_____. *Administrando em tempo de grandes mudanças*. São Paulo: Pioneira, 1995.

ELIAS, P. E. *Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil*. In: COHN, A., ELIAS, P. E. *Saúde do Brasil: políticas e organizações de serviços*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FARIAS, Luís Otávio and MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, vol.8, no.2, p.585-598. ISSN 1413-8123.

FAVERETE FILHO, P. e OLIVEIRA, P.J. de, 1990. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. *Dados*, vol.33, nº.2.

FEIGENBAUM A. *Controle da qualidade total*. São Paulo: Makron Books, 1994.

FENASEG, Federação Nacional das das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização. de et al. Sindicato dos Hospitais questiona reajuste. *Gazeta Mercantil*, Rio de Janeiro, maio de 2004.

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. Campinas: Anais, 2001.

FIGUEIREDO, Luiz Fernando. *Serviços Próprios X Serviços Credenciados*. In: Seminário Internacional, Parcerias Inteligentes: Construindo um Relacionamento Estratégico entre Prestadores de Serviços de Saúde e Financiadores dos Sistemas. São Paulo, 2002.

FILHO, Calixto Salomão. *Regulamentação da Atividade Econômica (Princípios e Fundamentos Jurídicos)*. São Paulo, 2001.

FINK, D. R. *Reuso de água: Proposta principiológica para o desenvolvimento de disciplina legal no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2003.

FITZSIMMONS e FITZSIMMONS. *Administração de Serviços – Operações, Estratégia e Tecnologia de Informação*. 2 ed. Porto Alegre, 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 11 ed. Rio de Janeiro: Grall, 1993.

FRENK, J. *Avedis Donabedian in memoriam, Salud Pública de México*. México, v.42, n.6, p.556-557, nov./dez, 2000.

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.

GASTAL, F e LEITE, S.S.O. *Prevenção e Assistência Psiquiátrica sob o enfoque da qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema*. *Revista ABP-APAL* v.14, n.4: 159-167. 1992.

GASTAL, F. *Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica*. Tese (Doutorado) - UNIFESP-EPM. São Paulo, 1995.

_____. *Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde*. Informes Técnicos Institucionais. *Revista Saúde Pública*, 38 (2): 335-6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2004.

GARCÍA, R. *El concepto de calidad y su aplicación en Medicina*. *Rev. Méd. Chile*. Santiago, v.129, n.7, jul. 2001.

GARVIN, D. *Gerenciando a qualidade*. Rio de Janeiro:Qualimark, 1992.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

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

GRÖNROOS, Christian. *Marketing – Gerenciamento e Serviços*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

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.

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

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 07 setembro de 2004.

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

_____. *Pesquisa Nacional de Expectativa de Vida do Brasil*. Rio de Janeiro, 2004.

ISHIKAWA, K. *Controle de Qualidade Total: à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JURAN, J, GRZYNA, F. *Controle da qualidade handbook*. 4.ed, São Paulo: Makron Books-McGraw Hill, 1991.

JURAN, J. M. *A Qualidade desde o Projeto*. São Paulo: Pioneira, 1992.

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

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

KORNIS, G. E., CAETANO R. *Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil*. In: BRASIL. Ministério da Saúde Regulação & Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

KOTLER, Philip. *Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. *Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

_____. *Administração de Marketing: a Edição do Novo Milênio*. 10 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. Cap 4, p. 121-140 e Cap 11, p.349-363.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Cary. *Princípios do Marketing*. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1998.

LAKATUS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1985.

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

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

MALIK, A . M. *Programas de qualidade em hospitais*. São Paulo: SENAC, mimeo, 1992.

MALIK, A.M. e SCHIESARI, L.M.C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Peirópolis, 1998.

MALIK, A . M. e TELES, J. P. *Qualidade em Saúde*. São Paulo: FGV-EAESP, 2000. Projeto de pesquisa financiado pelo NPP.

_____. Qualidade, Gestão de Qualidade em Hospitais, Gestão Hospitalar, Mudança Organizacional, Gestão de Saúde. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, V.41 n. 3, p. 51-59, 2001.

MATTAR, Fauze N. *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Atlas S. A, 1996.

MALHOTRA, Naresh K. *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALTA, D.C. et al. *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS*. Análise e Relatório Final contendo os Modelos Assistenciais existentes para os componentes de Autogestão e Seguros-Saúde. Rio de Janeiro: ANS/DIPRO/GEPEQ: P 27. Resumo Executivo. Mimeo., 2004.

MÉDICI, AC. 1991. A Medicina de Grupo no Brasil. *Série Desenvolvimento de Políticas Sociais*, nº.1. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

_____. *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre, 1997.

_____. *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/. Acesso em: 10 nov. 2003.

MESQUITA, M. *A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

MEZOMO, João Catarin. *Qualidade Hospitalar: Reinventando a Administração do Hospital*. São Paulo, 1992.

MINTZBERG, H. A 1995. Adhocracia. In *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. Atlas, São Paulo.

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

MONTONE, Januário. *Saúde Suplementar e as Ferramentas Gerenciais do Futuro*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, mimeo, 2000.

_____. *Evolução da Regulação*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003.

MÜLLER, A. *Estudo de uma avaliação de hospitais realizada no município de Jundiáí*. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração), Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 1996.

MUSGROVE, P. *Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde*. In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Néry, 1999.

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

NORONHA, J. C. *Utilização de Indicadores de Resultados para a Avaliação da Qualidade em Hospitais de Agudos: Mortalidade Hospitalar após Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em Hospitais Brasileiros*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

NOVAES, H. M., PAGANINI, J. M. *Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil)*. Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS, 1994.

NOVAES H.M.D, GOLDBAUM M, CARVALHEIRO JR. Políticas científicas e tecnológicas e saúde. *Revista USP*, 2001; 51:28-37.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 2004, vol.20 supl.2, p.147-157. ISSN 0102-311X.

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

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.

O ESTADO DE SÃO PAULO. *Relação de hospitais privados e planos é de total dependência*. São Paulo. Julho, 2004.

OLIVEIRA, M. (Org.). *Mitos e realidades da qualidade no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1994.

OLIVEIRA, F. J. A. *Por uma Perspectiva dos Usuários: Avaliação de uma Unidade de Saúde Comunitária*. BORDIN, Ronaldo et al. *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: Dacasa, 1996.

OLIVEIRA, Cals. *Fundamentos para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Grifo, 2000.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA, Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 20 nov. 2004.

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

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

PÔRTO, M. *Avaliação de processos em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD*, 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de pós-graduação em engenharia de produção. Florianópolis, 1999.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971*. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, 16 de dezembro de 1971; 150º da Independência e 83º da República.

_____. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995. Disponível em www.planalto.gov.br.

_____. *Preparando o Brasil para o século XXI*. Brasília, 2001.

QUINTO NETO, A . GASTAL, F. L. *Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

QUINTO NETO, A . MONTEGGIA G. M. *Práticas bem sucedidas de Integração dos médicos à gestão dos serviços de Saúde*, 1998.

QUINTO NETO, A . *Processo de Acreditação, A Busca Pela Qualidade nas Organizações de Saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

_____. *Acreditação de Organizações de Saúde: a Importância dos Médicos na Segurança da Assistência e dos Consumidores*. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, v. 3, n.11, p. 26-30, 2001.

RIBEIRO, J. L. D. *Técnicas para o tratamento de dados qualitativos*. In RIBEIRO, J. L. D.; NODARI, C. T. Tratamento de dados qualitativos: técnicas e aplicações. Porto Alegre: FEENG/UFRGS, 2001.

RIBEIRO, José Luis Duarte; *Estrutura de Trabalhos de Conclusão Baseados Em Pesquisa-Ação, Estudo de Caso ou Observação Participante*. Documento elaborado por José Luis Duarte Ribeiro. Porto Alegre, PPGE, UFRGS, 2001.

RIBEIRO, José Luis Duarte e MILAN, Gabriel Sperendio. *Entrevistas Individuais: Teoria e Aplicações*. Porto Alegre: FEENG/UFRGS, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social, Métodos e Técnicas*. 3 ed. São Paulo: Revista e Ampliada, 1999.

ROSSATO, I. *Uma metodologia para a análise e solução de problemas*, 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de pós-graduação em engenharia de produção. Florianópolis, 1996.

SALGADO, L. H. *Política de concorrência e estratégias empresariais: um estudo da indústria automobilística. Perspectivas da Economia Brasileira 1994*. Rio de Janeiro: IPEA, 1993.

_____. *Agências Regulatórias na Experiência Brasileira: um Panorama do atual desenho Institucional 2003*. Rio de Janeiro: IPEA, 2003.

SÂMARA, Beatriz Santos, BARROS, José Carlos de. *Pesquisa de Marketing – Conceitos e Metodologia*. 2 ed, São Paulo: Makron, 1997.

SANTOS, Fausto Pereira dos. Não há regras boa para reajuste. Rio de Janeiro: *Jornal O GLOBO*, junho, 2004.

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.

SILVA, Alceu Alves da. *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.

SCHIESARI, L. M. C. *Cenários da Acreditação Hospitalar no Brasil: Evolução Histórica e Referências Externas, 1999*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

SHOSTACK, G. I. *How to design a service*. European Journal of Marketing. V. 16, n. 1, p. 49-63, jan. 1982.

SINDHURIO - Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casa de Saúde do Município do Rio de Janeiro. *Análise dos contratos das operadoras de plano de saúde com os*

hospitais privados do Município do Rio de Janeiro para a adequação à Resolução Normativa – RN nº 42/2003. Rio de Janeiro: SINDHRIO, 2004.

SUNDFELD, C.A. *Serviços Públicos e Regulação Estatal, Introdução às Agências Reguladoras In Direito Administrativo Econômico.* São Paulo: Malheiros, 2000.

SUSLIK, S. de et al. Sindicato dos Hospitais questiona reajuste. *Gazeta Mercantil*, Rio de Janeiro, maio de 2004.

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

TRUJILLO FERRARI, Alfonso. *Metodologia da Ciência.* Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

_____. *Metodologia da Pesquisa Científica.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

VERGARA, S. *Projetos e Relatórios de pesquisa em Administração.* 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WANICK, A. *Incentivos no Mercado de Saúde Suplementar.* In.: BRASIL, Ministério da Saúde. *Estudo de Reestruturação de Mercado de Saúde Suplementar.* Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2000.

ZEITHAML, Valerie A; PARASURAMAN, B. *Ten Lessons for Improving Service Quality,* Marketing Science Institute, 1993.

ANEXOS

ANEXO A
Instrumento de Pesquisa – Questionário
(Aplicado aos Diretores e Executivos das Operadoras de Plano de Saúde)

ROTEIRO DA PESQUISA

1. VISÃO GERAL DO PROJETO DE ESTUDO

1.1 Tema: estudo das características operacionais do sistema de saúde suplementar, especificamente, 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.

1.2 Título: Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço.

1.3 Objetivo do Estudo: Conhecer a relação contratual entre operadoras de plano de saúde, ou seja, compradores de serviços e prestadores de serviços, organizações hospitalares, que prestam assistência aos clientes de planos de saúde com cobertura integral no rol de serviços contratados.

1.4 Objetivos Específicos: incluem: (i) o levantamento de informações sobre as relações contratuais entre operadoras e prestadores de serviços; (ii) a identificação dos fatores que influenciam a relação contratual; e (iii) o delineamento dos elementos fundamentais que configuram os padrões empresariais do mercado de saúde suplementar.

2. PROCEDIMENTO DE CAMPO

2.1 Aspectos metodológicos: pesquisa de natureza exploratória e descritiva com uso do método de estudo de caso.

2.2 Organizações estudadas: três hospitais integrantes da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP, localizados em três Estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro – RJ e São Paulo - SP e três operadoras de planos de saúde, localizadas em três Estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro – RJ e São Paulo – SP.

2.3 Unidade de Análise: Diretores das organizações.

2.4 Fontes de Evidência: entrevista focal, telefone e por e-mail.

2.5 Instrumento de coleta de dados: roteiro da entrevista.

2.6 Executores da Pesquisa:

- Pesquisadora: Carla da Costa Campos
- Orientador: Prof. Dr. José Luis Duarte Ribeiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS ESCOLA DE
ENGENHARIA MESTRADO PROFISSIONALIZANTE**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE
Dados de Identificação da Operadora:
Nome da Operadora:
Cidade/UF:
Classificação da Operadora :
Nome e Cargo do Interlocutor:

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Você está recebendo um questionário destinado a elaboração de uma pesquisa científica, relativa à relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

A sua resposta irá permitir uma melhor compressão da maneira com que o mercado se comporta.

HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS
<p>1.1 Existe uma política de credenciamento formalizada (documentada) pela operadora?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.2 Se existe, essa política define claramente a sistemática, os atributos necessários e ou pré-requisitos para o credenciamento da rede prestadora?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.3 A política de credenciamento é atualizada periodicamente?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.4 Caso positivo, qual a frequência dessa revisão?</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 24 meses ou mais</p>
<p>1.5 A operadora credencia seus prestadores por tempo determinado?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.6 A operadora condiciona renovação do credenciamento a um processo de reavaliação da prestadora?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.7 Existe um setor específico da operadora responsável pelo credenciamento?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

<p>1.7.1 Se sim, está ligado a:</p> <p><input type="checkbox"/> Gerência de Operações</p>

<p><input type="checkbox"/> Gerência Comercial</p> <p><input type="checkbox"/> Gerência Financeira</p> <p><input type="checkbox"/> Outro setor:.....</p>
<p>1.8 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 6, correspondendo a muito importante até pouco importante.</p> <p>Para credenciar sua rede prestadora, a operadora observa o planejamento das necessidades a partir de:</p> <p><input type="checkbox"/> definições técnicas para hierarquização da rede</p> <p><input type="checkbox"/> dimensionamento de rede</p> <p><input type="checkbox"/> tamanho da clientela</p> <p><input type="checkbox"/> estratégias de vendas</p> <p><input type="checkbox"/> estratégias de promoção e prevenção à saúde</p> <p><input type="checkbox"/> especialidades (subdivisão por especialidades)</p>
<p>1.9 Na análise do cadastro legal e documental do prestador, quais os documentos são exigidos pela operadora:</p> <p><input type="checkbox"/> Alvará Sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica</p> <p><input type="checkbox"/> Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Qualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.....</p>
<p>1.10 A operadora realiza avaliação in loco nas instalações da prestadora quanto a:</p> <p><input type="checkbox"/> acessibilidade do cliente</p> <p><input type="checkbox"/> equipamentos em uso</p> <p><input type="checkbox"/> limpeza e conservação das instalações</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.....</p>
<p>1.11 Essa avaliação fica documentada ou registrada pela operadora?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.12 A operadora verifica as condições de trabalho, exigências técnicas para os funcionários da prestadora?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>1.13 O deferimento do credenciamento depende do cumprimento de etapas definidas pela política de credenciamento?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>-----</p>

<p>2. QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA</p>
<p>Desempenho Assistencial</p>
<p>2.1 A operadora avalia a qualidade da assistência da rede prestadora?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.2 A operadora tem programas formais de avaliação da qualidade da assistência para os prestadores de serviços?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.3 A operadora exige do prestador certificação de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.4 A operadora exige do prestador de serviços indicadores de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.5 A operadora exige do prestador de serviços informações periódicas relativas aos indicadores de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.6 A operadora realiza a comparação dos indicadores de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.7 Quais os padrões que a operadora utiliza para comparar os indicadores de qualidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Nacionais <input type="checkbox"/> Internacionais <input type="checkbox"/> Com os demais hospitais de sua rede.</p>
<p>2.8 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 6, correspondendo a muito importante até pouco importante.</p> <p>Para medir a qualidade da assistência da rede prestadora, quais os itens que a operadora avalia:</p>

- Liderança e Administração
- Serviços Profissionais e Organização na Assistência
- Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente
- Serviços de Apoio ao Diagnóstico
- Serviços Assistenciais e de Abastecimento
- Serviços de Infra-Estrutura e Apoio Logístico
- Outros.....

2.9 A operadora utiliza-se de protocolos clínicos ou manuais de ajuste de conduta para normatizar a relação com os prestadores de serviços?

2.10 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 6, correspondendo a muito importante até pouco importante.

Se sim, com propósito de:

- coibir irregularidades
- disciplinar o relacionamento entre as partes
- otimizar o processo de gestão
- diminuir os custos operacionais
- melhoria no atendimento ao paciente
- Outros.....

2.11 A operadora faz uso da pré-autorização como medida de controle do uso de alguns procedimentos?

2.12 A operadora avalia junto ao prestador os documentos relacionados aos clientes (prontuários, ficha de atendimento e outros)?

2.13 Caso positivo, qual o tipo de avaliação é realizada?

Auditoria Médica Insumos utilizados Hotelaria Outros.....

2.14 Essa avaliação é realizada :

Para todos os clientes Por amostragem

Para casos especiais Outros motivos

(Descreva).....

Estrutura dos Serviços
2.15 A operadora avalia se o prestador conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/pacientes? (estrutura física-funcional)
2.16 A operadora avalia se as áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados?
2.17 A Organização dispõe de uma sistemática voltada para a recepção dos pacientes e para a transferência dos casos que superam a capacidade resolutiva da unidade?
2.18 A organização dispõe de um sistema de referência e contra-referência que garante a segurança do encaminhamento dos pacientes e de seu retorno?
2.19 Os setores: Ambulatorial, Emergência, Unidade de Internação, Anestesiologia, Neonatologia, Tratamento Intensivo, Hemoterapia, Medicina Nuclear, Radioterapia, Reabilitação, Centro Cirúrgico e Obstetrícia do hospital são avaliados quanto as instalações, condições de conforto e segurança para a atenção e cuidados aos clientes?
2.20 No Atendimento Ambulatorial a operadora avalia se a organização hospitalar dispõe de um sistema de controle do agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das consultas e gestão da demanda admitida?
2.21 A organização dispõe de atendimento a casos especiais (agressão física, moral, psicológica etc)?
2.22 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 9, correspondendo a muito importante até pouco importante. Para avaliar os equipamentos médicos hospitalares da rede prestadora, quais os itens que a operadora exige:

- Equipe habilitada para garantir a utilização dos equipamentos médicos hospitalares dentro dos padrões de segurança para os pacientes e profissionais de saúde
- Estrutura e capacitação, de acordo com o perfil e nível de complexidade da Organização
- Escala de plantão, ativo ou a distância, para reparos de emergência, nas 24 horas
- Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança
- O parque tecnológico está inventariado
- Calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos
- Os equipamentos têm registros da manutenção preventiva e corretiva
- Os equipamentos sentinela têm registro na ANVISA/MS
- Outros.....

2.23 A operadora avalia se o hospital possui setor de Prevenção e Controle de Infecções, com equipe habilitada; atendendo aos requisitos formais e técnicos para a segurança das atividades; estrutura de acordo com o perfil e o grau de complexidade da Organização?

.....

.....

.....

Direitos e Responsabilidades do Cliente/Paciente

2.24 Existe uma área específica da operadora responsável pelos clientes com critérios de atuação bem definidos? Qual?

.....

.....

.....

2.25 Descreva alguns critérios básicos relacionados com a questão anterior.

.....

.....

.....

2.26 A operadora exige do prestador de serviços avaliação de satisfação de seus clientes?

.....

.....

.....

2.27 A operadora exige do prestador de serviços Guia de orientação ao Cliente referente aos serviços do estabelecimento de saúde?

.....

.....

.....

2.28 A operadora exige do prestador uma sistemática de comunicação com o cliente referente a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas?

CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

3.1 Existe um setor específico da operadora responsável pelo gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços contratados?

- 3.1.1 Se sim, está ligado a:
- Gerência de Operações
 - Gerência Jurídica
 - Gerência Financeira
 - Outro setor:.....

3.2 A operadora monitora o cumprimento das cláusulas contratuais celebradas com os prestadores de serviços de saúde ?

- 3.2.1 Se sim, quais as cláusulas ou motivos monitorados?
- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prazo para pagamento | <input type="checkbox"/> Retenção de Pagamentos (Glosas) |
| <input type="checkbox"/> Atraso de Pagamento | <input type="checkbox"/> Reajuste de Tabelas de Preços |
| <input type="checkbox"/> Critérios unilaterais de cobrança | <input type="checkbox"/> Objeto do Contrato |
| <input type="checkbox"/> Outros..... | |

3.3 Existem penalidades no que tange o não cumprimento das cláusulas contratuais celebradas com os prestadores de serviços de saúde ?

3.4 Existe reajuste nas tabelas de preços dos contratos com os prestadores de serviços de saúde?

3.5 Se existe, as normas definem claramente a sistemática dos reajustes de preços nos contratos com os prestadores de serviços?

3.5.1 Se sim, quais os itens abaixo que possuem normas referente à sistemática dos reajustes de preços nos contratos com os prestadores.

Diárias e Taxas
 Pacotes (Procedimentos de Preços Previsíveis)
 Órteses e Próteses
 Materiais e Medicamentos
 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
 Honorários Médicos
 Outros

3.6 Qual a frequência que ocorre os reajustes de preços?

6 meses 12 meses 18 meses 24 meses ou mais

3.7 Existe variação dos índices aplicados nos contratos?

.....

3.8 Caso positivo, descreva os índices aplicados nos contratos?

.....

3.9 A operadora estabelece critérios na qualidade da assistência nos contratos celebrados com os prestadores?

.....

3.10 Existe política de co-responsabilidade formalizada e definida entre operadora e o prestador de serviços?

.....

3.11 Caso positivo, para quais situações ou eventos?

.....

4.PERGUNTAS GERAIS

4.1 Há algum ponto sobre os assuntos abordados nesta entrevista que não tenha sido tratado e que você gostaria de destacar?

.....

<hr/>
4.2 Algum comentário adicional?
<hr/>
<hr/>
<hr/>

ANEXO B
Instrumento de Pesquisa – Questionário
(Aplicado aos Diretores e Executivos dos Hospitais)

ROTEIRO DA PESQUISA

1. VISÃO GERAL DO PROJETO DE ESTUDO

1.1 Tema: estudo das características operacionais do sistema de saúde suplementar, especificamente, 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.

1.2 Título: Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço.

1.3 Objetivo do Estudo: Conhecer a relação contratual entre operadoras de plano de saúde, ou seja, compradores de serviços e prestadores de serviços, organizações hospitalares, que prestam assistência aos clientes de planos de saúde com cobertura integral no rol de serviços contratados.

1.4 Objetivos Específicos: incluem: (i) o levantamento de informações sobre as relações contratuais entre operadoras e prestadores de serviços; (ii) a identificação dos fatores que influenciam a relação contratual; e (iii) o delineamento dos elementos fundamentais que configuram os padrões empresariais do mercado de saúde suplementar.

2. PROCEDIMENTO DE CAMPO

2.1 Aspectos metodológicos: pesquisa de natureza exploratória e descritiva com uso do método de estudo de caso.

2.2 Organizações estudadas: três hospitais integrantes da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAPH, localizados em três Estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro – RJ e São Paulo - SP e três operadoras de planos de saúde, localizadas em três Estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro – RJ e São Paulo – SP.

2.3 Unidade de Análise: Diretores das organizações.

2.4 Fontes de Evidência: entrevista focal, telefone e por email.

2.5 Instrumento de coleta de dados: roteiro da entrevista.

2.6 Executores da Pesquisa:

- Pesquisadora: Carla da Costa Campos
- Orientador: Prof. Dr. José Luis Duarte Ribeiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENGENHARIA MESTRADO PROFISSIONALIZANTE**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – INSTITUIÇÃO HOSPITALAR
Dados de Identificação do Hospital:
Nome do Hospital:
Cidade/UF:
Modalidade de Gestão:
Nome e Cargo do Interlocutor:
Número de Leitos:

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Você está recebendo um questionário destinado a elaboração de uma pesquisa científica, relativa a relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

A sua resposta irá permitir uma melhor compressão da maneira com que o mercado comporta.

HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS
<p>1.1 Existe uma política de seleção de operadoras formalizada (documentada) pelo hospital?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.2 Se existe, essa política define claramente a sistemática, os atributos necessários e ou pré-requisitos para a seleção das operadoras?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.3 A política de seleção das operadoras é atualizada periodicamente?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.4 Caso positivo, qual a frequência dessa revisão?</p> <p><input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 24 meses ou mais</p>
<p>1.5 O hospital credencia os seus serviços às operadoras por tempo determinado?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.6 O hospital condiciona renovação do contrato a um processo de reavaliação da operadora?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.7 Existe um setor específico do hospital responsável pela seleção das operadoras?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

1.7.1 Se sim, está ligado a:

- Gerência de Operações
- Gerência Comercial
- Gerência Financeira
- Outro setor:.....

1.8 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 10, correspondendo a muito importante até pouco importante.

Para habilitar as operadoras, o hospital observa o planejamento das necessidades a partir de:

- definições técnicas para hierarquização da rede
- dimensionamento de rede
- difusão de imagem
- estratégias de promoção e prevenção à saúde
- especialidades (subdivisão por especialidades)
- preços competitivos
- desempenho de gestão
- tamanho da clientela
- satisfação dos clientes
- fidelização dos clientes

1.9 Na análise do cadastro legal e documental da operadora, que documentos são exigidos pelo hospital:

- Registro da ANS
- Registro dos Produtos - ANS (Planos de Saúde)
- Registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia
- Especificação da área geográfica coberta pelos planos de saúde
- Certificado de Qualidade
- Especificação da área geográfica coberta pelos planos de saúde
- Outros.....

1.10 O hospital concede visitas às operadoras para avaliação in loco suas instalações quanto a:

- acessibilidade do cliente
- equipamentos em uso
- limpeza e conservação das instalações
- Outros.....

<p>1.11 Essa avaliação fica documentada ou registrada pelo hospital?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.12 O hospital avalia as condições de trabalho e exigências técnicas de seus funcionários?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>1.13 O deferimento do credenciamento depende do cumprimento de etapas definidas pela política de credenciamento?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

<p>2. QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA</p>
<p>Desempenho Assistencial</p>
<p>2.1 O hospital avalia a qualidade da assistência de seus serviços?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.2 O hospital tem programas formais de avaliação da qualidade da assistência?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.3 O hospital exige da operadora certificação de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.4 O hospital exige da operadora indicadores de qualidade? Quais?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.5 O hospital exige da operadora, informações periódicas relativas aos indicadores de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.6 O hospital realiza a comparação dos indicadores de qualidade?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>2.7 Quais os padrões que o hospital utiliza para comparar os indicadores de qualidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Nacionais <input type="checkbox"/> Internacionais <input type="checkbox"/> Com os demais hospitais de sua rede.</p>

2.8 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 6, correspondendo a muito importante até pouco importante.

Para medir a qualidade da assistência do hospital, quais os itens que a organização avalia:

- Liderança e Administração
- Serviços Profissionais e Organização na Assistência
- Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente
- Serviços de Apoio ao Diagnóstico
- Serviços Assistenciais e de Abastecimento
- Serviços de Infra-Estrutura e Apoio Logístico
- Outros.....

2.9 O hospital utiliza-se de protocolos clínicos ou manuais de ajuste de conduta para normatizar a relação com as operadoras?

2.10 Se sim, com propósito de:

- coibir irregularidades
- disciplinar o relacionamento entre as partes
- otimizar o processo de gestão
- diminuir os custos operacionais
- melhoria no atendimento ao paciente
- Outro.....

2.11 O hospital faz uso da pré-autorização como medida de controle do uso de alguns procedimentos?

2.12 O hospital avalia junto com a operadora os documentos relacionados aos clientes (prontuários, ficha de atendimento e outros)?

2.13 Caso positivo, qual o tipo de avaliação é realizada?

- Auditoria Médica Insumos utilizados Hotelaria Outros.....

2.14 Essa avaliação é realizada :

- Para todos os clientes Para casos especiais Por amostragem

Estrutura dos Serviços
<p>2.15 A Organização Hospitalar conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/pacientes? (estrutura física –funcional)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.16 As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.17 A Organização dispõe de uma sistemática voltada para a recepção dos pacientes e para a transferência dos casos que superam a capacidade resolutive da unidade?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.18 A organização dispõe de um sistema de referência e contra-referência que garante a segurança do encaminhamento dos pacientes e de seu retorno?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.19 Os setores: Ambulatorial, Emergência, Unidade de Internação, Anestesiologia, Neonatologia, Tratamento Intensivo, Hemoterapia, Medicina Nuclear, Radioterapia, Reabilitação, Centro Cirúrgico e Obstétrica do hospital contam com instalações que apresentam condições de conforto e segurança para a atenção e cuidados aos pacientes/clientes?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.20 No Atendimento Ambulatorial a organização dispõe de um sistema de controle do agendamento constando: frequência, duração, distribuição, realização das consultas e gestão da demanda admitida?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2.21 A organização dispõe de atendimento a casos especiais (agressão física, moral, psicológica etc)?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>2.22 Enumere por ordem de importância os itens abaixo descritos. O grau de importância pode variar de 1 a 9, correspondendo a muito importante até pouco importante.</p> <p>Para avaliar os equipamentos médicos hospitalares de seu hospital , quais os itens exigidos:</p>

<input type="checkbox"/> Equipe habilitada para garantir a utilização dos equipamentos médicos hospitalares dentro dos padrões de segurança para os pacientes e profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Estrutura e capacitação, de acordo com o perfil e nível de complexidade da Organização <input type="checkbox"/> Escala de plantão, ativo ou a distância, para reparos de emergência, nas 24 horas <input type="checkbox"/> Gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços terceirizados para atender aos requisitos de segurança <input type="checkbox"/> O parque tecnológico está inventariado <input type="checkbox"/> Calibração, testes de segurança elétrica e desempenho de equipamentos <input type="checkbox"/> Os equipamentos têm registros da manutenção preventiva e corretiva <input type="checkbox"/> Os equipamentos sentinela têm registro na ANVISA/MS <input type="checkbox"/> Outros.....
2.23 O hospital possui setor de Prevenção e Controle de Infecções, com equipe habilitada; atendendo aos requisitos formais e técnicos para a segurança das atividades; estrutura de acordo com o perfil e o grau de complexidade da Organização?
Direitos e Responsabilidades do Paciente
2.24 Existe uma área específica do hospital responsável pelos clientes com critérios de atuação bem definidos? Qual?
2.25 Descreva alguns critérios básicos relacionados com a questão anterior.
2.26 O hospital realiza avaliação de satisfação de seus clientes?
2.27 O hospital possui Guia de orientação ao Cliente referente aos serviços do estabelecimento de saúde?
2.28 O hospital possui uma sistemática de comunicação com o paciente referente a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas?

CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS

3.1 Existe um setor específico do hospital responsável pelo gerenciamento dos contratos e avaliação do desempenho dos serviços contratados?

.....

.....

.....

3.1.1 Se sim, está ligado a:

- Gerência de Operações
- Gerência Jurídica
- Gerência Financeira
- Outro setor:.....

3.2 O hospital monitora o cumprimento das cláusulas contratuais celebradas com as operadoras?

.....

.....

.....

3.2.1 Se sim, quais as cláusulas ou motivos monitorados?

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prazo para pagamento | <input type="checkbox"/> Retenção de Pagamentos (Glosas) |
| <input type="checkbox"/> Atraso de Pagamento | <input type="checkbox"/> Reajuste de Tabelas de Preços |
| <input type="checkbox"/> Critérios unilaterais de cobrança | <input type="checkbox"/> Objeto do Contrato |
| <input type="checkbox"/> Outros..... | |

3.3 Existem penalidades no que tange o não cumprimento das cláusulas contratuais celebradas com a operadora?

.....

.....

.....

3.4 Existe reajuste nas tabelas de preços dos contratos com as operadoras?

.....

.....

.....

3.5 Se existe, as normas definem claramente a sistemática dos reajustes de preços nos contratos com as operadoras?

.....

.....

.....

3.5.1 Se sim, quais os itens abaixo que possuem normas referente à sistemática dos reajustes de preços nos contratos com as operadoras.

- Diárias e Taxas
- Pacotes (Procedimentos de Preços Previsíveis)
- Órteses e Próteses

<input type="checkbox"/> Materiais e Medicamentos <input type="checkbox"/> Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento <input type="checkbox"/> Honorários Médicos
3.6 Qual a frequência que ocorre os reajustes de preços? <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 24 meses ou mais
3.7 Existe variação dos índices aplicados nos contratos?
3.8 Caso positivo, descreve os índices aplicados nos contratos?
3.9 O hospital estabelece critérios na qualidade da assistência nos contratos celebrados com as operadoras?
3.10 Existe política de co-responsabilidade formalizada e definida entre hospital e operadora ?
3.11 Caso positivo, para quais situações ou eventos?

4.PERGUNTAS GERAIS
4.1 Há algum ponto sobre os assuntos abordados nesta entrevista que não tenha sido tratado e que você gostaria de destacar?
4.2 Algum comentário adicional?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**UM ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE OPERADORAS DE PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PRESTADORES DE SERVIÇO**

CARLA DA COSTA CAMPOS

Porto Alegre

2004