

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO – EAESP  
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS – FGV  
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

CAROLINA LOPES ZANATTA

PRINCIPAIS EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS ENTRE  
OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR

SÃO PAULO  
2013

CAROLINA LOPES ZANATTA

PRINCIPAIS EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS ENTRE  
OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

SÃO PAULO  
2013

Zanatta, Carolina Lopes.

Principais efeitos da regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar / Carolina Lopes Zanatta. – 2013.

f. 178

Orientador: Álvaro Escrivão Junior

Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Mercado de Saúde Suplementar. 2. Contratos. 3. Regulação. 4. Análise de Impacto Regulatório 5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 6. Prestadores de Serviços em Saúde. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2

CAROLINA LOPES ZANATTA

PRINCIPAIS EFEITOS DA REGULAMENTAÇÃO DOS CONTRATOS ENTRE  
OPERADORAS E PRESTADORES DE SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

**Data de aprovação:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca examinadora**

---

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior  
FGV-EAESP

---

Profa. Dra. *Ana Luiza d'Ávila Viana*  
*Medicina Preventiva - FMUSP*

---

Profa. Dra. Regina Silvia Pacheco  
FGV-EAESP

*Dedico esse trabalho*

A meu pai, Osmir, por ser um exemplo de vida, força e superação que inspira e motiva diariamente meu caminhar.

A minha mãe, Rose, pelo acolhimento e pelo carinho, por sempre me apoiar e também por seu imensurável amor.

Em memória de meus avós, Elza e Emílio, por estarem sempre comigo no coração e nos pensamentos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por indubitavelmente ser quem guia meus passos e conduz minha vida.

Ao querido professor Álvaro Escrivão, por todos os ensinamentos e orientações transmitidos no decorrer da construção deste trabalho. Por seus constantes apoio e carinho em nossos anos de convivência.

A Vanessa Chaer, por ter sido meu anjo da guarda nos momentos mais difíceis, por ter me proporcionado apoio emocional e todo o suporte necessário para a execução deste trabalho.

Por sua amizade, sua paciência e seu carinho. Também agradeço a Marcio Policastro, por seu acolhimento, seu bom humor e sua sempre boa companhia.

A minhas irmãs Carla e Mariana, pela união e pelo amor em todas as circunstâncias vividas, pela influência positiva que exercem em minha vida e por serem parte do que é mais essencial nessa vida.

A Isadora Pimpolinhos, meu amorzinho, companheira fiel, por trazer alegria e paz aos dias de minha vida e de minha família.

A Camila Kaminski, por toda a sua compreensão, sua paciência e seu apoio nos momentos em que precisei. Agradeço por todo o seu carinho, sua preocupação e amor.

A meus tios Célia e Léo, a minha prima Laís e Thaís, e a minha avó Ana pela constante presença em minha vida.

Ao amigo Marcelo, por estar sempre comigo, por me aconselhar e apoiar.

Aos amigos Eric e Felipe, pela companhia e pelas conversas agradáveis.

À professora Ana Maria Malik, por poder contar sempre com seu apoio e seu incentivo.

À equipe do GVsaúde, em especial a Leila, que sempre prontamente me auxiliou.

A Iolanda Ramos, que me estimulou muito no começo deste trabalho, contribuindo com discussões e auxiliando para que a coleta de dados pudesse ser realizada.

A Patrícia Medina, pela valiosa conversa no início da dissertação.

A todos os entrevistados que aceitaram participar deste trabalho.

À Capes, pela concessão da bolsa.

“É preciso que o discípulo da sabedoria tenha o coração grande e corajoso. O fardo é pesado e a viagem, longa.”

***Confúcio***

## RESUMO

A relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços é permeada por uma série de conflitos que interferem diretamente na garantia da assistência prestada ao usuário, assim como na manutenção de custos compatíveis com a sustentabilidade e o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar. Nesse contexto, o estabelecimento de um contrato formal entre operadoras e prestadores possui um papel determinante nessa relação, por ser um instrumento que confere mais transparência e segurança por meio do estabelecimento claro dos direitos e deveres das partes envolvidas. Nesse sentido, a ANS estabeleceu ao longo dos últimos anos quatro regulamentações que estabelecem a obrigatoriedade e os requisitos necessários para o estabelecimento de contratos, dado o grau de informalidade nessas relações. O presente trabalho tem como objetivos analisar o processo de construção e implantação dessas regulamentações e discutir os principais efeitos dessas ações regulatórias até dezembro de 2012. A dissertação adota uma abordagem qualitativa e utiliza como estratégia de investigação o estudo de caso, ou seja, buscou-se esclarecer, por meio de análise documental e da percepção dos principais atores envolvidos, ‘o como’ e ‘o porquê’ da entrada desse tema no escopo da regulação estatal, os resultados preliminares dessa ação regulatória com uma análise da atuação da agência reguladora nesse processo. Os resultados indicam que as regulamentações não produziram efeitos relevantes na minimização dos conflitos entre operadoras e prestadores até o encerramento desta pesquisa, sendo necessária a integração com outras ações regulatórias, como, por exemplo, a mudança do modelo de remuneração vigente no mercado e a adoção de ferramentas de Análise de Impacto Regulatório. Em síntese, o estudo evidenciou que, embora seja reconhecida a relevância da regulamentação desse objeto, ainda são muitas as dificuldades para seu cumprimento, tanto por parte de operadoras e prestadores quanto pela atuação do agente regulador, principalmente no que tange a sua capacidade de fiscalização e estabelecimento de punições.

Palavras-chave: Mercado de Saúde Suplementar. Regulação. Análise do Impacto Regulatório. Contratos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Prestadores de Serviços em Saúde.

## **ABSTRACT**

Health insurance and Health Service Providers present a variety of conflicts in which interfere directly not only on the quality of service available for the users, but also on the maintenance of compatible costs with the sustainability and the development of supplementary health insurance market. Likewise, the establishment of a formal contract between these two companies presents an important role due to its efficacy for being a tool capable of conferring more transparency and security in terms of rights and duties provided by both parties. In this sense, ANS has implemented four rules over the past years which establish the obligation and the requisites for contracts in regard of the informality found in these relations. The aim of this study was to analyze until December, 2012 the construction process and the implementation of these regulations, as well as to discuss about their main effects. In addition, this thesis adopted a qualitative approach and used a case study as an investigation strategy by using a documental review, in order to clarify the reason why this theme is found in the scope of the State regulation as well as its preliminary action results. Thus, by the deadline of this research, the results indicated that the regulations did not produce relevant effects in terms of minimizing the conflicts between both companies. Moreover, it was necessary to integrate other regulatory actions such as the change on the framework of the prevailing salary in the market and the adoption of Regulatory Impact Analysis tools. In conclusion, this study showed that the difficulties are innumerable to achieve their fulfillment, even though the relevancy of regulation towards this issue is recognized. The difficulties were found not only in the health insurance and Health Service Providers, but also in the regulatory agent, since the least is responsible for consolidating inspections and penalties enforcement.

**Keywords:** Supplementary health market. Regulation. Regulatory impact Analysis. Contracts. National agency of supplementary health. Health Service Providers.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Dimensões analisadas no trabalho.....	21
Figura 1 – As características e as falhas de mercado das relações que são estabelecidas entre os participantes do setor de saúde suplementar.....	35
Figura 2 – Os campos regulatórios da Saúde Suplementar .....	39
Figura 3 – Pirâmide da classificação econômica da população brasileira – 2005 e 2011 .....	45
Gráfico 1 – Receita de Contraprestações e Despesas Assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares – 2007 a 2011.....	51
Gráfico 2 – Despesas Administrativas das Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares – 2007 a 2011 .....	54
Figura 4 – Principais aspectos estabelecidos pelas ações regulatórias contratuais entre operadoras de planos e prestadores de serviços – 2002 a 2012.....	76
Figura 5 – Os contratos na perspectiva de uma operadora de plano de saúde .....	79
Figura 6 – Os contratos na perspectiva de um hospital .....	80
Figura 7 – Exemplo de uma estrutura de contrato entre operadora de plano de saúde e um hospital .....	81
Figura 8 – O fluxo da fiscalização dos contratos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar .....	108
Figura 9 – Proposta de critério de reajuste proposto pela AMB às operadoras de planos de saúde .....	135
Quadro 2 – Projetos, problemas e produtos esperados do eixo sobre o relacionamento entre operadoras e prestadores, proposto na nova agenda regulatória da ANS (2013/2014).....	143

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto médio por consulta segundo modalidade de operadora (Brasil – 2007 a 2011).....	52
Tabela 2 – Distribuição percentual da Receita Total por natureza – Hospitais ANAHP – 2006 a 2011 .....	61
Tabela 3 – Número de operadoras fiscalizadas por modalidade no Programa Olho Vivo.....	102
Tabela 4 – Principais infrações identificadas nos contratos – Programa Olho Vivo .....	103
Tabela 5 – Principais dificuldades encontradas pelas operadoras de planos de saúde na adequação dos contratos às Resoluções Normativas da Contratualização, por modalidade ..	104
Tabela 6 – Número de operadoras penalizadas e planos de saúde suspensos pela ANS – julho 2012 a janeiro de 2013.....	140

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIR	Análise de Impacto Regulatório
AMB	Associação Médica Brasileira
MAS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
Anateel	Agência Nacional de Telecomunicações
Anatel	Agência Nacional de Telefonia
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CBHPM	Classificação Hierarquizada de Honorários e Procedimentos Médicos
CEDEC	Centro de Estudos e Cultura Contemporânea
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CH	Coeficientes Hospitalares
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMB	Conf. das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNES	<i>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</i>
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Confederação Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COGEP	Comitê Gestor do QUALLIS
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPISS	Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FENASAÚDE	Federação Nacional de Saúde Suplementar

GERPS	Gerência de Relações com os Prestadores de Serviços
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	<i>Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística</i>
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IN	Instrução Normativa
INP	CÍndice Nacional de Preço ao Consumidor
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
MF	Ministério da Fazenda
MP	Medida Provisória
MPS	Ministério da Previdência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais especiais
PF	Pessoa Física
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pessoa Jurídica
PL	Projeto de Lei
PMC	Preço Máximo ao Consumidor
PMC	Programa de Monitoramento da Contratualização
PROCON	Fundações de Defesa e Proteção ao Consumidor
PRO-REG	Programa de Fortalecimento da Capac. Inst. para a Gestão em Regulação
QUALISS	Programa de Mon. da Qualidade dos Prest. de Ser. na Saúde Suplementar
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
RN	Resoluções Normativas
SADT	Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINDHOSP	Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo
SINOG	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VCMH	Variação dos custos médico-hospitalares

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Pergunta de Pesquisa .....	16
1.2 Objetivo geral .....	16
1.3 Objetivos específicos.....	16
1.4 Metodologia.....	17
1.4.1 Estratégia de investigação .....	17
1.4.2 Procedimentos para coleta de dados .....	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1 Aspectos conceituais e teóricos da regulação estatal.....	22
2.2 A qualidade da regulação Estatal.....	26
2.2.1 Análise de impacto regulatório.....	27
2.3 A regulação Estatal no Brasil .....	29
2.3.1 As agências reguladoras no Brasil.....	30
2.4 Regulação do mercado de saúde.....	33
2.4.1 A Regulação do mercado de Saúde Suplementar brasileiro.....	35
2.4.2 O processo de construção das regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	39
2.5 Caracterização do mercado de saúde suplementar .....	42
2.5.1 O crescimento do setor de saúde suplementar.....	43
2.5.2 Perfil dos novos entrantes no setor de saúde suplementar.....	44
2.5.3 Os planos coletivos no mercado de saúde suplementar.....	46
2.5.4 A concentração do mercado no setor de saúde suplementar .....	47
2.5.5 A mudança na estrutura etária dos beneficiários da saúde suplementar.....	49
2.6 A evolução da receita e dos gastos das operadoras de planos de saúde .....	51
2.7 Estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde frente ao aumento de gastos do setor .....	55
2.7.1 Forma de aquisição dos serviços médico-hospitalares pelas Operadoras de Planos de Saúde: rede própria ou credenciada?.....	58
2.7.2 Critérios utilizados pelas Operadoras de Planos de Saúde para a contratação da rede de serviços .....	59
2.8 Caracterização dos prestadores de serviços da saúde suplementar .....	59
2.9 A relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços .....	61
2.10 A regulamentação das relações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde .....	64
2.10.1 Principais ações da ANS que interferem na relação entre as operadoras de planos e os prestadores de serviços de saúde .....	66
2.10.1.1 Novo modelo de remuneração para hospitais.....	66
2.10.1.2 Hierarquização dos procedimentos Médicos.....	68
2.10.1.3 Qualificação dos Prestadores de Serviço da Saúde Suplementar .....	70
2.10.1.4 Troca de Informações na Saúde Suplementar .....	71
2.11 A regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços .....	73
2.12 As especificidades dos contratos estabelecidos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços .....	79
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>84</b>
3.1 A Dimensão legal da regulação da relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.....	84

3.2 As justificativas para a regulamentação dos contratos no âmbito das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.....	87
3.2.1 A fase inicial das discussões sobre a necessidade da regulamentação estatal na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.....	88
3.2.2 As justificativas para a regulamentação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços segundo os principais atores entrevistados.....	93
3.3 Processo de elaboração e implantação da ação regulatória contratual .....	97
3.3.1 A Câmara Técnica de Contratualização .....	97
3.3.2 A prorrogação dos prazos para o cumprimento das Resoluções Normativas da Contratualização .....	100
3.4 Os Programas de Fiscalização da ANS no âmbito da Contratualização .....	101
3.4.1 O Programa Olho Vivo.....	101
3.4.2 Os Resultados do Programa de Fiscalização Olho Vivo .....	102
3.4.3 Programa de Monitoramento da Contratualização .....	106
3.4.3.1 Os Resultados obtidos no Programa de Monitoramento da Contratualização .....	107
3.5 Os efeitos da ação regulatória contratual.....	111
3.5.1 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção dos prestadores de serviços .....	111
3.5.2 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção das Operadoras de Planos de Saúde .....	113
3.5.3 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	117
3.5.4 Conflito entre os atores sobre a regulamentação estabelecida nas resoluções normativas de contratualização .....	118
3.6 A obrigatoriedade da inclusão de forma e periodicidade nos contratos: a Instrução Normativa nº 49.....	122
3.6.1 A percepção das operadoras de planos de saúde sobre a obrigatoriedade de fixar critério de reajuste .....	125
3.6.2 A percepção dos prestadores de serviços sobre a obrigatoriedade de fixar critério de reajuste.....	129
3.7 Os resultados preliminares da introdução da nova Instrução Normativa .....	134
3.8 A percepção dos atores sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação.....	137
3.8.1 A atuação da ANS na regulação dos contratos segundo a perspectiva das operadoras de planos de saúde.....	137
3.8.2 A atuação da ANS na regulação dos contratos segundo a perspectiva dos Prestadores de Serviço.....	138
3.9 Principais desafios para o cumprimento da regulamentação dos contratos entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços .....	142
3.9.1 Desafios para as Operadoras de Planos de Saúde .....	142
3.10 Desafios para a Agência Nacional de Saúde Suplementar .....	151
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	153
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>158</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>173</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O mercado de saúde suplementar brasileiro possui mais de 48,6 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, o que representa uma cobertura de aproximadamente 1/4 da população do país, sendo que nos últimos anos esse setor apresentou uma expansão significativa no número de beneficiários, com um crescimento de 24% entre os anos de 2007 a 2012 (ANS, 2012f).

Essa expressiva cobertura da população revela o valor e o protagonismo desse setor para o sistema de saúde brasileiro. Além disso, cabe destacar a importância dada pela opinião pública, que valoriza o acesso à saúde privada, como revela uma pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, que constatou que os planos de saúde são o segundo item mais desejado pelas pessoas que não possuem nenhum plano privado, dentre os 12 bens de consumo e serviços avaliados (IESS, 2011).

Cabe ressaltar que o principal motivo apontado para esse desejo da população é a percepção negativa sobre o sistema de saúde público, considerado precário pelos entrevistados. Essa reprovação também é observada na pesquisa *Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública*, realizada recentemente pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, na qual é apontada pela população a dificuldade de acesso aos serviços de saúde públicos (CNI; IBOPE, 2012).

Apesar da importância desse setor para a sociedade, a ação reguladora estatal específica para o setor de saúde suplementar era incipiente, pois durante as últimas décadas era prioritária a construção de um sistema de saúde público e universal. Desta forma, o mercado de saúde suplementar permaneceu por muitos anos em um vácuo regulatório e distante das prioridades políticas até o final da década de 1990.

Nesse sentido, em 1998 é sancionada a *Lei n° 9.656*, considerada o marco regulatório do setor, pois trata dos principais aspectos do funcionamento desse mercado. A operacionalização dessa ação estatal é realmente estabelecida em 2000, com a lei n° 9.661, que cria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país” (BRASIL, 2000).

No primeiro momento, as ações regulatórias da ANS foram direcionadas principalmente no sentido de proteger os direitos dos usuários de planos de saúde (SILVA, 2003). Esse mesmo autor ainda destaca que essa ação regulatória não chegava até o relacionamento entre as operadoras de planos de saúde e seus prestadores, como mencionado acima na missão da ANS.

Esse ponto começa a ser mais abordado em 2002, quando a ANS inicia a discussão sobre a necessidade de regular as relações que são estabelecidas entre operadoras e prestadores, no sentido de mediar e amenizar os conflitos e tensões existentes entre esses atores para aprimorar o funcionamento do setor. Esse processo culminou na publicação de três Resoluções Normativas (entre 2003 e 2004), que introduziram a obrigatoriedade de contratos entre as partes, com o estabelecimento dos requisitos necessários para a celebração desse instrumento jurídico.

Recentemente a ANS publicou a Instrução Normativa nº 49 (2012), que institui a formalização de critérios de reajuste nos contratos, com a imposição da adoção de um índice de reajuste no contrato, caso não haja acordo na livre negociação entre as partes. Essa nova instrução provocou um debate intenso a respeito de seu conteúdo, liderado pelas representações das partes envolvidas – operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço (ANSH, 2012; CREMESP, 2012; SINDHRIO, 2012; SINDHOSP, 2012).

Como esse tipo de ação regulatória é recente, existem poucos estudos que tratam acerca desse assunto, muito embora sejam frequentes manifestações de conflitos entre os atores envolvidos, sendo estes amplamente tratados pela imprensa. Por esse motivo, esse é um campo que necessita de pesquisas estruturadas que estudem as ações regulatórias desse tema, com o objetivo de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do processo regulatório.

Nesse sentido, cabe ressaltar a importância, principalmente para os formuladores de políticas, da necessidade de analisar e discutir os efeitos de uma determinada ação regulatória, pois somente dessa forma se dará um círculo virtuoso de aprendizado, com a análise constante dos erros e dos acertos ocorridos durante o processo, o que auxilia o Estado na elaboração das novas ações e no aprimoramento das já existentes. Esse processo deve envolver todos os atores envolvidos, com vistas a dar maiores suporte, transparência e legitimidade às decisões das políticas reguladoras (LIMA, 2010).

É nesse contexto, portanto, que o presente estudo se propõe a analisar o processo de construção e implantação, além dos principais efeitos das ações regulatórias contratuais entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

### 1.1 Pergunta de Pesquisa

Quais os principais efeitos das ações regulatórias concernentes à regulamentação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço no mercado de Saúde Suplementar?

### 1.2 Objetivo geral

O presente trabalho possui como objetivo geral analisar o processo de construção, implantação e os principais efeitos das ações regulatórias concernentes à regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de Saúde Suplementar.

### 1.3 Objetivos específicos

- Identificar e analisar as principais justificativas para regular os contratos estabelecidos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.
- Analisar os resultados preliminares obtidos após a introdução da regulamentação dos contratos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.
- Identificar os principais conflitos entre os atores envolvidos no processo de regulamentação dos contratos – ANS, Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços.
- Analisar a atuação da ANS na regulação dos contratos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.

- Identificar e analisar os principais desafios da regulação no âmbito das relações entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços.

## 1.4 Metodologia

### 1.4.1 Estratégia de investigação

O trabalho possui uma abordagem qualitativa e utiliza como estratégia de investigação o estudo de caso. O estudo de caso permite conhecer de forma aprofundada um objeto de pesquisa, como, neste caso particular, a regulamentação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, com detalhamento do processo de construção e implantação dessa política.

Além disso, o estudo busca esclarecer por meio de análise documental e da percepção dos principais atores envolvidos o como e o porquê da entrada desse tema no escopo da regulação estatal, e os resultados preliminares dessa ação regulatória com uma análise da atuação da agência reguladora nesse processo (GODOY, 1995; YIN, 2010).

### 1.4.2 Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores e palavras-chave: regulação governamental, regulação e fiscalização em saúde, saúde suplementar, Agência Nacional de Saúde Suplementar, setor privado, operadoras de planos de saúde, planos de saúde e análise de impacto regulatório.

Também foram consultados livros, teses e dissertações sobre o tema da regulação estatal e do mercado de saúde suplementar no acervo da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas, além de documentos e normativas produzidas pela ANS e legislações que tratam da regulação do mercado privado de planos de saúde.

O *site* da ANS foi utilizado para pesquisar publicações periódicas da agência de dados e indicadores sobre o setor de saúde suplementar, especialmente o caderno de informações da saúde suplementar e o Foco – Saúde Suplementar, ambos publicados trimestralmente. No site da ANS também foi possível acessar as atas de reuniões da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e da Diretoria Colegiada da agência, os documentos de Câmaras e Grupos Técnicos que estavam disponíveis para acesso público, além de alguns documentos resultantes de Consultas Públicas realizadas pela agência nos últimos anos.

Foram resgatadas as atas de reuniões da CAMSS do ano 2000 até outubro de 2012 com o objetivo de detectar as discussões que foram realizadas sobre temas relacionados à regulação da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, especialmente no âmbito da contratualização. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave na busca em cada ata de reunião do período observado: contratualização, contratos (selecionando somente as discussões específicas acerca dos contratos entre operadora e prestadores de serviço), reajuste e relação entre prestadores e operadora.

Foram selecionadas para uma análise mais detalhadas 25 atas, que continham intervenções pontuais de participantes ou o tema como pauta da reunião, de um total de 63 atas de reuniões realizadas de 2000 a outubro de 2012. É importante registrar que a partir de 2010 as atas das reuniões da CAMSS estão disponíveis no site da ANS em formato de imagem. Esse formato atual impossibilita a busca de palavras-chave, o que dificulta a realização de pesquisas. Sugere-se que as atas voltem a ser disponibilizadas em formato de texto, como era realizado antigamente, facilitando seu uso para fins de pesquisas.

Além disso, o banco de pesquisa do grupo de *Estado, Cidadania e Políticas de Saúde* do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), que está disponível no próprio site da instituição, foi consultado com o objetivo de encontrar projetos realizados que trataram sobre a regulação da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, especialmente no âmbito da contratualização.

Para complementar a pesquisa, os *sites* das principais entidades do setor que estão envolvidas com o tema da contratualização (CFM, SINDHOSP, Cremesp, FBH etc.) também foram consultados periodicamente, com o intuito de auxiliar na identificação das questões e dos pareceres que são emitidos por essas entidades representativas do setor.

Com o objetivo de sistematizar a pesquisa de notícias divulgadas na internet a respeito do tema, foi utilizada uma ferramenta denominada *Google Alerts*, que possui a finalidade de captar palavras-chave em textos disponíveis em sites da internet e direcioná-los a um e-mail

de cadastrado. Essa ferramenta foi utilizada, com a adoção das seguintes palavras-chave: “Agência Nacional de Saúde Suplementar” e “Planos de Saúde”. As mensagens foram recebidas diariamente no e-mail, no período de 30/10/2012 a 31/01/2013, e as notícias que tinham relação com o tema da contratualização eram lidas e catalogadas.

Após a pesquisa bibliográfica, foram realizadas entrevistas orientadas por roteiros semiestruturados elaborados previamente para cada segmento da saúde suplementar estudado. Os informantes-chave foram selecionados de forma a contemplar as percepções dos principais atores envolvidos no processo estudado, ou seja, os representantes dos seguintes grupos de interesse e entidades:

- **Agência Nacional de Saúde Suplementar:**
  - ✓ Diretoria de Desenvolvimento Setorial
- **Prestadores de Serviços de Saúde:**
  - ✓ Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP)
  - ✓ Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo (SINDHOSP)
  - ✓ Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB)
  - ✓ Confederação Nacional de Saúde (CNS)
  - ✓ Federação Brasileira de Hospitais (FBH)
- **Entidades Representativas da Categoria Médica:**
  - ✓ Associação Médica Brasileira (AMB)
  - ✓ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)
  - ✓ Associação Paulista de Medicina (APM)
  - ✓ Conselho Federal de Medicina (CFM)
  - ✓ Federação Nacional dos Médicos (FENAM)
- **Representações Institucionais das Modalidades de Operadoras de Planos de Saúde e Instituto de Estudo do segmento:**
  - ✓ **Autogestão:** União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS)
  - ✓ **Medicina de Grupo:** Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE)
  - ✓ **Cooperativa Médica:** Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed Brasil)
  - ✓ **Seguradora:** Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE)
  - ✓ Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)

No total, foram entrevistados 19 representantes do setor, sendo três representantes da ANS, cinco representantes de prestadores de serviços hospitalares e outros estabelecimentos de saúde, cinco representantes de entidades de categoria Médica, cinco representantes de entidades de operadoras de planos de saúde e um representante do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, que é financiado por algumas operadoras de planos de saúde. Destaca-se que foram entrevistados três representantes da Unimed Brasil, mas apenas uma entrevista foi transcrita e analisada, pelo fato de duas entrevistas terem apresentado falhas no áudio de gravação.

Dos informantes-chave entrevistados, todos ocupavam algum dos seguintes cargos: presidência da instituição, diretoria da instituição ou diretoria da área de saúde suplementar. As entrevistas com os representantes buscaram obter uma maior compreensão acerca do objeto de pesquisa, e abordaram temas como: justificativas para a regulação contratual entrar na pauta da ANS, a atuação da ANS na regulação dos contratos, os conflitos envolvidos entre as partes, as dificuldades encontradas para se adequar às normativas produzidas, os resultados preliminares alcançados pelas ações regulatórias, bem como os desafios na regulação contratual dessa relação, conforme detalhado nos roteiros em anexo ao trabalho.

Todas as entrevistas de campo foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e tiveram tempo médio de duração de 45 minutos, sendo que em alguns casos a entrevista teve duração de mais de uma hora. A pesquisa de campo foi realizada no período de junho a dezembro de 2012.

É importante destacar que o presente trabalho tem foco nas entidades representantes das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, incluindo os estabelecimentos de saúde e as entidades da categoria médica, e também o próprio órgão regulador desse mercado, no caso, a ANS. Embora existam outras partes interessadas nesse processo, como as entidades de defesa do consumidor, o próprio consumidor, representantes de outras classes profissionais, além de outras representações, optou-se por realizar um recorte envolvendo somente as partes mencionadas anteriormente, consideradas as mais relevantes para o propósito deste trabalho.

Como limitação do estudo, ressalta-se que o posicionamento de cada entrevistado pode não refletir necessariamente a forma de pensar de todo o segmento.

As entrevistas foram transcritas literalmente, e juntamente com os documentos coletados no estudo foram submetidas à técnica de análise de conteúdo. Nesse sentido, cabe destacar que qualquer técnica utilizada para analisar dados busca interpretar, ou seja, extrair o

sentido dos dados e entender o significado profundo das comunicações cifradas nos textos (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011). Bardin (1977) define a análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para a análise das entrevistas transcritas e dos materiais coletados na pesquisa documental, foram consideradas dimensões de análise. Essas dimensões estavam contempladas nos roteiros de entrevista e também na coleta documental.

As dimensões consideradas para análise do estudo relacionadas à regulação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços são:

<b>Dimensões analisadas</b>
As justificativas para a regulamentação dos contratos
O processo de elaboração das ações regulatórias contratuais
O processo de implantação das ações regulatórias contratuais
Os resultados preliminares da regulamentação dos contratos
Os conflitos entre os principais atores no processo de regulamentação
A atuação da ANS na regulamentação dos contratos
Os desafios da regulação no âmbito das relações entre operadoras e prestadores

Quadro 1 – Dimensões analisadas no trabalho

Fonte: elaboração própria

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Aspectos conceituais e teóricos da regulação estatal

A Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE (1997) define regulação como um conjunto de instrumentos legais e normativos por meio dos quais os governos estabelecem exigências às empresas e aos cidadãos no sentido de preservar e promover o interesse público. Esses instrumentos podem ser emitidos por todos os níveis de governo, ou por entidades a quem o governo delegue poder normativo. É relevante ressaltar que a regulação é considerada uma ferramenta importante para que os governos democráticos promovam o desenvolvimento econômico e social de sua população.

A literatura refere duas principais teorias que explicam as razões para a ação intervencionista do Estado nas esferas econômicas e sociais, sendo que a primeira linha teórica a tratar a respeito dessa questão é denominada como ‘teoria normativa’ ou ‘teoria do interesse público’. Essa linha teórica considera que a regulação é uma resposta governamental para as falhas de mercados existentes e parte do pressuposto de que alguns mercados não são perfeitamente competitivos e com alocação eficiente de recursos (MELO, 2000). A existência dessas falhas de mercado (como, por exemplo, a assimetria de informações) torna patente a necessidade da intervenção estatal por meio da regulação, no sentido de diminuir esses desequilíbrios. Em síntese, sob a perspectiva dessa teoria, a resposta regulatória do Estado busca atender as demandas da sociedade, ou seja, o interesse público (SILVA, 2008).

Por outro lado, a principal crítica acerca da teoria normativa da regulação se refere ao fato de que nem sempre a intervenção estatal é orientada para atender ao interesse público, sendo que em determinadas situações pode até beneficiar determinados interesses do mercado. Ou seja, a ação do Estado pode não ser totalmente neutra, nem tampouco isenta de falhas, além de implicar custos adicionais. É possível afirmar, portanto, que a teoria do interesse público não inclui os grupos de interesse em sua análise acerca da regulação Estatal (FIANI, 2004).

A segunda linha teórica que aborda o tema, como já mencionado, é denominada de teoria da ‘regulação econômica’ ou ‘teorias positivas da regulação’, sendo oriunda da Escola de Chicago e introduzida por um teórico chamado Stigler. Essa linha veio preencher uma

lacuna não abordada pela ‘teoria do interesse público’, pois coloca em discussão o risco de captura do governo pelos entes regulados e pelos grupos de interesse.

Stigler (2004) afirma que a regulação imposta pelo Estado prejudica a alocação ótima de bens proporcionada pelo contexto de livre mercado uma vez que essa ação regulatória pode ser influenciada por decisões políticas, o que conduz à ineficiência. O mesmo autor ainda apontou que em grande parte dos casos essa regulação beneficia a indústria regulada, uma vez que há a captura do Estado por alguns grupos regulados, que se beneficiam da proteção do órgão regulador. Ou seja, as políticas regulatórias beneficiariam um determinado grupo em detrimento de outros. Além disso, essa linha teórica introduziu a questão a respeito da existência de falhas na ação estatal, não sendo esta uma ação totalmente neutra, ponto este não considerado pela teoria do interesse público.

O artigo intitulado *A teoria da regulação econômica* (STIGLER, 1971), demonstra a articulação das empresas reguladas com o sistema político e com os reguladores, no sentido de estabelecer regras que as protejam da competição e dessa forma ampliem a renda extraída dos consumidores. Scott<sup>1</sup> (2006 *apud* COSTA, 2008) chama a atenção para a postura cética da teoria econômica sobre a geração de benefícios públicos, pois esta argumenta que o comportamento dos reguladores é orientado pelo comportamento-padrão dos agentes econômicos, que por sua vez, são orientados no sentido de obter mais renda.

Sob essa perspectiva, a ação regulatória se voltará sempre para os interesses daqueles que oferecem maior retorno ao regulador, ou seja, nessas condições as políticas regulatórias se voltarão sempre para os interesses das maiores empresas, por sua capacidade de geração de renda, sendo a promoção do interesse público a última motivação para a regulação.

Para Peltzman (2004), não são somente as empresas que são capazes de exercer influência e pressão no processo regulatório, sendo importante também considerar os grupos de consumidores organizados. Para esse autor, a regulação é uma resposta à ação de grupos de interesses, sejam estes produtores ou consumidores. É nesse sentido que Peltzman (2004) nega a possibilidade da captura do Estado somente pelos agentes econômicos, uma vez que o regulador busca combinar os interesses tanto dos produtores como dos consumidores no sentido de maximizar seu apoio político e garantir sua permanência no poder. Dessa forma, o regulador deve alocar os benefícios entre os grupos de interesse. Nesse sentido, é importante destacar que quanto mais homogêneo e organizado for o grupo de interesse (sejam estes

---

<sup>1</sup> SCOTT, C. Privatization and regulatory regimes. In: Moran, M; Rein, M; Goodin, R.E, editors. **The Oxford Handbook of Public Policy**. Oxford University, 2006.

formados por firmas ou consumidores), maior é o favorecimento por parte do regulador (PELTZMAN, 2004).

Essa competição entre os grupos de interesse possui um aspecto positivo (BECKER<sup>2</sup>, 1983 *apud* FIANI, 2004), pois esse ambiente desfavorece o estabelecimento de ganhadores e perdedores absolutos, o que torna a regulação mais eficiente, uma vez que os políticos tendem a amortecer o impacto dos diferentes grupos de pressão, o que resulta em um equilíbrio entre ganhadores e perdedores, evitando maiores perdas de bem-estar (SILVA, 2008).

Por outro lado, a existência de relações conflituosas entre as partes interessadas e a interferência relacionada ao grau de poder político e econômico que influencia as decisões regulatórias dificultam a identificação do interesse público, como ressaltam Baldwin e Cave (1999).

Peltzman<sup>3</sup> (1989 *apud* PÓ, 2009) ressalta a necessidade em considerar na análise das ações regulatórias as questões políticas e as coalisões e que, sob a ótica da teoria econômica, é possível afirmar:

Primeiro, grupos pequenos e bem-organizados se beneficiarão da regulação mais do que os grupos grandes e difusos, ou à custa destes. Segundo, a política regulatória procurará preservar a distribuição de recursos entre os membros da coalizão dominante. Peltzman (1989 *apud* PÓ, 2009, p.31)

Até o final da década de 1970 essa era a corrente ideológica predominante: o fortalecimento do papel regulador do Estado geraria uma atração dos interesses privados especulativos. Dessa forma a ação do Estado seria influenciada por interesses especiais, com priorização da lógica privada em detrimento da coesão interna da intervenção do Estado. Em resumo, segundo a visão da teoria econômica, a razão para o Estado regular o mercado reside na demanda de proteção de grupos de interesse (PRZEWORSKI, 2010).

Embora reconheçam a influência dos grupos de interesse, alguns autores destacam a necessidade de imparcialidade na relação entre o órgão regulador e os polos de interesse na regulação (PECI, 2006). Nesse sentido, Conforto (1998, p. 31) destaca que “uma das questões principais na estruturação do ente regulador é a equidistância em relação aos atores sociais envolvidos e uma composição que dificulte sua captura por qualquer área de interesse vinculada à prestação de serviço específica”.

---

<sup>2</sup> BECKER, Gary. A theory of competition among pressure groups for political influence. **Quarterly Journal of Economics**. Cambridge, v.98, nº 3, p.371-400, 1983.

<sup>3</sup> Peltzman, S. **The economic theory of regulation after decade of deregulation**. Brokings Papers on Microeconomics, 1989.

No entanto, Nunes *et al.* (2007) afirmam que:

Não existe regulação neutra, nem regulação inocente. Muitos regulados buscarão normas regulatórias para protegê-los da competição, diminuir seus custos de transação, criar barreiras de entradas em seu setor de atuação, protegê-los de demandas do público etc. Nem toda regulação, portanto, é a favor do interesse público ou da promoção do mercado competitivo. (p. 4)

É importante lembrar que as duas correntes teóricas acima mencionadas desconsideram a análise do contexto institucional na qual os agentes interagem, como destacam Laffont e Tirole (1993 *apud* SALGADO, 2003). Os autores ressaltam as limitações metodológicas das teorias ‘econômica’ e do ‘interesse público’, pois essas não consideram as incertezas do ambiente e a assimetria de informação.

Nesse contexto surgem novas teorias que propõem a análise conjunta do ambiente institucional e do comportamento dos atores, dentre as quais se destaca a abordagem analítica conhecida como ‘teoria principal-agente’, ou ‘teoria da agência’ (MELO, 2000).

Ao considerar o desequilíbrio no acesso a informações (assimetria de informação) entre os diferentes atores e o reconhecimento de que o mercado muitas vezes não é um mercado ideal, impulsiona ao reconhecimento de uma racionalidade limitada, ou seja, somente em condições ideais se pode afirmar que os agentes atuarão como o previsto.

Ao considerar a existência dessas falhas, ou seja, o ambiente de incertezas e a assimetria de informações, essa linha teórica estabelece a análise da relação tipo agente x principal. Essa teoria parte da premissa de que o agente dispõe de informações que o principal não consegue observar diretamente, além de desempenhar ações despercebidas para o principal.

Nesse contexto, o principal precisa enfrentar o desafio de criar incentivos que induzam os agentes a atuarem em prol de seus interesses. Ou seja, se o foco é o interesse público, esses agentes devem obter benefícios quando se comportam de modo a favorecer tal interesse e sofrer alguma punição caso não atue nesse sentido (PRZEWORSKI, 2010).

Dessa forma, esse mesmo autor estabelece algumas condições para uma boa intervenção estatal: o Estado (principal) dispõe de informações sobre os agentes privados (agente), existência de instrumentos legais que estabeleçam a regulação e uma rede institucional capaz de firmar compromissos confiáveis. Além disso, também é determinante para uma boa intervenção o estabelecimento de uma rede de controle, ou seja, se houver controle dos burocratas pelos políticos e dos cidadãos pelos políticos. Para tanto é necessário

um desenho bem-concebido das instituições reguladoras, para que estas sejam capazes de induzir os agentes a se comportarem em prol do interesse público (PRZEWORSKI, 2010).

É importante destacar que os tipos de regulação estatal praticada podem englobar uma gama de políticas públicas, que envolvem desde a esfera econômica até a esfera social (PÓ, 2009). Nesse sentido, a OCDE (1997) estabelece a seguinte classificação:

- 1) **Regulação econômica**, quando diz respeito às intervenções diretas no mercado, com regulação de preços, concorrência e a entrada ou saída de empresas do mercado.
- 2) **Regulação social**, voltada para as questões de interesse público, no sentido de amenizar as falhas, como, por exemplo, a assimetria de informação e externalidades negativas, no sentido de proteger as áreas desse interesse, como a saúde e a educação.
- 3) **Regulação administrativa**, voltada para as ações de estabelecer as formalidades administrativas e os trâmites burocráticos, por meio dos quais os governos coletam informações e formulam intervenções relacionadas às decisões econômicas individuais.

## 2.2 A qualidade da regulação Estatal

A qualidade da intervenção do Estado é tema de profunda relevância, sendo que atualmente se verifica uma tendência em alguns governos e organismos internacionais no sentido de discutir medidas que promovam a melhoria da qualidade das ações regulatórias.

É nesse contexto que a reforma regulatória se insere como tema central, sendo esta voltada para a promoção de melhorias nas decisões regulatórias, tornando-as mais eficientes e orientadas por princípios como a transparência, a participação social e a avaliação de custos e benefícios (PECI, 2011).

Em 1997 esse movimento culminou na publicação pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico de um relatório a respeito da importância de os governos conduzirem melhorias na qualidade da regulação (OCDE, 1997). Neste documento é destacada a importância da utilização de instrumentos para a melhoria da qualidade da regulação, como, por exemplo, a ferramenta de Análise de Impacto Regulatório (AIR), que visa à escolha das opções regulatórias mais eficientes e mais eficazes. O conceito e a potencial utilização dessa ferramenta serão discutidos no capítulo a seguir.

### 2.2.1 Análise de impacto regulatório

Coelho e Peci (2011) destacam que as ações regulatórias estatais geram consequências para a sociedade e a economia do país, sendo que estas podem ter um efeito positivo (como por exemplo, a resolução de problemas sociais) ou negativo (como por exemplo, geração de custos desnecessários). Para atenuar os possíveis efeitos negativos estabelece-se o debate a respeito da necessidade de uma reforma regulatória no sentido de estimular que a tomada de decisão nesse campo seja pautada em análise racional e não política.

É nesse contexto que figura a Análise de Impacto Regulatório (AIR), considerado um instrumento que visa à melhoria da qualidade regulatória. É importante destacar que existem várias definições para esse instrumento a partir do foco de análise pretendido (COELHO; PECCI, 2011), como veremos a seguir.

Kirpatrick e Parker (2005) conceituam a AIR como uma análise sistemática dos impactos reais ou potenciais de medidas regulatórias que deve ser utilizada para melhorar a qualidade da tomada de decisão sobre tais medidas. Segundo a OCDE (2008) a AIR é um instrumento que possui como objetivo avaliar os possíveis benefícios, custos e impactos de regulamentações novas ou já implantadas. Valente (2010) afirma que a AIR pode ser utilizada como uma ferramenta para medir a eficiência das decisões regulatórias estatais. Em síntese, a AIR é um método de análise para auxiliar os tomadores de decisão no desenho, na implantação e no acompanhamento das medidas regulatórias com potencial para avaliação de suas consequências para a sociedade.

É nesse sentido que Peci (2009) afirma que, mais do que um simples instrumento, a AIR pode ser considerada como um processo que questiona propostas regulatórias e justifica as opções a serem tomadas pelos governos. Os potenciais resultados de uma AIR consistente são prover um ambiente regulatório com certa previsibilidade e com isso estabelecer uma maior credibilidade das ações regulatórias perante os consumidores e o setor regulado (ALVES; PECCI, 2011).

Valente (2010) destaca que as ações regulatórias estatais devem possuir transparência no processo de tomada de decisão regulatória e responsabilização pelas decisões tomadas, e que a AIR possui essa capacidade, pois visa a:

[...] conferir legitimidade ao agente regulador, reduzir o deficit democrático, proporcionar maior controle das atividades regulatórias por outros poderes institucionais e pela sociedade civil em geral e agir como instrumento que proporciona o processo de aprendizado institucional do Estado regulador. (Valente, 2010)

A mesma autora ressalta que a ferramenta AIR não pode estar associada à preferência político-partidária, ou a uma ideologia, pois é uma ferramenta de auxílio ao Estado e não ao governo, embora não tenha a pretensão de substituir a decisão política, mas sim de auxiliá-la quando necessário.

No Brasil, um dos primeiros passos nessa direção foi a publicação do Decreto nº 4.176, de 2002, que estabeleceu normas e diretrizes para o encaminhamento ao presidente da República, dos projetos de atos normativos elaborados por órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 2002). No entanto, o estudo de Coelho e Peci (2011) evidenciou que esse decreto não teve a aderência e a amplitude necessárias.

Em 2007, o Decreto nº 6.062 instituiu o Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para a Gestão em Regulação (PRO-REG), que tem como objetivo desenvolver ações no sentido de promover o fortalecimento dos mecanismos institucionais para a gestão em regulação, e dessa forma propiciar condições para a melhoria de sua qualidade (BRASIL, 2007). Este programa está alinhado com a recomendação da OCDE, que estabelece a clara relação entre o desempenho econômico e social de um país e a qualidade de seu marco regulatório (ALVES; PECI, 2011).

Dentre as diretrizes desse programa, destaca-se o incentivo para a elaboração de estratégias de implantação de AIR não só nas agências reguladoras, mas durante o processo regulatório como um todo, ou seja, envolvendo também a participação dos ministérios do Poder Executivo, que também estabelecem normativas que produzem impacto no mercado.

É importante assinalar a dificuldade na implantação desse instrumento, principalmente em países em desenvolvimento, onde alguns estudos identificaram problemas durante o processo de adoção dessa ferramenta, geralmente relacionados ao baixo nível de sofisticação da análise, tais como a falta de capacidade organizacional, que envolve a baixa qualidade das informações, e as precárias capacidades técnicas dos recursos humanos e estruturas organizacionais inadequadas (KIRKPATRICK; PARKER; ZHANG, 2003).

Por outro lado, Peci (2011) verificou em seu estudo que no Brasil existem sólidas capacidades organizacionais que podem influenciar positivamente a adoção de AIR, embora a mesma autora destaque para o risco de potencial interferência de variáveis políticas nesse processo.

No Brasil não existe um órgão central que coordene e controle o processo de melhoria da qualidade regulatória, sendo essa responsabilidade difundida nos diversos ministérios e agências reguladoras. Esse quadro é diferente da maioria dos países estudados por Peci (2011), que verificou que na maioria dos casos é adotado um órgão supervisor da qualidade regulatória, sendo este vinculado ao Poder Executivo. Ainda segundo a autora, no Brasil há resistências a esse modelo de órgão supervisor de acordo com a opinião dos representantes das agências reguladoras, que, por sua vez, visam a fortalecer sua autonomia, e para os quais independência e supervisão são conceitos conflituosos.

### 2.3 A regulação Estatal no Brasil

Segundo Pó (2011), o aumento da atividade privada em temas de interesse público provoca impactos sociais que podem ser resolvidos apenas pela ação de um agente externo ao mercado com poder de dissuasão sobre autores envolvidos, ou seja, o Estado. Nesse sentido, a necessidade de o Estado atuar na regulação é fundamental para que o mercado funcione economicamente e socialmente de forma eficiente.

Estados modernos dedicam-se principalmente a três funções: 1) redistribuição da renda, 2) gestão macroeconômica e 3) regulação de mercados, mas a importância relativa dessas funções varia de país para país e de um período histórico para outro (MAJONE, 1999). Nas ações relacionadas com a área econômica, como por exemplo ações relativas à redistribuição de renda, à estabilização macroeconômica, o Estado transfere recursos de um determinado grupo para outro, provê bens de mérito, como educação e saúde, além de ações voltadas à manutenção de níveis adequados de crescimento econômico e de emprego. Já no âmbito da regulação, o Estado busca corrigir falhas de mercado, como: o abuso de poder de monopólio, as externalidades negativas, as informações incompletas e a provisão insuficiente de bens públicos (MAJONE, 1999).

No Brasil, a partir da década de 1950, o Estado desempenhou papel fundamental na criação de infraestrutura voltada para o desenvolvimento, sob um modelo que ficou conhecido como nacional-desenvolvimentista. Porém, no final da década de 1970, com uma crise instalada, o Estado enfrentou dificuldades financeiras para manter os investimentos necessários, o que acabou culminando no esgotamento do modelo iniciado na década de 1950.

Na década de 1990 se observa uma mudança no escopo de atuação do Estado, com o início das privatizações de grandes empresas Estatais e a abertura do mercado para o capital estrangeiro, que passam a exigir do Estado funções diferentes das já cristalizadas anteriormente. Ou seja, além da função de provedor, o Estado passa a desempenhar os papéis de regulador e fiscalizador dos agentes privados (PACHECO, 2003; MAJONE, 1999; ABRANCHES, 1999).

Dentro desse movimento de revisão do papel do Estado, destaca-se uma nova atribuição institucional voltada para a regulação de mercado, que é desempenhada pelas agências reguladoras recém-criadas (SALGADO, 2003), como veremos abaixo.

### 2.3.1 As agências reguladoras no Brasil

No âmbito internacional, o modelo institucional de agências reguladoras foi impulsionado pelos movimentos de reforma do Estado ocorridos durante as décadas de 80 e 90. No Brasil, esse modelo é adotado em meados da década de 90, sendo as agências consideradas como entes públicos dotados de certa independência em relação ao poder Executivo. Os argumentos para a criação de agências estão relacionados com a necessidade de dar credibilidade ao processo de regulação, com a tentativa de se escapar da rigidez do modelo burocrático nas organizações governamentais e com a intenção de diminuir o papel do governo nas decisões, principalmente nos setores referentes à infraestrutura (PACHECO, 2006; PECCI, 2006).

Por esse motivo as primeiras agências reguladoras no país foram voltadas para área de infraestrutura, impulsionadas pelo contexto de privatização já mencionado. O formato das agências considerou a necessidade de autonomia decisória e financeira, mandatos fixos para seus dirigentes, sendo estes não coincidentes com os mandatos dos chefes do Executivo. É importante destacar que esse mesmo modelo institucional foi adotado também para a área social, muito embora alguns autores apontem que esse modelo de agências independentes não era o mais adequado para regular a área social (PACHECO, 2006).

Segundo Pó (2006), o processo de implantação do modelo das agências reguladoras no Brasil pode ser dividido em três períodos:

- 1) **De 1996 e 1997**, quando foram criadas agências reguladoras que estavam relacionadas à área de infraestrutura, ao contexto de privatização e à quebra do monopólio do Estado nesses setores (Agência Nacional de Energia Elétrica, Agência Nacional de Telecomunicações, Agência Nacional do Petróleo, Gás e Biocombustíveis);
- 2) **De 1999 a 2000**, quando foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com os propósitos de melhorar a eficiência dos respectivos setores, modernizar o aparelho do Estado e resguardar o interesse do cidadão e ;
- 3) **Após 2001**, período marcado pela criação de várias agências com diferentes finalidades e áreas de atuação, como por exemplo a Agência Nacional do Cinema (ANCINE). Apesar das diferenças entre as áreas de atuação dessas agências criadas, foi adotado um modelo institucional praticamente pré-fabricado por todas as agências, o que resultou na perda de referencial para a regulação de mercados.

Alguns autores sugerem que as agências reguladoras se diferenciam das organizações burocráticas existentes nos governos pela autonomia em relação ao processo político, pela estipulação de mandato para os dirigentes, pelo orçamento próprio e pelo alto grau de especialização técnica. No Brasil, a concessão de autonomia e independência das agências está relacionada à necessidade de se criar um ambiente com credibilidade regulatória principalmente para os investidores e reduzir as incertezas advindas do legado intervencionista do Estado, habitualmente associado à adoção de regras e decisões pautadas em critérios políticos, e não técnicos (PACHECO, 2006; PÓ, 2009).

Pó (2009) observa que as agências reguladas vêm executando as três funções do Estado republicano: 1) **Legislativa**, ao construir regulamentos para o setor; 2) **Executiva**, ao implantar as normas definidas; e 3) **Judiciária**, ao impor penalidades s seus regulados (PÓ, 2009).

Muller e Pereira (2002) afirmam que existem diversas motivações para a criação de agências reguladoras, tais como ganhar flexibilidade administrativa; diminuir as incertezas dos resultados de cada setor por meio da especialização técnica dos órgãos reguladores; *blame-shifting*, ou seja, transferir convenientemente para as agências a ‘culpa’ por medidas impopulares; estabilizar as regras de cada setor e, conseqüentemente, alcançar credibilidade regulatória. Costa (2008) acrescenta que o governo delega poderes para uma organização

independente, no caso uma agência reguladora, para legitimar sua própria estratégia regulatória.

A forma clássica de intervenção das agências reguladoras é conhecida como comando e controle em que o regulador determina em quais condições as empresas reguladas devem oferecer seus serviços, podendo aplicar alguma penalidade caso tais condições não sejam cumpridas. Neste caso, o órgão regulador possui força de lei para proibir determinadas condutas e direcionar os entes regulados para ações consideradas benéficas. Baldwin e Cave (1999) alertam que esse tipo de regulação comando e controle pode gerar um efeito de captura, uma vez que o órgão regulador depende do regulado, principalmente no aspecto do repasse de informações sobre o setor.

Melo (2001) ressalta que esse formato de regulação por meio de agências independentes possui falhas no processo regulatório, e destaca a falta de controle democrático dessas agências, por sua insuficiente responsabilidade política. Majone (1996) aponta outras falhas, como o risco de captura dos reguladores pelos regulados e a estipulação de objetivos difusos relacionados ao interesse público, o que gera um déficit democrático devido ao insulamento burocrático.

A alta especialização das agências reguladoras pela complexidade das questões tratadas somada à independência de seus dirigentes pode ocasionar um movimento de insulamento burocrático, o que compromete o diálogo e o controle pela sociedade e pelos políticos, ou seja, aumenta o déficit democrático.

Nesse sentido, segundo o mesmo autor, a autonomia e a independência das agências são consideradas uma ameaça ao interesse público, uma vez que agentes não eleitos têm o poder de tomar decisões relevantes para a sociedade. Ou seja, embora a delegação de autonomia decisória para as agências esteja relacionada com a credibilidade regulatória, essa mesma delegação pode ocasionar uma insuficiente responsabilização por parte dos dirigentes das agências, além de dificuldades de controle pela Sociedade e os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (RAMALHO, 2009).

Atualmente as agências reguladoras brasileiras caminham na direção de aprimorar seus processos de *accountability* e transparência. O Estado deve deixar claro para a sociedade as razões pelas quais certas decisões são tomadas em detrimento de outras possíveis. A transparência das ações auxilia na previsibilidade de regras da regulação e na estabilidade do segmento do mercado, ou seja, estimula os investimentos e garante o acesso e a qualidade dos produtos aos cidadãos (RAMALHO, 2009).

Por esse motivo, as agências necessitam justificar suas ações para a sociedade e reforçar seus mecanismos de controle social, utilizando ferramentas como a consulta pública, a análise de impacto regulatório e a publicação de atas e relatórios para legitimar as suas decisões.

#### 2.4 Regulação do mercado de saúde

Considera-se que um mercado não possui falhas quando as condições para a competição perfeita estão presentes. Para que isso aconteça são apontadas três condições necessárias para que o mercado atue de forma eficiente. A primeira condição está presente quando os produtores e consumidores são incapazes de modificar o preço de mercado de forma unilateral; a segunda diz respeito à homogeneidade dos serviços e produtos negociados no mercado; e, por fim, a terceira condição está relacionada ao acesso às informações, que deve ser completo, sem assimetrias e ao alcance de todos sobre os serviços e as características dos agentes que os comercializam no mercado. Quando essas três condições não estão presentes, a intervenção do poder público se faz necessária para elevar o bem-estar dos consumidores e dos produtores (CECHIN, 2008; ANDREAZZI, 2003).

O mercado de planos de saúde possui falhas, e, portanto, não contém as condições necessárias para que a competição perfeita aconteça. O problema de assimetria de informação é inerente ao setor de saúde, visto que, em geral, os consumidores possuem mais informações acerca de seu estado de saúde do que as operadoras de planos. Ou seja, o consumidor é capaz de avaliar no momento em que adquire um plano de saúde se os gastos com a manutenção deste serão menores que os gastos esperados caso não o tivesse.

Quando o consumidor avalia que seus gastos potenciais com saúde serão superiores ao preço do seguro, decide então comprá-lo. Esta situação descrita é conhecida como seleção adversa (*adverse selection*), e está relacionada ao risco que a operadora possui em incorporar clientes que terão custos maiores do que a média que a operadora está disposta a pagar. Para se proteger desse fenômeno a operadora eleva o preço médio do plano de saúde, situação que pode gerar a atração de consumidores com piores condições de saúde e, portanto, com maiores gastos esperados com tratamentos. Em resumo, como consequência dessa assimetria de informação, ocorre a seleção adversa: o indivíduo com gastos esperados em saúde

inferiores ao prêmio cobrado no mercado tende a se autoexcluir desse mercado (CECHIN, 2008).

As operadoras se defendem da seleção adversa criando barreiras à inscrição de indivíduos com potenciais problemas de saúde ou idosos, gerando mais gastos no âmbito administrativo para conseguir detectar esses indivíduos e barrar sua entrada na carteira da operadora, ou seja, fazendo uma seleção de risco (*risk-selection*) (FARIAS; MELAMED, 2003).

Outro problema também decorrente da assimetria de informação, denominado ‘agente-principal’, está relacionado ao fato de uma das partes (o principal) ser incapaz de monitorar as ações da outra parte (o agente), podendo, portanto, não perceber desvios praticados pelo agente, ou seja, fora do que foi acordado no contrato entre as partes (SATO, 2007). No contexto da saúde suplementar isso pode ser traduzido da seguinte maneira: assim que um indivíduo aparentemente sem problemas de saúde adquire um plano de saúde, e como o custo de sua utilização de serviços tende a ser zero, o recém-contratante, por ter direito aos serviços do plano contratado, resolve utilizar demasiadamente os serviços sem que haja necessidade real para isso. Essa situação é conhecida como risco moral (*moral hazard*).

A assimetria de informação também pode conduzir a outro comportamento, conhecido como demanda induzida pela oferta, que está relacionado ao fato de os prestadores poderem induzir os pacientes a utilizarem mais os serviços oferecidos, já que, em geral, o médico detém mais informações e conhecimentos a respeito da saúde do paciente do que o próprio paciente. Nesse contexto, os indivíduos delegam ao médico a decisão sobre o tratamento, e o médico decide sobre a provisão do serviço demandado, originando um potencial conflito de interesses (COSTA *et al.*, 2001).

Conforme observamos, as falhas de mercados discutidas emergem em um contexto em que há assimetria de informação entre as partes. Nesse sentido, Pereira e Hussne (2011) afirmam que o modelo regulatório da saúde suplementar deve concentrar-se em mecanismos que tornem mais simétrico o nível de informação entre os agentes participantes desse mercado.

As falhas de mercados que ocorrem na relação entre os participantes do setor de saúde suplementar estão resumidas na Figura 1 a seguir:

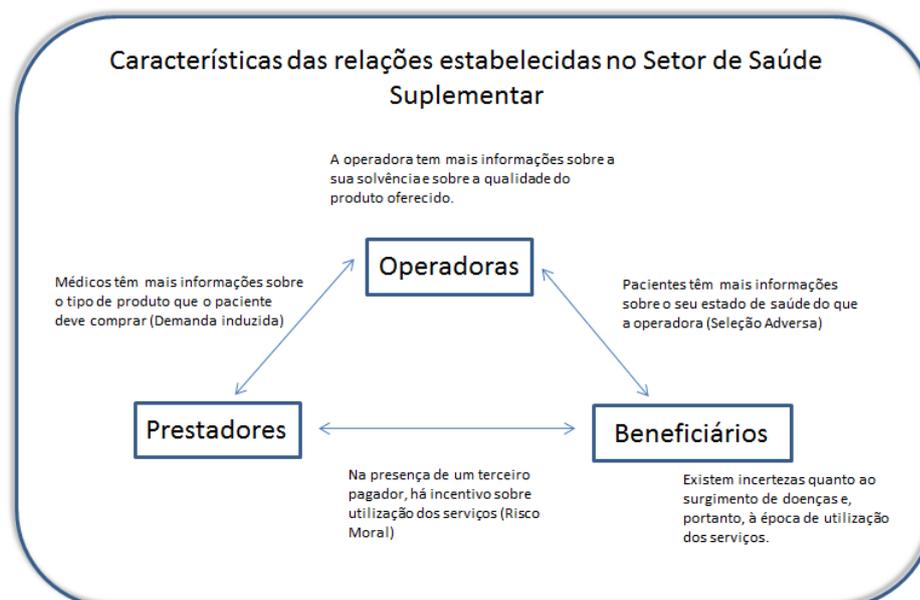


Figura 1 – As características e as falhas de mercado das relações que são estabelecidas entre os participantes do setor de saúde suplementar.  
Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Santacruz, 2010.

Diante do exposto até o momento, é razoável supor que se fazia necessária a criação de uma instituição que regulasse as relações que já haviam sido estabelecidas arbitrariamente nesse mercado, numa tentativa de organizá-lo, bem como conter abusos praticados em função das falhas de mercado descritas anteriormente. Em seguida, veremos como se deu o processo de regulação do mercado de saúde suplementar e da criação e do desenvolvimento da ANS, órgão responsável pela regulação do setor no país.

#### 2.4.1 A Regulação do mercado de Saúde Suplementar brasileiro

No Brasil, a *Constituição Federal de 1998* instituiu em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e que cabe ao Estado o dever de ofertá-la a toda a população, garantindo o acesso integral e igualitário em todos os níveis de atenção do sistema. Já o artigo 199 instituiu que, à assistência à saúde, é livre a iniciativa privada, podendo o setor não governamental participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), estando sujeito, porém, à fiscalização e ao controle das ações de seus serviços (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, o desenho constitucional convergia para um formato que permitia a coexistência de dois setores (o público e o privado) no sistema de saúde brasileiro, os quais

atuariam em conjunto, segundo as diretrizes do SUS, caracterizando-se como complementar a presença do setor privado na saúde.

Mesmo após o estabelecimento da regulação desse mercado de saúde na carta constitucional, não se observou nenhum movimento legal efetivo nesse sentido. Dessa forma, o mercado de saúde complementar continuou se expandindo sem que o Estado conseguisse estabelecer um marco regulatório. No começo da década de 90 os efeitos combinados do *Código de Defesa do Consumidor* e do *Plano Real* reforçaram a necessidade de regulamentar o mercado de planos de saúde, como veremos adiante.

Com a criação dos direitos dos consumidores, os abusos praticados pelos planos de saúde se tornaram mais evidentes para a sociedade. Nessa época ocorreram inúmeras denúncias acerca da atuação abusiva das operadoras, tais como: interrupção de internação, rompimento unilateral de contratos e limitação de dias de internação em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outras. Cabe ressaltar que no período entre 1992 e 1996 as queixas contra os planos de saúde figuravam entre os cinco principais motivos de reclamações às Fundações de Defesa e Proteção ao Consumidor (Procon) (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Antes do *Plano Real*, a aparente eficiência financeira do setor de planos de saúde era decorrente dos ganhos proporcionais numa fase sem estabilidade inflacionária. Isto é, as empresas recebiam mensalmente de seus beneficiários e pagavam seus prestadores com muitos dias de defasagem, gerando ganhos financeiros a partir da alta inflação do período. O advento do *Plano Real* e, conseqüentemente, a estabilização da economia evidenciaram a ineficiência desse setor, o que disparou um processo de profissionalização da gestão dessas organizações (MONTONE, 2010).

Apesar da visível necessidade de regular o mercado de saúde complementar, a regulação dos planos de saúde estava distante da agenda da saúde, sendo que as primeiras propostas para a regulamentação desse setor partiram do ministério da Fazenda e da Justiça. Não existia um interesse por parte dos gestores do SUS em regular o setor de saúde complementar, pois a crença era de que com a expansão do SUS a assistência privada à saúde se extinguiria (MONTONE, 2010).

É importante ressaltar que este posicionamento se repercute até os dias de hoje nas produções acadêmicas, pois, apesar da relevância do tema da regulação do mercado de saúde complementar em nosso sistema de saúde, existem poucos estudos na literatura brasileira que tratam dessa temática. Possivelmente essa escassez de trabalhos ainda reflita o

posicionamento ideológico de grande parte dos atores que publicam na área da saúde. A crença é de que, quando tivermos uma saúde pública verdadeiramente integral e de qualidade, o setor privado desaparecerá por falta de demanda, pois a população fará a opção pelo SUS.

Alguns autores partem da concepção de que “o domínio privado ocupa funções de Estado e subtrai a natureza pública do Sistema Único de Saúde (SUS)” (OCKÉ-REIS, 2008, p. 1398). Possivelmente a crença de que a expansão e o fortalecimento do mercado de saúde suplementar impedirão a concretização das diretrizes da constituição de 1988, principalmente no aspecto da universalização e da unidade do sistema público, possa justificar o pouco interesse da academia em estudar o setor, principalmente no âmbito da melhoria da eficiência deste mercado.

Como já mencionado, o mercado de planos de saúde privado desenvolveu-se em um cenário de fraca regulação até o final da década de 1990. Somente após dez anos da instituição do SUS, a lei 9.656 de 1998 iniciou o processo regulatório do setor da saúde suplementar, tratando das relações estabelecidas entre planos de saúde e beneficiários, bem como dos aspectos do funcionamento desse mercado.

É importante ressaltar que até a aprovação desse marco regulatório ocorreram inúmeros conflitos entre as partes interessadas do governo, as empresas de assistência médica privada, a categoria médica e os consumidores na tentativa de estabelecer as regras para o setor de saúde suplementar (SANTOS *et al.*, 2008; CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Esse embate pode ser observado por meio das alterações nessa lei em agosto de 2001 pela *Medida Provisória (MP) 2.177-44*, que alterou significativamente a lei 9.656/98. É interessante ressaltar que entre a lei original e o último texto da MP apenas dois artigos não foram alterados. Embora exista uma *Emenda Constitucional (nº 31)* de setembro de 2001 que impossibilita a reedição ad eternum de Medidas Provisórias, ela não se aplica à MP 2.177-44, devido ao princípio da irretroatividade da lei, previsto na Constituição Federal de 1988. Portanto, a MP mencionada continuará em vigor até que o Congresso Nacional se manifeste em relação a seu conteúdo.

Dessa maneira, pode-se afirmar que grande parte da regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil ainda é regulada por Medida Provisória, demonstrando que o poder executivo, neste caso, foi um fator e um ator principal no processo decisório e no desenho regulatório do setor de saúde suplementar (PEREIRA *et al.*, 2000).

Para operacionalizar a lei que regulamenta o setor da saúde suplementar (9.656), supervisionar o setor e aprimorar a regulação do mercado, foi criada a Agência Nacional de

Saúde Suplementar (ANS) pela lei 9.961 de 2000, dotando-a de autonomia funcional e independência decisória, com o objetivo de separar a atuação técnica, a qual é pautada na constituição e nas leis, da atuação meramente política (BRASIL, 2000). A ANS possui como missão “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país” (BRASIL, 2000, art. 3º). A agência visa a proteger os consumidores e também fortalecer o desenvolvimento e a eficiência do mercado de saúde suplementar.

Sintetizando, pode-se dizer que o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro teve duas etapas principais: primeiro com a construção do marco legal (*Lei 9.656* e medidas provisórias subsequentes), e segundo com a criação da ANS.

Ainda no aspecto do arcabouço regulatório Estatal da Saúde Suplementar, Cecílio *et al.* (2005) construíram uma cartografia da regulação, que está representada na figura 2, na qual os autores descreveram dois campos de regulação. O primeiro campo de regulação, denominado como campo A, é constituído por toda a legislação e as regulamentações produzidas pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS e/ou por outros entes governamentais.

O campo B de regulação, denominado como microrregulação, é composto pelas formas de regulação que se estabeleceram entre operadoras, prestadores e beneficiários, em particular entre os primeiros, sem uma clara intermediação do Estado. No campo da regulação B há vários espaços relacionais que escapam da atual legislação. O foco do presente estudo é na ação da ANS na regulação do espaço relacional 1, ou seja, aquele no qual se dão as relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço.

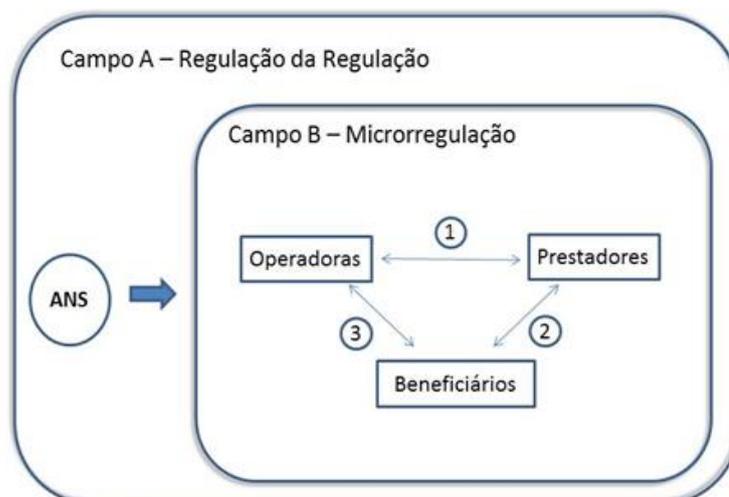


Figura 2 – Os campos regulatórios da Saúde Suplementar  
Fonte: Cecílio *et al.*, 2005, p. 64

Em um primeiro momento, pode-se dizer que o escopo regulatório Estatal não se voltou com o intuito de interferir no espaço relacional 1 do campo da microrregulação, ou seja, no território de encontro entre operadoras e prestadores de serviços, direcionando os esforços para a definição da macro regulação do setor de Saúde Suplementar.

#### 2.4.2 O processo de construção das regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS é uma autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, e responsável por regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades da assistência suplementar à saúde (PIETROBON *et al.*, 2008). Desde sua criação, a ANS publicou aproximadamente 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 316 Resoluções Normativas (RN) e 171 Instruções Normativas (IN), que são as normativas de maior impacto sobre o mercado, trazem maior detalhamento da Lei nº 9.656/98, e imprimem a política institucional do setor. Das normativas anteriormente mencionadas, estão vigentes, excluindo as revogadas, até 15 de dezembro de 2012, 60 RDC, 233 RN e 115 IN.

No processo de construção dessas normativas que são editadas pela ANS há algumas formas possíveis de inserir a sociedade na participação da elaboração dessas normas, por meio dos seguintes instrumentos:

- **Consultas Públicas:** As consultas públicas são discussões de temas relevantes, abertas à sociedade, onde a ANS busca subsídios para o processo de tomada de decisão. Espera-se que dessa forma as ações governamentais tornem-se mais democráticas e transparentes. A Consulta Pública deve contar com a participação tanto de cidadãos quanto de setores especializados da sociedade, como sociedades científicas, entidades profissionais, universidades, institutos de pesquisa e representações do setor regulado.
- **Audiências Públicas:** A ANS pode realizar audiências públicas para ouvir a opinião da sociedade sobre assuntos importantes para a regulação dos planos de saúde. Essas reuniões são previamente divulgadas pelo site da ANS e pelo Diário Oficial da União (DOU) e podem ser realizadas em ambiente virtual.
- **Câmaras Técnicas:** As **Câmaras Técnicas** surgem da necessidade de aprofundar a **discussão** de assuntos pertinentes à saúde suplementar. São grupos temporários compostos por especialistas da ANS e/ou por representantes de todos os envolvidos no setor, a convite da ANS, de acordo com o nível de complexidade e importância desses assuntos. As Câmaras Técnicas obedecem a um caráter formal, estabelecido em um regimento interno também aprovado pela Diretoria Colegiada.
- **Grupos Técnicos.** Os grupos técnicos realizam um estudo técnico mais aprofundado e específico. Por isso não possuem o caráter formal de uma Câmara Técnica. As conclusões dos debates de Câmaras e Grupos Técnicos constituem importantes **fundamentos para a elaboração da legislação**.

Desde a criação da ANS, até dezembro de 2012 foram realizadas 52 consultas públicas. De acordo com informações disponíveis no site da agência, foram realizadas e concluídas até o momento sete câmaras técnicas e quatro grupos técnicos. Em dezembro de 2012 há duas câmaras técnicas em andamento (Hierarquização de procedimentos médicos e Mecanismos de Regulação), um grupo técnico (Assistência Farmacêutica) e uma consulta pública sobre a agenda regulatória da agência do período de 2013/2014.

Como já discutido anteriormente, todas as normativas editadas por um órgão regulador produzem impactos no setor regulado, que podem ser econômicos, estruturais, dentre outros. Essas normativas influenciam na dinâmica de funcionamento desse mercado, por esse motivo é necessário avaliar a qualidade dessas ações regulatórias, assim como os impactos produzidos pela introdução de uma nova regulação. Nesse sentido é que Costa (2008) afirma

que a ANS possui o desafio de avaliar o impacto de suas funções normativas sobre a estrutura de mercado.

O estudo de Pó (2006) evidenciou que dentre as agências pesquisadas (Anateel, Anatel, ANS e ANTT), a ANS é a que possuía o menor número de consultas públicas por resoluções adotadas, ou seja, segundo o autor, suas ações são menos transparentes se considerarmos o processo de formulação de política regulatória em comparação às outras agências pesquisadas. O autor também ressalta que as normas emitidas pela ANS são discutidas na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), local no qual os atores se enfrentam em torno de posições assumidas, como em uma disputa política. Na opinião do autor, a ANS poderia se preocupar em prestar contas apenas aos atores representados na CAMSS, situação que poderia explicar o menor número de consultas públicas nesta agência.

Valente (2010) ressalta que: “Além de mera publicidade dos atos praticados, é preciso conferir participação efetiva aos agentes interessados, além de mecanismos que avaliem as decisões administrativas proferindo juízos de eficiência.” (VALENTE, 2010).

É importante destacar o papel que a CAMSS representa na saúde suplementar. A criação da CAMSS foi prevista na Lei 9.961 de 2000 e estabelecida como um órgão consultivo da ANS. O atual Regimento Interno da CAMSS, aprovado pela Resolução Normativa nº 237 de 2010, caracteriza em seu primeiro artigo a CAMSS como um: “órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões” (ANS, 2010, art. 1º).

Compete à CAMSS acompanhar as políticas que são elaboradas no âmbito da saúde suplementar; discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; colaborar para as discussões e para os resultados das câmaras técnicas; auxiliar a Diretoria Colegiada a aperfeiçoar o mercado de saúde suplementar, proporcionando à ANS condições de exercer, com maior eficiência, sua função de regular as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país; e indicar representantes para compor grupos técnicos temáticos, sugeridos pela Diretoria Colegiada. (ANS, 2010).

A CAMSS é composta pelo Diretor-Presidente da ANS, na qualidade de Presidente, por um Diretor da ANS e por um representante de cada um dos seguintes ministérios: fazenda, previdência e assistência social, trabalho e emprego, justiça e saúde. Além disso, possui a participação de 16 entidades que representam os prestadores (profissionais de saúde,

hospitais e estabelecimentos de saúde), os sindicatos e as confederações nacionais da indústria e do comércio. Também há a participação de cinco entidades que representam as operadoras de planos de saúde, e de três entidades de defesa do consumidor e de portadores de patologias especiais.

Os membros da CAMSS são designados por meio de portaria do Diretor-Presidente da ANS para um mandato de dois anos. Mascarenhas (2007) ressalta que, apesar da amplitude das representações participantes na CAMSS, ocorre uma composição de participantes de representatividades díspares, situação que dificulta a construção de debates e consensos embasados e que reflitam de fato os interesses da sociedade.

A pauta da CAMSS e o cronograma das reuniões são definidos pela Diretoria Colegiada da ANS. São realizadas por ano quatro reuniões ordinárias, sendo uma a cada trimestre, ou extraordinariamente, por convocação de seu Presidente, ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta de seus membros.

É importante destacar que, com vistas ao aprimoramento da transparência do processo regulatório, a ANS instituiu em 2010 a *Resolução Normativa n° 242*, que dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulada no processo de edição de normas e tomada de decisão da ANS, mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmara técnica (ANS, 2010). A expectativa é que esta resolução proporcione maior *accountability* na construção dos atos normativos pela agência.

## 2.5 Caracterização do mercado de saúde suplementar

O setor de saúde suplementar no Brasil é composto por vários *players*, como as empresas que operam planos de saúde, os prestadores de serviços de saúde, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços. Apesar da diversidade de segmentos envolvidos no setor, o escopo regulatório legal da ANS é voltado apenas para as empresas que operam planos de saúde no país. Após a introdução dessa regulação estatal nas operadoras de planos de saúde, algumas mudanças foram introduzidas, como: a obrigatoriedade de assistência a todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); introdução do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; proibição do limite de tempo e do número de internações e procedimentos; tempo máximo de carência; garantia de atendimento de urgência e

emergência; criação de parâmetros para a sustentabilidade econômica das operadoras; obrigatoriedade de reserva técnica e de provisões financeiras, limite de reajuste de mensalidade para planos individuais, entre outras (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). A introdução dessas regulamentações provocaram impactos na estrutura de operação do mercado de saúde suplementar como um todo (COSTA, 2008), que serão discutidos ao longo deste trabalho.

Cabe ressaltar que nos últimos anos o mercado de saúde suplementar brasileiro expandiu consideravelmente, principalmente pelo aumento da cobertura pelos planos coletivos, com mudanças significativas no perfil econômico dos beneficiários do setor suplementar. Outro ponto que merece destaque é a tendência de concentração desse mercado, ou seja, cada vez mais um número menor de operadoras aumenta seu número de beneficiários.

Além disso, não podemos desconsiderar o aumento na proporção de idosos nesse setor (maior do que na população em geral), o que representa um dos maiores desafios para as operadoras de planos de saúde, pois possui uma relação direta com o aumento dos gastos assistenciais. Por esse motivo apresentaremos abaixo uma breve caracterização do setor suplementar, destacando os pontos acima mencionados.

### 2.5.1 O crescimento do setor de saúde suplementar

O setor de saúde suplementar brasileiro passou por uma forte expansão nos últimos anos no que diz respeito ao número de pessoas que adquiriram plano de saúde, que hoje representam mais de 25% da população brasileira. Em relação ao número de beneficiários no setor, ocorreu um aumento de 24% no período de 2007 a setembro de 2012, atingindo aproximadamente 48,7 milhões de beneficiários. Dentre as quatro principais modalidades de operadoras de planos de saúde, a medicina de grupo e a cooperativa médica são as que apresentam o maior número de beneficiários do setor (38% e 36% respectivamente). As seguradoras especializadas em saúde possuem 13%, e as autogestões 11% do total de beneficiários no mercado de saúde suplementar (ANS, 2012f).

Observa-se que o ritmo de crescimento do setor continua em ascensão, com a incorporação de mais de um milhão de novos beneficiários entre março de 2011 e março de 2012. Os planos coletivos empresariais são os que predominam no mercado. Na média do

país, 62,7% dos beneficiários têm plano coletivo empresarial e 14,3% possuem plano coletivo por adesão. Nos últimos cinco anos os planos coletivos empresariais apresentaram um crescimento de 41,46% e os individuais, um aumento de 9,01%. É importante destacar que o crescimento do número de beneficiários está relacionado com o desempenho da economia, ou seja, ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do país e à criação de empregos formais (ANS, 2012b; ANS 2012).

O crescimento da economia foi um forte estímulo para a expansão dos planos de saúde com vínculos empresariais, que em 2012 atingiu a marca de mais de 37 milhões de vínculos, ou seja, quase 80% do mercado. Há uma correlação positiva entre a taxa de crescimento do PIB e a criação de empregos formais com a taxa de ampliação de beneficiários vinculados a planos coletivos. Desta forma, pode-se afirmar que o crescimento do mercado de saúde suplementar está relacionado com o crescimento econômico do país (ANS, 2012c).

### 2.5.2 Perfil dos novos entrantes no setor de saúde suplementar

De fato o Brasil tem apresentado crescimento econômico nos últimos anos e uma melhora da renda e do consumo da população. De acordo com dados da pesquisa *O Observador Brasil 2012*, realizada pela Cetelem BGN em parceria com a IPSOS–Public Affairs, está ocorrendo uma mudança na pirâmide de classificação econômica brasileira, com mobilidade ascendente no país. Entre 2010 e 2011, 2 milhões e 700 mil brasileiros deixaram a classe DE e mais de 230 mil brasileiros entraram na classe AB (Figura 3). Em 2011, a classe C teve o maior crescimento registrado na pesquisa, representando 54% da população brasileira, além de ter também apresentado um crescimento de 50% da renda média disponível. De acordo com o instituto Data Popular, a classe C representa atualmente 49% do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil (INFOMONEY, 2012).

Buscando avaliar o consumo de planos de saúde, a pesquisa do Cetelem BGN verificou que a média do gasto da população com planos de saúde aumentou nos últimos anos. Em 2005 a média de gasto com convênio médico era de R\$ 108,00, e em 2011 essa média aumentou para R\$ 146,00. Na classe DE houve um aumento do gasto com planos de saúde, passando de R\$ 49,00 em 2010, para R\$ 101,00 em 2011, representando um aumento de mais de 100%. Segundo estimativas do instituto Data Popular, aproximadamente 4,4

milhões de pessoas da classe D possuem atualmente planos de saúde, o que representa 9% do total de beneficiários com assistência média no mercado de saúde suplementar no ano de 2012 (CASADO; SATO, 2012).

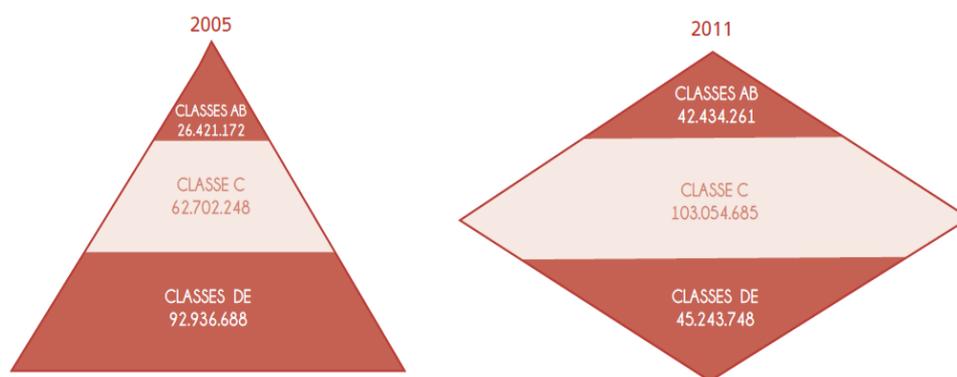


Figura 3 – Pirâmide da classificação econômica da população brasileira – 2005 e 2011  
Fonte: Pesquisa Cetelem BGN – IPSOS 2011

Em pesquisa realizada por Bahia (2009), que analisou os processos de inovação nos formatos empresariais do segmento da saúde suplementar, observou-se que houve mudanças em termos de fusões empresariais que propiciaram a comercialização de produtos de menor preço destinados ao consumo dos segmentos C e D, e também a emergência de empresas de menor porte voltadas à comercialização de planos para esses segmentos de classe. Conforme também já observado, ocorreu uma melhoria no poder de consumo dessas classes, acarretando conseqüentemente em um maior consumo de planos de saúde.

É importante ressaltar que a expansão do setor de saúde suplementar, além de estar diretamente relacionada com o desenvolvimento econômico do país, também está associada à incapacidade do sistema público de saúde em garantir acesso e qualidade na assistência à saúde prestada para todos, gerando insegurança na população. Uma hipótese é que essa falha do Estado em cumprir de fato a constituição faz que a população tenha forte ambição por possuir um plano de saúde privado.

Essa necessidade é evidenciada em pesquisa encomendada pelo IESS e realizada pelo Instituto Datafolha em 2011. Essa pesquisa demonstrou que 80% das pessoas entrevistadas consideram importante ou muito importante ter um plano de saúde. Entre doze bens de consumo e serviços listados na pesquisa, os planos de saúde são o segundo bem mais

desejado, atrás apenas da casa própria. Ou seja, ter um plano de saúde para esta amostra é mais desejado do que ter carro, um seguro de vida e um seguro residencial, por exemplo.

Outra pesquisa mais recente, realizada em 2012 pela CNI-IBOPE, demonstrou que a população entrevistada está mais satisfeita e avalia melhor a rede privada de serviços de saúde do que a rede pública. Os entrevistados apontaram que o principal problema do sistema público de saúde do país é a dificuldade de acesso.

### 2.5.3 Os planos coletivos no mercado de saúde suplementar

Conforme já mencionado, nos últimos anos ocorreu um processo de coletivização na forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde, sendo esse processo decorrente também, além do crescimento econômico já mencionado anteriormente, da precificação excessiva dos planos individuais novos, em virtude dos riscos regulatórios introduzidos por algumas ações, como a baixa governabilidade sobre a margem de lucro, a impossibilidade de interrupção unilateral dos contratos, a limitação de reajuste por mudança de faixa etária e o controle anual do reajuste pela ANS (SANTOS *et al.*, 2008). Em compensação, os planos coletivos possuem os reajustes estabelecidos por meio da livre negociação entre as partes, possibilitam a rescisão unilateral por parte da operadora, e podem ser comercializados a preços mais baixos que os planos coletivos.

É interessante destacar que aproximadamente dois milhões, o que representa 11% dos beneficiários de planos coletivos, encontram-se em planos com menos de 30 vidas, representando 86% dos contratos coletivos do setor. Ou seja, são contratos com um número pequeno de vidas. Visando a atuar nessa questão, em 2012 a ANS publicou a Resolução Normativa n° 309, que obriga as operadoras de planos de saúde a agrupar os contratos de planos coletivos com menos de 30 vidas e calcular um reajuste único.

A finalidade dessa medida é promover a distribuição do risco entre contratos coletivos que compõem esse agrupamento limitado de vidas, com o intuito de evitar abusos nos reajustes aplicados anualmente em função da sinistralidade apresentada na carteira, e também estimular a comercialização de planos individuais. Segundo a ANS, os reajustes em contratos com menos de 30 vidas apresentavam uma média de mais de 9%, valor superior ao 7,5% aplicado nos contratos com mais de 50 beneficiários (ANS, 2010a). A ANS considerou

adequado como 2.000 vidas a quantidade mínima de beneficiários num *pool* de risco coletivo, para que haja uma previsibilidade do risco atuarial, pois indica a ocorrência de um real mutualismo no cálculo do reajuste de um contrato coletivo.

#### 2.5.4 A concentração do mercado no setor de saúde suplementar

Em paralelo à tendência contínua de elevação do número de beneficiários no setor, observa-se uma diminuição no número de operadoras atuando no mercado de saúde suplementar. Verificou-se, por exemplo, ao longo dos últimos anos, um declínio do número de operadoras com registros ativos, e o número de operadoras com registro cancelado permanece maior do que aquelas com novos registros (SANTOS *et al.*, 2008; ANS, 2012c). Em setembro de 2012 existiam 973 operadoras médico-hospitalares ativas com beneficiários, aproximadamente a metade do número de operadoras ativas em dezembro de 2000, ano de criação da ANS (ANS, 2012f).

No entanto, cabe ressaltar que o Brasil possui um número elevado de operadoras de planos de saúde quando comparado a outros países, como os Estados Unidos, por exemplo, que possui 1.300 empresas que comercializam planos de saúde para uma população de 200 milhões de beneficiários. No entanto, a maioria das operadoras que atuam no Brasil não possui uma escala adequada para a comercialização de planos de saúde, e a competição intensa ocorre de fato entre as operadoras de médio e grande porte (ARAÚJO JR., 2010).

A maioria das operadoras brasileiras não possui uma escala adequada para a comercialização de planos de saúde em virtude dos custos operacionais e dos riscos financeiros que envolvem essa atividade, sendo que a escala mínima para assegurar a sustentabilidade de uma operadora é por volta de 100 mil beneficiários.

No Brasil aproximadamente 92% das operadoras de planos de saúde com beneficiários são consideradas de pequeno e médio porte, ou seja, com até 100 mil vidas na carteira (ARAÚJO JR., 2010). Além disso, grande parte dessas operadoras de pequeno porte está localizada em municípios do interior, onde desfrutam da condição de monopolista.

Atualmente as 29 maiores operadoras brasileiras detêm aproximadamente 50% do total de beneficiários. E aproximadamente 10 operadoras de planos de saúde detêm 32% dos beneficiários de assistência médica, embora não dominem todas as regiões federativas (ANS,

2012c). A competição intensa do mercado de saúde suplementar ocorre entre essas operadoras de médio e grande porte. Esses dados evidenciam uma dinâmica que tende à concentração do setor, que pode gerar riscos de fortes danos à concorrência.

Andrade *et al.* (2010), em um estudo que analisou a estrutura de mercado da saúde suplementar no Brasil, verificaram que há a presença de um mercado extremamente concentrado, com importância significativa para as Unimed. Os mercados de planos individuais são mais concentrados que os mercados de planos coletivos, nos quais a concorrência parece ser maior. Isso provavelmente se deve ao poder de barganha que os planos coletivos apresentam no momento de realização dos contratos.

A tendência à concentração tende a persistir no futuro devido a dois fatores: as ações regulatórias da ANS e a crescente sofisticação tecnológica dos serviços, que conduz a um aumento dos gastos e contribui para que ocorram mais fusões e aquisições nesse setor (ARAÚJO JR., 2010).

Ocké-Reis (2007) ressalta que a concentração no mercado de planos de saúde pode alterar o padrão de competição desse mercado, no sentido de aumentar as barreiras de entrada e os preços. Além disso, é importante ressaltar o risco gerado pelo crescimento econômico dessas poucas operadoras, que, como líderes do mercado, poderiam gerar o risco de conduzir à captura da ANS.

Nesse sentido, Vilarinho (2010) sinaliza que “são fortes os indícios de que o setor tenha perdido sua neutralidade frente às fortes pressões das corporações”, e argumenta que em grande parte a concentração do setor em torno de grandes corporações se deve a fatores originados pela regulação estatal, como, por exemplo, as exigências impostas frente à falta de estrutura suficiente nas empresas menores.

Por outro lado, verificam-se esforços da ANS no sentido de estimular a concorrência do setor, como, por exemplo, a introdução da portabilidade, que proporcionou aos beneficiários a possibilidade de mudarem de uma operadora para outra sem a necessidade de cumprimento de novos períodos de carência (ANS, 2009).

### 2.5.5 A mudança na estrutura etária dos beneficiários da saúde suplementar

Atualmente o país também está passando por uma mudança no perfil demográfico que traz inúmeros desafios para a saúde suplementar e também outros sistemas de proteção social do país. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025 o grupo de idosos no país deverá aumentar quinze vezes, enquanto a população total aumentará em cinco vezes. Com uma população mais idosa e vivendo mais, isso impactará em uma maior demanda por serviços de saúde, uma vez que as doenças crônicas acompanham o envelhecimento, gerando maior demanda por consultas, internação hospitalar, exames e outros recursos tecnológicos.

Na saúde suplementar, ocorreram mudanças na distribuição e de beneficiários por faixa etária. O número de idosos representa 11,05% da população de beneficiários de planos de saúde em 2012, contra 10,77% da população total. Nos planos individuais o maior percentual de beneficiários são crianças e idosos, que é a população que tende a ter os maiores gastos com saúde.

Os indivíduos com mais de 60 anos representam 14,6% dos vínculos dos planos individuais. Nos planos coletivos há um maior percentual na faixa etária dos 20 aos 30 anos, o que corresponde à faixa etária de entrada no mercado de trabalho. Os idosos nos planos coletivos representam 7,5% da população beneficiária. No caso dos planos antigos, anterior à lei 9.656, o número de beneficiários idosos diminuiu aproximadamente 26% nos últimos 10 anos. Entretanto, o que chama a atenção é a participação de beneficiários acima de 60 anos, que é muito elevada, apresentando em 2011 uma participação percentual de 42,6% nos planos individuais, 16,7% nos planos coletivos, considerando o total de beneficiários desses planos antigos.

O envelhecimento da população brasileira muito provavelmente será acompanhado pela ampliação de beneficiários idosos nas carteiras dos planos de saúde, trazendo mais utilização de recursos em saúde devido à elevada incidência de doenças crônicas nessa população. No entanto, a lei do estatuto do idoso introduzida em 2003 (*Lei nº 10.741*, de

2003) proíbe a cobrança de valores diferenciados em razão da idade para aqueles que têm mais de 60 anos.

Dentro desse contexto, a ANS adaptou sua regulação por meio da RN nº 63 de 2003, fixando que o valor da última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária (0 a 18 anos). O objetivo dessa regulação é limitar a capacidade das operadoras de discriminar, por idade, o valor da mensalidade paga pelos beneficiários (STIVALI, 2011).

É importante apontar que esse tipo de ação pode gerar um desequilíbrio na base mutual do plano, ou seja, pode interferir no pacto intergeracional, onde a população mais jovem financia a população mais idosa. O limite de preço de acordo com a faixa etária pode provocar desequilíbrio entre os valores de mensalidade cobrados e aqueles que deveriam ser cobrados para financiar o custo da saúde em cada faixa etária. Essa situação leva ao encarecimento das mensalidades para a população jovem, conduzindo a uma seleção adversa, ou seja, atrai para a carteira do plano beneficiários que tendem a ter um maior risco e potencial de utilização de serviços de saúde, como a população idosa, situação que pode contribuir para o desequilíbrio desse sistema mutualista.

O levantamento de Stivali (2011) demonstrou que está ocorrendo um envelhecimento mais intenso entre os beneficiários de planos de saúde, e que essa mudança demográfica ainda não produziu efeitos que conduzissem os beneficiários mais jovens a abandonar a saúde suplementar. O autor ressalta a hipótese de que nos planos coletivos esse movimento talvez não seja observável pelo fato de a decisão de contratação do plano de saúde depender do empregador e não do beneficiário.

Todo esse cenário descrito anteriormente, se considerarmos a manutenção do crescimento econômico do país, a expansão do número de idosos na população e a mudança do perfil epidemiológico com o predomínio de doenças crônicas, conduzirá a uma provável contínua elevação do número de pessoas que busquem vínculo com o setor de saúde suplementar. Nesse sentido, as ações regulatórias da ANS possuem um papel fundamental na interferência da dinâmica desse mercado, principalmente no aspecto da sustentabilidade econômico-financeira.

## 2.6 A evolução da receita e dos gastos das operadoras de planos de saúde

Em consonância com a expansão do setor de saúde suplementar, a receita de contraprestações das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares atingiu R\$ 82,4 bilhões em 2011, representando um aumento de 61,23% em relação ao ano de 2007. É necessário considerar que o mercado também cresceu em número de vidas durante esse período.

Entre 2007 e 2011 o número de beneficiários que ingressaram no setor aumentou 23%, situação que também auxiliou no aumento das receitas de contraprestação. Em relação às despesas assistenciais, em 2011 atingiu um valor de R\$ 67,9 bilhões, também apresentando um aumento em relação a 2007 de 64,84%, conforme demonstrado no gráfico 1 abaixo. Como podemos observar, as despesas assistenciais tiveram aumento acumulado no período maior do que a receita de contraprestações das operadoras.

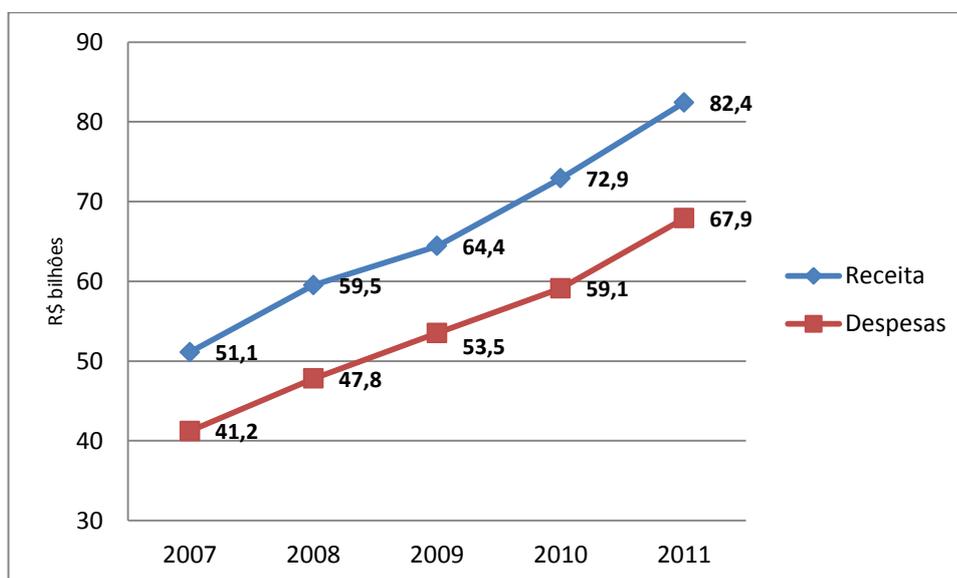


Gráfico 1 – Receita de Contraprestações e Despesas Assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares – 2007 a 2011

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Setembro 2012

Do total das despesas médico-hospitalares em 2011, 42% foram gastos com internações (R\$ 28 bilhões), 18% com consultas (R\$ 11,9 bilhões) e os demais 40% com exames, terapias, e outras despesas (R\$ 41,1 bilhões) (ANS, 2012e).

O valor médio pago por internação na saúde suplementar apresentou uma variação positiva de 55% entre 2007 e 2011, atingindo uma média de R\$ 4.979,34. O gasto médio por consulta considerando todas as modalidades de operadoras de planos de saúde também teve oscilação positiva, passando de R\$ 36,91 em 2007 para R\$ 46,12 em 2011, representando um aumento de 25%. (ANS, 2012e). Comparando as modalidades do setor em 2011, as seguradoras especializadas em saúde apresentam o maior gasto médico por consulta (R\$ 60,74), seguido das Autogestões (R\$ 45,16), Cooperativas Médicas (R\$ 44,85), Medicina de Grupos (R\$ 42,39) e, por fim, as Filantrópicas (R\$ 38,30). Ao longo dos últimos cinco anos a modalidade de Medicina de Grupo é a que teve o maior aumento percentual do valor médio pago pela consulta (33,55%), embora represente o quarto menor valor médio do setor, conforme detalhado na tabela 2.

Tabela 1 – Gasto médio por consulta segundo modalidade de operadora (Brasil – 2007 a 2011)

<b>Modalidade</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>%</b>
Seguradora especializada em saúde	49,43	52,40	54,92	57,34	60,74	<b>22,88%</b>
Autogestão	35,55	39,21	42,03	43,23	45,16	<b>27,03%</b>
Cooperativa Médica	38,66	43,30	40,24	42,62	44,85	<b>16,01%</b>
Medicina de Grupo	31,74	33,44	34,44	37,33	42,39	<b>33,55%</b>
Filantropia	29,74	31,38	36,22	35,66	38,30	<b>28,78%</b>

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Setembro 2012

Já a taxa de sinistralidade do setor como um todo, que é o montante das despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares frente às receitas obtidas com contraprestações no mesmo período, atingiu em 2011 82,4%. De 2007 a 2011 ocorreu um aumento na taxa de sinistralidade de 2,23%. As autogestões são as que chamam mais atenção por apresentar uma taxa de sinistralidade no período de 91,5%. As demais modalidades não apresentaram variações significativas em relação à taxa geral do setor. A taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares no 2º trimestre de 2012 é a maior desde o 2º trimestre de 2003 (ANS, 2012c).

A variação dos custos médico-hospitalares per capita das operadoras de saúde, VCMH, calculado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), foi de 12,9% no período de doze meses (dezembro de 2010 a dezembro de 2011). O índice ficou bem acima da variação da inflação no período, medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que foi de 6,6%. A variação de custos médico-hospitalares é composta pelos grandes grupos

de procedimentos: consultas, exames, terapias e internações. O principal componente do VCMH são as internações (61,6% do indicador). As consultas representam 9% do custo do indicador. É importante salientar que o custo médico-hospitalar é resultado de uma combinação de dois fatores: frequência e preço dos serviços de saúde (IESS, 2012).

Dado o aumento das despesas assistenciais, a ANS tem concedido autorização de reajustes para os planos individuais acima da inflação geral. O reajuste concedido em 2011 foi de 7,69%, acima do IPCA amplo, que foi 6,50%, mas abaixo da inflação do IPCA composto por serviços médicos e dentários, e serviços laboratoriais e hospitalares, que foi, respectivamente, 8,92% e 10,31% (ANS, 2012a). Conforme já observado, o reajuste para os planos coletivos depende da livre negociação entre as partes, com exceção dos planos compostos por até 30 vidas, que começou a ter seu reajuste regulado em 2012 pela ANS.

Segundo projeções divulgadas pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), se os reajustes dos planos individuais continuarem acima da inflação, em três décadas as mensalidades serão corrigidas em 163,49% acima do IPCA, comprometendo aproximadamente 66% da renda do consumidor (IDEC, 2012).

#### O comportamento das despesas administrativas das operadoras de planos de saúde

As despesas administrativas correspondem à soma das despesas não relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde, que são informadas pelas operadoras à ANS. Sabe-se que, conforme aumenta a regulação em um setor, há a tendência de elevação dos gastos administrativos para que a empresa possa cumprir as atividades impostas pela regulamentação do setor (*administrative burden*), ou seja, são gastos extras que não existiriam caso houvesse a ausência de regulação. Em 2007 as operadoras de saúde médico-hospitalares gastaram 9,6 bilhões em despesas administrativas, o que corresponde a uma média de 19% do total de receitas de contraprestação. Em 2011 as despesas administrativas foram de 12,5 bilhões, e apresentaram um percentual menor (15%) em relação ao total de receitas das operadoras (Gráfico 2).

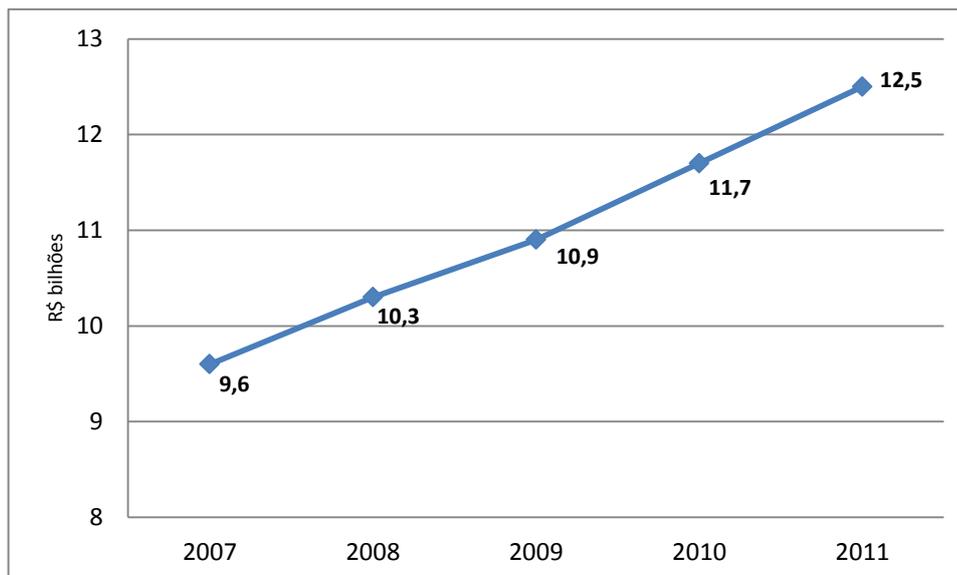


Gráfico 2 – Despesas Administrativas das Operadoras de Planos de Saúde médico-hospitalares – 2007 a 2011

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Setembro 2012

Em 2011, as despesas administrativas de operadoras de pequeno porte (até 20 mil beneficiários) representam 39% da receita de contraprestações. Já para as operadoras de médio porte (20 a 100 mil beneficiários) esse valor foi de 19,4%, e para as operadoras de grande porte (acima de 100 mil beneficiários) as despesas administrativas representaram 11,24% da receita. Ou seja, os custos administrativos tendem a sobrecarregar mais as operadoras de menor porte.

As medicinas de grupo, cooperativas médicas e autogestões apresentaram em 2011 aproximadamente 15% de custos administrativos em relação à receita. No entanto, as autogestões não incluem o valor de despesas com recursos humanos, subestimando, portanto, esse valor. Já as seguradoras são as que apresentaram a menor despesa administrativa, cerca de 7%.

Embora a imposição de regulação para o setor agregue custos administrativos aos processos, é importante destacar que nos últimos cinco anos houve uma redução do percentual das despesas administrativas em todas as modalidades de operadoras (ANS, 2012e). Apesar de existir um número maior de regulamentações produzidas pela ANS ao longo dos últimos anos, os custos administrativos das operadoras de planos de saúde apresentam queda em relação ao percentual de receitas, apesar de estarem sobrecarregando mais as pequenas operadoras.

Em síntese, conforme observado na discussão de todos os itens anteriores, o estabelecimento da regulação no mercado de saúde suplementar introduziu novas regras que alteraram a estrutura de risco no âmbito das operadoras, tendo também como consequência o aumento dos gastos assistenciais, o que levou essas empresas que operam planos de saúde a repensar suas estratégias.

O aumento dos gastos assistenciais e do custo do setor saúde, frente a uma elevada taxa de sinistralidade, fez que as operadoras de planos de saúde adotassem estratégias para conter seus gastos assistenciais, como discutiremos a seguir.

## 2.7 Estratégias adotadas pelas operadoras de planos de saúde frente ao aumento de gastos do setor

Vianna (2003) aponta algumas estratégias adotadas pelas operadoras para minimizar os impactos gerados pelo aumento dos gastos assistenciais. A primeira estratégia é voltada para o aumento do valor do prêmio pago (mensalidade do plano) pelos beneficiários às operadoras. É importante ressaltar que essa ação é inviável para os beneficiários de planos individuais, uma vez que estes têm seus reajustes regulados pelo Estado, o que gera a segunda reação das operadoras: diminuir a carteira de planos individuais e aumentar o número de planos empresariais e corporativos.

A vantagem dessa medida para as operadoras reside na possibilidade de negociar valores de reajustes sem que exista um limite imposto pelo órgão regulador, além da diluição do risco proporcionada por uma maior carteira de beneficiários (VIANNA, 2003). Essa situação já é percebida no mercado, com a dificuldade de acesso aos planos individuais, conforme já observado anteriormente.

A terceira estratégia apontada é a adoção de programas de gerenciamento de doenças crônicas, com o objetivo de diminuir complicações, no sentido de reduzir os custos e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Por fim, a última e quarta estratégia seria no sentido de reduzir os custos por meio da utilização do poder de compras das operadoras, ou seja, impondo limites aos preços praticados pelos prestadores de serviços de saúde. Nesse quadro, é importante assinalar o efeito causado pela diferença de poder de barganha entre os prestadores de serviço, uma vez

que alguns prestadores, como, por exemplo, os hospitais, possuem mais condições de resistir à imposição de preço do que outros, dentre os quais se destacam os médicos.

Sobre esse último grupo, cabe destacar que essa redução de custos por parte das operadoras pode gerar efeito negativo, uma vez que os médicos, para assegurar uma determinada renda, reagem com a diminuição do tempo de atendimento, no sentido de aumentar seu rendimento com uma maior escala, o que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada. Em síntese, qualquer mudança na estrutura de risco das operadoras tende a recair sobre os usuários e os prestadores de serviços.

Essa relação entre operadoras e prestadores é agravada pelo mecanismo de pagamento praticado, pois não há compartilhamento do risco, uma vez que os pagamentos são efetuados por procedimento realizado, sendo que em geral, a estratégia utilizada pelas operadoras para conter o custo de utilização dos serviços é a redução da remuneração aos prestadores.

O modelo de remuneração dos serviços em saúde mais frequentemente utilizado no país é o pós-pagamento, ou seja, que ocorre após a prestação do serviço. Nesse modelo, a modalidade mais utilizada é o *fee-for-service*, que remunera de acordo com a produção de serviços. No entanto, como esse modelo tende a conduzir a uma sobreutilização por parte dos prestadores, uma vez que se ganha por produção, e há uma imprevisibilidade de gastos para a fonte pagadora, devido principalmente aos gastos crescentes em saúde e a falta de compartilhamento de risco entre as partes, os *players* do mercado têm buscado novas formas de remuneração baseadas em precificação de um conjunto de serviços, como, por exemplo, a remuneração por pacote de procedimentos e a diária global.

No modelo *fee-for-service*, o que representa gastos para a operadora representa receita para o prestador de serviço, situação que provoca um conflito no relacionamento entre as partes (ANDREAZZI, 2003; TAKAHASHI, 2011). Dessa forma, o conflito de interesse acaba se materializando nas relações contratuais entre operadoras e prestadores de serviços na medida em que as ações estratégicas que governam esses contratos possuem sentidos opostos. Nesse sentido, o cenário atual aponta para a necessidade de rever os mecanismos de pagamento, de forma que os riscos sejam compartilhados entre as partes.

Dessa forma, conforme observamos, o conflito de interesse já existente na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, pelo fato das ações estratégicas que governam o contrato entre as partes, possuem sentidos opostos, ou seja, o que representa custos para operadoras é considerado receita para os hospitais, médicos e clínicas, e é ainda mais agravado pelo modelo de remuneração adotado no mercado de saúde suplementar.

Sob outra perspectiva, Santacruz (2010) considera que, diante do aumento de custos, a diminuição da margem de lucro provocado em grande parte pela regulação do setor e também em virtude dos conflitos existentes entre as partes, há três estratégias possíveis que podem ser adotadas pelas operadoras de planos de saúde:

- 1) **Crescimento orgânico baseado em novas vendas e exploração de novos mercados:** esse crescimento depende do crescimento econômico e de renda da população e da expansão econômica do país. Situação que ocorreu nos últimos anos no Brasil, conforme já comentado anteriormente.
- 2) **Consolidação horizontal mediante fusões e aquisições:** crescimento da operadora na busca de eficiência operacional, por meio de fusões e aquisições. Segundo o autor, a concentração de capital no setor é uma resposta aos incentivos gerados pela própria regulação do mercado.
- 3) **Verticalização das operações, com aquisição de prestadores:** como uma reação à necessidade de reduzir custos. O objetivo dessa estratégia é aumentar o controle sobre itens de custos.

No caso da verticalização, algumas operadoras aplicam a estratégia de gerenciar e controlar seus custos mediante a prestação direta de serviços médicos em uma única unidade empresarial. A verticalização pode ser para trás, na qual, por exemplo, um hospital institui ou adquire uma operadora de planos de saúde, como o caso de alguns hospitais filantrópicos que possuem rede própria e também operam planos. O processo de verticalização também pode ter direção para frente, no qual uma operadora de plano de saúde adquire ou institui uma rede assistencial própria.

A verticalização pode não impedir que o conflito de interesses entre as partes desapareça, mas é possível amenizá-lo a partir de um alinhamento de incentivos (ALVES, 2008). Albuquerque *et al.* (2011) afirmam que, em relação ao movimento de integração vertical, inicialmente ocorreu um movimento dos hospitais lançando planos de saúde próprios, e posteriormente houve um segundo movimento, com as operadoras de planos de saúde adquirindo hospitais.

Nos EUA, a estratégia de verticalização adotada pelas operadoras de planos de saúde teve como principal fator motivador o gerenciamento do aumento de custos de produção. Além disso, a verticalização auxiliou no aumento do poder de negociação com os fornecedores e compradores de serviços, fortalecendo a posição competitiva da empresa

verticalizada (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). O estudo de Burns, Kimberly e Walston (1996), analisando 14 trabalhos acerca da contratualização nos EUA, concluiu que de fato ocorreu uma diminuição dos custos e um ganho de eficiência operacional na maioria dos trabalhos analisados.

No Brasil, nos últimos anos tem ocorrido um processo de intensificação da verticalização da assistência médico-privada, principalmente nas modalidades de medicina de grupo e cooperativas médicas (Unimed). Santacruz (2011) ressalta que o movimento de verticalização tem sido estimulado pela ANS, principalmente pelas Resoluções Normativas nº 274 de 2011, que oferecem a possibilidade de as operadoras imobilizarem uma maior parte de seus ativos garantidores em unidades médico-hospitalares.

Souza e Salvalaio (2010) evidenciaram em estudo que o custo na rede própria de serviços da operadora apresentou vantagem em comparação com a rede credenciada para algumas especialidades, apontando a verticalização como uma estratégia favorável para a redução de custos. Albuquerque *et al.* (2011) verificaram que os principais benefícios obtidos por operadoras de planos de saúde brasileiras no processo de verticalização incluem: o controle de custos e a garantia ou a melhoria da qualidade dos serviços prestados. No entanto, o processo de verticalização que vem ocorrendo no Brasil precisa de mais estudos para evidenciar se há de fato benefícios em adotar essa estratégia.

### 2.7.1 Forma de aquisição dos serviços médico-hospitalares pelas Operadoras de Planos de Saúde: rede própria ou credenciada?

Em pesquisa de campo realizada em 2005, que analisou o conjunto das relações institucionais e contratuais existentes entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços médico-assistenciais nos diversos segmentos do mercado, detectou-se, na amostra estudada, que mais de 80% dos serviços das operadoras analisadas eram credenciados. A exceção foi às cooperativas médicas, que nessa época possuíam um equilíbrio, ou seja, 50% de serviços próprios e 50% de serviços credenciados. É importante destacar que nos últimos anos as cooperativas, fundamentalmente as UNIMEDS, continuaram com a estratégia de verticalização dos serviços. As medicinas de grupo, embora na época desta pesquisa

apresentassem um percentual baixo de serviços próprios, também têm investido nos últimos anos na estratégia da verticalização dos serviços (UGÁ *et al.*, 2005).

### 2.7.2 Critérios utilizados pelas Operadoras de Planos de Saúde para a contratação da rede de serviços

Segundo a mesma pesquisa citada no item anterior, também foram analisados quais são os critérios utilizados para a contratação da rede de prestadores de serviço por modalidade de operadora. O critério estar disponível no mercado tem grande importância para as medicinas de grupo. Já para as cooperativas médicas e autogestão houve um equilíbrio dos critérios melhor preço, disponibilidade do mercado e boa reputação. O critério melhor preço tem maior influência para as seguradoras. Quando essa análise era realizada por porte da operadora, observou-se que o critério para as de grande e médio portes concentra-se no preço, sendo que relativamente nas de pequeno porte o critério mais importante era a disponibilidade de serviços (UGÁ *et al.*, 2005).

## 2.8 Caracterização dos prestadores de serviços da saúde suplementar

Analisando a dinâmica dos prestadores de serviços, segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE, e que tem como objetivo básico revelar o perfil da capacidade instalada em saúde no Brasil, de 1992 até 2009, verificou-se uma redução do número de estabelecimentos de saúde privados com internação. Em 1992 tínhamos 5.316 estabelecimentos privados com internação, sendo que em 2009 esse número passou para 4.036, ou seja, uma redução de 24%.

É importante destacar que mais da metade desses estabelecimentos em 2009 (2.707) são credenciados para atender ao SUS. Em relação a leitos privados para internação, a tendência também é de queda, passando de 409.277 em 1992 para 279.104 em 2009, redução de 32% no período, sendo que do total de leitos privados para internação, quase 80% são credenciados para atender ao SUS. Já os Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT),

que são na quase totalidade do país privados (90,8%), apresentaram um crescimento de 2005 a 2009 mais modesto no setor privado (6,9%), quando comparado ao setor público (12,5%) (IBGE, 2010).

Embora exista uma tendência à desospitalização, devido à ampliação de tecnologias, com cirurgias menos invasivas e com a possibilidade de tratamento ambulatorial e domiciliar, chama a atenção o fato da expansão do número de beneficiários no setor de saúde suplementar não ter sido acompanhado pela expansão da rede de prestação de serviços de internação.

Ao contrário das informações da AMS, os dados do Observatório da ANAHP, demonstram uma expansão do número de leitos dos hospitais associados, passando de 5.047 em 2007 para 9.071 em 2011, aumento de 98%. Esses 9.071 leitos instalados representam 7,1% dos leitos privados existentes para a saúde suplementar no Brasil (ANAHP, 2012). Em grandes cidades e regiões metropolitanas parece estar ocorrendo uma expansão de leitos, evidenciando que a redução do número de leitos provavelmente está acontecendo em municípios e em hospitais de menor porte. Em pesquisa recente que verificou os motivos que conduzem os hospitais privados na cidade de São Paulo a ampliarem sua oferta de leitos, demonstrou-se que para a grande maioria o fator decisivo foi para atender a demanda crescente (FERREIRA JR., 2011).

O aumento do número de beneficiários no setor de saúde suplementar precisa também estar acompanhado de uma expansão da rede prestadora de serviços ou de uma melhor eficiência no uso dos serviços já existentes. Segundo Bahia (2009), o aumento do número de usuários sem proporcional redimensionamento da rede credenciada de prestadores de serviço tende a levar a um crescimento insustentável a médio e longo prazos e, conseqüentemente, ludibriar e lesar os consumidores em contrato de longa duração. Atualmente observamos na imprensa notícias acerca da superlotação em hospitais privados e nos prontos atendimentos que atendem planos de saúde (KOIKE, 2012; COLLUCCI; BENDINELLI, 2012).

Segundo dados do observatório da ANAHP, em 2011 24,5% da receita total dos hospitais associados pesquisados correspondiam a diárias e taxas, item que apresenta uma tendência de queda de 23% se comparado ao ano de 2006. Em compensação, a receita proveniente de insumos hospitalares representou em 2011 51,5% da receita total dos hospitais, aumento de 15% no mesmo período.

Tabela 2 – Distribuição percentual da Receita Total por natureza – Hospitais ANAHP – 2006 a 2011

<b>Natureza da Receita</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Diárias e taxas	31,7	33,1	30,3	29,4	28	24,5
Insumos Hospitalares	44,9	46,4	48,6	50,9	48,5	51,5
SADT	12	11,1	12,6	11,6	11,2	14,1
Outras/Serviços	3	2,9	2,5	3,2	3,4	4,5
Outras/Operacionais	8,5	6,6	6	4,8	8,9	5,5

Fonte: SINHA/ANAHP 2011.

## 2.9 A relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços

Quando um indivíduo contrata um plano de saúde, sua maior preocupação é em ter acesso garantido aos serviços de saúde em um momento de necessidade. Nesse sentido, a contratação do plano de saúde acaba sendo o meio e o serviço de saúde prestado, o fim. Dessa forma, os prestadores de serviços em saúde são atores centrais no sistema de saúde e responsáveis pela entrega da qualidade assistencial aos pacientes. Os demais participantes do sistema, como as operadoras de planos de saúde e a própria ANS, podem aumentar ou diminuir a qualidade assistencial entregue com os papéis que desempenham e as escolhas que fazem (PORTER; TEISBERG, 2007).

As operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços enfrentam grandes desafios de como encontrar formas de relacionamento que garantam o foco na saúde e não na doença, na qualidade na assistência prestada, atendendo a necessidade dos usuários, com custos compatíveis que permitam lucratividade e, conseqüentemente, o desenvolvimento do mercado de saúde suplementar (SILVA, 2003). Ou seja, um bom cuidado à saúde dos beneficiários do setor privado depende da qualidade das relações que são desenvolvidas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço.

Algumas questões que envolvem a relação entre operadoras e prestadores de serviços apresentam pontos de fortes conflitos, como:

- 1) **Reajuste de preços:** sempre apontado como um processo desgastante entre as partes, sendo os itens ‘diárias e taxas’ e procedimentos o foco mais polêmico no caso de hospitais, clínicas e laboratórios; e no caso dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, os honorários e também os procedimentos.
- 2) **Fluxo de pagamento:** os prazos estabelecidos para pagamento também são um ponto que pode gerar desequilíbrio nesse relacionamento. Segundo levantamento da

ANAHP, o prazo médio de recebimento dos hospitais associados teve um aumento, passando de 66,8 dias em 2006 para 73 dias em 2011. A defasagem entre a prestação do serviço e o recebimento pode dificultar o financiamento das atividades dos prestadores e a liquidez de curto prazo.

- 3) **Glosas:** representam cancelamento ou recusa por parte das operadoras, que pode ser total ou parcial, de uma conta apresentada por um prestador de serviço. Sabe-se que há no mercado a prática da glosa linear, ou seja, quando a operadora recusa o pagamento como um instrumento de gestão para ajustar suas finanças. Segundo dados dos hospitais associados da ANAHP, o índice de glosa em 2011 foi de 3,2%. No entanto, sabe-se que há uma variedade muito grande desse índice entre os prestadores e também entre as regiões do país.
- 4) **Órteses e próteses:** é um ponto de forte desentendimento entre as partes nessa relação. O prestador de serviço aplica uma taxa de comercialização de órteses e próteses sobre o valor da nota fiscal de venda, sendo, portanto, uma parte da remuneração dos hospitais.
- 5) **Medicamentos:** possuem a garantia periódica de reajuste e representam grande parte da parcela da receita dos prestadores. A tabela Brasíndice, que é utilizada por muitos hospitais para negociação, é uma tabela publicada por empresa especializada, na qual constam os preços dos medicamentos vendidos no Brasil. Nesta tabela há o preço de fábrica e o preço máximo ao consumidor, além das alíquotas de ICMS aplicáveis nos diversos Estados da Federação. Além da Brasíndice há outras tabelas similares no mercado. Recentemente foi publicada a Resolução nº 3, de 2009, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, que proíbe a publicação e a divulgação de Preço Máximo ao Consumidor – PMC a medicamento de uso restrito a hospitais e clínicas. Apesar do PMC, por definição, ser o teto a ser praticado por farmácias e drogarias, este vinha sendo amplamente utilizado por hospitais e clínicas como parâmetro de cobrança a planos e seguros de saúde como título de ‘reembolso’. Segundo a ANVISA Hospitais e clínicas, por sua própria natureza não podem e nem devem comercializar medicamentos, mas apenas pleitear o reembolso pelos produtos que utilizam em procedimentos.
- 6) **Interferência das operadoras na atuação da prática médica e na prestação de serviços hospitalares:** como a utilização de instrumentos pelas operadoras que limitam a autonomia do profissional médico e restringem a assistência à saúde,

como, por exemplo, o *managed care*. Segundo estudo de Ribeiro *et al.* (2008), o *managed care* no Brasil se expressa mais pela atuação das operadoras na mediação entre médicos e usuários do que por controle de custos, compartilhamento de riscos, orientação à qualidade e ganhos de eficiência.

Em pesquisa realizada no ano de 2010 pelo instituto Vox Populi com hospitais, clínicas e laboratórios vinculados ao SINDHOSP, evidenciou-se que os problemas mais frequentes desses prestadores de serviço com as operadoras de planos de saúde eram: glosas (25,8%), demora no pagamento (14%), demora na liberação de procedimento (9,2%), dificuldade de contato com as centrais de atendimento (9,1%), dificuldade para negociar reajuste (8,0%) e outros.

Na questão do reajuste, aproximadamente 75,5% dos prestadores hospitalares entrevistados na pesquisa tiveram seus valores de diárias e taxas reajustados nos últimos três anos, sendo o reajuste médio de 4,5%. E 65,3% tiveram o coeficiente de honorário médico reajustado no mesmo período com uma média de 6,3% (SINDHOSP, 2010).

Conforme já discutido anteriormente, o campo microrregulatório, ou seja, o território de interação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, que é autônomo ou imune à regulação da ANS, é composto por algumas estratégias de autorregulação desenvolvidas pelas operadoras e também pelos prestadores, que escapam do conjunto regulatório do Estado. O estudo de Cecílio *et al.* (2005) pontuou os três principais mecanismos adotados pelas operadoras de planos de saúde no processo microrregulatório da relação com os prestadores, que fogem do escopo regulatório:

- 1) **Direcionamento da clientela para prestadores preferenciais:** Corresponde ao encaminhamento do usuário para serviços de preferência da operadora. Esse direcionamento é considerado uma estratégia importante para o controle de custos da operadora e ainda é um mecanismo que as regras regulatórias não alcançam. No caso dos profissionais médicos, há operadoras que adotam uma matriz de desempenho, com o objetivo de medir o grau de solicitação de exames e procedimentos por médico, permitindo comparações. O processo de verticalização também facilita o encaminhamento do paciente para um determinado serviço. Além disso, Cecílio *et al.* (2005) também pontuaram práticas de direcionamentos sob a alegação de encaminhamento para o nível de atenção ideal (primário, secundário ou terciário).

- 2) Controle da prática dos médicos nos consultórios:** Há também a prática de controle das atividades realizadas pelo médico, visando a racionalizar a utilização de recursos. Como exemplo há a utilização de indicadores de desempenho, como o número de exames solicitado por cada médico, com o intuito de medir o padrão de consumo do médico, para direcionar os pacientes aos médicos que geram menores custos para a operadora. Além disso, os autores citam outros mecanismos de restrição da atividade profissional, como a adoção de protocolos, realização de auditoria, perícia e a adoção de autorização prévia. Citam também que o processo de verticalização pode possibilitar que as operadoras tenham um controle ainda maior sobre as atividades dos profissionais médicos. Nesse item é importante mostrar os resultados da pesquisa realizada pelo instituto DATAFOLHA em 2010, encomendada pela Associação Médica Brasileira, com médicos do Estado de São Paulo registrados no Conselho Federal de Medicina. Nessa pesquisa cerca de nove em cada dez médicos declaram que há interferência dos planos de saúde em sua autonomia técnica. Dos médicos entrevistados, 52% afirmaram que na maioria das vezes a operadora de planos de saúde interfere na autonomia médica. Segundo os médicos, o que mais afeta a autonomia são as glosas de procedimentos ou medidas terapêuticas (32%), seguidas de número de exames (21%), atos de diagnóstico e terapia, aprovação de auditoria (18%) e outros (AMB, 2010).
- 3) Controle das práticas da rede hospitalar contratada:** A pesquisa também pontuou algumas práticas que são utilizadas no disciplinamento da prática hospitalar, como a adoção de auditor da operadora de forma permanente nos hospitais com maior movimento, vinculação de uma negociação de preços menores a um maior encaminhamento de pacientes para um determinado serviço hospitalar dentro apenas de uma lógica econômica, e intermediação da operadora na compra de materiais especiais como órtese e prótese.

## 2.10 A regulamentação das relações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde

Conforme já mencionado em itens anteriores, um dos escopos da atuação da agência deve ser a regulação da relação entre operadoras de planos e prestadores de serviço, uma vez

que a ANS possui como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores (BRASIL, 1998).

Como já observado, a principal justificativa para a ANS regular a relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço é em decorrência de uma falha clássica de mercado nessa relação, que é a assimetria de informação. O prestador possui o controle sobre a demanda e é pago por serviço prestado, ou seja, quanto mais faz, mais recebe, tendendo, portanto, em algumas ocasiões, a sobredemanda. As operadoras de planos de saúde se defendem desse tipo de comportamento achatando a remuneração dos prestadores, restringindo acesso, provocando glosas lineares e negando procedimentos. Esse conflito gerado nessa relação pelo fato de os objetivos serem distintos acaba prejudicando o atendimento dispendido ao beneficiário de planos de saúde.

Como um exemplo de como a qualidade da relação operadora e prestador pode afetar o beneficiário, o índice de reclamação a ANS tem apresentado uma tendência de aumento nos últimos anos. Em dezembro de 2011 a ANS estabeleceu a *Resolução Normativa nº 259*, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários, estipulando prazos máximos de atendimento para consultas médicas. Após o estabelecimento dessa norma, entre dezembro de 2011 e agosto de 2012 29,9% das reclamações na ANS que compõem esse índice estavam relacionadas ao tema da nova normativa, evidenciando dificuldades dos beneficiários em conseguir o atendimento dentro das normas estabelecidas (ANS, 2012e).

Evidenciada essa dificuldade por meio do aumento do índice de reclamação dos usuários, a ANS agiu rapidamente em julho de 2012 suspendendo a comercialização de 268 planos de saúde de 37 operadoras, por não cumprirem os prazos estabelecidos na RN nº 259. Em outubro de 2012 a agência suspendeu a comercialização de planos de outras operadoras e renovou a suspensão de operadoras que já tinham sofrido uma primeira punição.

Cechin (2008) aponta que um dos relacionamentos mais delicados no setor ocorre justamente entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, por ser uma relação conturbada, repleta de tensões e conflitos que impedem o bom funcionamento de um sistema de saúde, sendo a regulação essencial para o equilíbrio (LIMA; OLIVEIRA, 2005). Nesse sentido, fica patente a necessidade de uma atuação mais direta por parte da ANS para mediar esses conflitos e contribuir para um melhor funcionamento desse setor (PIETROBON, *et al.*, 2008).

Para analisar as relações entre as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde devem-se considerar alguns pontos, dentre os quais se destacam: o instrumento jurídico que formaliza as relações comerciais entre as partes (contrato), o modelo de remuneração e as formas de controle não financeiro, como, por exemplo, a restrição de utilização de alguns serviços e imposição de autorizações prévias (UGÁ *et al.*, 2009). Esses aspectos devem ser considerados, uma vez que interferem na qualidade dos serviços prestados e na integralidade do modelo assistencial praticado.

É importante destacar que a ANS produz uma série de regulamentações que impactam diretamente nas relações que são estabelecidas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços. No caso do presente trabalho, o objeto específico de análise é a regulamentação dos contratos entre as partes. A discussão acerca dos contratos será realizada com mais detalhes a partir do item 5.11 desta revisão bibliográfica. Nesse contexto, consideramos importante destacar algumas ações relacionadas com a regulamentação da relação entre as operadoras e os prestadores, pois em alguns casos estas interferem diretamente no objeto do estudo.

#### 2.10.1 Principais ações da ANS que interferem na relação entre as operadoras de planos e os prestadores de serviços de saúde

É preciso enfatizar que não será somente a regulação da relação contratual que vai auxiliar na melhora da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. Há também a necessidade de outras ações regulatórias conjuntas à contratualização. Algumas iniciativas já estão sendo realizadas pela ANS, conforme observaremos a seguir.

##### 2.10.1.1 Novo modelo de remuneração para hospitais

A ANS discute desde janeiro de 2010, em conjunto com os representantes de operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, a criação de um novo modelo de remuneração para os hospitais que atuam no mercado de saúde suplementar. As discussões

foram realizadas por meio da formação de grupos de trabalho envolvendo as entidades representativas do setor, realizando rodadas de reuniões.

No atual contexto, o atual modelo *fee-for-service* que vigora no mercado faz que cada procedimento ou item realizado seja cobrado na conta hospitalar. Esse modelo gera uma burocracia muito grande para que as operadoras revejam essas contas, e para que os prestadores faturem o que foi realizado/consumido, gerando custos administrativos que não geram valor agregado na produção dos melhores resultados de saúde para os beneficiários. Este atual modelo privilegia a lógica de sobreutilização de procedimentos por parte dos prestadores, uma vez que a remuneração está atrelada ao volume produzido.

Além disso, atualmente os preços dos serviços hospitalares estão dissociados do custo de sua prestação. Conforme já observamos anteriormente, os valores de diárias e taxas de serviços hospitalares não representam a principal fonte de receita para os hospitais, e há uma tendência ao longo dos últimos anos de diminuição. Dentro desse contexto, os hospitais passaram a obter a maior parte de sua receita na comercialização de OPME, situação que gera maior estímulo para o consumo, com relação custo/benefício perversa para o sistema de saúde suplementar, uma vez que acarreta em aumento de custos assistenciais (ANS, 2012k).

O grupo de trabalho sobre modelo de remuneração pretende desenvolver novas sistemáticas de pagamento que remunerem os hospitais pelos serviços que são prestados, sendo esta a fonte principal de receita. Esse grupo de trabalho chegou ao acordo de uma nova sistemática para remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar. Em dezembro de 2012 os representantes das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviço assinaram, junto com a ANS, um acordo para a adoção desse novo modelo.

Nele, os itens mais frequentes de uma internação serão cobrados de forma agrupada, diminuindo o peso administrativo, com o intuito de que os hospitais passem a oferecer produtos completos aos planos de saúde. Dessa forma, por exemplo, uma cirurgia passaria a ser um item da conta hospitalar, contendo todos os recursos envolvidos na internação.

Na sistemática final, os eventos hospitalares clínicos com baixa previsibilidade devem ser cobrados em forma de uma Conta Aberta Aprimorada. Nesse modelo existirá uma padronização e uma uniformização nas tabelas de preços de diárias e taxas dos prestadores de serviços hospitalares, o que facilitará a emissão das contas hospitalares. Os materiais e medicamentos, os serviços de apoio diagnóstico e os honorários médicos, realizados no modelo de Conta Aberta Aprimorada, não serão incluídos no valor da diária e devem ser

cobrados de forma independente, baseados na relação contratual entre o prestador e a operadora de planos de saúde.

É importante enfatizar que o próprio documento final do grupo de trabalho aponta que para que o hospital possa realizar uma migração de preços de medicamentos e materiais para diárias e taxas é necessário ter um sistema de apuração de custos hospitalares que adote a metodologia do custeio direto ou custeio por absorção.

Já a remuneração dos procedimentos cirúrgicos e clínicos de alta frequência e baixa variabilidade dos processos assistenciais deve ser efetuada com preços previamente fixados pelo prestador de serviços, na modalidade denominada Procedimento Gerenciado, que representa o conjunto de ações assistenciais e administrativas necessárias e suficientes para a realização integral de procedimentos cirúrgicos, contemplando recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, instrumentos e materiais de insumo, inerentes ao processo assistencial. No Procedimento Gerenciado a base está fundamentada em protocolos, diretrizes clínicas e consenso dos especialistas que compõem o corpo clínico do hospital. Somente então são apurados os custos e precificados dos serviços que serão negociados com as operadoras.

No entanto, o Grupo de Trabalho sobre Remuneração de hospitais entende que ainda não devem ser indicados Procedimentos Gerenciados Clínicos neste primeiro momento. Sua indicação e seu detalhamento devem ser desenvolvidos após o projeto referencial de implantação e a verificação da operacionalização adequada do Procedimento Gerenciado Cirúrgico (ANS, 2012I).

Com a mudança do atual modelo de pagamento, o intuito é que a forma de remuneração facilite a construção dos contratos nos acordos de pagamentos e faça que os hospitais sejam de fato remunerados por sua atividade-fim, que é a assistência à saúde prestada aos beneficiários, em vez de obter lucros distorcidos em materiais, medicamentos e OPME.

#### 2.10.1.2 Hierarquização dos procedimentos Médicos

Em fevereiro de 2010 foi criado um Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos, composto por representantes de entidades médicas (CFM, AMB e Fenam) e por representantes de operadoras (Unidas, Fenasaúde, Abramge e Unimed Brasil). O grupo de

trabalho visou a debater os critérios de reajuste dos valores dos serviços prestados pelos médicos, de forma a manter o equilíbrio financeiro de ambas as partes, prestadores e operadoras de planos de saúde, e recompor os honorários médicos, que, assim como os serviços hospitalares, perderam espaço para os insumos.

O objetivo do grupo técnico não foi de fixar valores, mas de fazer que os procedimentos médicos sejam remunerados em função de complexidade técnica, tempo de execução e grau de treinamento do profissional. Além disso, o grupo também debateu critérios técnicos para serem adotados na hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base os portes da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela AMB.

Em fevereiro de 2012 foi instituída a Câmara Técnica de Hierarquização dos Procedimentos Médicos, tendo sido realizadas até o final de 2012 duas reuniões. O objetivo é fazer que os preços relativos de procedimentos médicos reflitam os custos relativos. Sendo que os custos envolvem: complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional. Para isso é necessário definir uma hierarquia para os preços relativos e torná-la parâmetro nas negociações entre médicos e operadoras. É importante ressaltar que a hierarquia estabelece apenas os custos relativos, sendo que os preços dos procedimentos continuam sendo negociados livremente entre as operadoras de planos de saúde e os médicos.

Nessa Câmara, foram propostas três alternativas para o desenvolvimento da hierarquia:

- 1) Contratar uma instituição para criar uma hierarquização de procedimentos médicos baseada em custos;
- 2) Contratar uma instituição para rever a CBHPM e adotá-la;
- 3) Adotar a CBHPM e revisá-la posteriormente.

Na segunda reunião da Câmara foram apresentadas as propostas das entidades representativas do setor e também da agência. A ANS propôs que em uma primeira etapa se contratasse uma instituição idônea e com reconhecido saber técnico para revisar a CBHPM.

### 2.10.1.3 Qualificação dos Prestadores de Serviço da Saúde Suplementar

Em agosto de 2011, a ANS divulga a Resolução Normativa nº 267, que instituiu o *Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar*. Nesse programa as operadoras de planos de saúde devem divulgar os atributos de qualificação dos prestadores que compõem sua rede assistencial. O programa possui dois objetivos principais, que são aumentar o poder de avaliação e escolha dos beneficiários de planos de saúde e estimular a adesão dos prestadores em programas de qualificação. Para cada tipo de prestador foram elencados quais são os atributos de qualificação.

Em novembro de 2011 a ANS divulgou a *Resolução Normativa nº 275*, que instituiu o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS. Esse programa consiste em um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados. O Programa busca promover a melhoria de qualidade dos prestadores de serviços, além de possibilitar a disseminação de informações sobre a qualidade assistencial para os beneficiários, operadoras de planos de saúde e prestadores. É facultativa aos prestadores de serviços a participação no QUALISS, com exceção dos prestadores pertencentes à rede própria de serviço das operadoras de planos de saúde.

Foi instituído na *RNº 267* em 2011 o Comitê Gestor do Qualiss (Cogep), que representa uma instância colegiada, de caráter consultivo, composta por representantes da ANS, dos consumidores, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores, Ministério da Saúde, ANVISA e instituições públicas de ensino e pesquisa. O Cogep está sob coordenação da GERPS/DIDES/ANS e busca promover o aperfeiçoamento dos programas de divulgação e monitoramento da qualidade dos prestadores de serviço da saúde suplementar, propondo melhorias e aperfeiçoando os indicadores e a metodologia de avaliação. A previsão é de que o Comitê Gestor se reúna bimestralmente, mas em 2012 foram realizadas três reuniões no total.

Dentro do Cogep foram criados três grupos técnicos com a finalidade de discutir temas dos programas de qualificação:

- a) Grupo Técnico de Divulgação – Discute assuntos relacionados à divulgação dos atributos de qualidade dos prestadores, visando a adequação e melhoria do programa.
- b) Grupo Técnico de Indicadores Hospitalares – Tem a função de auxiliar na construção e na implementação dos indicadores para avaliação dos hospitais.

- c) Grupo Técnico de Indicadores de serviços de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais (SADT) – Tem a função de auxiliar na construção e na implementação dos indicadores para avaliação dos serviços de SADT.

#### 2.10.1.4 Troca de Informações na Saúde Suplementar

A Troca de Informações na Saúde Suplementar – TISS – é uma norma estabelecida pela ANS, que envolve a obrigatoriedade da troca padronizada e eletrônica dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos de saúde, entre agentes da saúde suplementar (Operadoras de planos de saúde, prestadores de serviço, ANS e beneficiários). A finalidade é de padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosa, com o objetivo de subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento das operadoras. Toda a rede de serviço de saúde contratada, credenciada ou própria da operadora deve encaminhar os dados gerados dos beneficiários.

Atualmente se encontra em vigência, desde 09 de outubro de 2012, a versão 3.00.00, com prazo de implantação até 30 de novembro de 2013 (RN ° 305 de 2012). A versão 2.02.03 encontra-se vigente até 30 de novembro de 2013, data após a qual não mais deverá ser mais praticada pelo mercado. A nova versão (3.00.00) está estruturada em cinco componentes:

- i. **Organizacional** – O componente organizacional do Padrão TISS estabelece o conjunto de regras operacionais.
- ii. **Conteúdo e estrutura** – O componente de conteúdo e estrutura do Padrão TISS estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.
- iii. **Representação de Conceitos em Saúde** – O componente de representação de conceitos em saúde do Padrão TISS estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS.
- iv. **Segurança e Privacidade** – O componente de segurança e privacidade do Padrão TISS estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo,

à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.

- v. **Comunicação** – O componente de comunicação do Padrão TISS estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML – Extensible Markup Language.

A ANS também criou o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), que funciona como um grupo de trabalho, com o objetivo de aprimorar o padrão TISS. O Comitê é composto por representantes da ANS, do Ministério da Saúde, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos prestadores de serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das entidades representativas de usuários de planos privados de assistência à saúde.

O TISS auxilia no relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços, tornando mais claras, transparentes e objetivas as trocas de informações entre as partes, podendo facilitar na negociação de valores de serviços, bem como seus reajustes.

As Resoluções Normativas da contratualização (RN nº 42, 54 e 71) não estabelecem nenhum item nos contratos acerca da questão da qualidade da assistência prestada ao beneficiário. Dessa forma, pode-se dizer que a questão da qualidade ainda não consta como obrigação no contrato entre operadoras e prestadores. No entanto, foi possível observar, ao longo da discussão deste capítulo, que a ANS está realizando várias ações em paralelo à questão da contratualização, que irá auxiliar no estabelecimento de contratos mais claros entre as partes, bem como contribuir para uma melhor relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço.

A adoção de um novo modelo para a remuneração dos hospitais e dos profissionais médicos, a mensuração e a divulgação da qualidade dos prestadores de serviços que compõem a rede de uma operadora e uma troca mais transparentes das informações são ações que irão auxiliar na diminuição da assimetria de informação entre as partes. O fato, por exemplo, de existir a divulgação de indicadores de qualidade dos prestadores faz que o beneficiário consiga comparar os prestadores e direcionar sua escolha com base nos resultados divulgados.

Nesse sentido, um prestador bem-avaliado terá maiores preferências e demanda e, conseqüentemente, terá um maior poder de negociação e barganha junto à operadora de planos de saúde. Além disso, divulgação de indicadores dos prestadores poderá incentivar a

concorrência por uma maior entrega de valor/qualidade da assistência prestada ao beneficiário, e também poderá ser utilizada como métrica para a realização de pagamento por performance.

Todas essas ações descritas acabam perpassando os contratos que são estabelecidos entre a operadora de planos de saúde e os prestadores de serviços, e podem auxiliar na construção de uma relação mais justa e equilibrada.

## 2.11 A regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços

Visando a auxiliar na melhoria das relações que são estabelecidas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, a ANS inicia em 2002 um movimento no sentido de discutir a necessidade da contratualização entre as partes. Primeiramente é necessário ressaltar os diversos conceitos que o termo contratualização possui e pontuar qual é o utilizado no presente trabalho.

Por exemplo, para o Sistema Único de Saúde (SUS), o termo contratualização é entendido como um processo no qual os gestores (Municipais ou Estaduais) e os prestadores de serviço pactuam quais são as obrigações de ambas as partes, estabelecem as metas quantitativas e qualitativas para o aprimoramento do processo de atenção à saúde e da gestão hospitalar e formalizam esses acordos em um contrato ou convênio (BRASIL, 2005).

Já a ANS, embora não tenha definido um conceito próprio, utiliza o termo contratualização para tratar a respeito da formalização de contratos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços e do conteúdo que deve constar nas cláusulas contratuais. Dessa forma, o presente trabalho adota o termo contratualização utilizado sob a perspectiva da ANS.

Clóvis Beviláqua (MIRANDA, 2008, p.2) define o contrato como um “acordo de vontades para o fim de adquirir, resguardar, modificar ou extinguir direitos. Esse acordo contratual entre duas ou mais pessoas produz efeitos jurídicos”. O contrato formal é importante para tornar as relações comerciais entre duas partes mais seguras e transparentes e também para auxiliar na resolução de conflitos que podem aparecer no curso da relação pactuada. Dessa forma, o contrato assegura os direitos e os deveres que são formalmente estabelecidos, gerando obrigações entre as partes.

No SUS ainda muitos prestadores permanecem sem contratos formais com os gestores municipais ou estaduais. Essa situação de inconformidade na prestação de serviços que são complementares ao SUS e a necessidade de aprimorar o processo de formalização dos contratos introduziram, como meta no Pacto de Gestão de 2006, a regularização das relações entre gestores e prestadores por meio da contratualização de todos os prestadores de serviço e da regulação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados (CONASS, 2011).

Dentro desse contexto, a Portaria nº 1.034 de 2010 do Ministério da Saúde dispôs sobre a necessidade de a participação complementar das instituições privadas no SUS ser realizada por meio de contrato ou convênio celebrado entre as partes e estabeleceu o prazo de um ano para que os municípios e os Estados ajustem seus contratos de acordo com os dispositivos dessa Portaria (BRASIL, 2010).

É importante destacar que as relações contratuais que são estabelecidas entre os prestadores de serviços e os gestores do SUS têm apresentando mudanças ao longo dos anos, passando de uma relação meramente burocrática a uma nova modalidade contratual. Esta nova modalidade não se restringe apenas à formalização de um contrato entre as partes, mas envolve também o estabelecimento de metas e indicadores de desempenho entre as partes de acordo com as necessidades de saúde de uma determinada população, bem como critérios de avaliação de desempenho, como, por exemplo, os estabelecidos no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (CONASS, 2011; BRASIL, 2005).

Voltando para o âmbito da contratualização na Saúde Suplementar, a ANS começa de fato a atuar na regulação contratual, com a instituição da Câmara Técnica de Contratualização, que teve como objetivo discutir e consolidar sugestões técnicas para o tema. Após a instituição desta Câmara Técnica, em 2003, por meio das Consultas públicas nº 09, 12 e 16, a discussão do tema da contratualização é então aberta para a sociedade.

A partir dessas consultas públicas foram editadas algumas Resoluções Normativas que tratam acerca da contratualização entre operadoras e prestadores. A primeira delas, a Resolução Normativa nº 42 de julho de 2003, estabeleceu os requisitos necessários para a celebração de instrumentos jurídicos (contratos) firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços hospitalares. No mesmo ano também foi editada a RN nº 54, estendendo a obrigatoriedade desse instrumento jurídico também para os prestadores de serviços de apoios diagnóstico e terapêutico.

E em 2004 a *RN n° 71* englobou a obrigatoriedade desses contratos para os profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios (ANS, 2003a, 2003b e 2004). Dessa forma, atualmente a ANS estabeleceu, por meio de resoluções, os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de saúde e todos os seus prestadores de serviços. Como resultado dessa ação, Santos (2008) afirma que “o mercado saiu de um nível baixo de contratualização em 2004, para em 2007 ter mais de 80% do mercado contratualizado”.

É importante chamar a atenção para o fato de que no âmbito do estabelecimento de contratos a lei de criação da ANS (9.961 de 2000) instituiu em seu artigo 4º, inciso II, que compete à agência “estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras” (BRASIL, 2000), sendo que as Resoluções Normativas citadas anteriormente aprofundam essa ação, uma vez que estas estabeleceram as cláusulas obrigatórias em todos os contratos, ao definir os itens que devem constar no instrumento contratual. Além disso, cabe destacar o conteúdo do parágrafo único do artigo 2º, inciso VII e alínea “c” dessas Resoluções Normativas, que dispõe acerca da necessidade de fixação de critérios para reajustes de valores pagos nos contratos estabelecidos, bem como de sua forma e sua periodicidade.

Para especificar melhor o item que trata acerca dos critérios de reajuste, forma e periodicidade, foi publicada a Instrução Normativa (IN) n° 49 em 17 de Maio de 2012, com a finalidade regulamentar a forma e a periodicidade dos reajustes dos valores praticados entre as operadoras e os prestadores de serviços em saúde (ANS, 2012h). O conteúdo dessa normativa sugere que deva existir a livre negociação entre as partes, mas ao mesmo tempo estabelece que seja fixado no contrato um critério de reajuste, para o caso de não ocorrer acordo a respeito do tema. Se houver desacordo, deve-se aplicar automaticamente uma das seguintes formas:

- a) Índice vigente e de conhecimento público;
- b) Percentual prefixado;
- c) Variação pecuniária positiva; e
- d) Fórmula de cálculo de reajuste.

Essa mesma instrução normativa proíbe o condicionamento do reajuste ao aumento da taxa de sinistralidade da operadora, assim como a utilização de fórmula de cálculo para reajuste que mantenha ou reduza o valor do serviço contratado. O prazo concedido na

Instrução Normativa para que as operadoras de planos de privado se adequem foi de 180 dias, contados de sua vigência.

A seguir segue uma figura que esquematiza a evolução do processo de construção das normativas a respeito da contratualização que foram produzidas pela ANS ao longo dos últimos anos e resume os principais aspectos tratados em cada momento:

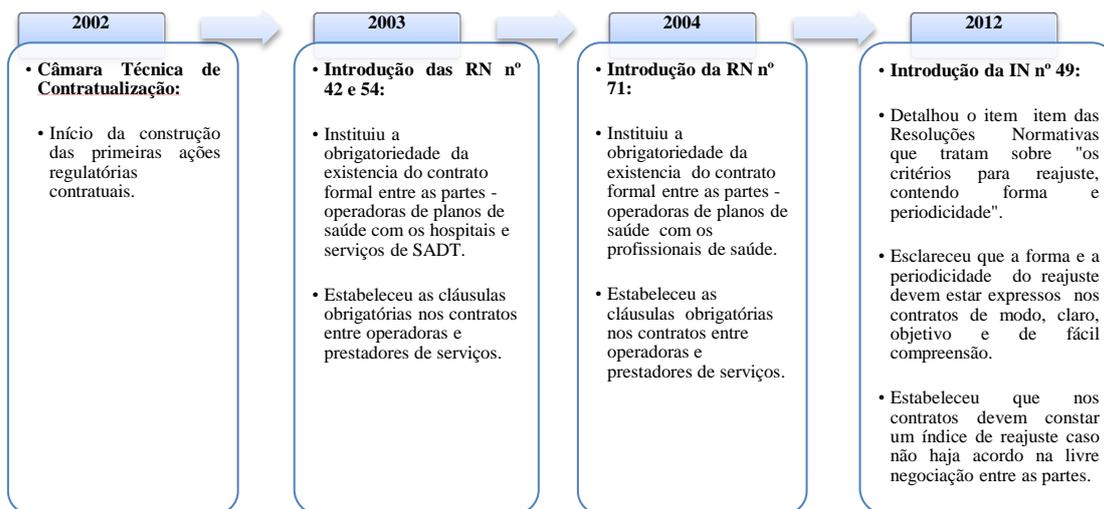


Figura 4 – Principais aspectos estabelecidos pelas ações regulatórias contratuais entre operadoras de planos e prestadores de serviços – 2002 a 2012

Fonte: elaboração própria

Um estudo publicado em 2005 que observou aspectos da contratualização demonstrou que no campo das relações institucionais entre operadoras e prestadores foram observadas relações mais formais quanto maior e mais complexa era a operadora. Nas operadoras com até 50 mil beneficiários há mais relações informais entre operadoras e prestadores. Já nas operadoras com mais de 50 mil beneficiários houve evidências de maior formalidade nessa relação.

Observando as operadoras por segmento, as relações de menor formalidade foram nos segmentos de Cooperativa Médica, fundamentalmente, e Medicina de Grupo, e de maior formalidade nos segmentos de Seguradora em Saúde e Autogestão. Os resultados da pesquisa apontam que cerca de 61% das operadoras possuíam relações institucionais formais com os prestadores de serviços (COHN, 2005).

O mesmo estudo também levantou os principais critérios para o estabelecimento de contratos entre operadoras e prestadores de serviço. De maneira geral, o critério mais citado pelas operadoras foi a qualificação técnica do prestador, com exceção da cooperativa médica

– onde outros critérios são preponderantes: como a abrangência territorial. Os critérios financeiros aparecem exclusivamente nos segmentos de Cooperativa Médica e Seguradora em Saúde.

Para o segmento de Autogestão a regionalização da oferta de serviços e a qualificação técnica foram os principais critérios apontados. Esses resultados evidenciam a não associação da importância da figura do contrato para garantir a qualidade do atendimento ao beneficiário. Um estudo mais recente encontrado na literatura que analisou a questão contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço foi o de Ugá et al. (2009).

Esse estudo, realizado por meio de inquérito de abrangência nacional, verificou que 91,2% dos hospitais pesquisados relataram possuir contrato formal com as operadoras de planos de saúde, sendo que destes 76,4% foram estabelecidos com negociação prévia, demonstrando um avanço frente ao estudo citado anteriormente.

Os resultados apontam que poucos hospitais declararam se relacionar com as operadoras por meio de acordo verbal ou sem contrato. Quanto ao reajuste de preços, 43,8% dos hospitais estudados declararam reajustar os preços com periodicidade anual. De modo geral, o estudo evidenciou uma forte tendência da formalização das relações entre os prestadores hospitalares e as operadoras de planos de saúde. Por outro lado, cabe ressaltar que, em geral, os conteúdos dos contratos contemplam somente os aspectos comerciais, ou seja, a definição de valores, de prazos e procedimentos para pagamento, sem considerar os aspectos da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Acerca do conteúdo dos contratos que são estabelecidos entre as partes, em uma pesquisa encomendada pelo SINDHOSP para o instituto Voxpopuli em 2010, em que foram entrevistados 194 prestadores de serviços de saúde associados ao sindicato, constatou-se que as cláusulas dos contratos apresentados pelas operadoras são claras e bilaterais para a maior parte dos hospitais, clínicas e laboratórios participantes da pesquisa (65,4%).

Além disso, em relação à questão do reajuste dos contratos, 29,4% dos prestadores apontaram que de fato não deve existir um índice de reajuste pré-definido para os serviços que são prestados. Esse percentual foi maior nos hospitais, 46,9% consideram que não há a necessidade de fixar um índice de reajuste para os contratos.

Grande parte dos prestadores (65%) prefere que as instituições negociem diretamente com as operadoras, em vez de a ANS determinar que as operadoras repassem o percentual do reajuste que é concedido para os planos individuais. No entanto, 34,1% dos prestadores indicaram que deveria existir uma faixa percentual para reajuste pré-fixado e não índices

financeiros como base para praticar os reajustes. Também foi constatado nessa pesquisa que a maior parte dos prestadores (68,2%) é favorável a que a ANS redija um contrato-padrão entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde (SINDHOSP, 2010).

Ainda segundo dados da pesquisa do SINDHOSP, metade dos prestadores (50,4%) afirmou que a contratualização, ou seja, as resoluções da ANS no âmbito contratual, alcançou seu objetivo, melhorando o relacionamento com as operadoras de planos de saúde. Do restante, 24,4% não souberam responder, e para 25,2% a contratualização não contribuiu para um melhor relacionamento entre as partes.

Para os hospitais, entre as razões apontadas para a contratualização não ter ajudado no relacionamento, foram citados dois fatores que chamam a atenção: o primeiro é em relação ao fato de as regras estabelecidas pela ANS não serem cumpridas, e o segundo está relacionado à falta de fiscalização do cumprimento dos critérios definidos (SINDHOSP, 2010).

Segundo Santos (2008), não é papel da Agência Reguladora conduzir as questões comerciais entre as operadoras e os prestadores de serviços, mas, sim, contribuir com ações no sentido de gerar mais transparência nessa relação e de garantir o estabelecimento e o cumprimento dos contratos estabelecidos.

Nesse sentido, é importante destacar os conflitos de interesse existentes, dado que os eventos que representam custos para a operadora representam receita para os prestadores, o que dificulta o estabelecimento de consensos, devido aos interesses antagônicos envolvidos (CAMPOS, 2006), sendo que esses conflitos são refletidos nas relações contratuais estabelecidas entre as duas partes.

A respeito desse desequilíbrio, Silva (2003) afirma que não há como obter resultados satisfatórios na assistência prestada aos beneficiários da saúde suplementar sem observar a inalienável interdependência entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços. Ao considerar essa afirmação, fica clara a necessidade de uma estratégica atuação conjunta entre operadora e prestador, tendo a ANS como uma facilitadora desse processo, no sentido de contribuir para a expansão contínua do mercado, tornando-o mais competitivo.

## 2.12 As especificidades dos contratos estabelecidos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços

Pelo fato de as operadoras de planos de saúde comercializarem diversos planos, geralmente é estabelecido um único contrato com o prestador de serviço com a especificação das diferenças de cobertura de cada plano, facilitando dessa forma a gestão de contratos. Quanto maior a abrangência de cobertura de uma operadora de planos de saúde, maior é o número de contratos que terá de efetivar com a rede prestadora de serviços.

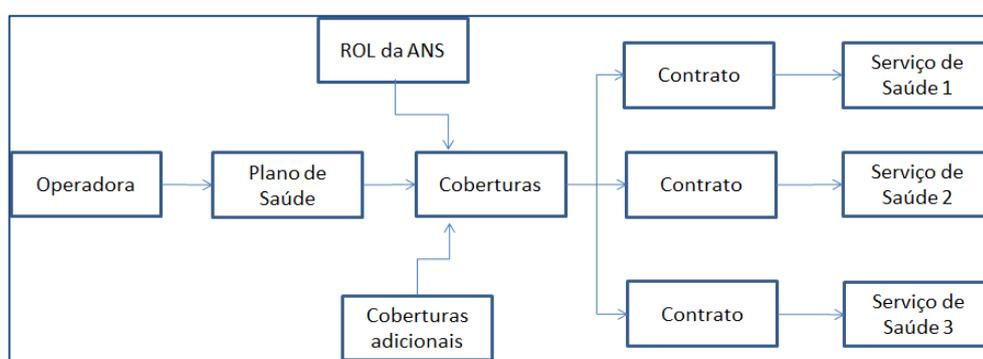


Figura 5 – Os contratos na perspectiva de uma operadora de plano de saúde  
Fonte: Salu (2012)

Segundo Salu (2012), os contratos que as operadoras possuem com os hospitais costumam não ser padronizados. Para os hospitais de menor porte e sem expressão no mercado, que podem ser facilmente substituídos por outros hospitais, a operadoras impõem um contrato-padrão.

Já para os hospitais de grande porte e com expressão no mercado, considerados de referência para o cliente, sua substituição por outro hospital provoca impacto nos negócios, assim a operadora é flexível no estabelecimento do contrato. No caso dos contratos com os médicos, o autor aponta que estes costumam ser padronizados, no formato de adesão, possuindo apenas três itens que diferem entre esses tipos de contratos: identificação do credenciado, o endereço e a especialidade.

Toda vez que ocorre uma revisão no Rol de Procedimentos da ANS, a operadora de planos de saúde tem de atualizar seus contratos em relação à cobertura, situação que gera custos administrativos. Além disso, para cada contrato estabelecido com os prestadores de

serviço há um preço praticado e uma época de vigência dos contratos que diferem entre os prestadores. Segundo Salu (2012), para evitar custos desnecessários, a ideia é definir um prazo máximo de vigência de um contrato de 24 meses, obrigando as partes a fazerem um novo instrumento contratual após esse período, eliminando a série de anexos e aditivos que vão sendo incorporados ao contrato, situação que pode dificultar a compreensão.

Na perspectiva do prestador, em geral os hospitais aceitam o padrão contratual definido pelas operadoras que trazem maior movimento e faturamento para o hospital, e impõem seu próprio padrão contratual às demais operadoras.

Embora o maior número de contratos em um hospital seja com os fornecedores, um hospital de grande porte em São Paulo chega a formalizar em torno de 500 contratos com operadoras de planos de saúde. É importante destacar que os contratos dos hospitais costumam ser comercialmente diferentes na forma, na cobertura, nas regras gerais e nos preços praticados.

Os diferentes contratos que são estabelecidos com as operadoras de planos de saúde obrigam o hospital a realizar diversos controles que não estão relacionados a sua atividade-fim, que é a assistência à saúde do paciente. Entre as atividades de controle, o hospital necessita verificar a carência do plano, solicitar autorização prévia e disponibilizar recursos para auditoria de contas. A figura 6 a seguir ilustra como são os contratos na perspectiva dos prestadores de serviço.

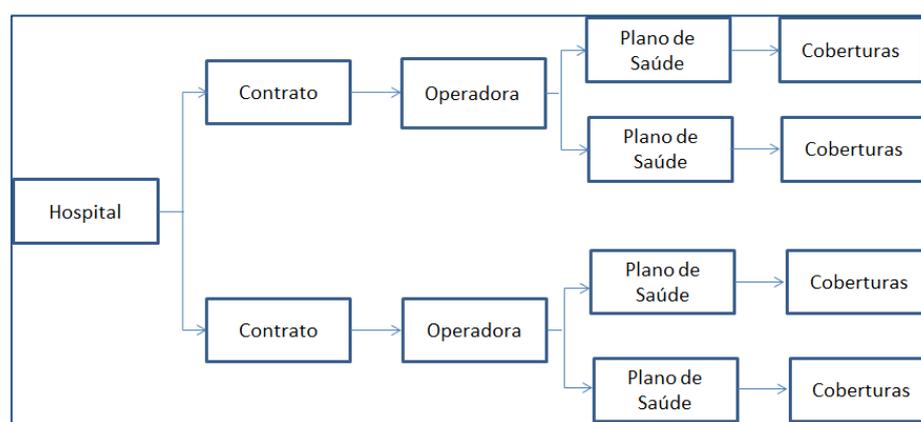


Figura 6 – Os contratos na perspectiva de um hospital

Fonte: Salu (2012)

O que ocorre na prática é que a forma e o conteúdo dos contratos acabam sendo definidos pelas grandes operadoras de planos de saúde e hospitais que atuam no mercado de

saúde suplementar. De forma geral, um contrato entre a operadora de plano de saúde e um serviço de saúde possui a seguinte estrutura:

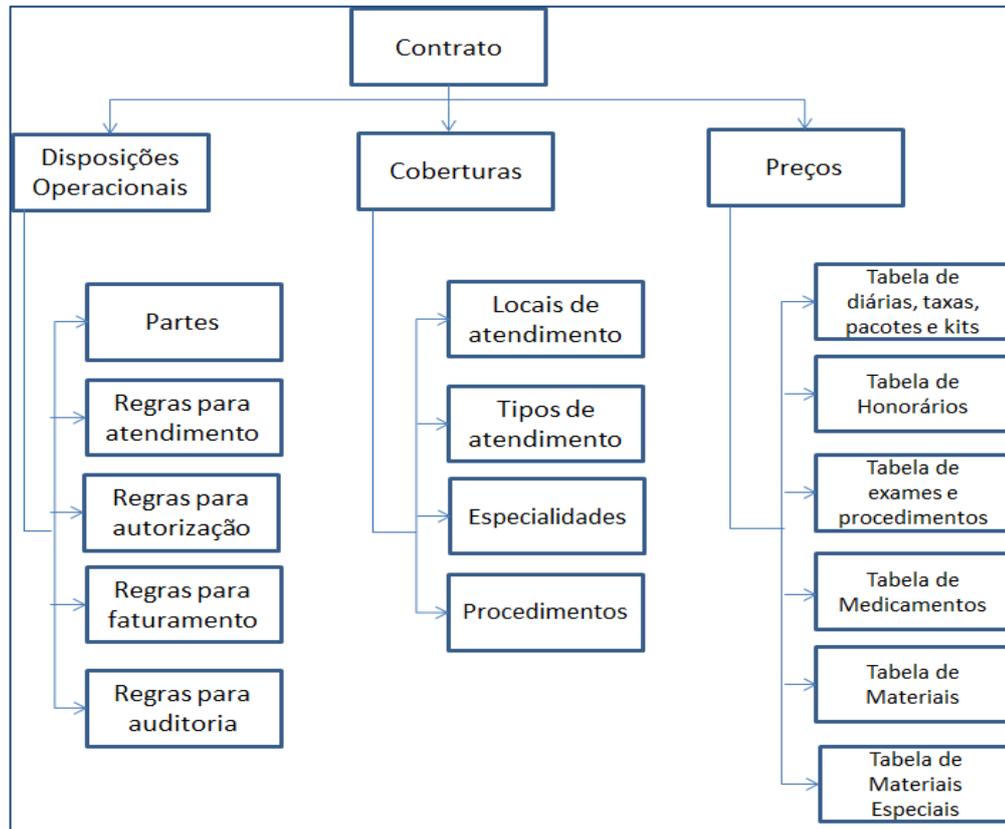


Figura 7 – Exemplo de uma estrutura de contrato entre operadora de plano de saúde e um hospital  
Fonte: Salu (2012)

A estrutura dos contratos com os prestadores de serviços precisa estar alinhada com o conteúdo exigido pelas Resoluções Normativas da Contratualização.

Na definição dos preços nos contratos dos serviços prestados aos pacientes, os hospitais costumam utilizar diversas tabelas para a cobrança de determinado procedimento ou item consumido. No caso de materiais e medicamentos, há duas principais tabelas de preços que são comumente adotadas no mercado de saúde suplementar.

A mais adotada é a tabela Brasíndice, que é publicada por empresa especializada e atualizada quinzenalmente, na qual consta o preço dos medicamentos vendidos no Brasil, ou seja, dos medicamentos que são homologados pela ANVISA. Nessa tabela constam o preço de fábrica e o preço máximo ao consumidor (valor máximo estabelecido por lei que qualquer serviço de saúde ou hospital pode praticar na venda do produto).

Já a outra tabela, a Simpro, é utilizada por alguns hospitais como referência de preços de materiais hospitalares e medicamentos. Essa tabela é atualizada semanalmente com as informações que são fornecidas pela indústria e por importadores e distribuidores de medicamentos e materiais para a saúde.

Na questão da remuneração de honorários e procedimentos médicos, destacam-se duas tabelas comumente adotadas no mercado de saúde suplementar. A primeira é a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), que define os valores mínimos para a remuneração dos médicos. Essa tabela teve duas edições: em 1990 e em 1992. Para cada procedimento a tabela AMB apontava uma quantidade de coeficientes hospitalares (CHs), e, para chegar ao preço total de um procedimento, o número de CHs desse determinado procedimento tinha de ser multiplicado pelo valor-padrão estabelecido para cada coeficiente hospitalar.

Cada operadora de planos de saúde definia com o prestador de serviço o valor-padrão de um coeficiente hospitalar, sendo este, portanto, variável no mercado. Visando a melhorar a remuneração dos médicos, a AMB mudou de estrutura, passando para uma Classificação Hierarquizada de Honorários e Procedimentos Médicos (CBHPM), que é atualizada anualmente. Cada procedimento da CBHPM tem um código, uma descrição e um porte, sendo que a lista anual define o valor do porte em reais.

Embora todos os serviços de saúde tenham de possuir uma tabela de preço referencial, não há por lei a exigência de adoção de algumas das tabelas descritas anteriormente, com exceção do preço máximo ao consumidor da Brasíndice, que por lei não pode ter preços praticados acima deste valor. Dessa forma, alguns hospitais optam por editar sua própria tabela de preços, principalmente no quesito de cobrança de diárias e taxas.

Na confecção da tabela de preços de materiais, alguns hospitais utilizam o preço médio de aquisição do material e multiplicam esse valor por um fator que corresponde à remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, dispensação, controle e aquisição.

No caso de materiais especiais (OPME), as operadoras de planos de saúde costumam definir um limite de valor a partir do qual o material é considerado de alto custo. Nos casos considerados de alto custo, as operadoras adotam um fluxo de autorização, dependendo de uma auditoria médica para analisar a necessidade antes da utilização.

Além disso, em alguns contratos está previsto que a operadora de plano de saúde irá fornecer o material de alto custo. Quando a operadora assume a provisão dos materiais, o

hospital cobra uma taxa dos serviços de distribuição, manipulação e de dispensação (SALU, 2012).

Como podemos observar na discussão das formas de pagamentos dos serviços realizados, há uma grande fragmentação nos pagamentos dos serviços de saúde, sendo cada item, procedimento ou honorário, cobrado de acordo com uma tabela de preços de referência diferente, situação que interfere na constituição dos contratos entre as partes.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram estruturados em oito partes: a primeira discute os limites da atuação da agência reguladora no âmbito das relações contratuais entre as operadoras e prestadores de serviços. Para tanto, descreve e comenta os documentos do Poder Legislativo visando a ampliar o escopo da ação regulatória direta da ANS, abrangendo também os prestadores de serviço.

A segunda parte apresenta e discute as principais motivações para a introdução da ação regulatória na questão contratual. Com esse intuito, buscou-se reconstituir o início das discussões dos atores-chave acerca da necessidade de regulação nesse assunto. A terceira parte detalha o processo de elaboração e implantação das primeiras resoluções normativas da ANS voltadas para a regulação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços.

A quarta parte apresenta os programas instituídos pela ANS para a fiscalização dos contratos e seus primeiros resultados. Na quinta parte são apresentados os primeiros resultados decorrentes da implantação das resoluções normativas da contratualização (RN nº 42, 54 e 71). Nesse item são identificados os principais pontos de conflitos entre as partes – operadoras e prestadores relacionados às exigências estabelecidas nas resoluções normativas.

A sexta parte dos resultados trata da mais recente ação regulatória da ANS no âmbito da regulação dos contratos: a Instrução Normativa nº 49, que coloca a obrigatoriedade na fixação de uma forma de reajuste – índice ou fórmula – e o estabelecimento de periodicidade nos contratos. Para tanto é detalhado seu processo de construção, implantação e principais reflexos no mercado.

A sétima parte apresentada a percepção dos entrevistados sobre a atuação da ANS na ação regulatória contratual. E, Por fim, na oitava parte são apresentados e discutidos os desafios da regulamentação dos contratos.

#### 3.1 A Dimensão legal da regulação da relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço

Como já mencionado anteriormente, é importante ressaltar os limites legais que a ANS enfrenta para regular os contratos entre operadoras de planos e prestadores de serviços de

saúde. Com esse intuito, serão apresentados abaixo os principais movimentos existentes no âmbito do legislativo relacionados a essa questão.

Nesse sentido, a Procuradoria Federal manifestou-se junto à ANS acerca da ilegalidade da ação estatal no controle dos preços pagos pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores de serviços, justificada pela ausência de amparo jurídico na lei 9.656 de 1998 (BRASIL, 1988) que comporte esse tipo de ação.

Portanto, segundo esse documento, a ANS não possui base legal para regular o campo de reajuste de preços praticados pelos prestadores de serviços. Além disso, a lei 9.656/98 estabelece como campo de ação estatal regulatória direta as operadoras de planos de saúde, ou seja, a lei não ampara as ações diretamente relacionadas com a regulação de prestadores de serviços. Em outros termos, na atualidade, a ação regulatória estatal abrange fundamentalmente as operadoras de planos de saúde, e, no limite, as relações que estas estabelecem com sua rede de prestadores de serviços.

Nesse ponto cabe ressaltar a existência de iniciativas no âmbito do poder Legislativo para ampliar a ação regulatória da ANS voltadas para o tema da contratualização. Os projetos de lei em andamento na Câmara dos Deputados e no Senado serão apresentados a seguir:

Com relação à obrigatoriedade de celebração de contratos escritos entre operadoras e seus prestadores de serviços, destaca-se o Projeto de Lei (PL) na Câmara dos Deputados de nº 6.964 de 2010. Este teve origem em outro projeto, elaborado em 2004 no Senado (PLS nº 276), que também pretendia tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços (SENADO, 2012a). Cabe ressaltar que esse projeto (PLS nº 276) tramitou no Senado durante o período de 2004 a 2010, quando foi submetido à Câmara dos Deputados com o objetivo de ser revisto.

É importante ressaltar que no PL nº 6.964 de 2010 constam praticamente os mesmos objetivos expressos nas Resoluções Normativas (nº 42, 54 e 71) publicadas pela ANS acerca da contratualização. Os únicos pontos não previstos nas Resoluções se referem à fixação de um período (12 meses) para a revisão de reajustes e a atuação direta da ANS na definição de índice de reajuste caso houvesse descumprimento na revisão anual. Esse Projeto de Lei ficou da metade de 2010 até o ano de 2011 sem apresentar nenhum andamento na Câmara. Essa situação mudou em 24 de maio de 2012, seis dias após a divulgação da Instrução Normativa nº 49 pela ANS, quando o projeto foi reconstituído e voltou a ter andamento na Câmara (Câmara dos Deputados, 2012). Atualmente esse Projeto tramita em regime de prioridade e já foi aprovado pelas Comissões de Defesa do Consumidor e de Seguridade Social e Família e

aguarda a aprovação da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Cabe ressaltar que em julho de 2012 a ANS manifestou-se favorável com algumas ressalvas à aprovação desse projeto de lei (ANS, 2012).

Inicialmente a Agência sinalizou que as propostas contidas no PL nº 6.964 estão contempladas nas Resoluções Normativas produzidas e que seu posicionamento favorável ao texto do Projeto de Lei depende apenas da incorporação da redação dada pela Instrução Normativa nº 49 de 2012 que trata sobre os reajustes. Em síntese, o PL nº 6.964/2010 estabelece que o reajuste deva ser anual e estabelecido no prazo improrrogável de 90 dias, contado a partir do início de cada ano. Vencido este prazo sem a adoção de um reajuste, caberá à ANS definir o índice que será utilizado. A ANS discorda desse último ponto por temer o risco de indexação dos preços praticados no mercado e seus efeitos na inflação futura.

Também relacionada à questão dos reajustes, existe no Senado o Projeto de Lei nº 380 de 2011 que propõe uma alteração na lei nº 9.961, de 2000 (Lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar), ao propor o estabelecimento de mais uma competência da Agência: a de definir índices de reajustes dos honorários médicos, procedimentos e eventos em saúde oferecidos pelas operadoras de planos de saúde. Esse Projeto de Lei se encontra desde março de 2012 na Comissão de Assuntos Econômicos, para posteriormente ser encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais, que dará a última decisão terminativa (SENADO, 2012b).

Em síntese, o intuito desse Projeto de Lei é expandir a competência regulatória da ANS para que esta tenha a capacidade de estabelecer índices mínimos de reajuste para o pagamento, pelas operadoras, dos honorários dos profissionais de saúde e dos procedimentos e eventos em saúde, de forma que esses índices de reajustes não sejam inferiores aos índices de reajuste estabelecidos para as contraprestações pecuniárias pagas pelos consumidores de planos de saúde individual.

Em junho de 2011 a ANS deu parecer contrário à aprovação do PL nº 380 de 2011, utilizando como argumento que as ações regulatórias sobre o tema, ou seja, as Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71, já satisfazem as pretensões do Projeto de Lei, uma vez que estas já estabelecem a fixação de critérios de reajuste, contendo a forma e a periodicidade. O parecer da Agência também enfatiza que a fixação de índice com base no já utilizado para o reajuste dos planos individuais pode provocar efeitos negativos para o mercado, pois causaria uma indexação, que por sua vez poderia gerar um processo inflacionário no setor, além de engessar a capacidade de negociação entre as partes (ANS, 2011).

Ou seja, embora a interferência do Poder Legislativo seja legitimada, no âmbito da regulação da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços esta pode ser orientada no sentido de privilegiar determinados grupos de interesse. Nesse sentido, alguns autores chamam a atenção para o aspecto positivo da suposta autonomia das agências reguladoras em relação ao processo político, o que conferiria maior credibilidade ao processo regulatório (PÓ, 2009; PACHECO, 2006). Ou seja, é fundamental que o ente regulador seja imparcial no estabelecimento de ações regulatórias para não privilegiar determinados grupos de interesse em detrimento de outros, devendo sempre assumir uma posição equidistante em relação aos atores envolvidos na regulação, diminuindo assim o risco de captura por algum grupo de interesse (PECI, 2006; CONFORTO, 1998).

### **3.2 As justificativas para a regulamentação dos contratos no âmbito das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**

A análise documental revelou que as discussões acerca da necessidade de a ANS atuar na regulação da relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, principalmente no que diz respeito à questão contratual, tiveram início nas reuniões da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS).

A CAMSS foi instituída pela lei 9.656 de 1998, sendo um órgão consultivo com representantes de todos os segmentos da sociedade envolvidos com o setor privado da saúde. Esse órgão possui como principal objetivo promover a discussão de temas relevantes para o setor de saúde suplementar no Brasil e subsidiar as decisões da ANS, por meio de reuniões periódicas. É integrada por representantes da ANS, dos Ministérios, de entidades representativas do setor privado de saúde (prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde) e da sociedade organizada. Em média, foram realizadas quatro reuniões da CAMSS por ano, embora se verifique que em alguns anos esse número foi mais elevado.

Essa instância é considerada um espaço essencial para assegurar a participação institucionalizada da sociedade nas ações conduzidas pela ANS, por possuir em sua composição a representação de todos os segmentos envolvidos com o mercado de planos de saúde privado. Em síntese, a CAMSS proporciona mais transparência para as ações

regulatórias, além de dar subsídio de informações para a tomada de decisão da Diretoria Colegiada da ANS (MASCARENHAS, 2007).

A seguir será apresentada uma análise das atas da CAMSS acerca do objeto selecionado, conforme descrito na metodologia do estudo. A apresentação desses resultados se dará em ordem cronológica.

### **3.2.1 A fase inicial das discussões sobre a necessidade da regulamentação estatal na relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**

O início das discussões acerca da necessidade de regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviço pela ANS ocorreu no âmbito das reuniões da CAMSS. No final de 2000 a ata da 15ª reunião revela um movimento de reivindicação por parte dos representantes de prestadores do setor hospitalar e de outros estabelecimentos de saúde, no sentido de solicitar a intervenção da ANS na regulação das relações estabelecidas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, com a sugestão de criação de uma câmara técnica específica para tratar do assunto.

O representante da ANS afirmou ser esta uma questão preocupante para a Agência, que já havia detectado a necessidade de padronização dessa relação entre as operadoras de planos e os prestadores de serviços. Nesse sentido, também ressaltou o compromisso da ANS de agir fortemente nos próximos anos na questão das garantias assistenciais ao beneficiário, tema que necessariamente perpassa pela relação entre esses dois atores (CAMSS, 2000).

O tema é retomado na 17ª reunião da CAMSS em 2001, durante a discussão acerca da metodologia utilizada pela ANS para a construção do índice de reajuste anual dos planos individuais. Dessa vez houve intervenção por parte dos representantes das entidades médicas no sentido de reivindicar da ANS uma atuação na regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviços, principalmente no que tange ao reajuste dos honorários médicos e de uma melhor discussão a respeito do descredenciamento desses profissionais pelas operadoras de planos de saúde (CAMSS, 2001a).

Na 19ª reunião da CAMSS, também em 2001, o tema é novamente mencionado, dessa vez durante a discussão a respeito de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços. Houve manifestação das entidades médicas e de defesa do consumidor sobre a falta

de clareza nas justificativas e motivações para os descredenciamentos, situação que remete a problemas contratuais. Ainda nessa reunião o Conselho Federal de Medicina (CFM) defendeu a proposta do credenciamento universal, ou seja, todas as operadoras deveriam obrigatoriamente trabalhar com reembolso para qualquer prestador utilizado pelo beneficiário. Essa proposta foi rejeitada pelos representantes das operadoras de planos de saúde e dos prestadores hospitalares.

Na mesma reunião houve a intervenção de um representante dos prestadores de serviço que mencionou a dificuldade de relação entre os hospitais e as operadoras pela ausência de instrumentos legais que amparem essa relação. Nesse momento é pontuada pela primeira vez a necessidade da existência de um contrato que balize a relação entre as partes. Cabe ressaltar que a posição do representante do segmento de prestadores que se manifestou era favorável à manutenção da livre negociação entre operadoras e prestadores, mas desde que esta acontecesse com a participação das entidades representativas de ambas partes, de forma a possibilitar a construção de um contrato com cláusulas bem-definidas acerca de prazos de vencimento, validade, renovação, reajustes e outros pontos (CAMSS, 2001b).

A entrada do tema como pauta de reunião somente aparece de fato na 20ª reunião, em 2001, por solicitação de representantes das entidades médicas, de prestadores de serviço e de entidades de defesa do consumidor. No entanto, a discussão a respeito do tema da pauta dessa reunião não aconteceu, pois foi colocada pelo Diretor da Agência a sugestão de criação de um grupo técnico, com a participação de todas as partes interessadas, para que fosse possível discutir com mais profundidade o tema em questão, com elaboração de uma proposta de regulação sobre ele, a ser submetida posteriormente para o debate na Câmara Técnica (CAMSS, 2001c).

No âmbito das agências reguladoras, os grupos técnicos possuem como objetivo principal a realização de estudos mais aprofundados e específicos sobre determinada temática, além disso, não possuem um caráter formal como o de uma câmara técnica. No caso dos grupos técnicos estabelecidos na ANS, estes são formados de forte representação de técnicos da própria agência, com espaço para a participação de representantes de outras partes interessadas (principalmente operadoras e prestadores). Ou seja, em geral, esses grupos técnicos são criados para tratar de questões de alta complexidade que necessitam de análises técnicas mais aprofundadas.

Nesse sentido, alguns autores destacam que o trabalho desses grupos deve ser constantemente acompanhado de diálogo e controle por parte da sociedade, para evitar um

isolamento decorrente da alta especialização das agências reguladoras, o que compromete a participação social, que garante o estabelecimento de ações voltadas para o interesse público. (RAMALHO, 2009; MAJONE, 1996). Ou seja, garantir a participação de todos os interessados nas reuniões de grupos técnicos é um ponto fundamental para evitar o processo de insulamento burocrático, ou seja, concentrar as discussões em grupos técnicos, sem a interferência pública ou de outras organizações, o que reduz o escopo da arena nas quais interesses divergentes manifestam pressão.

Ainda acerca da análise das atas das reuniões, nota-se que o tema é novamente retomado como pauta apenas em março de 2002, durante a 26ª reunião, com o início de uma discussão com mais profundidade a respeito da necessidade de a ANS intervir de fato na regulação da relação contratual entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. Novamente a primeira manifestação nesse sentido se dá por um representante dos prestadores de serviços, que defende novamente que é papel da ANS determinar a existência de um contrato entre as operadoras e os prestadores, e que esse contrato deveria especificar o objeto contratado, a periodicidade e a forma de reajuste, os prazos de faturamento e pagamento, a metodologia para revisão de contas médicas e a impossibilidade de rescisões unilaterais.

Os representantes das entidades médicas reivindicaram a criação de uma Câmara Técnica permanente para discutir os assuntos ligados ao tema, com o estabelecimento de: uma política de reajuste de honorários transparente; uma sistemática para realização de auditoria e glosas; uma limitação da interferência das operadoras na autonomia profissional do médico; e proibição do descredenciamento aleatório e unilateral. Nessa reunião é iniciada uma discussão a respeito da criação de uma Câmara Técnica para discutir a regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviço, com o intuito de construir um relacionamento mais equilibrado entre as partes (CAMSS, 2002a).

Em 2002, durante a 27ª reunião da CAMSS, é proposta pela ANS uma discussão acerca da possibilidade de um adicional de reajuste de 1,70% para os planos individuais, além do reajuste já estabelecido pela ANS para as operadoras que se propusessem a reajustar os honorários das consultas médicas em no mínimo 20%. Cabe ressaltar que a adesão a essa proposta não era obrigatória, ou seja, a operadora poderia ou não se candidatar a receber a autorização para o adicional de reajuste, mas este só seria liberado mediante prévia aprovação da ANS. A priorização das consultas médicas foi justificada pelo 'valor' que tais consultas possuem no componente assistencial e pela maior capacidade de negociação que os demais prestadores possuem, o que não se verifica nos prestadores médicos (CAMSS, 2002b).

Nesta mesma reunião foi anunciada a criação de uma Câmara Técnica de Contratualização, que tem como principal objetivo elaborar propostas com capacidade de serem convertidas em regras para o relacionamento formal entre as operadoras e os prestadores de serviços. Conforme veremos com mais detalhes em um próximo capítulo, a Câmara Técnica de Contratualização foi efetivamente criada em 10 de julho de 2002, com representantes dos principais segmentos do mercado de saúde suplementar (CAMSS, 2002b).

A análise das atas durante o período de 2000 a 2002 revela que as discussões que envolveram temas a respeito da necessidade de a ANS regular a relação entre operadoras e prestadores de serviços esteve presente em oito de um total de 21 reuniões realizadas. Entre os anos de 2003, 2004 e 2005, o tema da contratualização apareceu em nove de um total de quatorze reuniões, o que evidencia a importância que o tema começa a ter na pauta de discussão da CAMSS.

Por outro lado, durante o período entre 2006 e 2012, a discussão do tema perde força. Durante esse período o tema contratualização não foi pauta de nenhuma reunião realizada. Em 2006 e 2007 não foi identificada nenhuma intervenção a respeito do tema nas atas das reuniões realizadas. Em 2008, 2009 e 2010, identificamos intervenções pontuais em quatro reuniões, sendo que, em geral, estas estavam fora do contexto da discussão da pauta da reunião. Essas intervenções estavam relacionadas com a necessidade de reavaliação da contratualização, pois as práticas de baixa remuneração dos prestadores eram frequentes, e, portanto, havia a necessidade de resgatar a discussão a respeito de uma política de reajuste que protegesse o prestador de serviços.

Durante o ano de 2011 foram identificadas intervenções pontuais em três reuniões da CAMSS. Estas faziam referência à necessidade de melhorar a remuneração dos prestadores médicos; criar um reajuste anual; e também inserir um índice de reajuste obrigatório nos contratos. A respeito dessa última questão, o presidente da ANS se manifestou mencionando a inexistência de amparo legal para a Agência determinar o reajuste dos médicos e enfatizou que a ANS está atuando na questão do reajuste como facilitadora, no sentido de promover discussões permanentes com as representações de prestadores (CAMSS, 2011).

Em 2012 não foi identificada nenhuma intervenção acerca do tema da contratualização nas atas de reunião da CAMSS. Identificou-se apenas um informativo durante a reunião nº 71 sobre a introdução da Instrução Normativa nº 49, que regulamenta a forma e a periodicidade do reajuste para os prestadores.

A análise das atas revelou que os conflitos na relação entre operadoras e prestadores estiveram presentes desde o início das atividades da CAMSS e da própria ANS. Também fica claro que as discussões foram mais intensas durante o período de 2001 a 2005, com um pico em 2002, ano de criação da Câmara Técnica de Contratualização. É possível supor que a redução da discussão do tema nas reuniões da CAMSS pode estar ligada à criação da Câmara Técnica de Contratualização, ou seja, as discussões ficaram restritas a esse grupo específico.

Segundo um representante da ANS, a discussão acerca da regulação contratual entre operadoras e prestadores de serviços teve início na CAMSS. Por outro lado, outro representante da ANS entrevistado não mencionou a CAMSS como o espaço de início das discussões na Agência e afirmou que essa demanda foi introduzida na agenda por solicitação dos representantes de prestadores de serviços.

Esse mesmo entrevistado afirmou que os prestadores foram até a ANS solicitar uma regulamentação mais clara acerca dos contratos em geral, por considerarem defasados os valores praticados e pelas dificuldades em reajustar os valores dos serviços prestados. Por fim, relatou que as “relações ruins”, as paralisações e as disputas entre médicos, hospitais e operadoras contribuíram para necessidade de regular a existência de um contrato entre as partes.

Segundo a percepção da maioria dos representantes dos prestadores de serviços, principalmente os representantes das entidades de classe médica, o tema entrou na pauta regulatória pela pressão exercida por parte dos prestadores, principalmente pela mobilização do movimento médico. Nenhum dos representantes de operadoras de planos de saúde mencionou a CAMSS como local de início dessas discussões. Apenas um dos representantes de prestadores de serviço mencionou a CAMSS como instância de construção das resoluções normativas de contratualização.

É curioso notar que, durante as entrevistas com os representantes, a atuação da CAMSS a respeito do tema estudado praticamente não foi mencionada, pois, como já visto, essa instância se propõe a ser um espaço de discussão importante para garantir a participação e a manifestação de todos os segmentos envolvidos na saúde suplementar. Pode-se inferir que os entrevistados não tenham citado as movimentações por desconhecimento ou por descrédito. No entanto, também podemos considerar que talvez a CAMSS não esteja alcançando os objetivos pelos quais foi criada.

### 3.2.2 As justificativas para a regulamentação dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços segundo os principais atores entrevistados

Segundo a percepção de todos os entrevistados, é consenso a necessidade da formalização da relação entre as partes por meio de um instrumento jurídico contratual, uma vez que o estabelecimento de contratos formais confere garantias para ambas partes, gera maior segurança institucional para o mercado, além de tornar as relações mais transparentes.

[...] nós sempre fomos favoráveis à contratualização, o contrato traz transparência para a relação. A autogestão nunca se colocou contrária a essa situação, muitas até já se anteciparam e já tinham os seus próprios contratos. E assim, então, a contratualização era uma necessidade e foi muito bem-vinda. (Representante de Operadora 1)

Essa necessidade da formalização de contratos é ressaltada principalmente pelos representantes da ANS e dos prestadores de serviços (tanto de estabelecimentos de saúde quanto de entidades médicas), que declaram a inexistência dessa prática em alguns grupos de operadoras de planos de saúde, fato que gera uma série de conflitos.

Muitos hospitais antes da regulamentação tinham algum conflito, alguma questão que iam discutir com as operadoras e às vezes isso virava demanda judicial. E a primeira coisa que o juiz perguntava é se tinha o contrato, e geralmente não existia, eram relações informais. (Representante da ANS 3)

Essa prática de acordos informais – em muitos casos, verbais – confere ao setor um ambiente de insegurança e instabilidade para o sistema suplementar como um todo. Por outro lado, a adoção de instrumentos jurídicos formalizados garante o atendimento aos beneficiários na rede de prestadores das operadoras, uma vez que inibe o descredenciamento sem motivo do prestador na rede de serviços da operadora, sendo essa uma situação que prejudica diretamente a assistência à saúde da população de beneficiários.

Para o usuário, um dos principais critérios adotados para escolher uma operadora de plano de saúde é a composição da rede de serviços credenciados, ao considerar certos atributos, como, por exemplo, a proximidade dos serviços credenciados em relação à residência do cliente e a qualidade da assistência dos prestadores credenciados à rede de serviços, entre outros.

Nesse sentido, o artigo 17 da Lei 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) protege os direitos dos beneficiários, pois prevê que a inclusão de qualquer organização hospitalar na rede de serviços de uma determinada operadora de planos de saúde implica em um compromisso com os consumidores quanto à manutenção da rede ao longo da vigência do contrato.

Essa mesma lei confere à operadora a possibilidade de substituição de serviços credenciados em situações excepcionais, desde que sejam obedecidos alguns requisitos, tais como: substituição da entidade hospitalar por outra equivalente e comunicação aos consumidores e à ANS com 30 dias de antecedência. Nos casos em que fica claro que o descredenciamento de alguma instituição pode provocar uma redução na rede de serviços ofertada, é necessária a autorização prévia da Agência para esse descredenciamento.

Dentro desse contexto, é interessante observar também o posicionamento do judiciário acerca dessa questão. Segundo decisão emitida em 2012 pelo Supremo Tribunal de Justiça (STJ), o descredenciamento de médicos e de hospitais de planos de saúde deve ser comunicado individualmente a cada beneficiário. Essa decisão foi tomada baseada no Código de Defesa do Consumidor, que obriga as empresas a prestarem informações adequadas aos consumidores acerca de seus produtos e serviços. Embora essa decisão tenha sido aplicada em apenas um caso específico, pode servir como parâmetro de jurisprudência para o julgamento de casos semelhantes no futuro. Ou seja, essa decisão mostra que a posição do judiciário indica que o descredenciamento de qualquer prestador de serviços deve ser comunicado ao beneficiário (SELIGMAN, 2012), o que reduz a assimetria de informações, além de conferir mais transparência e estabilidade nas relações entre as operadoras e os beneficiários.

Cabe ressaltar que essa transparência também deve ser garantida pelos prestadores. Nesse sentido, a Resolução nº 1.616 de 2001 do Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamenta que o desligamento voluntário do médico referenciado, credenciado ou associado deve ser comunicado à operadora com antecedência mínima de 60 dias, devendo ser homologada pelo Conselho Regional de Medicina. Além disso, o profissional deve disponibilizar ao cliente as informações a respeito dos dados clínicos em seu poder, de forma a garantir a continuidade de seu tratamento médico (CFM, 2001).

Conforme já visto anteriormente nas análises das atas da CAMSS, os resultados levantados nas entrevistas evidenciam que a questão do descredenciamento de serviços foi um grande disparador para a discussão a respeito da necessidade de regulação dos contratos, uma vez que estes são essenciais para minimizar os conflitos, pela maior transparência e por

proporcionar as condições legais para exigir o cumprimento das obrigações e dos direitos (tanto por parte dos prestadores quanto das operadoras).

A ANS justifica sua atuação nesse objeto no sentido de minimizar as falhas características do mercado de saúde, principalmente a assimetria de informações entre os agentes e a geração de externalidade negativas – risco de ocorrer o desabastecimento de prestadores de saúde no mercado por falta de um contrato formalizado e prática de baixa remuneração aos prestadores: situação que pode conduzir à deterioração da qualidade do atendimento ofertado, afetando a assistência que é prestada ao beneficiário (Documento ANS).

A assimetria de informações é o principal motivo para a ANS regular a relação entre operadoras e prestador.

Existe uma falha de mercado clássica nessa relação, que é a assimetria de informação. Ou seja, muitas vezes o prestador, o médico principalmente, tem mais informações que a operadora. E você na verdade tem então um problema para o governo atuar, você tem a justificativa pela falha de informação. Só que essa falha de informação na verdade cria problemas práticos. Então, por exemplo, o médico hoje tem total controle sobre a demanda, é ele que entende do negócio, ele é pago por serviço, quanto mais ele faz, mais ele ganha. [...] Isso vai totalmente contra aquilo que se espera de um atendimento médico, ou seja, você acaba prejudicando o paciente. (Representante ANS)

Ou seja, as assimetrias de informação corroboram com a geração da (FARIAS e MELAMED, 2003), reação por parte das operadoras de planos de saúde no sentido de restringir o acesso, por meio de negativa de procedimentos (glosas lineares), e diminuir a remuneração dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços. Esse ciclo provoca um ambiente de instabilidade para a rede de prestação de serviços contratada, o que afeta diretamente a assistência à saúde prestada ao beneficiário.

Nesse sentido, a regulamentação do contrato entre as partes é a única forma de que a agência dispõe para estendê-la até o prestador, uma vez que a lei 9.656 de 1998 não permite à agência regular os prestadores de serviços. Somente podem ser alvo de regulação da ANS as operadoras de planos de saúde e as relações que são estabelecidas entre estas e os prestadores de serviços credenciados em sua rede.

O problema das baixas remunerações também surge como um fator determinante para a regulamentação de contratos. Em janeiro de 2013 o Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) defendeu o descredenciamento dos médicos dos planos de saúde para a realização de consultas pelos baixos valores pagos pelas operadoras. Ou seja, o

credenciamento dos profissionais médicos se daria somente para a prestação de serviços de outros procedimentos. Desta forma, o paciente seria o responsável por pagar o valor da consulta médica realizada, mesmo possuindo um plano de saúde.

O presidente do CFM ainda enfatizou em sua fala que não haveria impedimentos legais para o descenciamento dos profissionais médicos, uma vez que “em boa parte dos casos não há contratos entre operadora e prestador de serviço. Os termos são antigos, não foram renovados e, conseqüentemente, não têm validade” (FORMENTI, 2013).

Outro ponto levantado na análise dos resultados que justifica a necessidade da regulamentação dos contratos é a diferença de poder de negociação existente entre os atores desse mercado, ou seja, a regulamentação ‘protegeria’ os prestadores com menor poder de negociação. Por outro lado, essa justificativa não faz sentido para alguns entrevistados, como é o caso do representante do IESS, que afirma que o governo só deve de fato intervir nessa relação nos casos em que se confirmarem as falhas de mercado.

Além disso, o entrevistado afirma que a existência de falhas de mercado depende da análise de cada situação. Por exemplo, é necessário verificar em quais situações ocorre a desigualdade de poder de negociação entre as partes: nas regiões metropolitanas existe um ambiente de concorrência entre as operadoras, situação que favorece a negociação para os prestadores, não sendo necessária a intervenção estatal.

Por outro lado, em determinadas situações pode existir o monopólio por parte de uma operadora ou um prestador de serviço, o que inviabiliza o adequado funcionamento do mercado, nesse caso deve ocorrer uma ação da Agência para corrigir essas distorções. Ou seja, a heterogeneidade do mercado de saúde brasileiro não favorece a adoção de regulamentações únicas para todas as situações:

O órgão regulador sempre tem a tentação de fazer regras de tamanho único, porque são mais fáceis de aplicar, mais fáceis de controlar e acompanhar o cumprimento da regra. Mas eu acho que o órgão regulador não tem que criar a regra mais fácil, eu acho que tem que criar a regra mais adequada. Então, nesse caso, eu acho que é complicado o governo intervir na negociação entre operadoras e prestadores de serviço. Porque pode ser que ele esteja regulando uma relação que não precisa ser regulada. Ou que essa regulação esteja servindo aos interesses de algum dos lados. (Representante IESS)

Os resultados revelam que a principal justificativa para a regulamentação dos contratos está relacionada com a necessidade de um ambiente mais estável e seguro no mercado de saúde. Essa segurança é proporcionada pela minimização das falhas de mercado (ANS e IESS), que geram a prática de remunerações inadequadas (prestadores), instabilidade

na rede credenciada (com impacto direto na assistência ao beneficiário) e conflitos decorrentes da não explicitação de direitos e deveres entre as partes.

Cabe ressaltar que, segundo os resultados, embora a necessidade da formalização de um contrato entre as partes seja consenso, as motivações entre os atores diferem de acordo com seus interesses. Nesse caso, a regulação estatal deve privilegiar as ações regulatórias voltadas para o adequado funcionamento do mercado.

### 3.3 Processo de elaboração e implantação da ação regulatória contratual

#### 3.3.1 A Câmara Técnica de Contratualização

Os trabalhos da Câmara Técnica de Contratualização tiveram início em junho de 2002, com um total de sete reuniões até o final de 2002. Contaram com a participação de representantes das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviço. Posicionaram-se acerca dessa questão as seguintes entidades: UNIDAS, CMB, CNC, CNS, CONASEMS, CONASS, FBH, FENASEG, PROCON, CNI, SINAMGE, SINOGE, Unimed e Uniodonto. Abstiveram-se de se posicionar: AMB, CFM, CFO, COFEN, CUT, MF, MPS e MTE.

Nesse período a Câmara Técnica elaborou três Resoluções Normativas (RN). A primeira tratou da contratualização entre operadoras de planos de saúde e hospitais (RN nº42), sendo aprovada por quinze entidades presentes. Foi posteriormente apreciada e aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS e também apresentada em 2003 na 31ª reunião da CAMSS (CAMSS, 2003).

Essa norma estabelece a obrigatoriedade de um instrumento jurídico formal (contrato) entre operadoras e prestadores, que deve contemplar a descrição das responsabilidades de ambas partes e algumas cláusulas obrigatórias. É importante destacar que, entre as entidades representantes das operadoras de planos de saúde, somente a FENASEG se posicionou nesse momento contrária à obrigatoriedade de definição prévia de um contrato, uma vez que seus produtos são comercializados na modalidade de reembolso ao usuário, sistema no qual o usuário acessa uma rede de prestadores como referência, sendo esta uma situação diferente da prática de credenciamento. Por outro lado, a ANS considera que tanto o credenciamento quanto o referenciamento devem ser tratados da mesma forma.

Entre os itens introduzidos na RN nº 42 destacam-se:

- a) O estabelecimento de prazos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- b) A fixação de multa no caso de descumprimento de alguma cláusula;
- c) O estabelecimento de prazo para revisão periódica de preços;
- d) O prazo de vigência e as regras para renovação e/ou rescisão do contrato;
- e) O detalhamento sobre o regime de atendimento e padrão de acomodação.

Para contemplar a transparência e a participação pública da ação regulatória (ANS, 2003), em março de 2003 foi aberta a Consulta Pública nº 9 da minuta da RN nº 42. No total foram recebidas 120 propostas de alterações e/ou incorporações na minuta dessa RN. É importante destacar que, apesar de essas propostas estarem disponíveis para o público no site da ANS, não foi possível identificar a autoria das propostas realizadas, quantas delas foram acatadas pela agência, nem tampouco quais foram os critérios utilizados para análise e incorporações das propostas. Apesar dessas limitações, é sabido por meio das atas analisadas que as propostas foram encaminhadas por 45 organizações. A RN nº 42 foi publicada em 4 de julho de 2003.

O segundo momento de trabalho da Câmara Técnica de Contratualização abordou a regulamentação dos contratos de operadoras de planos de saúde com clínicas ambulatoriais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), tendo como resultado a construção da RN nº 54, de 28 de novembro de 2003, com conteúdo similar à RN nº 42. Apesar de o texto também ter sido submetido à Consulta Pública (nº 12), não estão disponíveis no site da ANS informações a respeito das propostas recebidas, o site somente disponibilizou um documento sobre os motivos para a elaboração dessa resolução normativa.

A terceira Resolução Normativa (RN nº 71) elaborada pela Câmara foi submetida à Consulta Pública (nº 16) em 2004, sendo publicada em 17 de março de 2004. Seu conteúdo trata da contratualização entre operadoras de planos de saúde e médicos e demais profissionais de saúde. Como na segunda RN mencionada, não estão disponíveis no site da ANS as informações sobre as propostas recebidas. Acerca dessa consulta se encontram disponíveis as exposições da agência para a construção dessa norma e um documento com o posicionamento do departamento jurídico da Associação Médica Brasileira (AMB) sobre essa proposta de contratualização.

Entre as propostas da entidade, destacam-se: a adoção da tabela CHBPM como referência para o pagamento de honorários; uma cláusula nos contratos que impede as glosas

em procedimentos previamente autorizados, o impedimento na retenção de honorários médicos no caso de irregularidades da instituição hospitalar; a possibilidade de adoção de contratos por tempo determinado e indeterminado; a instituição de penalidade no caso do descredenciamento sem justa causa; a definição do dia 18 de outubro como data de reajuste dos contratos; e a garantia de que o índice de reajuste não seja inferior ao estabelecido pela ANS para o reajuste dos planos individuais (AMB, 2004).

Em síntese, essas três Resoluções Normativas introduzem a obrigatoriedade do instrumento jurídico contratual e estabelecem as cláusulas mínimas que devem ser contempladas nos contratos celebrados entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço, ou seja, todas essas RN abordam praticamente o mesmo conteúdo para diferentes modalidades de prestador.

A partir das datas de publicação das RN, foi estabelecido um prazo de 180 dias para a adequação dos contratos existentes entre as operadoras de planos de saúde e seus prestadores, já os contratos celebrados após a publicação das RN deveriam estar de acordo com os novos critérios estabelecidos. Segundo uma ata de reunião da CAMSS, houve uma manifestação negativa sobre o excessivo prazo concedido por parte de uma entidade representativa dos prestadores de serviço, com menção sobre a demora da ANS para intervir nesse tema.

A análise da percepção dos informantes-chave das entidades representativas revela divergências sobre a existência de um espaço para a participação e a discussão durante a construção dessas resoluções normativas. Se, por um lado, alguns representantes de operadoras e prestadores apontam que de fato houve espaço para participação dos diversos segmentos do sistema, por outro, um representante de prestadores de serviços relata que a construção das resoluções se deu internamente na CAMSS, com pouca discussão entre as partes interessadas. Apesar dessa última fala, verificou-se por meio da análise documental que a construção das RN contemplou a participação de diversos segmentos, além de ter sido objeto de Consulta Pública nos três casos. No entanto, não são claros quais foram os critérios de aceitação das propostas decorrentes dessas Consultas Públicas.

Cabe destacar que a ANS não disponibiliza em seu site nenhum documento que detalhe os trabalhos da Câmara Técnica de Contratualização. Por esse motivo foi solicitado, por meio do Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão, o acesso aos documentos existentes sobre essa Câmara. A ANS respondeu ao pedido justificando que os documentos só estão disponíveis em meio físico na sede da Agência, e somam um total de oito volumes.

### 3.3.2 A prorrogação dos prazos para o cumprimento das Resoluções Normativas da Contratualização

O cumprimento da primeira Resolução Normativa publicada acerca da contratualização com hospitais (RN nº 42) teve seu prazo alterado para o dia 30 de abril de 2004, ou seja, em vez de 180 dias, o cumprimento da Resolução teve seu prazo estendido para 300 dias. A terceira Resolução Normativa (RN nº 71), que regulamenta os contratos com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica que presta serviço em consultórios, também teve seu prazo de adequação prorrogado, totalizando 600 dias a partir da data de sua publicação. Apenas a RN nº 54, que trata dos contratos com clínicas ambulatoriais e serviços de SADT, não teve alteração dos prazos estabelecidos, ou seja, foi mantido o prazo de 180 dias. Assim, fica clara a existência de dificuldades por parte das operadoras para cumprir as exigências das RN.

A ANS justifica as extensões dos prazos pela complexidade e pela quantidade de contratos existentes. A complexidade dos contratos celebrados com organizações hospitalares, devido à grande quantidade de itens a serem adequados, foi determinante para a extensão do prazo. No caso dos profissionais de saúde, o grande volume de profissionais, principalmente médicos credenciados (aproximadamente 170 mil), justifica a extensão do prazo, que foi o dobro do concedido para a adequação dos contratos com organizações hospitalares.

É importante destacar que já eram do conhecimento da Agência as dificuldades que seriam enfrentadas: complexidade dos contratos e grande número de profissionais. Estas poderiam ter sido consideradas no planejamento e na implantação da ação regulatória (ALVES; PECCI, 2011), ou seja, com o estabelecimento de diferentes prazos para o cumprimento das adequações, o que com certeza conferiria maior credibilidade à ação regulatória.

Uma situação curiosa identificada durante a análise das atas de reuniões da CAMSS é a solicitação por duas vezes de prorrogação para o cumprimento da norma por parte dos representantes de entidades médicas, o que constitui uma contradição, uma vez que em geral as manifestações das entidades se referem à insatisfação com os resultados alcançados com essa resolução normativa até aquele momento (CAMSS, 2004a, 2004b e 2005).

Para fiscalizar o cumprimento das RN, a ANS implantou dois programas: Programa Olho Vivo – que aborda a questão da contratualização, entre outros itens – e Programa de

Monitoramento da Contratualização – específico para a fiscalização dos contratos –, que serão detalhados a seguir.

### 3.4 Os Programas de Fiscalização da ANS no âmbito da Contratualização

#### 3.4.1 O Programa Olho Vivo

As informações e os resultados do Programa Olho Vivo que serão apresentados a seguir foram elaborados a partir de documentos e relatórios solicitados a técnicos da ANS a respeito do programa. Além disso, foram consideradas as informações disponíveis no site da ANS e as entrevistas com os representantes da agência.

O programa Olho Vivo foi criado originalmente em 2001, com o objetivo de conferir à atividade fiscalizatória da ANS um caráter proativo e sistemático, visando a aumentar as adequações das operadoras aos dispositivos estabelecidos pela legislação que regula o setor de saúde suplementar, sob reponsabilidade da Diretoria de Fiscalização (DIFIS).

A estrutura do programa aborda vários aspectos da regulação, divididos em módulos que podem ser aplicados em conjunto ou separadamente, segundo o foco estratégico da fiscalização:

- Módulo I – Aspectos Gerais da Operadora
- Módulo II – Aspectos Contábeis e Econômico-Financeiros
- Módulo III – Aspectos Gerais dos Produtos
- Módulo IV – Aspectos Específicos dos Produtos
- Módulo V – Produto Exclusivamente Odontológico
- Módulo VI – Contratualização
- Módulo VII – Padrão TISS (previsto)

Em 2005 o programa focou o cumprimento das normas de caráter econômico-financeiras e da contratualização. A verificação dos contratos (por amostragem) se deu durante os anos de 2005 e 2006, no sentido de avaliar as inconformidades dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços em relação às resoluções normativas vigentes (RN nº 42,

54). Nesse sentido, é importante destacar que a resolução normativa que trata sobre a contratualização entre operadoras e profissionais de saúde (RN nº 71/2004) não foi objeto de fiscalização deste programa, provavelmente pela extensão de prazo para seu cumprimento, como já mencionado.

A seleção da amostra das operadoras avaliadas pelo programa seguiu como critério à representatividade (em número de beneficiários) da operadora no mercado. Em 2005 foram fiscalizadas 56 operadoras de planos de saúde, que representavam 42 % do mercado. As operadoras da amostra selecionada pertenciam às seguintes modalidades:

Tabela 3 – Número de operadoras fiscalizadas por modalidade no Programa Olho Vivo

<b>Modalidade</b>	<b>Número de Operadoras</b>
Medicina de Grupo	23
Cooperativa Médica	17
Seguradoras	5
Filantrópicas	3
Autogestões	8

Fonte: ANS, 2005

Para cada operadora de plano de saúde selecionada foi solicitada uma amostra de dez contratos de cada um dos tipos de prestadores de serviços (Hospitais, Clínicas ambulatoriais e SADT) que representem os maiores gastos assistenciais da operadora. Após o envio, a ANS selecionava um contrato de cada tipo de prestador para analisar detalhadamente as cláusulas contratuais. Ou seja, cada operadora avaliada pelo programa teve pelo menos três contratos analisados em profundidade, sendo um de cada tipo de prestador. No final do programa, das 56 operadoras selecionadas em 2005, foi fiscalizado um total de 181 contratos, sendo 64 com entidades hospitalares, 58 com clínicas ambulatoriais e 59 com SADT.

### 3.4.2 Os Resultados do Programa de Fiscalização Olho Vivo

Todas as 56 operadoras fiscalizadas em 2005 pelo programa foram autuadas e tiveram auto de infração lavrado por apresentarem alguma inconformidade em relação às normas

vigentes. Para que fosse considerada uma infração, bastava que a operadora descumprisse uma única cláusula prevista nas Resoluções Normativas nº 42 e 54<sup>4</sup>.

A análise dos 181 contratos selecionados resultou em 1.127 de infrações às resoluções normativas da contratualização (RN nº 42 e 54). Dentre as inconformidades, destacam-se a discriminação de pacientes, a exclusividade na relação contratual entre operadora e prestador, e a ausência do número do registro do CNES no contrato (TABELA 5).

Ressalte-se a importância de ser esclarecido que o contrato entre as partes deve contemplar nas cláusulas de direitos e obrigações acerca da impossibilidade de discriminar paciente em função do plano de saúde que possua, embora seja permitida a hotelaria diferenciada, ou seja, a existência de acomodações diferenciadas de acordo com a modalidade de plano contratada. Além disso, o mesmo item proíbe a relação de exclusividade entre uma operadora de plano de saúde e um prestador de serviço.

Tabela 4 – Principais infrações identificadas nos contratos – Programa Olho Vivo

<b>Infrações</b>	<b>N.º de vezes em que as infrações foram verificadas</b>	<b>Frequência</b>
Discriminação de pacientes e exclusividade na relação contratual	129	11,5%
Ausência de registro do prestador no CNES	103	9,2%
Identificação de beneficiários na rescisão	96	8,5%
Prazo para notificação de rescisão	77	6,9%
Dados assistenciais	76	6,8%
Regime de atendimento	75	6,7%
Prioridade de atendimento	73	6,5%
Critério de Reajuste	72	6,4%
Rotina para Auditoria	68	6,1%
Registro na ANS	54	4,8%

Fonte: ANS, 2005

Os resultados revelaram que para 45% do total de operadoras de planos de saúde avaliadas a principal dificuldade para adequar os contratos às Resoluções Normativas está relacionada com a falta de manifestação por parte dos prestadores de serviços às solicitações de análise das minutas contratuais. A tabela 6 abaixo apresenta as oito principais dificuldades encontradas pelo total de operadoras de planos de saúde na adequação às normativas.

<sup>4</sup> É importante destacar que cada contrato inadequado pode gerar uma multa de R\$ 35 mil para a operadora, conforme previsto no artigo 43 da RN nº 124 de 2006 (ANS, 2006).

Tabela 5 – Principais dificuldades encontradas pelas operadoras de planos de saúde na adequação dos contratos às Resoluções Normativas da Contratualização, por modalidade

Dificuldades encontradas	Total	Medicinas	Cooperativas	Seguradoras	Autogestão
		de Grupo	Médicas		
Prestadores não se manifestam quanto às minutas	45%	58,8%	20%	80%	40%
Valores dos serviços	22,5%	17,6%	30%	20%	20%
Negociação com entidades específicas*	20%	23,5%	10%	20%	20%
Índice de reajuste	17,5%	23,5%	10%	NM	20%
Não houve dificuldades	12,5%	5,9%	20%	NM	20%
Implantação da CBHPM	10%	23,5%	NM	NM	NM
Registros no CNES	5%	NM	20%	NM	NM
Operadora não tentou a adequação	5%	NM	NM	NM	20%

\*Negociações com entidades sindicais, com associações, organizações e cooperativas de prestadores de serviços ou com prestadores de serviços de grande porte. NM: Não houve manifestação. Fonte: ANS, 2005

No que tange às condutas de infração, boa parte das operadoras de planos de saúde alegou divergências na interpretação das cláusulas adotadas pela equipe de fiscalização dos contratos. Das 880 alegações por parte das operadoras catalogadas pela ANS, 37,6% se referiam à avaliação inadequada por parte dos fiscais, uma vez que as exigências das Resoluções Normativas estavam contidas no item “Cláusulas e/ou aditivos contratuais”.

Cabe ressaltar que 6,8% das alegações continham justificativas que responsabilizavam os prestadores de serviços pelo descumprimento das normas, o que gerou uma proposta de fiscalização voltada para estes, com base no 4º artigo, inciso XXXI, da lei nº 9.656/2001, que afirma a autoridade da agência para “requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas” (BRASIL, 2001). Essa proposta visa a introduzir nos próximos programas de fiscalização da contratualização um espaço para que os prestadores de serviços informem os motivos de recusa, início ou continuação das negociações com as operadoras de planos de saúde no sentido de se adequar às exigências das Resoluções Normativas.

Para a análise da formalização dos contratos, ou seja, sobre a existência de contratos formais entre as partes, foram solicitados às operadoras no mínimo dez contratos para cada tipo de prestador (Hospitais, Clínicas Ambulatoriais e SADT). Esperava-se a entrega de 1.680 contratos (solicitação de 30 contratos para as 56 operadoras da amostra). No entanto, o número de contratos recebidos foi inferior ao esperado (1.601 ou 95,30% do esperado). Nesse sentido, o relatório do programa afirma que 79 prestadores de serviços não possuíam contrato

formal com a operadora de plano de saúde (34 clínicas ambulatoriais, 26 SADT e 19 hospitais).

A análise comparativa entre as modalidades de operadoras revela que as cooperativas médicas possuem o maior número de irregularidades (33 prestadores sem contrato formal), seguida pelas autogestões não patrocinadas (28) e pelas medicinas de grupo (18).

É importante destacar que esses resultados do Programa Olho Vivo podem ser subestimados, uma vez que a amostra de fato analisada (aproximadamente três contratos por operadora) é muito pequena, visto que algumas operadoras da amostra chegam a possuir 30 mil contratos em sua rede de serviços. Para sanar essas distorções, a ANS propôs que as operadoras atuadas regularizassem a totalidade de seus contratos por meio de um Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC).

Esse instrumento, previsto na lei 9.656/98, permite a suspensão do processo administrativo antes da aplicação de uma determinada penalidade, se a operadora assinar um termo de compromisso de ajuste de conduta perante a diretoria colegiada da agência. O TCAC possui eficácia de título executivo extrajudicial, ou seja, obriga a operadora a cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração, corrigir as irregularidades, com indenização dos prejuízos decorrentes. Em síntese, as operadoras que aceitaram abrir o processo de TCAC tiveram sua sanção suspensa pela ANS, não sendo, portanto, multadas.

Segundo um representante da ANS, durante os anos 2005 e 2006 foram atuadas 68 operadoras por meio da fiscalização do programa Olho Vivo. Destas, 56 se dispuseram a assinar o TCAC em 2012. A minuta do termo exige das operadoras a adequação dos contratos para totalidade de prestadores de sua rede, inclusive os identificados durante o processo de fiscalização. Os resultados não se revelaram animadores, pois algumas operadoras no decorrer desse processo entraram em regime de direção fiscal, outras foram liquidadas, o que impossibilitou a assinatura do TCAC. Além disso, em alguns casos as operadoras não aceitaram assinar o termo, ou seja, optaram por receber a multa para recorrer posteriormente. Até dezembro de 2012 nenhuma operadora tinha ainda assinado o TCAC com a ANS.

A execução desse programa de fiscalização da contratualização revelou à ANS algumas dificuldades no processo, principalmente decorrentes da restrição de atuação direta da agência nos prestadores de serviços, situação que, segundo a nota técnica do programa, dificulta a rápida implantação das resoluções normativas, devido à resistência por parte dos prestadores no processo de adequação dos contratos. Nesse sentido, em nota técnica a agência sugere a necessidade de flexibilidade no estabelecido pelas Resoluções Normativas,

principalmente no sentido de incluir os prestadores na discussão sobre a viabilidade para a construção de novas regulações contratuais (ANS, 2006a). Ou seja, o processo de fiscalização da agência é caracterizado por movimentos de tentativas e erros, planejamento e replanejamento, em muito justificados pela assimetria de informação existente, já que a agência desconhece o conteúdo dos contratos.

Após quase cinco anos da edição do programa Olho Vivo, a ANS implantou um novo programa com a finalidade de fiscalizar especificamente os contratos estabelecidos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, como veremos a seguir.

### 3.4.3 Programa de Monitoramento da Contratualização

Em 2010 foi criado um programa de fiscalização específico, denominado Programa de Monitoramento da Contratualização (PMC), desenvolvido pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência (DIDES). Além disso, foi criada por meio da Resolução Normativa de nº 197, em 2009, a Gerência de Relações com os Prestadores de Serviços (GERPS), encarregada de “implementar, organizar e coordenar, por meio de programa específico, o monitoramento proativo dos instrumentos jurídicos celebrados pelas operadoras com prestadores de serviço” (ANS, 2009, art. 23).

O PMC tinha como objetivo principal fiscalizar a existência de contrato formal entre as operadoras e seus prestadores de serviço de acordo com o estabelecido pelas normativas vigentes. Para tanto, foram analisados itens como: critério de reajuste, forma e periodicidade claramente definidas; valores dos serviços e insumos contratados; rotina de auditoria e prazos e procedimentos para faturamento e pagamento.

Para participar desse programa foram selecionadas as 30 maiores operadoras de planos de saúde (segundo o número de beneficiários) do país, ou seja, partiu-se do pressuposto de que quanto maior o número de beneficiários em uma operadora maior o número de prestadores em sua rede de serviços. Além disso, foram excluídas as operadoras que estavam em processo de ajuste de conduta proposto pelo programa Olho Vivo. A amostra do PMC correspondeu a aproximadamente 32% do mercado em número de beneficiários.

A análise dessa amostra foi dividida em três anos: dez operadoras foram fiscalizadas em 2010, dez em 2011 e dez em 2012. No total foram fiscalizadas cinco seguradoras, dez

cooperativas médicas, cinco medicinas de grupo, duas autogestões, sete odontologias de grupo e uma cooperativa odontológica. Para a condução da análise foram solicitados doze instrumentos contratuais para cada operadora selecionada (três contratos firmados com hospitais, três com prestador de SADT, três com clínicas ambulatoriais e três com profissionais da saúde), com exceção das operadoras odontológicas, às quais foram solicitadas a entrega de três contratos com clínicas e três com profissionais de saúde. Também como no programa anterior, os contratos selecionados para o envio deveriam representar o maior volume de despesa assistencial.

É importante destacar que, segundo o representante da ANS, outras operadoras (além das previamente selecionadas) foram incluídas no PMC, devido às denúncias de irregularidades nos instrumentos contratuais encaminhadas por prestadores hospitalares, médicos ou por suas representações, após análise da ANS, ou seja, para seus representantes é importante que o desenho de novos programas de fiscalização contemple uma seleção proativa das operadoras pela ANS, mas que também mantenha a inclusão de operadoras por meio das denúncias que são encaminhadas pelos Núcleos Regionais da ANS, que são os responsáveis pela apuração das denúncias encaminhadas à agência.

#### 3.4.3.1 Os Resultados obtidos no Programa de Monitoramento da Contratualização

Nos três anos de execução do PMC, foram analisados 312 contratos entre operadoras e prestadores de serviços de todo o país, sendo 66 com hospitais, 90 com clínicas ambulatoriais, 66 com prestadores de SADT e 90 com profissionais da saúde vinculados a consultório.

Segundo o representante da ANS, todos os contratos analisados possuíam algum item em desacordo com as normativas vigentes (RN nº 42, 54 e 71). As operadoras foram notificadas sobre as inconsistências identificadas e receberam um prazo da agência para se adequarem às normas. O fluxo da fiscalização dos contratos pela ANS está descrito na figura 8 a seguir.

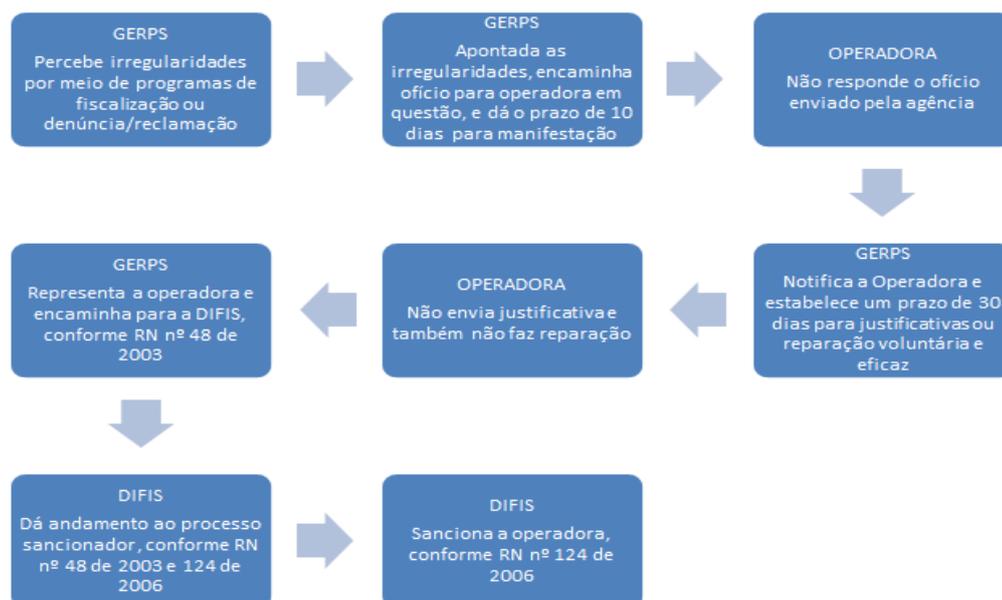


Figura 8 – O fluxo da fiscalização dos contratos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Fonte: Elaboração da autora

Como resultado da fiscalização, observou-se que das 30 operadoras notificadas cinco fizeram adequações em seu instrumento jurídico e três ficaram com pendências na questão do reajuste. Por outro lado, 22 (73,3%) foram representadas, ou seja, não tomaram nenhuma atitude após a notificação da ANS. Essas infrações representam financeiramente R\$ 276.092, segundo a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), que é o órgão da agência responsável por instaurar e conduzir o processo administrativo de apuração de infrações e também de aplicar sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, conforme ilustrado na figura acima. Infelizmente, não se sabe se as punições foram aplicadas, uma vez que a ANS não divulga nenhuma informação acerca do assunto. Esse questionamento foi encaminhado ao órgão responsável, mas até o presente momento não foi obtida nenhuma resposta.

É importante destacar que grande parte das representações está relacionada com o não cumprimento da RN nº 71/2004 (que regulamenta os contratos entre operadoras e profissionais de saúde) pelas cooperativas médicas, no que tange ao relacionamento com seus cooperados. Segundo representante da ANS, no caso das cooperativas médicas, elas devem disciplinar a atuação de seus cooperados por meio de seus estatuto, regulamento, regimento interno ou qualquer outro documento que satisfaça às exigências da RN. Nesse sentido, a Súmula Normativa da ANS nº 20 de 2011 estabelece que, se os critérios de reajuste (contendo forma e periodicidade) forem informados de maneira clara e precisa durante a Assembleia Geral Ordinária, considera-se que a RN nº 71 foi atendida pela operadora. Ou seja, o fato de

as cooperativas médicas não terem contrato estabelecido com os médicos cooperados por estes serem os donos da cooperativa levou a ANS a estabelecer uma forma para essa modalidade consolidar formalmente e legalmente as questões do reajuste. É interessante observar que a agência buscou uma forma de contemplar as especificidades dessa modalidade de operação de planos de saúde.

Segundo as informações levantadas nas entrevistas com representantes da ANS, as principais cláusulas em desacordo verificadas no PMC foram:

- 1) **Reajuste:** o contrato não contempla a explicitação de critérios de reajuste: a falta da definição de um reajuste é apontada como a questão mais polêmica, pelas dificuldades de se chegar a um acordo durante o processo de negociação.
- 2) **Fluxo de informações:** o contrato não explicita o fluxo de informações (execução de procedimentos e faturamento) a ser utilizado: em muitos casos a troca de informação se dá fora de um sistema (TISS).
- 3) **Valores dos serviços prestados:** falta de clareza no contrato sobre os valores dos serviços praticados.
- 4) **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):** ausência do número do CNES do prestador no contrato.
- 5) **Regras de rescisão e renovação do contrato:** o contrato não explicita as condições em que o contrato pode ser rescindido ou renovado.
- 6) **Medicamentos:** os contratos não contemplam as especificações dadas pela RN nº 241, ou seja, o contrato não possui: a lista dos medicamentos de uso exclusivo em hospitais, os valores de referência utilizados e os gastos com armazenamento e distribuição.
- 7) **Atendimento de urgência e emergência:** o contrato possui cláusulas que estabelecem regras para dificultar o acesso ao atendimento de urgência e emergência, o que é proibido pela resolução CONSU nº 13 de 1998.
- 8) **Relação contratual de exclusividade:** esse problema é muito comum nas relações estabelecidas entre as cooperativas médicas e seus cooperados, uma vez que seu estatuto sinaliza que o médico cooperado não deve atender beneficiários de outras operadoras, o que é vedado pela ANS.

Embora não tenha sido possível quantificar neste trabalho as principais cláusulas em desacordo com as regulamentações, uma vez que a ANS não disponibiliza essas informações,

as entrevistas com os representantes da agência sinalizam os desafios para o cumprimento da regulamentação, que serão apresentados abaixo.

O primeiro desafio se refere ao cumprimento da Resolução Normativa nº 241 de 3 de dezembro de 2010, que estabeleceu a necessidade de as operadoras reverem seus contratos com os prestadores de serviços, com o objetivo de incluir no instrumento jurídico o valor ou a referência dos medicamentos utilizados de uso restrito a hospitais e clínicas. Além disso, no contrato necessita estar especificada qual será a remuneração do prestador pelo serviço de “seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos”, remuneração que não envolve a margem de comercialização dos medicamentos, mas sim o valor do preço do serviço prestado (ANS, 2010).

Embora a intenção da norma seja auxiliar na reversão do atual modelo de pagamento dos medicamentos que proporciona a possibilidade de obter margens de lucro abusivas, é importante considerar que a revisão de todos os contratos para incorporação desses itens representa dificuldades administrativas e operacionais tanto para as operadoras, quanto para os prestadores de serviços.

Além disso, outros desafios se relacionam com a dificuldade no estabelecimento de regras claras para a rescisão do contrato, situação que pode provocar o descredenciamento imotivado, de critérios bem-estabelecidos que evitem dificuldades no momento em que o usuário acessa os serviços de urgência e emergência. Outro ponto mencionado se refere à imposição de relação contratual de exclusividade, ou seja, todas essas questões são fundamentais para a proteção dos usuários no acesso aos serviços de saúde e para garantir a continuidade do tratamento no prestador de serviço vinculado ao plano de saúde no momento em que o usuário realizou a contratação.

Na questão do estabelecimento de contrato de exclusividade (unimilitância) entre operadora e prestador de serviço, mais uma vez as características de operação das cooperativas inviabiliza o cumprimento das resoluções da ANS. Destaca-se que o inciso III do artigo 18 da lei nº 9.656/1998 proíbe as operadoras de planos de saúde de impor a relação de exclusividade e de restringir a atividade profissional. Entretanto, a lei que instituiu as cooperativas exige a relação de exclusividade com o cooperado. No entanto, ainda há divergência sobre a proibição da unimilitância. Segundo o CADE, a utilização de cláusula de exclusividade impede a entrada de outros concorrentes no mercado geográfico, afetando outros agentes econômicos que não conseguem manter um número aceitável de médicos

conveniados. Em decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), prevaleceu o entendimento de que a lei 9.656/1998 proíbe as operadoras, independentemente de sua natureza jurídica constitutiva, de impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional (STJ, 2010). Ou seja, este item da normativa contratual da ANS caminha no mesmo sentido da interpretação do Poder Judiciário e de órgão de defesa da concorrência.

Segundo a ANS, atualmente o PMC encontra-se em reformulação, no sentido de obter um maior efeito da ação regulatória, com a introdução de outro tipo de sanção além da pecuniária, com o estabelecimento de punições como a suspensão de comercialização, a inabilitação do gestor ou até direção técnica. Nesse sentido, é importante notar que a agência tem observado que a multa não é um instrumento eficaz para a punição das operadoras, uma vez que o processo para multar uma operadora se revelou bastante moroso (recursos legais e dificuldades internas).

Nesse contexto, percebe-se que a agência estabelece as regulamentações para o setor, mas possui certa fragilidade na atuação fiscalizatória frente ao tamanho e à complexidade do mercado de saúde suplementar. A ampliação de uma fiscalização proativa pela ANS depende da ampliação de recursos financeiros para poder aumentar principalmente o quadro de técnicos que atuam nos programas de fiscalização. Conforme já discutido, um setor mais regulado pelo Estado provoca uma elevação dos custos de operação do mercado (carga administrativa), afetando não somente as operadoras e os prestadores de serviços, mas também os consumidores, que acabam recebendo a transferência desses custos. A utilização da ferramenta de Análise de Impacto Regulatório prevê em suas etapas o processo para monitorar e avaliar os resultados da ação regulatória (SALGADO, 2010). Ou seja, previamente o órgão regulador deve definir os mecanismos de monitoramento capazes de medir, ao longo do tempo, a aderência dos regulados à nova regulamentação (BARRETO, 2011).

### 3.5 Os efeitos da ação regulatória contratual

#### 3.5.1 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção dos prestadores de serviços

Segundo a perspectiva dos prestadores de serviços (hospitalares e demais estabelecimentos de saúde), o segmento ainda não está totalmente contratualizado, ou seja, com todas as relações formalizadas por meio de instrumento jurídico contratual com as operadoras de planos de saúde, embora se reconheçam melhorias nesse quadro. Por outro lado, é observado que, nos casos em que já existiam os contratos, não houve um movimento de adequação segundo o estabelecido pelas normativas da contratualização (RN nº 42 e 54), conforme observado nas falas abaixo.

Dessa forma, notou-se que a principal preocupação dos hospitais e de outros estabelecimentos de saúde, segundo a visão de seus representantes, está mais direcionada à adequação do conteúdo dos contratos que são estabelecidos entre as partes.

Está longe de conseguir chegar a uma contratualização geral, ou seja, todos terem um contrato atualizado. Muitos têm o contrato, mas não respeitam as regras contidas nas Resoluções Normativas. Outro grupo não tem nem o contrato ainda. (Representante de Prestador 4)

Houve uma melhora da existência do contrato, muito pequena, mas houve. Eu trabalhei 18 anos em uma grande operadora, e alguns contratos de prestação de serviço entre operadora e prestador ainda estão assinados por mim. Ou seja, aquilo que eu assinei em 1984, 1985 e 1986, ainda conta como válido. (Representante de Prestador 2)

Também foi observado nas falas de representantes de prestadores de serviço hospitalar um discurso acerca da falta de espaço para discussão entre as partes durante a construção da primeira resolução normativa sobre a contratualização (RN nº 42/03), motivo pelo qual a resolução não teria sido cumprida pelo mercado. É importante ressaltar que, segundo um entrevistado, as discussões que ocorreram na CAMSS acerca da contratualização não foram consideradas suficientes para o debate do tema:

A Resolução Normativa nº 42 não pegou, porque não nasceu da discussão entre as partes. Primeiro ela simplesmente foi uma proposta de dentro da CAMSS, onde pouco se discutiu a respeito dela. Segundo, ela não estava em um terreno fermentado que fizesse com que ela fosse entendida por todos, era uma visão, em minha opinião, simplória de que isso de alguma forma ia dar segurança ao prestador. (Representante de prestador 5)

Segundo a perspectiva dos representantes da classe médica, ocorreram avanços tímidos no aspecto formalização do contrato entre as partes, embora em muitos casos o contrato formal do médico com a operadora não exista. Percebe-se na fala deste segmento uma grande preocupação para a formalização do instrumento jurídico entre as partes, que, conforme observado nas falas a seguir, não ocorreu de forma efetiva.

Conforme já discutido, a formalização de contratos com os profissionais médicos possui uma dificuldade maior, principalmente devido ao grande número de médicos que atuam na saúde suplementar (aproximadamente 170 mil). Nesse sentido, cabe destacar que a resolução normativa que trata sobre a contratualização com os médicos (RN nº 71) não foi objeto de investigação em um dos programas de fiscalização da ANS. É possível inferir que a seleção de uma amostra representativa desses profissionais traria bastantes dificuldades na operacionalização dessa fiscalização.

[...] os médicos pediam que tivesse um contrato formal, dos direitos e dos deveres, e que isso fosse assinado entre as partes. E isso aconteceu de maneira bastante tímida, ainda hoje é muito aquém do que desejamos. A ANS, embora essa normativa seja bem antiga, não acompanha. Quando você checar isso em algumas operadoras, você vai ver que muitas delas não têm contrato com o médico. (Representante de entidade médica 2).

Não existiu mesmo a figura jurídica do contrato, e isso continua. Eu, por exemplo, não tenho contrato assinado com a operadora. A maioria dos médicos não tem. É aquele contrato tácito, eu atendo e vocês me pagam. (Representante de entidade médica 1).

Porque eles têm na mão um instrumento que é a RN nº 71 de 2004, que prevê o padrão de um contrato entre operadoras e prestadores médicos. E esse padrão ou não existe no contrato hoje, ou esses contratos são letra morta. [...] (Representante de Entidade Médica 4)

A Resolução Normativa nº 71 não foi cumprida pelo famoso mercado, e a ANS foi insuficiente para fazê-la ser cumprida. Repetindo, ela foi azarada, foi publicada e o mercado não cumpriu. [...] (Representante de Entidade Médica 5)

Conforme já observado, a grande maioria dos representantes dos prestadores de serviços e a totalidade dos representantes das Entidades Médica acreditam que a regulamentação estabelecida pelas resoluções normativas não foram efetivamente cumpridas, pela dificuldade de formalizar o contrato com a operadora de plano de saúde ou de adequar os contratos já existentes para que as resoluções normativas vigentes da contratualização sejam cumpridas.

### 3.5.2 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção das Operadoras de Planos de Saúde

A percepção das operadoras difere totalmente da relatada pelos prestadores de serviço, apontando que as operadoras cumprem as resoluções normativas, principalmente no que tange à existência de contratos formais com as organizações hospitalares: “[...] não é possível imaginar um hospital de porte razoável operando sem um contrato com a operadora” (Representante de Operadora 1).

Além disso, ressalta que, na grande maioria dos casos, consta nos contratos uma cláusula de reajuste, conforme exigido pelas regulamentações vigentes (RN nº 42, 54 e 71), ou seja, os contratos estão de acordo, pois as normativas não exigem a obrigatoriedade de um índice para o reajuste. Por outro lado, na relação individual com os médicos, o representante afirmou que é estabelecida no mínimo uma assinatura em carta de adesão. Cabe destacar que, segundo a regulamentação vigente (RN nº 71), a simples assinatura de uma carta de adesão do médico à rede de serviços da operadora é insuficiente.

Para as operadoras, os avanços obtidos na formalização dos contratos não possuem ligação com as regulamentações estabelecidas pela ANS, pois já existia um movimento e uma ‘cultura’ de instituição de contrato formal com os prestadores, e a publicação das resoluções normativas contribuiu apenas no sentido de auxiliar na padronização dos contratos e na uniformização das regras:

[...] eu lhe garanto que a gente tem uma evolução, e eu não credito isso às resoluções, não, eu tenho que ser muito honesta. A gente já tinha essa cultura de contratualização [...]. O que a gente pode com as resoluções, talvez a gente tenha conseguido evoluir na questão da adequação à realidade atual de mercado, do mercado regulado, então, algumas regras foram uniformizadas dentro das resoluções, mas as resoluções não trouxeram para a autogestão a novidade da contratualização, porque já era regra [...] dessa relação ser formalizada. (Representante de Operadora 2)

Por outro lado, um entrevistado observou que em algumas modalidades de operadoras a formalização de contratos com os prestadores ainda é um desafio, sendo que em alguns casos, 60% a 70% dos contratos com a rede de serviços não cumprem as propostas das resoluções normativas.

Embora se reconheçam os avanços na formalização de contratos com os hospitais, a mesma coisa não ocorre com os profissionais médicos, em relação aos quais a situação ainda é crítica. Em algumas modalidades essa situação é um pouco melhor, como é o caso das Medicinas de Grupo. Isso se justifica pelo intenso movimento de verticalização nessa modalidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011), ou seja, com um maior número de serviços próprios, a operadora contrata o médico como celetista ou por ‘pacote’ previamente

estabelecido, o que reduz os problemas característicos de uma relação contratual de prestação de serviço. É importante destacar que nos casos em que o hospital possui o mesmo CNPJ da operadora, não é exigido desta o cumprimento das Resoluções Normativas de contratualização.

É interessante notar que não foi observada uma preocupação com o cumprimento das exigências por parte das representações de Cooperativas. No caso da Unimed isso se justifica pelo fato de os médicos serem cooperados, ou seja, não existe um contrato formal de prestação de serviço entre as partes. Além disso, cabe considerar que nos últimos anos a Unimed intensificou o processo de verticalização dos serviços hospitalares, com ampliação significativa de sua rede própria (situação que não exige o cumprimento das Resoluções Normativas).

Nesse sentido, o atual desenho regulatório, que não obriga as operadoras com serviços próprios a adotar contratos conforme o estabelecido pelas resoluções normativas, pode incentivar a verticalização, pois esta pode ser considerada como uma forma de escapar desse tipo de regulação da ANS. Além disso, as dificuldades na negociação com os prestadores também contribuem com o movimento de verticalização observado nos últimos anos, embora a principal justificativa para a adoção dessa estratégia seja a possibilidade do controle dos custos pela operadora.

Apesar da estratégia de verticalização propiciar certa flexibilidade frente às normativas da ANS na questão da contratualização, verificou-se um posicionamento contrário por parte de uma representação de operadoras sobre esse movimento. O apontamento é no sentido de que gerenciar um prestador é um negócio fundamentalmente diferente de administrar uma carteira de planos de saúde, ou seja, pode gerar riscos para ambos os negócios. Além disso, a verticalização pode conduzir a uma concentração de mercado e a uma diminuição da concorrência entre os prestadores.

Para Porte e Teisberg (2007), a “fusão de serviços ou empresas diferentes tende a nivelar a qualidade de serviços pelo menor valor. Sem competição há uma redução de qualidade dos serviços, com tendências de perda de complexidade e redução de investimentos em tecnologias mais caras”. Dessa forma, permanece a dúvida de se as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços não terão melhores resultados se focarem sua atenção em seus papéis, em vez de correrem o risco de provocar um conflito de interesses decorrente da junção de dois tipos de negócios tão diferentes.

Apesar de afirmar que a formalização de contratos – pelo menos com os maiores prestadores de serviço – é uma realidade nas operadoras de grande porte, não existe tanta certeza em relação à formalização no âmbito das operadoras de pequeno porte:

Eu acho, na minha sensibilidade, que as operadoras pequenas ainda têm contratos não adequados. [...] Eu acho que pegaria mais coisas muito pequenas, medicinas de grupo. As grandes já estão com o contrato formalizado. Se adequado ou não é outra questão. (Representante de Operadora 4)

Ou seja, segundo a percepção dos entrevistados, a grande maioria das operadoras de grande porte possui contratos formalizados, embora ainda sejam necessárias as adequações de conteúdo propostas pela regulamentação. As operadoras de pequeno porte ainda se encontram num estágio anterior, ou seja, precisam formalizar as relações com seus prestadores. Nesse sentido cabe lembrar que inexitem dados sobre os contratos nas operadoras de pequeno porte, uma vez que os programas de fiscalização já mencionados selecionaram para análise somente as de maior porte no mercado.

Os resultados dos programas apresentados anteriormente sinalizam um quadro de formalização de contratos com prestadores (com exceção dos profissionais médicos) no âmbito das grandes operadoras. Por outro lado, a totalidade dos contratos analisados apresentou alguma inadequação em seu conteúdo.

É importante ressaltar a heterogeneidade existente no mercado de saúde suplementar em relação às distintas modalidades de operadoras que atuam nesse setor, principalmente em relação ao porte das operadoras no âmbito do número de usuários vinculados e, conseqüentemente, quanto ao volume de prestadores credenciados.

A introdução de regulamentações que não considere as especificidades das diversas modalidades que operam no mercado pode dificultar o cumprimento das normas, conforme verificado nos casos das cooperativas médicas que não possuem contratos com os médicos cooperados, como já foi mencionado.

Ou seja, é importante que a agência atente para as peculiaridades das modalidades de operadoras no mercado de saúde suplementar no momento de produzir uma normativa e que também, em um próximo programa de fiscalização dos contratos, contemple na amostra algumas operadoras de pequeno porte, com o objetivo de compreender como a questão contratual se encontra de fato nessas operadoras.

### 3.5.3 Os primeiros resultados das Resoluções Normativas da Contratualização segundo a percepção da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Para a ANS, verificaram-se avanços significativos na formalização de contratos entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviço após regulamentação. Segundo os entrevistados, antes da publicação das resoluções normativas eram ‘raros’ os prestadores que formalizavam o relacionamento por meio de um contrato com a operadora, pois, na maioria das vezes, prevaleciam as relações informais, que geram um ambiente de insegurança para os beneficiários no aspecto da garantia de atendimento nos prestadores que compõem a rede assistencial da operadora.

No que tange à capacidade de fiscalização da ANS para o cumprimento das regulamentações, um entrevistado refere uma grande dificuldade relacionada ao tamanho desse mercado:

Porque a dificuldade da agência em fazer valer essa resolução é muito grande. Veja que só de médicos são 400 (na realidade são 170 mil) na saúde suplementar, ou seja, você pega isso com o número de operadoras que são mil, você faz uma análise combinatória para saber que é um número grande de contratos, que não dá para controlar e verificar todos. Dá para fazer por amostragem, que é o que a gente está fazendo agora. Foi criado um programa de monitoramento de contratos, e nós pegamos as maiores operadoras, e pegamos alguns contratos e estamos analisando [...]. (Representante da ANS 1)

Em síntese, a ANS destaca que não ocorreu uma efetiva aderência do mercado de saúde suplementar no cumprimento dessas Resoluções Normativas, principalmente no âmbito da adequação do conteúdo que deve constar nos contratos.

Por outro lado, foi possível observar, pela fala dos entrevistados e pelos resultados dos programas, que a prática dos contratos evoluiu ao longo dos anos, embora ainda ocorram casos em que o contrato formal entre a operadora e o prestador de serviço não exista, principalmente no caso dos médicos e dos prestadores de menor porte.

Novamente se percebe como as especificidades existentes no setor de saúde suplementar influenciam no cumprimento de uma ação normativa. Nota-se que o estabelecimento de contrato evoluiu de forma diferente em cada tipo de prestador de serviço, em fases distintas.

No caso dos hospitais e serviços de SADT, a formalização dos contratos evoluiu com mais facilidade, embora persistam os desafios de adequar o conteúdo dos contratos às

resoluções, principalmente nos estabelecimentos de menor porte e pouco poder de negociação. No caso dos médicos, houve pouca evolução na formalização dos instrumentos contratuais, e ainda ocorrem divergências sobre o conteúdo que deve constar nos contratos.

#### 3.5.4 Conflito entre os atores sobre a regulamentação estabelecida nas resoluções normativas de contratualização

Em síntese, observou-se que a percepção dos principais atores que compõem a saúde suplementar é divergente sobre a questão da regulação dos contratos. Na perspectiva das operadoras há a percepção de que o mercado se encontra em um estágio avançado de formalização e negociação dos contratos, principalmente com os grandes prestadores, sendo o maior desafio a manutenção da livre negociação como forma de reajuste dos contratos, conforme evidenciado na fala a seguir de um representante de operadora: “Não vejo como a ANS atuar nessa questão, tem que ser a livre negociação.” (Representante de Operadora)

Pelo lado dos prestadores, ainda há muitos conflitos para serem sanados no âmbito dos contratos, desde a formalização de um contrato formal, principalmente para os médicos e prestadores de pequeno porte, até a adequação do conteúdo dos contratos já existentes, para que cumpram as exigências estabelecidas nas resoluções da agência. Inclusive, houve um volume maior de manifestação dos prestadores de serviços acerca da necessidade de sanar os conflitos existentes entre as partes.

A ANS tem uma percepção semelhante à apresentada pelos prestadores de serviços, ou seja, valida as reivindicações dos prestadores sobre a necessidade de melhorar a formalização e o conteúdo dos contratos.

Para a ANS a adequação dos contratos segundo as regulamentações estabelecidas é um caminho para a resolução dos conflitos entre as partes, ou seja, um contrato bem-elaborado, após o processo de negociação, é um instrumento para reduzir os conflitos durante seu período de validade.

Com relação ao cumprimento e à redação da regulamentação estabelecida nas Resoluções Normativas, segundo representante da ANS, os principais conflitos se concentram em três pontos:

- a) Reajuste do contrato: o contrato deve contemplar os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;
- b) Prazos de pagamento: definição de prazos e procedimentos para o faturamento dos serviços prestados; e
- c) Estabelecimento de rotina para auditoria técnica e administrativa: descrição clara dos eventos médicos, clínicos e cirúrgicos que necessitam de autorização prévia da operadora.

Dentre os pontos acima citados, a questão do reajuste destaca-se como principal ponto de conflito entre operadoras e prestadores. Para os prestadores, de fato a regulamentação gera problemas ao não detalhar em seu texto como deve ser estabelecido esse reajuste. Como resultado se observou que muitas operadoras inseriram em seus contratos cláusulas de reajuste de acordo com a livre negociação entre as partes ou segundo o desempenho financeiro da empresa, assim a ausência no estabelecimento de um índice de reajuste previamente não confere garantias aos prestadores:

Esta RN (**nº71/04**) continha uma cláusula que dizia que os contratos devem ter um critério e uma periodicidade de reajuste. [...] Só que as empresas burlaram essa determinação, ou não cumpriram, ignoraram por completo. Ou aquelas que atenderam, atenderam de maneira muito vaga. Colocavam nesse item que o reajuste será de acordo com a possibilidade financeira da empresa. (Representante de Entidade Médica 4)

Ou não se tem contrato, ou os contratos são ineficazes, porque não tem nada ali que crie mecanismos eficientes de reajuste para os médicos, só para ficar em um dos aspectos principais disso. (Representante de Entidade Médica 5)

[...] se você tinha um contrato antes, esse contrato não rezava como seria feito o reajuste, como qualquer outro contrato que você tenha por prestação de serviço. Se você for contratar qualquer serviço, você terá uma cláusula de reajuste. E dentro dos contratos dos prestadores essa cláusula era livre negociação. (Representante de Prestador 4)

E surgiu um jargão que, todo contrato que a operadora mandava para o prestador, ele vinha na cláusula de reajuste, que o [...] reajuste será definido de comum acordo entre as partes. Então você tem o lado forte e o lado fraco. O lado forte é a operadora, e o lado fraco é o prestador ou o conjunto de prestadores, clínicas, hospitais e laboratórios. Quando a operadora não aceita, não tem comum acordo, não há consenso, então não tinha reajuste. (Representante de Prestador 2)

[...] você simplesmente fazia os contratos e quando tinha lá as discussões a respeito dos reajustes, ela (**essa discussão**) não existia, dizia que as partes iriam se reunir, mas não dava garantia nenhuma. (Representante de Prestador 5)

E as operadoras todo ano então têm um aumento garantido, e os médicos não têm. Ocorre no congresso nacional, está na última comissão, já está em andamento adiantado um projeto de lei que retoma essa atribuição para um órgão do governo federal competente, nesse caso seria a ANS, para, esgotado o prazo de 90 dias para uma negociação com as operadoras e os médicos, não havendo acordo, o órgão federal competente balizaria o aumento. (Representante de Entidade Médica 5)

Ela não tem o reajuste dos planos? Por que não o mesmo índice que o usuário paga anualmente? Só que eles não aceitam isso. (Representante de Entidade Médica 1)

Por parte dos prestadores, além da insatisfação com a cláusula de reajuste, também foi mencionada a questão dos processos para pagamento e recebimento, conforme evidenciado na fala abaixo. A falta de clareza no estabelecimento de prazos de pagamento e na forma de recebimento dos serviços prestadores também é um ponto de conflito entre as partes.

O não-estabelecimento de critérios claros nesses dois aspectos pode ocasionar demora no pagamento aos prestadores, além de incentivar a criação de mecanismos de auditoria que diminuam os valores do pagamento dos serviços que foram prestados (glosas).

Você tinha uma letra morta, porque ela não regulava claramente esses pagamentos, ela não estruturava esse processo de reajuste. Ou seja, era um contrato que você tinha o instrumento jurídico de relacionamento, porém, ele não lhe dava muitas garantias de, primeiro: continuidade do trabalho prestado, ele podia ser rompido a qualquer hora, não lhe dava garantia de recebimento, e não lhe dava garantia de reajuste. Que contrato é esse? (Representante de prestador de serviço 5)

É problema de glosa, de dificuldade de receber, porque as empresas retardam muito o pagamento, eles não informam o motivo da glosa, eles não informam exatamente o que foi pago e o que não foi pago. Enfim, a gente tem muita dificuldade em ter informações sobre o que aconteceu com a conta que a gente enviou. Então, a gente tinha propostas do tipo: se atrasou o pagamento, eles devem fazer uma correção pela inflação do período, coisas assim, que a ANS não acatou a grande maioria. (Representante de Entidade Médica 4)

Por outro lado, as operadoras defendem que os reajustes devem ser orientados pela livre negociação, conforme evidenciam as falas a seguir:

Só que essa livre negociação, se você pensar na parte de estrutura, foi muito bem bolada. Porque a livre negociação ela permitiria que você respeitasse cada especificidade do seu prestador. Como tudo tem os dois lados, você tem o bom contratante e o mau contratante. (Representante de Operadora 4)

Uma das questões que nós não conseguimos consenso foi nessa parte de revisão dos contratos, nós concordamos da revisão anual, mas concordamos que essa revisão teria que ser livre negociação. (Representante de Operadora 2)

A posição da ANS com relação ao reajuste foi de que os programas de fiscalização evidenciaram principalmente a falta de critérios de reajuste claros e objetivos, e que a cláusula constando a livre negociação entre as partes não foi suficiente para amenizar o conflito entre operadoras e prestadores, destacando que a maioria dos prestadores possui um menor poder de negociação frente às operadoras.

Então ficou claro na fiscalização que tínhamos problemas de toda ordem, falta de contrato, contrato mal-escrito, mas o principal problema identificado foram os critérios de reajustes, que na resolução lá atrás já diziam que tinham que ser claros e objetivos. Então você tinha, por exemplo, critério de reajuste que era livre negociação, vale o que eu negociar, e se não tiver negociação é o que eu disser, nesse caso é um contrato que claramente privilegia quem tem mais poder de barganha, que na maioria dos casos são as operadoras. Então, continua até hoje o conflito principalmente entre médicos e operadoras, porque você não tem um contrato descrito que pacifique aquilo. (Representante da ANS)

Nesse sentido, com relação ao processo de negociação, os prestadores de serviço alegam que este era baseado em contratos ‘leoninos’, unilaterais e orientados pelas imposições das operadoras, não vigorando, portanto, o princípio da negociação entre as partes. Além disso, alguns prestadores também reclamaram da falta de resposta das propostas de contratos que eram encaminhadas para as operadoras de planos de saúde.

Muitos prestadores mandavam o modelo de contratos deles, porém, as operadoras nem resposta davam. A operadora mandava o dela, as entidades médicas e hospitalares analisavam, faziam as correções, as alterações contratuais e mandavam de volta. E ninguém mais dava resposta. (Prestador de Serviço 2)

Na Resolução Normativa dizia livre negociação, e isso chamava não ter reajuste. O fato de ter a livre negociação era reajuste zero. (Prestador de Serviço 4)

No entanto, é interessante ressaltar que, segundo dados do programa de fiscalização Olho Vivo, a principal dificuldade alegada pelas operadoras de planos de saúde para a adaptação dos contratos às resoluções normativas está relacionada com a falta de manifestação por parte dos prestadores de serviços a respeito das minutas contratuais encaminhadas pela operadora, ou seja, existe uma divergência em relação à fala dos prestadores.

Nesse caso, em relação ao fato de o programa de fiscalização da ANS ser focado em informações repassadas pelas operadoras, a agência não investigou as principais dificuldades para a adequação às normas sob a perspectiva dos prestadores de serviços.

A questão do critério de reajuste será abordada com mais profundidade na discussão do item a seguir, que abordará a criação de uma nova normativa da ANS com o intuito de tornar mais claro o item das resoluções normativas que trata sobre os reajustes contratuais.

### 3.6 A obrigatoriedade da inclusão de forma e periodicidade nos contratos: a Instrução Normativa nº 49

Conforme já observado em item anterior, os programas de fiscalização da ANS encontraram irregularidades em todos os contratos fiscalizados nas operadoras de planos de saúde de grande porte. Segundo a ANS, o principal problema detectado foi o critério de reajuste adotado nos contratos, que não estavam claros e objetivos para a agência. Na análise das falas dos representantes foi possível verificar que realmente as primeiras Resoluções Normativas não contribuíram para resolver o conflito que existe entre as partes na questão do reajuste dos contratos.

Além das irregularidades nos contratos observadas pelos programas de fiscalização da ANS, havia um contexto de forte movimento das entidades médicas realizado principalmente em 2011 e 2012, com paralizações por todo o país, situação que causou repercussão na imprensa e, conseqüentemente, uma pressão para que a ANS atuasse novamente nessa questão.

No ano de 2011, por exemplo, ocorreram duas paralizações em nível nacional do atendimento aos usuários de planos de saúde, que foram realizadas nos dias 7 de abril e 21 de setembro, além de outras paralizações regionais e por especialidades.

Em 2012, ocorreu a primeira mobilização nacional do ano contra as empresas de planos de saúde no dia 25 de abril. Nesse mesmo dia três entidades médicas (CFM, AMB e Fenam) entregaram para a ANS um documento com quinze propostas contendo os critérios considerados adequados para a categoria médica na contratualização com as operadoras de planos de saúde.

As propostas defendidas pelas entidades de classe médica que foram entregues à ANS serão apresentadas na íntegra a seguir:

1. Toda entidade médica legalmente constituída poderá negociar com as operadoras em nome de seus jurisdicionados, sem exclusão de uma pelas outras.

2. Obrigatoriamente, haverá uma data-base anual nacional estabelecida para reajuste ou aditivos contratuais com redefinição dos valores dos serviços contratados, segundo os critérios estabelecidos na negociação coletiva anual entre a operadora e a representação dos prestadores.

§1º O critério de remuneração mínima terá como valor a CBHPM em vigor.

§2º O índice de reajuste anual, quando não houver negociação, será o mesmo fixado pela ANS para os usuários de planos de saúde.

3. Os serviços prestados deverão ser efetivamente pagos em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico, o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento.

4. O atraso no pagamento obrigará a operadora ao pagamento de multa e a atualização monetária.

5. Não serão admitidas glosas de procedimentos médicos realizados que estejam no Rol da ANS ou da operadora ou que tenham sido objeto de autorização prévia, bem como de qualquer desconto indevido.

6. As glosas que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão notificadas ao prestador em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador.

7. Os contratos serão firmados entre os prestadores médicos PF ou PJ.

8. Os médicos poderão prestar seus serviços como PF ou PJ, de acordo com o profissional, vedado o constrangimento de migrar de uma para outra situação.

9. Os contratos deverão estabelecer o local de atendimento do profissional aos usuários da operadora.

10. Os pagamentos devidos ao prestador pela execução de serviços e unidades de saúde deverão ser efetuados diretamente ao profissional, pela operadora. Excetuam-se os casos de médicos contratados diretamente pela Unidade. Parágrafo Único: os atendimentos realizados entre as 19h e as 7h durante a semana e em finais de semana e feriados, sem prejuízo do disposto no caput, serão remunerados com acréscimos de 30%.

11. Fica vedado o descredenciamento de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro.

§ 1º No caso de descredenciamento, o médico será notificado com 90 dias de antecedência e, caso seja motivado por redimensionamento da rede, deverá ter o aval da ANS.

§ 2º A inobservância do caput implicará a reintegração no trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviços.

12. As partes se obrigam a respeitar e abrigar nos contratos o Código de Ética Médica e Resoluções amparadas em lei, emanadas dos Conselhos.

13. O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o do local da prestação do serviço médico.

14. A operadora fornecerá aos prestadores médicos o extrato mensal detalhado da prestação dos serviços incluindo as glosas.

15. A Operadora de Plano de Saúde disponibilizará um canal direto de comunicação do prestador médico com a coordenação médica da operadora.

Em resumo, as principais reivindicações entregues pelas entidades médicas à ANS podem ser definidas em quatro tópicos:

- 1) **Reajuste de honorários:** recuperação das perdas financeiras dos últimos anos em consultas e procedimentos.

- 2) **Contratos:** Adoção de critério de reajuste com índice definido e periodicidade estipulada de no máximo 12 meses. Estabelecimento de critérios para credenciamento, desc credenciamento, glosas e pagamentos.
- 3) **Hierarquização:** Determinação da CBHPM como referência para o processo de hierarquização instituído pela ANS. O percentual de reajuste será o mesmo para consultas e todos os procedimentos.
- 4) **Legislação:** apoio aos projetos de lei que exigem o reajuste dos honorários médicos (PL 380/00 e PL 6964/10) e que colocam a CBHPM como referência no mercado de saúde suplementar (PLC 39/07).

Dentro deste cenário, segundo as operadoras, no início de 2012 a ANS convocou as representações das operadoras de planos de saúde para informar que a livre negociação não era suficiente como critério de reajuste, pois não trazia clareza, e havia, portanto, a necessidade de haver um referencial mínimo para a revisão dos contratos com os prestadores de serviços. Segundo a ANS, a livre negociação é um meio e não uma forma de reajuste.

Diante desse contexto de forte pressão das entidades Médicas, em 2011 e no início de 2012 a ANS, após quase dez anos da edição das primeiras Resoluções Normativas sobre a contratualização, edita, no dia 17 de maio de 2012, uma Instrução Normativa (IN nº 49/2012) para esclarecer e regular o ponto de maior conflito nessa relação: o reajuste dos contratos.

A IN nº 49 regulamentou a forma e a periodicidade do reajuste, conforme disposto na alínea “c” do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas – RN nº 42, nº 54 e nº 71. A instrução definiu que no contrato deve existir de forma clara, objetiva e de fácil compreensão, a periodicidade do reajuste, ou seja, o intervalo de tempo cujos termos inicial e final são demarcados para efetivação do reajuste.

Deve constar também a forma do reajuste, que é como será realizada a correção dos valores dos serviços contratados. A instrução normativa permite a livre negociação entre as partes, desde que esteja estabelecido no contrato, em caso de não acordo, um das seguintes formas de reajuste: índice vigente e de conhecimento público; percentual prefixado; variação pecuniária positiva; e fórmula de cálculo para reajuste.

Como a ANS não realiza consulta pública para a elaboração de Instrução Normativa, a IN nº 49 foi editada sem consultar todas as partes interessadas que compõem o mercado de saúde suplementar. Foi realizada consulta interna com as representações das operadoras e dos prestadores em uma reunião técnica convocada pela diretoria da agência.

Segundo a percepção dos representantes de operadoras, prestadores, e até da ANS, a construção da IN nº 49 foi realizada sem uma ampla discussão com todas as partes interessadas, conforme evidenciam as falas a seguir:

Não foi uma consulta ampla, não foi uma consulta pública, foi o que a gente chama de câmara técnica, e ela foi limitada de fato, não foi algo grande. (Representante da ANS 1)

Essa IN nº 49 não foi discutida com ninguém. Ela foi gestada dentro da ANS, e soltou para o público sem nenhum tipo de consulta. Pode até ter tido coisas pontuais, mas não houve formação de grupo. (Representante de Prestador 4)

Não é que não ouviram ninguém, mas também não houve na mesma intensidade como foi na RN nº 42. (Representante de Prestador 3)

Houve espaço, nós levamos uma série de propostas que não foram atendidas na íntegra. (Representante de Entidade Médica 4)

O processo de elaboração da IN nº 49 foi interno, dentro da ANS. Nós tomamos conhecimento dela, mas foi um processo interno da ANS. (Representante de Entidade Médica 5)

Normalmente quando não é objeto de consulta pública, o mercado não toma conhecimento da proposta antes dela divulgada. Então, o que teve, sim, foi que a ANS pediu que as operadoras encaminhassem sugestões de cláusulas de reajuste, mas acho que, como ela não passou por consulta pública, não houve oportunidade de manifestação pelo lado das operadoras. (Representante de Operadora 1)

### 3.6.1 A percepção das operadoras de planos de saúde sobre a obrigatoriedade de fixar critério de reajuste

Como esperado, os representantes das operadoras de planos de saúde discordaram o conteúdo final da redação da IN nº 49. A principal crítica se refere ao potencial risco de indexação nos contratos ao adotar índice, ou seja, a indexação causa grandes prejuízos para o funcionamento do mercado de saúde suplementar. Além disso, as operadoras assumem uma postura muito crítica com relação ao excesso de intervenção da ANS nas relações entre operadoras e prestadores ao interferir em relações jurídicas já pactuadas.

Ou seja, para as entidades representativas das operadoras de planos de saúde deve ser mantida nos contratos a livre negociação no item de reajuste, pois essa forma confere equilíbrio ao mercado, além de comportar as especificidades de diferentes prestadores:

A IN nº 49 traz indexação para o contrato. E indexação é algo que hoje não se pode nem falar isso, além de se inconstitucional, a gente tem também a questão da sustentabilidade do setor. Hoje a livre negociação é o que traz equilíbrio para as forças de mercado, oferta, demanda, a competitividade. A própria agência em sua agenda regulatória estimula entre as operadoras a concorrência para oferecer o melhor resultado de escolha para o beneficiário. (Representante de Operadora 2)

Qualquer indexador que seja colocado só virá para agravar. (Representante de Operadora 4)

É complicado você ter uma indexação, até porque os preços têm ciclos. Quer dizer, se você indexa um contrato, você faz com que depois ele só suba. Você tem um negócio indexado, e o valor só varia para cima. Então, a questão da indexação de contrato é uma questão que preocupa, é algo que os prestadores sempre estão tentando arranjar um jeito de o governo exigir isso. [...] A ANS não definiu qual é o indexador (IN nº 49), mas isso pode ajudar a ter uma indexação. (Representante do IESS)

[...] Mas na hora em que o órgão regulador começa a definir o que tem que ter no contrato, qual é a regra que deve vigor, então aí eu acho que está a grande distorção do processo. (Representante de Operadora 2)

[...] será que cabe de fato fazer essa indexação que a ANS está propondo nessa resolução, que haja não apenas uma cláusula que diga os valores que são revistos periodicamente, uma vez por ano, mas que diga mais: o reajuste vai ser de x%, ou vai ser de tantos reais a mais por consulta, ou vai ser um índice de preço oficial publicado. Pergunta: será esse um passo correto? Que dê de um lado garantia aos prestadores, e de outro também preserve o equilíbrio econômico-financeiro da operadora? Eu acho que essa é uma pergunta que tem que ser enfrentada. (Representante de Operadora 1)

É importante ressaltar que a IN 49 não visa coibir a livre negociação entre as partes, mas para as Operadoras, a obrigatoriedade na adoção de um índice, ou percentual ou fórmula de reajuste, pode inibir a livre negociação e conduzir à indexação, uma vez que os valores de reajuste dos contratos só tenderiam a aumentar, já que o processo de negociação seria conduzido a partir de um piso de reajuste garantido que não permitiria a manutenção e nem a diminuição dos valores praticados.

Outro ponto levantado pelas operadoras se refere às dificuldades administrativas para revisar todos os contratos que elas mantêm com seus prestadores, pois a revisão e a manutenção de contratos acarretam gastos administrativos:

Então, todas essas regulações que exigem sucessivas revisões contratuais, elas acarretam em custos para as operadoras, custos de administração. (Representante de Operadora 1)

Nesse sentido, as representações das operadoras citam como exemplo os custos gerados pela ação regulatória voltada para a padronização de sistemas computacionais (TISS) e mencionam que a revisão constante de processos administrativos e sistemas gera custos inesperados para as operadoras.

Para amenizar essas dificuldades a operadora sugere que a ANS estabeleça uma ‘programação única’ em sua agenda regulatória, que contemple todas as regulamentações que serão introduzidas dentro de um determinado período de tempo, com estipulação de um prazo único para o cumprimento de todas as novas normas, de forma que permita à operadora planejar seus gastos administrativos com pessoal e sistemas.

Dentro desse contexto, a ferramenta de Análise de Impacto Regulatório (AIR) é uma estratégia que pode ser adotada pelo órgão regulador com o objetivo de examinar e medir os benefícios, os custos e os efeitos prováveis da introdução de uma nova regulamentação no mercado. A adoção dessa prática pela ANS pode contribuir para balizar, fundamentar e orientar suas decisões regulatórias, mantendo um diálogo com os setores da sociedade interessados e afetados pelo tema regulatório em pauta, conforme previsto no processo de construção de uma AIR (SALGADO e BORGES, 2010).

Com relação à adoção de um índice de reajuste nos contratos com profissionais médicos, é interessante notar que dois representantes de operadoras de planos de saúde acreditam que essa adoção não surtirá nenhum efeito, ou seja, o reajuste dos honorários médicos continuaria a ser imposto pela operadora de planos de saúde, sem nenhum processo de negociação, independentemente da adoção ou não de um índice de reajuste:

Então, o que vai acontecer com a IN nº 49 vai ser mais impositivo, a operadora vai adotar um determinado índice, vai mandar para o médico e diz que tem ‘x’ dias para dizer se aceita ou não aceita. (Representante de Operadora 4)

Então as operadoras vão propor um negócio que os médicos não aceitam, e os médicos vão propor um negócio que a operadora não aceita, e vai prevalecer a livre negociação. Porque qualquer índice serve, se você pagar metade do IPCA, por exemplo, de reajuste. (Representante de Operadora 3).

Assim, fica claro que para as operadoras a fixação de um índice não só não garante uma melhor negociação, como pode prejudicar o processo, uma vez que a operadora tem liberdade para propor um índice de reajuste que considere adequado, ou seja, o melhor para seus interesses:

Isso é absoluta liberdade, cada um pode escolher o seu índice. Eles (os prestadores) aceitam qualquer índice. Então, as operadoras têm que utilizar o melhor índice que é possível fazer. E tem que ser ruim para os dois, para eles negociarem até chegarem a

um acordo. Então, é um tipo de resolução meio idiota. Ela tem que ser ruim para o contratante e ruim para o contratado. É um negócio esquisito, é uma resolução feita para ser suficiente ruim para os dois, para poderem negociar até a exaustão e chegarem a um acordo. [...] Não pode existir uniformidade de preço, é anticoncorrencial. O CADE proíbe isso. Não está contente, vai embora. Aquela operadora paga melhor, vamos trabalhar para aquela. Enfim, tem que ser nesse sentido. É melhor negociar do que ter um índice, para as duas partes (Representante de Operadora 3).

Uma proposta feita pelas operadoras de planos de saúde é o estabelecimento de um reajuste contratual com base na sinistralidade da empresa, visando a manter o equilíbrio econômico financeiro da operadora. Essa proposta não foi acatada pela ANS, com o argumento de que o funcionamento dos prestadores individualmente não tem influência sobre a sinistralidade da operadora como um todo.

Após a publicação da IN nº 49, a Unidas entrou com recurso na justiça contra as exigências estabelecidas, com obtenção de liminar favorável com relação aos contratos celebrados antes da publicação da normativa, ou seja, naquele momento a ANS deveria se abster de exigir a adequação dos contratos existentes e válidos anteriores à IN nº 49, até a decisão final. Dessa forma as filiadas da Unidas ficaram desobrigadas de promover aditivos contratuais alterando a cláusula que trata dos critérios de reajuste.

Nesse sentido, a representação das autogestões esclareceu durante a entrevista que a ação judicial foi um último recurso, após não conseguir avanços nas discussões com a ANS. Dessa movimentação resultou um acordo (2006) entre a UNIDAS, a ANS e a AMB acerca do critério de reajuste que seria adotado para cumprir as Resoluções Normativas (nº 42, 54 e 71), que estipulavam que a livre negociação poderia ser aceita para cumprir a norma no quesito do reajuste, conforme a fala do representante:

A gente tinha colocado livre negociação na época em 2006, a ANS tomou ciência disso e concordou, a AMB concordou. E agora, em um tempo novo, com essa nova gestão da agência, eles começam a entender que não, que tinha que ter a indexação do contrato. (Representante de Operadora)

No entanto, em julho de 2012 a justiça acolheu um recurso da ANS que cassava a liminar proposta pela UNIDAS contra a IN nº 49. De acordo com a decisão judicial, a nova instrução normativa não violou o ato jurídico perfeito<sup>5</sup>, pois teve como objetivo apenas dar mais clareza aos contratos estabelecidos e detalhar a questão do reajuste. Com a suspensão da

---

<sup>5</sup> Possui definição normativa presente no Art. 6º da Lei de Introdução ao Código Civil. “Art. 6º - A lei em vigor terá efeito imediato e geral, respeitados o ato jurídico perfeito, o direito adquirido e a coisa julgada, § 1º - Reputa-se ato jurídico perfeito o já consumado segundo a lei vigente ao tempo em que se efetuou”.

liminar, a IN nº 49 permaneceu válida para todos os contratos, ou seja, os firmados antes e após a sua publicação.

A situação acima aponta para o poder de interferência do Poder Judiciário na atividade regulamentadora desempenhada pela agência reguladora. Por outro lado, esse controle externo pode identificar defeitos ou abusos no exercício das competências da agência reguladora. Em síntese, esse controle faz que diminua o risco da existência de deficit democrático nas regulamentações estabelecidas pelo órgão regulador (FILHO, 2011).

### 3.6.2 A percepção dos prestadores de serviços sobre a obrigatoriedade de fixar critério de reajuste

Para alguns representantes de prestadores de serviços, a ANS deveria ter estipulado no texto da IN nº 49 qual o índice que deveria ser utilizado no reajuste dos contratos entre as partes, pois considera a dificuldade de estabelecimento de um índice durante o processo de negociação:

Então, de tanto que todo mundo cobrava, a ANS resolveu fazer a instrução normativa nº 49, que estipulou que há necessidade de um reajuste, porém, nunca a ANS se prontificou a dar um índice, dizendo que ela não quer indexar os valores. Mas jogou para os prestadores a pior tarefa que existe, que é a livre negociação de um índice. (Representante de Prestador 2)

Percebe-se que a necessidade de fixação de um índice de reajuste no contrato é quase um consenso para todos os representantes de prestadores de serviços. Por outro lado, estes afirmam que os reajustes não devem ficar restritos a um único índice, ou seja, os contratos devem também prever certa flexibilidade nesse ponto:

Primeiro, eu entendo que é fundamental que haja um índice definindo isso, seja isso o índice que a ANS concede, seja outro índice do mercado econômico etc., isso é necessário. Então, o contrato não pode deixar de ter um índice, uma previsão desse reajuste. E também é preciso que haja a possibilidade de que não fique amarrado só nisso. (Representante de Prestador 1)

A fixação de um índice único a ser adotado para todos os prestadores é vista como uma ação que pode acarretar efeitos negativos seja pelas diferenças entre os prestadores (principalmente no que tange à qualidade da assistência prestada e à diferenciação tecnológica), quanto pelo forte risco de inibir o estímulo para investimento em

desenvolvimento que agregue maior valor à assistência, uma vez que o índice de reajuste já estaria estabelecido.

Segundo outro representante de prestadores de serviço, a ANS não deveria estipular um índice para o reajuste dos contratos, para evitar a interferência do órgão regulador em um ambiente já contratualizado. Entretanto, o mesmo representante defende que exista um índice mínimo, que, por exemplo, o reajuste não possa ser inferior a 60% do dissídio coletivo da categoria dependendo da região do país, evitando prejudicar os prestadores. Nota-se uma contradição na fala do representante, uma vez que a fixação de um índice mínimo como base para o reajuste dos contratos é uma forma de indexar os contratos.

Para outro representante de prestadores, já existe legislação suficiente que regule a questão dos contratos e do reajuste entre operadoras e prestadores, e a ANS deveria atuar como um mediador no processo de reajuste dos contratos. Os prestadores apresentariam a evolução de seus custos para a agência e o índice de reajuste estipulado pela operadora, tendo a ANS como um mediador para que se chegasse a um consenso. É importante destacar a inviabilidade dessa proposta de microrregulação entre o prestador e a operadora, dado ao volume de prestadores existentes no mercado de saúde suplementar e a extensão geográfica do país. Se considerarmos os prestadores, atualmente existem 38 mil estabelecimentos de saúde no Brasil atuando na esfera privada e com fins lucrativos e cerca de 170 mil médicos atuando no mercado de saúde suplementar (AMS, 2010). No que tange ao número de operadoras, existem quase mil operadoras de planos de saúde com beneficiários atuando no mercado em 2012 (ANS, 2012).

Ou seja, a grandeza desse mercado inviabiliza a possibilidade de que o órgão regular atue como mediador nas negociações individuais entre operadoras e prestadores. Além disso, é importante considerar se os custos decorrentes para a incorporação de uma estrutura necessária para a operacionalização desse tipo de regulação valeriam em benefícios.

Por fim, é interessante observar que para um grupo de hospitais, os considerados de excelência, a estrutura da IN nº 49 é considerada adequada, ou seja, atende os objetivos esperados. Para esse grupo deve existir um índice definido nos contratos, mas a definição de tal índice será produto de uma livre negociação entre cada prestador e sua respectiva operadora de plano de saúde. Cabe destacar que para esse grupo (hospitais de excelência) o processo de negociação é mais equilibrado, pelo poder de barganha que ele possui.

Por outro lado, a perspectiva dos prestadores médicos quanto à nova norma também não contemplou todas as reivindicações propostas pelas entidades de classe, embora se reconheça que a exigência de fixação de algum índice de reajuste no contrato seja um avanço. Ainda segundo a opinião de um representante de entidade médica, não há a necessidade de fixação de um índice único pela ANS (embora não seja contrário a essa ideia), sendo mais importante garantir que o reajuste dos honorários médicos nunca seja abaixo da inflação, para que o valor da consulta possa ser recuperado.

Há o apontamento por parte das entidades médicas acerca da defasagem nos valores pagos pelas consultas médicas, sendo necessário um movimento inicial de revisão desses valores, para posteriormente ser adotado um índice de reajuste que possa de fato ser efetivo na correção dos valores das consultas.

A respeito dessa última fala, analisando os dados de gastos médios com consulta disponibilizados pela ANS, revelou-se que estes, considerando todas as modalidades de operadoras, passaram de R\$ 36,91 em 2007 para R\$ 46,45 em 2011, apresentando uma variação percentual positiva de 79,46%. Embora os valores não estejam ajustados pela inflação, pode-se afirmar que ao longo dos últimos anos o valor médio gasto por consulta de todas as modalidades de operadoras de planos de saúde tem aumentando.

Ainda segundo os representantes de entidades médicas, alguns defenderam que o índice adotado para o reajuste dos contratos seja definido pela ANS. Um deles sugeriu que fosse utilizado o mesmo índice anual de reajuste dos planos individuais. O outro representante considerou que há um projeto de lei em fase terminativa no congresso nacional que visa a dar a prerrogativa para a ANS determinar qual será o índice de reajuste do prestador médico caso não haja acordo entre as partes. Em síntese, existe a expectativa por parte de algumas entidades de classe de que a ANS seja o árbitro em caso de um não acordo na negociação entre as partes.

Sobre o estabelecimento do mesmo índice concedido para as operadoras e para os prestadores, é importante lembrar que existem grandes diferenças na variação na composição de custos de uma operadora de plano de saúde e de um prestador de serviço, ou seja, inviabiliza a adoção de um mesmo índice. Conforme já observado na revisão bibliográfica deste trabalho, o custo das operadoras de planos de saúde com assistência médica é composto pela combinação de dois fatores:

- 1) Frequência de utilização de consultas, exames, internações e terapias pelos beneficiários (pode estar ligada à ampliação do cuidado e ao envelhecimento da população);
- 2) Preço unitário dos procedimentos realizados pelos beneficiários (aumento do valor do insumo e aumento da incorporação tecnológica acumulativa no setor).

Como exemplo, se em um determinado período de tempo a frequência de utilização e o preço dos procedimentos aumentam, o custo da operadora irá apresentar uma variação maior do que a variação isolada de cada um desses fatores. Se um maior número de pessoas procura serviços de saúde em um determinado período em comparação a um período anterior, mesmo que os preços dos serviços se mantenham inalterados, haverá variação no custo para a operadora em função do aumento da quantidade de serviços prestados.

Por outro lado, para os prestadores de serviços há uma relação inversamente proporcional do que ocorre com as operadoras, ou seja, quando há uma maior frequência de utilização somada a um aumento do valor dos serviços prestados, a receita do prestador aumenta (Leal e Matos, 2009).

A ANS leva em consideração na metodologia para o cálculo do reajuste dos planos individuais despesas assistenciais como consultas médicas, internações, atendimentos ambulatoriais, exames e terapias, e estabelece uma média ponderada para definir os índices de reajustes por modalidade de operadora. Utilizar o mesmo índice de reajuste que a ANS autoriza aos planos individuais para também reajustar os prestadores de serviços pode não ser adequado pelo fato de a variação positiva desse índice não refletir necessariamente o aumento de custos de cada procedimento/insumo (consulta, exame, internação e etc.), mas também o aumento da frequência de utilização.

A discussão acerca da adoção de reajustes adequados para cada prestador de serviço não pode desconsiderar a necessidade de sistemas de custos em saúde eficientes, tanto por parte das operadoras de planos de saúde quanto dos prestadores de serviços. Ou seja, se os custos refletirem a realidade da organização, a proposta de um índice de reajuste proposto e elaborado a partir dessas mesmas informações refletirá a real necessidade.

Também foi observado que em muitas situações, segundo os prestadores, o reajuste de preço é imposto pela operadora de planos de saúde. Prestadores maiores e mais fortes possuem mais facilidade na negociação, por outro lado, os prestadores pequenos e o profissional médico têm pouco poder de barganha nas negociações acerca do reajuste.

Nesse contexto, o reajuste representa um problema principalmente para os prestadores menores, como, por exemplo, os prestadores de consultório médico, que em muitos casos são apontados como hipossuficientes nessa relação. O poder de negociação dos prestadores é um fator de grande influência no momento de negociar o valor do reajuste do contrato com a operadora de planos de saúde. A discussão acerca da diferença do poder de negociação de um médico individual e de instituições de saúde como hospitais foi observada na fala de representantes de prestadores de serviços hospitalares.

Só que em princípio há um desequilíbrio de forças entre as partes, você não tem o mesmo poder de negociação de um hospital e de uma operadora, claro que a gente tem as exceções, como as grandes corporações que conseguem fazer valer essa livre negociação, mas de resto não tem. (Representante de Prestador 4)

Para a classe médica é completamente diferente. Porque uma coisa é você colocar uma instituição negociando com uma operadora, outra coisa é colocar um médico individual conversando com uma operadora, aí é difícil. Às vezes para uma instituição é difícil, eu fico imaginando para um médico individualmente fazer essa discussão. Então eu concordo que a negociação seja realizada via entidade. (Representante de Prestador 5)

Nesse sentido, as propostas das entidades médicas são de que as negociações com as operadoras sejam coletivas, realizadas via associações de classe. O intuito dessas entidades é que a ANS obrigue as operadoras a negociar com as associações de classe, situação que é contrária ao posicionamento da agência.

A negociação coletiva é permitida pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade), desde que leve em considerações três pontos: 1- não puna o médico que não aderir; 2- que não ocorra descredenciamento em massa; e 3- que não ocorra a restrição de acesso à população. No entanto, segundo a ANS, a negociação via associação ou entidades não é algo que será imposto. De forma geral, o que as entidades médias pretendem é que exista uma data-base anual, e que o índice de reajuste seja estabelecido por meio de negociação coletiva com as entidades, e que a correção não seja abaixo da inflação do período.

Cabe destacar que o Cade vem recomendando a punição de conselhos e sindicatos médicos por realizarem paralisações no atendimento à população, por ser considerada prática de crime econômico. Os pareceres do Cade não visam a condenar a negociação salarial, mas sim a utilização de práticas abusivas, como coagir os médicos a que participem de paralisações e restringir o acesso da população ao atendimento médico (FORMENTI, L. 2013b).

### 3.7 Os resultados preliminares da introdução da nova Instrução Normativa

De acordo com os representantes dos prestadores de serviços, na IN nº 49 mais uma vez aconteceu a imposição dos contratos pelas operadoras de planos de saúde, não ocorrendo uma negociação entre as partes. Foram as operadoras que definiram e encaminhavam, em muitos casos para o reajuste dos contratos, percentuais de índices que medem a inflação, como o INPC e o IPCA.

Na IN nº 49 começou a acontecer a imposição que interessasse à operadora e que não fizesse impacto dentro das suas contas com a rede. [...] Se não aceitar o que é colocado pela operadora, o prestador só tem a opção de se descredenciar. (Representante de Prestador 4)

Mais uma vez as empresas estão negligenciando essa ação da ANS, estão fazendo vistas grossas a isso. Porque eles estão enviando contratos aos médicos fazendo propostas indecentes, tipo 20% do IPCA, ou seja, uma fração da inflação. (Representante de Entidade Médica 4)

[...] há uma tendência de querer utilizar um índice de uma fração percentual que não exprime a realidade e nem o pensamento do legislador, no caso a ANS, e nem do mercado prestador de serviço. (Representante de Prestador 3)

[...] o grande problema é que na IN nº 49, é que eles pegaram o que está escrito e falaram: nós vamos dar 10% do INPC, seguiram a resolução. Aí você pega o INPC que foi 6%, 10% dá 0,06% de reajuste. Entendeu como é que o jogo é pesado? A agência regula, mas ela regula de uma forma que ficam brechas para eles cumprirem a resolução, e não darem reajuste. Essa que é a grande discussão. Eles cumprem a resolução formalmente, mas usam uma estratégia de jogar o índice lá para baixo. (Representante de Entidade Médica 1)

Diz que tem que ter um reajuste, mas não diz quanto, nem como. Ai fica para a parte mais forte decidir. As operadoras estão impondo. Das operadoras que mandaram, mandaram direto para o médico assinar o contrato. Nós estamos orientando para que não assinem. O índice tem que ser negociado entre as partes, e não tem negociação nenhuma. O médico está recebendo em casa ou no consultório o contrato já pronto. Estamos orientando para não assinar, sem muito sucesso, eu acho. O médico morre de medo de perder o convênio [...] Então, nós temos recebido propostas de contratos de operadoras, com 20% do INPC de reajuste anual, algo inaceitável. (Representante de Entidade Médica 3)

Após a edição da IN nº 49, a AMB reagiu propondo para as operadoras de planos de saúde uma fórmula baseada em um conjunto de índices que medem a inflação do mercado e o índice da ANS, que é o percentual anualmente autorizado pela agência para o aumento das

mensalidades dos usuários de planos individuais. Além disso, a proposta da entidade é que o reajuste dos contratos entre as partes ocorra a cada 12 meses baseado na fórmula proposta (Figura 9).

<p style="text-align: center;"><b>Fórmula de reajuste proposta pela AMB</b></p> <p style="text-align: center;"><math>[(IGPM + INPC + IPCA) / 3 \times 0,3] + (\text{índice da ANS} \times 0,7)</math></p> <p>IGPM: índice Geral de Preços do Mercado INPC: Índice Nacional de Preços ao Consumidor IPCA: índice de Preços ao Consumidor</p>
---

Figura 9 – Proposta de critério de reajuste proposto pela AMB às operadoras de planos de saúde  
Fonte: AMB, 2012

A ANS aceitou a fórmula de reajuste proposta pela AMB como válida para o cumprimento da IN nº 49, mas poucas operadoras aceitaram utilizá-la. A fórmula foi criada com o objetivo de adotar um índice que reflita melhor os custos dos consultórios médicos, uma vez que, segundo a AMB, o IPCA não mede esses custos. Entretanto, o representante da AMB se posicionou favorável à adoção de outros índices de correção da inflação, desde que não sejam adotados percentuais de índices do mercado.

Conforme observado nas discussões anteriores, na IN nº 49 não houve consenso entre as partes sobre seu conteúdo final, e também, até o momento, sua implantação não foi efetiva no mercado como um todo. Dentro desse contexto, em outubro de 2012 as entidades médicas nacionais se mobilizaram novamente para realizar protestos e paralizações. Naquele momento as entidades encaminharam um ofício ao Ministro da Saúde e uma carta aberta aos planos de saúde, comunicando as manifestações e evidenciando cinco itens que constam na pauta de reivindicações das entidades:

- a) Reajuste dos honorários de consultas e outros procedimentos, tendo como referência a CBHPM;
- b) Inserção de critérios de reajuste, com índices e periodicidade definidos por meio de negociação coletiva nos contratos;
- c) Inserção de critérios de descredenciamento nos contratos;
- d) Resposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de normativa, à proposta de contratualização, encaminhada pelas entidades médicas;
- e) Fim da intervenção antiética na autonomia da relação médico-paciente.

Por fim, os prestadores de serviços, descontentes com a forma utilizada por algumas operadoras de planos de saúde, que é pela imposição de percentual de um índice de reajuste, afirmam que irão continuar se mobilizando e demonstrando a insatisfação com a agência na regulação desse tema, conforme evidenciado na fala a seguir:

E se a ANS efetivamente mantiver essa postura de entender que esses contratos estão corretos, apesar de tecnicamente poder estar, ela vai incorrer em um grave equívoco que vai acirrar mais os ânimos, e nós vamos ter que voltar a fazer críticas públicas à agência pela sua omissão. (Representante de Prestador 3)

A primeira reação conjunta das operadoras em relação à IN nº 49 foi uma articulação entre todas as suas entidades representantes, com a elaboração de uma carta conjunta que solicitava uma extensão no prazo de cumprimento (dois anos). A justificativa se referia ao despreparo do mercado para revisar todos os contratos existentes.

A ANS confirmou o recebimento desse documento, sendo que a resposta a essa solicitação foi consolidada na reunião nº 356 da Diretoria Colegiada da ANS, no dia 7 de novembro de 2012, na qual foi aprovada, por maioria, a prorrogação por seis meses do prazo para o cumprimento da IN nº 49. Cabe ressaltar que nessa mesma reunião também foi aprovado um prazo de doze meses para o cumprimento dos TCAC da contratualização, depois da assinatura destes pelas operadoras (Ata Diretoria Colegiada).

### 3.8 A percepção dos atores sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação

#### 3.8.1 A atuação da ANS na regulação dos contratos segundo a perspectiva das operadoras de planos de saúde

Embora os dois lados reconheçam que a regulação do setor suplementar é importante e necessária, na percepção dos representantes das modalidades de operadoras de plano de saúde percebem-se dois posicionamentos acerca da atuação da ANS na regulação dos contratos entre operadora e prestadores:

Posicionamento totalmente contrário a qualquer tipo de regulação da relação comercial estabelecida entre as operadoras e os prestadores de serviço, ou seja, este não é um campo que a ANS necessite regular:

[...] a nossa primeira posição é que essa é uma relação comercial entre de um lado uma empresa operadora e do outro lado um hospital, clínica, laboratório, com capacidade negocial em muitos casos muito importante, até maior do que de muitas operadoras. É uma relação de dois adultos, pessoas jurídicas com iguais poderes. Pergunta: por que regular essa relação? Então, a gente não vê razões econômicas para uma regulação dessa relação, que é uma relação comercial, entre operadoras de um lado e prestadores de outro. (Representante de Operadora 1)

Por outro lado, parte dos entrevistados considera que a regulação dos contratos por parte da ANS é válida, principalmente no sentido de trazer maior transparência na relação. Para esse grupo deve existir regulação nesse objeto, mas não da forma como está sendo conduzida, ou seja, em alguns pontos a agência extrapolou as funções típicas de um órgão regulador, como, por exemplo, na imposição de um índice de reajuste nos contratos, situação que, segundo as operadoras, prejudica a livre negociação entre as partes:

E assim, então, a contratualização era uma necessidade e foi muito bem-vinda. Mas na hora em que o órgão regulador começa a definir o que tem que ter no contrato, qual é a regra que deve vigor, então aí é onde eu acho que está a grande distorção do processo. (Representante de Operadora 2)

[...] a gente vê muitas vezes a ANS extrapolando o que se prevê na lei. Então, a gente tem normas contratuais que a ANS interfere nessas normas de uma forma violenta, a ponto de prejudicar a livre negociação do setor. A nossa visão é que a ANS, no que se refere à relação operadora e prestadores, ela tem extrapolado com o

seu poder de regulamentar. Ela tem interferido nas relações público-privada, é essa a interpretação do segmento. (Representante de Operadora 2)

No que tange à relação entre as operadoras e a ANS, cabe ressaltar que muitas vezes essa comunicação não é tão fluida. Um exemplo disso já mencionado foi o questionamento na justiça a respeito da validade da IN nº 49/12 para os contratos que já estavam negociados. Ou seja, quando as discussões não evoluem, as medidas judiciais são acionadas:

[...] nós dissemos que teríamos que questionar judicialmente, porque nós entendemos que a norma é inconstitucional. [...] A gente tem sempre uma postura propositiva, para a gente tomar a iniciativa de entrar com uma ação judicial, é porque já se passaram meses de discussão e de proposta, e tentamos evoluir com a agência na base do diálogo. (Representante de Operadora 2)

De forma geral, os representantes de operadoras acreditam que as regulamentações impostas pela ANS não resolverão os problemas na relação contratual entre as partes. Estes destacam que a ‘pacificação’ dessa relação depende de muito diálogo, discussão e aproximação entre as partes, no sentido de promover uma relação estratégica onde ambas as partes se beneficiem.

Nesse sentido, um entrevistado desqualifica a atuação da ANS, seja em seu papel de mediadora ou regulamentadora da questão contratual:

Olha, eu acho que ANS tem feito um papel importante, porque ela funcionou como um centro de reunião entre operadora e prestador. Agora, evidentemente ela tenta regulamentar através de resoluções e tal, mas é um pouco complicado. Ela está no papel, não seria nem de mediadora, seria de local de reunião. (Representante de Operadora 3)

### 3.8.2 A atuação da ANS na regulação dos contratos segundo a perspectiva dos Prestadores de Serviço

No que tange à atuação da ANS na regulamentação dos contratos, a grande maioria dos representantes de prestadores critica a falta de fiscalização e punição para as operadoras que descumprem as normas estabelecidas:

A dificuldade é que a ANS atue como deve atuar. Tem que ter um contrato, então a operadora não pode funcionar se não tem contrato. Fazer o que fizeram recentemente com os planos que não cumpriram com os prazos para consultas. Então fazer semelhante, não cumpriu, mostra para a população brasileira que esses

planos estão proibidos de negociar por um período de tempo [...] E a função é da ANS. Falta efetividade. (Representante Entidade Médica 2)

São boas **(as ações da ANS)** na evolução da Resolução Normativa para a Instrução Normativa. Onde que está o ponto fraco da ANS: fiscalização. Que deveria ser mais ativa, mais abrangente, para que esses contratos que ainda não foram atualizados e que não têm todas as suas cláusulas de acordo com a RN, e futuramente com a IN nº 49, que realmente fossem investigados, trazidos à luz, e as operadoras, chamadas a se explicar e pressionadas para atualizar os seus instrumentos contratuais. A fase de fiscalização é a mais fraca que a ANS tem. (Prestador de Serviço 4)

Na questão da regulação contratual ela **(ANS)** está tentando, ela não pode impor nada. Ela está dizendo que essa IN existe, porém, é livre a negociação. Ela já ajudou, não pode ter nem pagamento reduzido e nem se basear na sinistralidade. Então a operadora dá 0,01% e cumpriu a IN. A relação entre operadora e prestador a ANS tenta regular e não consegue. A ANS quer ajudar, tenta ajudar, mas não consegue ou não conseguiu ainda. (Prestador de Serviço 2)

Por outro lado, um representante de prestadores de serviço destacou as dificuldades geradas pela morosidade do processo legal, o que enfraquece a efetividade das aplicações dos processos de sanção:

Cada contrato que não está na regra é uma multa. Só que as operadoras têm o direito de recorrer até as últimas instâncias, então leva muito tempo e não tem a efetividade suficiente para fazer com que todos tenham medo da fiscalização, da sanção. [...] Os prestadores só querem que se cumpra a lei. Porque tem legislação, tem regulação, e se ela fosse aplicada e as operadoras cumprissem de uma forma a norma, sem o viés, seria o suficiente. (Prestador de Serviço 4)

As entidades de representação médica foram unânimes em apontar a atuação insuficiente da ANS. Para estes, a agência é omissa por não utilizar os instrumentos legais existentes para regular a questão dos contratos:

É que até o presente momento, nessa questão da contratualização entre operadoras e prestadores de serviços, ela **(ANS)** se omite. E quando ela intervém, intervém muito debilmente, como, por exemplo, emite uma resolução que não é cumprida, emite uma resolução que é distorcida pelas operadoras. Então a gente tem realmente pressionado a ANS para que ela assuma esse seu papel de representante do Estado brasileiro. (Representante de Entidade Médica 3)

E a própria ANS, apesar de anunciar que estava solicitando os contratos das operadoras com os médicos para avaliar, para aplicarem possíveis multas, isso não está sendo também suficiente, não está atingindo resultados. (Representante de Entidade Médica 5)

Alguns entrevistados citam como exemplo bem-sucedido de atuação da ANS o caso da Resolução Normativa nº 259 de 2011, que dispõe acerca da garantia de atendimento dos beneficiários de planos de saúde. Essa regulamentação determina que as operadoras devam

cumprir prazos máximos para o atendimento de consultas básicas, especializadas e demais procedimentos. Como resultado do monitoramento do cumprimento dessa regulamentação, houve a suspensão (por três vezes até janeiro de 2013) das vendas de planos de saúde das operadoras com desempenho considerado inadequado. Além disso, as operadoras penalizadas que não apresentarem um plano de melhoria para a ANS podem ser decretadas em regime de direção técnica (ANS, 2013).

Tabela 6 – Número de operadoras penalizadas e planos de saúde suspensos pela ANS – julho 2012 a janeiro de 2013

<b>Período</b>	<b>Número de operadoras penalizadas</b>	<b>Número de planos com comercialização suspensa</b>
Julho de 2012	37	268
Outubro de 2012	38	301
Janeiro de 2013	28	225

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Por outro lado, um entrevistado mencionou que punições como a acima mencionada podem gerar efeitos negativos para os prestadores de serviço no que tange à capacidade financeira das operadoras:

O fato da ANS ter punido agora umas operadoras, eu acho até válido, mas na hora em que isso foi dito, eu disse que não está legal, porque essas operadoras que foram punidas, sem poder vender, vão deixar alguns prestadores sem pagamento. Porque isso é mutualismo, aquele dinheiro que entra aqui na venda de hoje será usado dentro da carência da pessoa para pagar um monte de outros prestadores que atenderam pessoas que já cumpriram carência. Então, a partir do momento em que você tira sangue novo da empresa, não está tendo fluxo de caixa. Então tudo isso tem que ser visto. Eu sei que a ANS vê, mas ao mesmo tempo eu acho que ela tem que analisar um pouco mais profundo e não somente emitir normas. (Prestador de Serviço 2)

Essa relação entre o crescimento do setor e a necessidade de contratos que assegurem a rede assistencial é abordada por meio de críticas à morosidade no processo de construção e implantação das Resoluções Normativas. Para os representantes desse setor as regulamentações deveriam contemplar todos os prestadores de serviços simultaneamente. A ‘demora’ da ANS em regular o tema gerou um desequilíbrio entre a expansão crescente do número de beneficiários e a garantia de uma rede assistencial suficiente. Uma das falas traduziu essa questão dizendo que “as operadoras estão vendendo e os hospitais não estão andando” (Prestador de Serviço).

[...] cresceram muito as operadoras de planos de saúde, os produtos foram muito diversificados, várias categorias de produtos para empresas que estão oferecendo assistência médica para os seus associados, chama a operadora e a operadora vai lá e cria um produto específico para aquela empresa, e sai no mercado para buscar o prestador e atender a demanda e a clientela daquela empresa. Nesse aspecto eu entendo que a ANS deveria ter caminhado quase que simultaneamente nas duas coisas: na regulação das operadoras, o que elas podem vender, quando podem vender, para quem que podem vender. E já ter simultaneamente a garantia do contrato com o prestador. Ela demorou a meu ver para entrar nessa questão da regulação dos contratos. Ela está celeremente vendo agora que esse negócio é necessário, e está acertando, como já comentamos atrás, eu acho que são muito bem-vindas. São questões que estão se encaminhando bem, sim, apenas a crítica no sentido de ter demorado, hoje nós poderíamos estar em um estágio bem mais avançado nessa relação, se a ANS tivesse lá na origem cuidado simultaneamente de regular a operadora, mas entendo que os prestadores estivessem com uma relação jurídica adequada com as operadoras. (Representante de Prestador 1)

O risco de captura da ANS é mencionado pelos representantes da classe médica como um dos principais problemas na atuação da agência, pois para esses entrevistados existe o potencial risco de privilégio dos interesses das operadoras:

[...] a ANS é uma agência nova, é claro que ela foi criada, imaginamos, com as melhores das boas intenções, que é regular o mercado. Mas o ideal é que ela fosse muito independente. O que nós percebemos é que ela é muito atrelada a governo e a operadoras. Há um atrelamento notório. (Representante de Entidade Médica 2)

Só queremos que a ANS cumpra as atribuições para as quais ela foi criada, só isso e nada mais. Mas tem uns vieses que às vezes são maiores e às vezes são menores. Então nós queremos que a ANS cumpra a função de uma agência reguladora, principalmente ter independência. (Representante de Entidade Médica 2)

Os diretores da ANS foram indicados de uma maneira bem esquisita, alguns dos diretores tinham muita ligação com as operadoras dos planos de saúde. E agora foi nomeado o André Longo, que veio do movimento médico, era presidente do sindicato dos médicos de Pernambuco, então ele veio do movimento médico, e a gente achou que isso foi uma vitória, a gente apoiou a indicação dele e ele está hoje como um dos diretores da ANS. Então nós estamos esperançosos de que essa coisa vai evoluir. (Representante de Entidade Médica 3)

Conforme já considerado na revisão bibliográfica deste trabalho, o Brasil optou pela regulação do mercado de saúde suplementar por meio de uma entidade pública independente, a ANS, que visa a corrigir as falhas de mercado e garantir o interesse público e o fornecimento de serviços de saúde privado à população, estando próxima, portanto, do conceito da teoria da regulação do interesse público.

Nesse contexto, o risco da captura no desenrolar do processo regulatório pode deturpar os fundamentos do interesse público, ou seja, as agências reguladoras podem atuar no sentido de favorecer interesses privados. Essa captura do regulador por um dos *players* do mercado pode desfavorecer os interesses da sociedade e de outros *players* atuantes. Ou seja, torna-se

fundamental a participação da população e de entidades não estatais interessadas no mercado regulado no processo decisório da agência reguladora, principalmente no sentido de promover transparência e visibilidade para a sociedade dos atos normativos que são produzidos. Ou seja, o funcionamento desses órgãos deve seguir os princípios de democracia e transparência das ações (LOSS, 2011; FILHO, 2011).

Apesar das críticas dos representantes acima mencionadas, é importante destacar um entrevistado de prestadores de serviço que elogiou a atuação da ANS na regulação do objeto estudado, principalmente no que se refere ao amparo jurídico que essa ação regulatória proporcionou.

### 3.9 Principais desafios para o cumprimento da regulamentação dos contratos entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços

Dadas as diferenças dos principais atores envolvidos nessa questão, os principais desafios e dificuldades para o cumprimento das normas que regulamentam os contratos serão apresentados separadamente abaixo.

#### 3.9.1 Desafios para as Operadoras de Planos de Saúde

Como já mencionado anteriormente, um dos principais desafios para o cumprimento das normas estabelecidas se refere aos custos administrativos gerados para a adequação dos contratos à nova regulamentação. Para o entrevistado, a ANS necessita considerar a avaliação de impacto regulatório antes de implantar uma determinada regulamentação:

Eles vão na boa fé, na vontade de acertar, mas não avaliam esse impacto que muitas vezes pode traduzir em uma dificuldade de sustentabilidade do sistema. Então eu não sei como isso vai acontecer, mas está anunciado na agenda nova da agência fazer essa avaliação do impacto regulatório. O benefício que traz justifica o investimento que vai ser feito? Porque melhoria requer investimento. (Representante de Operadora 2)

Essa nova Agenda Regulatória à qual se refere o entrevistado foi submetida à consulta pública (nº 52), aberta durante o período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013, e trata da proposta da Agenda Regulatória para o período 2013/2014.

Essa nova proposta introduz um novo eixo com o objetivo de produzir ações que aperfeiçoem as atividades regulatórias da agência, sendo que o primeiro projeto deste é voltado para a implantação da análise de impacto regulatório e operacional, cujo produto esperado é a implantação de mecanismos e ferramentas baseados nos princípios metodológicos da Análise de Impacto Regulatório nas ações de grande impacto no setor.

Com relação ao objeto de estudo do presente trabalho, é importante destacar a introdução de outro eixo, que trata do relacionamento entre operadoras e prestadores. Esse eixo possui como objetivo principal realizar estudos a respeito dos contratos entre operadoras e prestadores e da remuneração de hospitais, e para isso possui três projetos (FIGURA 10):

Eixo	Projeto	Problema	Produto esperado
Eixo 3 - Relacionamento entre operadoras e prestadores	Projeto 3.1 - Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar	Há distorção da remuneração entre materiais e a assistência	Desenvolver análise criteriosa das sistemáticas propostas, com a elaboração de um guia prático de implantação com base nas avaliações do projeto-piloto.
	Projeto 3.2 - Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos	Faltam critérios técnicos para o alinhamento da remuneração entre o valor do procedimento e o custo associado ao trabalho médico.	Estudos que viabilizem que os preços relativos aos procedimentos médicos reflitam, de modo hierarquizado, seus custos relativos.
	Projeto 3.3 - Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.	Há desnível na relação contratual entre operadoras e prestadores de menor porte; instabilidade nos produtos oferecidos, por descredenciamento de prestadores; não há disciplina em relação à qualificação e adoção do padrão de troca de informações.	Reduzir, via estabelecimento de regras mais claras nos contratos, a rotatividade da rede prestadora de serviços, trazendo maior estabilidade aos produtos adquiridos pelos beneficiários.

Quadro 2 – Projetos, problemas e produtos esperados do eixo sobre o relacionamento entre operadoras e prestadores, proposto na nova agenda regulatória da ANS (2013/2014)

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

A introdução desses novos eixos na agenda regulatória indica que existe um movimento no sentido das boas práticas regulatórias, como o AIR. No que tange à regulação dos contratos, é importante destacar a intenção de levantar mais informações que subsidiem a atuação da agência.

Outra dificuldade que foi identificada por grande parte dos representantes de operadoras se refere à resistência por parte dos prestadores em aceitar as novas cláusulas contratuais propostas, ou seja, essa resistência inviabiliza a construção de um contrato em que exista consenso entre as partes acerca de seu conteúdo:

Eu digo aqui qual o contrato que eu quero ter no mercado, vou falar contigo (prestador) e você diz que não concorda, aí para que eu não fique a mercê de uma multa da ANS, o que eu faço? Mando para você (o contrato) com AR, e chego na ANS e mostro que eu estou aqui para cumprir a norma, mas o prestador não aceita. Aí a ANS não pode multar, porque está mostrando que fez, é boa fé. (Representante de Operadora 2)

Ou seja, a ANS pode cobrar das operadoras a adequação dos contratos, mas não possui poder legal para interferir diretamente na atuação dos prestadores:

[...] A ANS tem autoridade em cima de apenas uma parte. Ela fala muito de intermediar essas relações, arbitrar, e como você vai arbitrar se você só regulamenta um lado da balança? (Representante de Operadora 2)

A maior dificuldade é que a intensão da ANS é muito boa, só que ela tem força regulatória em cima de um lado, do outro lado ela não tem. Ela define regras para um contrato, o contrato é bilateral, os dois lados tem que querer fazer. Eu quero fazer e você diz que não quer fazer. Só tem uma saída para isso, para que seja cumprido sempre o que ela quer fazer, que ela sempre defina algo que o lado que não é obrigado se sinta beneficiado. Se ele não for beneficiado ele diz que não quer. A maior dificuldade é essa, a regulação de apenas um lado. (Representante de Operadora 2)

[...] não dá para regular um lado só, o lado operador, deixando o outro lado fora, porque fica uma regulação assimétrica. Então, não temos um posicionamento ainda formal, pactuado, mas é possível que a tendência seja nessa direção, de que a situação de regular um lado só é uma situação de não equilíbrio saudável. (Representante de Operadora 1)

Embora se reconheça que as regulamentações da ANS atinjam de forma indireta os prestadores, ao exigir das operadoras as adequações, questiona-se por que não estender a regulamentação a todos os atores do setor:

Exemplo, qualificação de prestadores, a ANS não regula o prestador, então ela diz o seguinte: você, operador, se você aderir a esse programa, você tem pontos nisso e naquilo, esperando que ela, operadora, na sua relação com o prestador, estabeleça índice de desempenho do prestador e ela, operadora, divulgue e ganhe a sua pontuação. É uma forma aceita quando o regulador não alcance um dos lados dessa relação. Então surge a pergunta: não seria razoável então que ambos fossem regulados? (Representante de Operadora 1)

Em relação a esse ponto vimos que existem projetos de lei no sentido de ampliar o escopo regulatório da ANS. Porém, até o presente momento fica o que está estabelecido na lei 9.656/98, que prevê que a agência regule as operadoras e as relações que são estabelecidas com seus prestadores. Ou seja, a regulação das atividades dos prestadores é algo que está, até o presente momento, legalmente fora do escopo regulatório da ANS.

Em contrapartida, o representante do IESS acredita que a regulação dos prestadores de serviço pela ANS ou por outro órgão do governo deve ser parcial, voltada somente para a regulação da capacidade instalada dos prestadores, pela assimetria de informação que existe nessa questão. Ou seja, quando uma operadora de planos de saúde credencia um hospital em sua rede, ela não sabe se a capacidade instalada do hospital comporta de fato o atendimento de seus clientes.

Às vezes reclamam que as pessoas procuram hospital, têm um plano de saúde, e não conseguem o atendimento que esperariam. O que acontece: de repente a operadora negociou com o hospital para atender os seus beneficiários, mas essa operadora não sabe com quantos outros planos esse hospital negociou, e quanto da sua capacidade instalada esse hospital comprometeu. Então, a operadora não tem como saber, ela negociou com aquele hospital, mas não tem como saber se ele fez overbook, se ele vendeu mais. E isso na verdade é uma falha de mercado, é uma assimetria de informação. (Representante IESS)

No entanto, o mesmo entrevistado chamou a atenção para o aumento de custos que ocorre quando um setor começa a ser regulado, e enfatizou que a saúde já é um setor caro e com custos crescentes, e que a introdução de regulação para o prestador introduziria toda uma burocracia que necessita ser cumprida, e que gera custos para o prestador atender essas regulamentações. No final, esses custos são repassados para o preço da prestação do serviço, afetando os consumidores.

Outra dificuldade levantada na relação entre operadoras e prestadores de serviços, que afeta diretamente a questão contratual, é a comercialização de Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPME). Conforme apresentado na revisão bibliográfica do trabalho, atualmente mais da metade das receitas dos hospitais é oriunda da comercialização de materiais e medicamentos. Essa situação, segundo fala de um representante, faz que não exista tanta preocupação com a correção dos valores pagos pelas diárias e taxas, uma vez que o ganho é garantido pelo reajuste de materiais e medicamentos.

Quando a ANS fez o acordo com a ANVISA, a sensação é que ela pretendia mexer nesse tipo de coisa. Mas a ANS tem uma tendência muito de defesa do consumidor, então dificilmente ela vai contra os médicos, então é um pouco complicado. (Representante de Operadora 3)

Nesse sentido, uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), comparando preços de produtos das especialidades de cardiologia e ortopedia em cinco capitais brasileiras, evidenciou uma grande variação entre os preços praticados (mínimo, médio e máximo) no país. Por exemplo, a variação de preços (mínimo e máximo)

praticados no caso de uma válvula cardíaca foi cinco vezes maior (ANVISA, 2011). Em síntese, essa situação contribui para elevação dos custos do setor, além de criar um ambiente de desconfiança entre as partes – prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Para um representante das medicinas de grupo, a tendência à verticalização está intimamente relacionada a uma reação das operadoras no sentido de se proteger dos altos custos em materiais e medicamentos praticados pelos prestadores credenciados:

A gente tem pena das autogestões e das seguradoras, porque como elas não têm hospital próprio ou elas têm que fazer um tipo de fidelização de corpo clínico, de hospitais, para poder fugir disso daí (altos preços cobrados por materiais e medicamentos). A própria Unimed, que é de médicos, não consegue coibir isso. (Representante de Operadora 3)

Além disso, cabe destacar que esta questão está diretamente relacionada com o tipo de remuneração de hospitais praticada no mercado, com margens de lucro baseadas na comercialização de medicamentos e materiais. Ou seja, percebe-se a necessidade de vigorar um novo modelo de pagamento entre operadoras e prestadores de serviço:

Mas os conflitos são que hoje os hospitais perderam a sua característica de serem remunerados pela sua atividade-fim. Os hospitais passaram a aferir lucro, na sua grande maioria, em cima de insumos, e a ideia é muito boa da gente poder ter uma previsibilidade desse reajuste. Mas o governo deveria ter o controle do reajuste dos insumos e dos materiais. Então, a dificuldade maior é voltar a fazer com que todos os hospitais sejam bem remunerados pela sua atividade-fim, e não aferir lucros em cima de insumos. Então, enquanto o governo não controlar essa outra ponta de reajuste dos insumos, que é livre, nosso plano tem o valor que nós somos reajustados, que é x%, a agência coloca. Mas os insumos são livres. Se isso não for regulado, essa conta não vai fechar nunca. (Representante de Operadora 5)

Um representante de operadoras, embora tenha apontado que é contra o atual conteúdo da Instrução Normativa nº 49/12 (considerando-o inclusive inconstitucional), afirma que se não for possível ‘derrubar’ essa norma via ação judicial, irá cumpri-la. Para conseguir cumprir essa normativa, a entrevistada afirma que na questão do pagamento de honorários de profissionais médicos é possível pensar tanto na manutenção da livre negociação, quanto na associação de um reajuste, caso não aconteça um acordo entre as partes.

Por outro lado, o estabelecimento de índices de reajustes para os hospitais só será possível após a mudança do atual modelo de remuneração do setor, principalmente devido às distorções em custos de materiais e medicamentos, no que se refere ao atual.

### 3.9.2 Desafios para os Prestadores de Serviços

Como principal desafio nesse processo, os prestadores apontaram a necessidade de mais vontade política e celeridade por parte da agência na regulamentação da relação contratual entre operadoras e prestadores. Além disso, pontuam que a pressão dos prestadores é o que tem movido a agência a atuar nessa questão, mas que até o presente momento não se verificam mudanças significativas.

Agora está entrando porque a pressão está muito forte, teve paralização, desgaste para todo mundo, aí vão intervir, mas isso já era para ter acontecido há muito tempo. As últimas intervenções da ANS não estão sendo efetivas, está dando uma satisfação para a sociedade, como suspender venda de planos para a sociedade, tudo isso é paliativo, mas entrar no âmago da questão mesmo, mexer na lei se for o caso, isso tudo teria que partir da agência também, não só das entidades médicas. (Representante de Entidade Médica 1).

A demora em a agência atuar nessa questão, segundo a percepção dos prestadores, fez que o mercado de planos de saúde expandisse consideravelmente nos últimos anos em número de beneficiários, sem que acontecesse, na mesma proporção, uma evolução na formalização da relação entre operadora e prestadores de serviços.

Nesse sentido, é mencionado o receio de que a ANS perca forças na discussão desse tema, pelo risco de captura da agência, o que pode alterar de forma negativa a agenda regulatória.

E como é que ela mudaria a agenda regulatória? Ela poderia mudar a agenda regulatória, um dos motivos, talvez o principal, se aqueles que estiverem inseridos dentro da agência estiverem respondendo a setores a quem interesse que essa agenda regulatória seja modificada de um lado ou pro outro. Você sequestra o órgão regulador por um conjunto de operadoras, ou por médicos. E aí, se isso acontecer e você não conseguir manter o equilíbrio, aí nós vamos ter um problema muito grande, vamos ficar sem um coordenador dessas atividades, eu não vou utilizar a palavra de juiz porque na realidade eles não fazem esse papel. Porque o juiz define o que vai ser para um lado e para o outro. E não é isso que eles fazem, eles atuam mais como mediadores desse processo, como uma governança desse sistema. O que não pode é isso, agora a maioria dos diretores é ligada às operadoras de planos de saúde, então vão botar para quebrar em cima dos prestadores. Ou ao contrário. (Prestador de Serviço 5)

Mas lá tem 3 diretores em 5 que eram oriundos de planos de saúde, e isso atrasou demais as negociações, piorou muito as relações, porque eles falavam que não podiam fazer nada, não ajudavam e nem atrapalhavam, falavam que não podiam fazer nada, aí parava tudo. (Representante de Entidade Médica 1)

Outra dificuldade levantada é o desequilíbrio de poder, ou seja, para os prestadores, as operadoras de planos de saúde possuem total liberdade para estabelecer as regras contratuais, por seu poder econômico e financeiro sobre alguns prestadores, sendo habituadas a celebrar contratos de adesão, ou seja, sem a negociação entre as partes. Em alguns casos o processo de negociação só se estabelece por meio de muita pressão, de denúncia pública, passeatas e paralizações.

Ou seja, apontam que a situação de imposição dos contratos, principalmente no caso do profissional médico, deve acabar. Para isso deve haver uma disposição bilateral no sentido do equilíbrio econômico e financeiro para os prestadores e para as operadoras de planos de saúde, considerando a interdependência que ambos possuem. Para isso a ANS deve realizar seu papel de fiscalizadora das resoluções vigentes.

Nesse sentido, percebeu-se que o grande desafio para os prestadores de serviços é no sentido de que as regulamentações existentes sobre os contratos sejam de fato cumpridas em consonância com as intenções de sua criação pelo órgão regulador. Ou seja, devem ser inibidas as ações de operadoras somente no sentido de ‘cumprirem’ as normas apenas formalmente, como, por exemplo, no caso de estabelecimento de índices irrisórios apenas para cumprir a regulamentação para a ANS, sem que de fato ocorra uma negociação entre as partes, visando à prática de remunerações justas.

No caso das entidades de classe médica, notou-se que há a expectativa de que o legislativo modifique a lei atual que regulamenta os planos de saúde e permita a atuação da ANS na definição do reajuste para os prestadores.

Então nós temos a expectativa de que esse projeto seja aprovado, e aí a gente possa ter na legislação vigente regras para o reajuste, já que até hoje a ANS não teve força suficiente para obrigar as empresas a cumprirem com esse contrato. (Representante de Entidade Média 4)

Nós estamos nos limitando, nos limitando a dar à ANS nesses projetos de lei que nós apoiamos a prerrogativa de determinar o índice de reajuste para os prestadores médicos caso não haja negociação ou acordo com os médicos. Só isso, é limitado a isso. [...] Nós não estamos rediscutindo a lei que criou a ANS, nós estamos discutindo a prerrogativa que ela pode ter de fazer esse procedimento de reajuste. (Representante de Entidade Médica 5)

No entanto, para os representantes de prestadores de serviços de estabelecimentos de saúde, notou-se certa resistência na aprovação da ampliação do escopo regulatório da ANS para os prestadores, principalmente pelo fato de os prestadores já serem regulados por outro

órgão, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e por temerem o grau de intervenção que essa regulação provocaria em seu negócio.

Olha, quem é que regula hoje a atividade do prestador? É outra agência, tal qual a ANS, hoje um hospital para poder funcionar, qualquer unidade isolada e não tão complexa como um hospital, ela está regulada hoje pela ANVISA. São as vigilâncias sanitárias municipais e estaduais que concedem o alvará para o hospital funcionar. Se, por exemplo, amanhã eu tiver que fazer uma reforma em uma unidade do hospital, quem autoriza se aquele tamanho de quarto, de sala, de área que eu estou querendo construir ou reformar, quem vai dar o alvará e olhar se está certo e ok é a ANVISA. Então, eu acho muito difícil regular o prestador, porque o prestador é um conjunto de espaços físicos de equipamentos colocados à disposição e etc. Se hoje eu quiser importar uma ressonância ou um tomógrafo, eu tenho que ter autorização da ANVISA. Então, você vê que o prestador já tem uma regulação por outra agência. Agora, regular a forma de você vender o seu produto é muito complicado. Por isso que eu disse a você que a constituição federal proíbe, ela nem dá a liberdade, ela proíbe que o Estado interfira na forma de administração da instituição privada. Então, o Estado não pode dizer que o hospital tem que ter dois administradores hospitalares no lugar de um. Então, não dá para a gente nesse momento receber uma interferência do Estado. (Representante de Prestador 1)

Porque se ela for regular o que eu tenho que ter dentro do meu hospital, não precisa. Se ela for regular qual é o meu problema com a operadora e a operadora comigo, aí, sim. Porque se ela regular é capaz de começar a colocar taxa para o hospital pagar cada internação, porque a operadora paga aquela taxa por usuário, então é capaz de cobrar de nós uma taxa por quantos pacientes que eu atendi. Coisa que ela não tem que cobrar. Ela é uma agência reguladora. Talvez até multa na gente, posso até pensar. Mas tem os seus prós e os seus contras em ela regular os prestadores. Então isso eu sou honesto em falar. Não tem como falar: 'não, eu sou muito a favor', depende do projeto nós seremos a favor. (Representante de Prestador 2)

Outro aspecto importante que apareceu na fala de um representante é a preocupação com a adoção de um novo formato de remuneração que envolva, por exemplo, o pagamento por diária global ou compacta. Segundo o entrevistado, para se pensar em um formato de pagamento diferente do sistema *fee-for-service*, que englobe o pagamento por pacotes ou grupo de diagnóstico, é essencial que o prestador conheça seus custos para conseguir precificar seus serviços. Salienta que grande parte dos prestadores não possui os custos de seus procedimentos, e os que possuem ainda apresentam inconsistência.

Além disso, pontua que a criação de um sistema de custos visando à precificação dos serviços implica em novas despesas para os prestadores, algo inviável para alguns hospitais que convivem com dificuldades orçamentárias. O representante também ressaltou as novas tendências do mercado, como a necessidade de acreditação, que também implica em maiores despesas para os prestadores.

É interessante ressaltar que ocorreu por parte de um representante de serviço de saúde o levantamento sobre a heterogeneidade e a diversidades de prestadores em todo o país,

principalmente no quesito da qualidade assistencial prestada. Portanto, utilizar uma única régua para todos os prestadores de serviço pode distorcer a lógica do reajuste, tratando da mesma maneira os prestadores com diferentes níveis de qualidade e estrutura de serviços.

Embora não tenha sido mencionado por nenhum representante de prestadores de serviços, é importante também destacar a existência de uma ação recente do movimento médico que afeta diretamente o contrato estabelecido entre o médico e a operadora de plano de saúde. Em 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o parecer nº 39, estabelecendo que

[...] é ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta. Tal circunstância não caracteriza lesão ao contrato estabelecido entre o profissional e a operadora de plano e seguro de saúde (CFM, 2012).

Nessa situação, o CFM alegou a existência de três procedimentos distintos: o acompanhamento do pré-natal, a realização do parto e o acompanhamento presencial pelo médico que realizou o acompanhamento da gestante durante a gravidez. O rol de Procedimentos da ANS obriga as operadoras a cobrirem os dois primeiros procedimentos descritos em qualquer plano de saúde contratado.

Dentro desse contexto, a ANS se posicionou apontando algumas dúvidas e controvérsias apresentadas no parecer e enfatizou que os contratos firmados tanto entre a operadora e a beneficiária quanto entre a operadora e seus prestadores devem ser respeitados, ou seja, cumpridos, caso esta cobrança não esteja prevista em contrato. Ou seja, haveria a necessidade de uma recontractualização e de demonstrar transparência para a beneficiária, atualizando informações sobre a rede disponível, com a identificação dos médicos e a descrição dos serviços por eles prestados (CFM, 2013; ANS, 2013).

A Fundação Procon de São Paulo apresentou posição contrária à cobrança de honorários pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto pelo profissional nos casos em que houver relação com os planos de saúde. A Fundação afirma que essa reivindicação do CFM decorre de um problema financeiro, uma vez que o parecer cita a questão da baixa remuneração para o parto e demais procedimentos e as condições ruins de trabalho.

O Procon afirmou que o problema das condições de trabalho e remuneração deve ser resolvido entre os médicos e as operadoras de planos de saúde, sem onerar o consumidor (PROCON, 2013). Ou seja, percebem-se as manobras realizadas do movimento médico no

sentido de alterar regras contratuais estabelecidas entre os prestadores e as operadoras de planos de saúde em paralelo às regulamentações da ANS.

Por fim, é interessante observar a fala abaixo de um representante de prestadores à menção do descontentamento pelos participantes dos setores (prestadores, operadoras e usuários) sobre a atual estrutura funcional do sistema de saúde suplementar apresentando, além de apontar a necessidade do desenvolvimento de parcerias que agreguem valor para todos.

Então o principal desafio é deixar os *players* contentes. Em uma parceria onde todo mundo ganha. Ganha o prestador, ganha a operadora e ganha o usuário. Hoje quem está ganhando mais? É o usuário, depois a operadora e por último o prestador. Tem operadora em situação ruim? Tem. Houve muita carga em cima das operadoras? Houve. A cada dois anos é feito um novo rol de procedimentos, e você não pode aumentar já a mensalidade, você tem que esperar o curso do ano para ver o que deu de impacto para depois você pedir para ANS aumentar. Então, não pense que todo mundo está contente. Não está. O usuário hoje não está contente, porque ele espera 2, 3 horas. (Representante de Prestador 2)

### 3.10 Desafios para a Agência Nacional de Saúde Suplementar

Para a ANS o maior desafio está relacionado à compreensão de ambas as partes (Operadoras e prestadores) acerca da necessidade de uma parceria estratégica, na qual o ganho de uma parte não seja em virtude da perda da outra. Ou seja, que ambas as partes atuem como parceiras, construindo um relacionamento diferente, considerando as interdependências que ambas possuem para a sustentabilidade do seu próprio negócio:

Hoje as operadoras não conseguem enxergar isso. Elas tratam os prestadores como um terceiro que ela usa, maximiza os resultados em cima da prestação do serviço, mas ela não enxerga ele como um parceiro na maioria das vezes. E eu acho que isso que era importante a gente conseguir fazer, trazer para o setor uma nova mentalidade de relacionamento, uma mentalidade de fato de cadeia produtiva, de integração, de parceria. E assim conseguir desenhar novos produtos e serviços para os consumidores da saúde suplementar. (Representante da ANS 2)

Para que essa parceria aconteça, é necessário evitar o jogo de soma zero existente entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços, ou seja, a concorrência entre as partes deve ser orientada pela busca do maior valor entregue ao paciente:

Eu acho que o desafio hoje é a falta de entendimento, que a gente tem que mudar o modelo competitivo desse mercado de um modelo de jogo de soma zero, que a operadora ganha quando o prestador perde, para um modelo que agregue valor para

o beneficiário. Hoje é premiada financeiramente aquela operadora que faz valer o seu poder de barganha e consegue espremer médico, e consegue segurar o acesso, a gente tem que mudar para um modelo em que as operadoras e os prestadores sejam premiados de acordo com a qualidade que eles oferecem para o beneficiário. A gente tem que partir para um modelo em que todos os atores desse setor são premiados de acordo com a sua capacidade de agregar valor para o seu beneficiário. [...] Os bons prestadores vão ser bem-pagos e os maus vão sair do mercado. As boas operadoras vão poder cobrar caro pelo seu plano de saúde, vão poder ter retornos maiores, e as que não agregam valor vão sair do mercado. Essa é a dinâmica de boa parte da economia, ela não é assim na saúde suplementar pelo problema da assimetria de informação e por um problema de um modelo de competição de soma zero, que vale mais o poder de barganha. E isso tem que mudar. (Representante ANS 1)

Nesse sentido, Porter e Teisberg (2007) afirmam que a atual estrutura de prestação de serviços está falida em decorrência do modelo de competição equivocado praticado no mercado. No atual modelo de competição de soma zero, o ganho de um *player* significa a perda do outro. Ou seja, a disputa é para transferir os custos de uns para os outros, aumentando o poder de barganha e limitando serviços. Esse tipo de competição conduz à ineficiência do sistema de saúde, diminui a qualidade dos serviços prestados e aumenta os custos. Segundo os autores, a competição no setor necessita estar voltada para a entrega de maior valor na assistência à saúde do paciente, por meio de melhores resultados apresentados.

Novamente aparecem nos resultados as dificuldades relacionadas ao atual modelo de pagamento prevalente no mercado, uma vez que este gera conflitos entre as partes, sendo que a mudança do modelo de remuneração é fundamental para a redução dos conflitos entre as partes:

O maior conflito que gera é porque são interesses divergentes. A ideia da operadora é reduzir custos de onde ela consegue reduzir, ela não reajuste, onde ela consegue glosar ela glosa. Porque, apesar de ser saúde suplementar, a gente está falando de comércio, e a operadora tem que ter margem e lucro. Ela tem uma despesa assistencial que é crescente, a sinistralidade é crescente sem dúvida nenhuma, e ela tem que ter uma margem pequena, tem modalidade que passa de 90% a sinistralidade, no caso as autogestões que não têm fins lucrativos. Aquilo que sobra ainda tem que pagar todas as despesas administrativas e dali ainda tirar lucro. Então, de um lado ela tenta reduzir custos. E do outro lado o prestador quer ser mais bem remunerado. Esse é o grande conflito, de um lado alguém que quer reduzir e do outro lado alguém que quer ganhar mais. No caso dos hospitais a gente montou um grupo de trabalho sobre modelos de remuneração para tentar mudar um pouco essa lógica do sistema de conta aberta, do *fee-for-service*. É um cheque aberto. A ideia é mudar essa metodologia, tentar fechar valores para tentar conter essa elevação de custos. As entidades que participaram dos prestadores foram favoráveis. Até para dar mais segurança para o setor. (Representante da ANS 3)

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo revelaram que a discussão acerca da regulamentação dos contratos entre operadoras de planos e serviços de saúde iniciou-se no âmbito da Câmara de Saúde Suplementar principalmente por iniciativa dos prestadores de serviço. Embora seja importante destacar que, em decorrência da fragilidade das relações entre os atores desse mercado, principalmente pelo fato de ainda vigorar o estabelecimento de contratos verbais, ou seja, meros acordos tácitos entre as partes, a maioria dos entrevistados defende a necessidade da formalização dos contratos estabelecidos entre operadora e prestadores de serviço, no sentido de aumentar a transparência e a segurança do mercado.

A ausência de instrumentos que formalizem a relação entre as partes agrava os conflitos já existentes, uma vez que não são instituídos de forma objetiva e clara os direitos e os deveres dos atores, o que pode acarretar em situações que afetem diretamente o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, como, por exemplo, ao descredenciamento desmotivado.

Para a ANS o estabelecimento de regulamentações dos contratos é justificado por sua atuação no sentido de minimizar as falhas de mercado – assimetria de informação, externalidades negativas e desequilíbrios no poder de negociação entre as partes – principalmente no que tange à prática de remunerações inadequadas aos prestadores e à instabilidade na rede credenciada, uma vez que essas situações impactam diretamente na garantia de assistência ao beneficiário desse setor.

Os encaminhamentos das discussões estabelecidas na Câmara de Saúde Suplementar, somados às pressões dos prestadores de serviços de saúde, culminaram na criação pela ANS da Câmara Técnica de Contratualização em 2002, que produziu três Resoluções Normativas, construídas de forma gradual após poucas reuniões para discussão na Câmara Técnica. Cabe ressaltar que, apesar de a composição desse grupo contar com representantes de todo o setor, alguns entrevistados, principalmente os representantes das operadoras, consideraram que a construção das normativas ficou limitada aos trabalhos da Câmara, ou seja, criticaram a falta de espaço para a discussão ampla do conteúdo estabelecido nessas regulamentações.

O processo de implantação das Resoluções Normativas foi bastante moroso e apresentou várias dificuldades, como a prorrogação de prazos para entrada em vigor das normas referentes aos hospitais e também as voltadas para os profissionais médicos. Apesar disso, os resultados revelaram alguns avanços, embora variáveis segundo o tipo de prestador:

com relação aos prestadores hospitalares e demais estabelecimentos de saúde, há a percepção de avanços na formalização dos contratos com as operadoras, embora seu conteúdo ainda não possua todas as cláusulas em acordo com as exigências das regulamentações.

No caso dos prestadores médicos, a percepção é de que houve pouca evolução tanto no aspecto da formalização do contrato com as operadoras quanto também na questão da adequação do conteúdo dos contratos existentes com a Resolução Normativa. Além disso, percebeu-se também que a heterogeneidade desse mercado interfere diretamente no cumprimento das regulamentações, ou seja, as diferenças de porte dos prestadores afetam diretamente esses resultados, principalmente nos casos de prestadores de pequeno porte e com pouco poder de barganha, que ainda atuam no mercado sem a figura contratual estabelecida.

Cabe ressaltar que o crescimento dos beneficiários e a demora na regulamentação da questão contratual contribuíram para um desequilíbrio entre o número de beneficiários e suficiência de rede de prestadores, ou seja, a formalização do contrato entre as partes é um meio para garantir o acesso aos serviços de saúde, ao conferir maior estabilidade na relação entre prestadores e operadoras e assegurar o atendimento ao beneficiário.

Entre os principais conflitos para a regulamentação dos contratos, destaca-se a questão do reajuste contratual entre operadoras e prestadores. Se por um lado as operadoras de planos de saúde defendem a livre negociação como critério de reajuste, por outro os prestadores defendem a adoção de um índice de reajuste nos contratos, por considerarem a livre negociação um critério não objetivo e pouco claro.

Em síntese, essas primeiras resoluções normativas não foram suficientes para minimizar os conflitos existentes na relação contratual entre operadoras e prestadores de serviço, principalmente no que tange aos critérios de reajustes. Novamente, sob um contexto de forte pressão por parte dos prestadores, principalmente das entidades médicas, a ANS emitiu outra regulamentação, a Instrução Normativa – IN nº 49/12, estabelecendo a adoção de um índice de reajuste nos contratos. Segundo os entrevistados, a construção dessa nova normativa ocorreu sem a realização de uma ampla consulta a todas as partes interessadas, o que gerou inúmeros questionamentos tanto por parte das operadoras de planos quanto dos prestadores de serviços de saúde.

Nesse ambiente conflituoso foi estabelecida a prorrogação do prazo para o cumprimento dessa normativa, uma vez que se verificou que as adequações dos contratos se revelaram insuficientes e distorcidas, pois grande parte das operadoras de planos de saúde, para cumprir o estabelecido pela regulamentação, criou formas de ‘cumprir’ a IN por meio da

imposição de percentuais de determinados índices econômicos que não refletiam as reais necessidades de reajuste, ou seja, adotou uma fração de índice qualquer somente para se adequar à normativa. Essa reação por parte das operadoras desagradou muito aos prestadores, ou seja, aumentou ainda mais o conflito já existente entre as partes. Para alguns representantes de operadoras, com a introdução dessa normativa a ANS extrapolou as funções típicas de um órgão regulador, ou seja, afetou negativamente o mercado ao prejudicar a livre negociação entre as partes e pelo risco de indexação ao estabelecer a fixação de um índice.

A ANS, apesar das reivindicações de alguns representantes, principalmente das entidades médicas, não considera a possibilidade de agir no sentido de fixar um índice, tanto pelo risco de indexação quanto por considerar inviável a fixação de um único índice, dada a heterogeneidade em qualidade e grau de incorporação tecnológica entre os prestadores.

Entre as dificuldades para o cumprimento do estabelecido pelas resoluções, os resultados sinalizam para os problemas na capacidade de fiscalização e punição da ANS. Nesse sentido, cabe destacar a inviabilidade de uma fiscalização ampla desse objeto, pelo tamanho do mercado de saúde suplementar brasileiro, que apresenta um elevado número de operadoras e uma extensa rede de prestadores de serviços em atividade.

Por esse motivo, foram implantados alguns programas voltados para a fiscalização de contratos com hospitais e serviços de SADT em amostra de operadoras, que produziram informações importantes para a regulamentação da questão contratual, além de evidenciar as dificuldades de aplicação de multa pecuniária para as operadoras de planos de saúde que descumpriram as resoluções normativas. Podemos evidenciar essas fragilidades no processo pela constatação do fato de que até dezembro de 2012 nenhuma operadora autuada pela fiscalização da ANS assinou um termo de ajuste de conduta para correção das inadequações identificadas.

Se por um lado se verificou uma grande pressão por parte dos prestadores para a regulamentação dos contratos, por outro as operadoras alegam como grande dificuldade para o cumprimento das normas a resistência dos prestadores de serviços em aceitar as cláusulas propostas pelas operadoras, ou seja, essa resistência inviabiliza a construção de um contrato em que exista consenso entre as partes acerca de seu conteúdo. Por esse motivo, alguns representantes de operadoras defendem a extensão da regulamentação pela ANS aos dois principais atores do setor – operadoras e prestadores – por meio dos projetos de lei que estão em andamento e que visam a ampliar o escopo regulatório da ANS.

Assim, o estudo evidencia que as regulamentações que tratam da relação contratual são insuficientes para minimizar os conflitos existentes entre as operadoras de planos e os prestadores de serviços de saúde, pois existem outras variáveis que interferem na dinâmica contratual e que precisam ser contempladas na discussão. Entre estas, destacam-se a questão da qualidade dos serviços assistenciais prestados e a remuneração por desempenho, pontos que ainda não entraram na discussão da questão contratual, embora estejam sendo contemplados paralelamente em outros grupos da ANS.

Um dos grandes desafios para alcançar o equilíbrio da questão contratual é a mudança do modelo de pagamento predominante no mercado de saúde suplementar, que se baseia no pagamento por procedimentos prestados e no qual grande parte dos lucros é fruto da comercialização de materiais e medicamentos, para um modelo de remuneração que considere a qualidade da assistência, ou seja, a atividade-fim das organizações de saúde.

Outro importante desafio identificado pelo estudo se relaciona à qualidade das ações regulatórias, tanto na questão da regulamentação dos contratos quanto em outras ações. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de adoção pela ANS de ferramentas da Análise do Impacto Regulatório (AIR) na construção de suas regulamentações, com envolvimento de todas as partes interessadas, conferindo mais transparência às propostas recebidas em consultas públicas, demonstrando a origem das propostas recebidas, bem como o resultado da análise realizada pela agência sobre essas propostas.

A adoção da AIR auxilia o órgão regulador a atuar com mais precisão sobre determinado tema, ao considerar com evidências quais são as dificuldades, os benefícios e os custos da implantação de uma determinada ação no setor, evitando os movimentos de tentativa e erro, que conduzem constantemente à prorrogação de prazos. Esse tipo de análise baseada em evidência confere mais credibilidade e maior alcance para a ação regulatória.

No que tange à continuidade do debate acerca da regulamentação das relações contratuais, observam-se sinais de que a ANS pretende expandir essa discussão da relação entre operadoras e prestadores de serviços por meio da inclusão dessa pauta na proposta de agenda regulatória para o período 2013/2014, com eixos e projetos voltados para essa questão. Por outro lado, não podemos deixar de mencionar o receio por parte de algumas representações médicas sobre o risco de descontinuidade das discussões a respeito do tema, sendo tal receio relacionado principalmente com o risco de captura da ANS.

Por fim, é importante destacar que o sucesso da ação regulatória na questão contratual depende de uma mudança de lógica de atuação do mercado, pois o cumprimento da

regulamentação não garante os avanços na relação contratual entre as partes. Para que isso aconteça é necessário que operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço formem uma parceria estratégica, compreendam sua interdependência e a importância de uma boa relação para a sustentabilidade do setor e a garantia de atendimento ao beneficiário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S.H.H. Reforma regulatória: conceitos, experiências e recomendações. *Revista do Serviço Público*, São Paulo, ano 50, nº 2, abr/jun, 1999.

ALBUQUERQUE, G.M.; FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A.D. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. *Prod.* [on-line], vol.21, n.1, 2011.

ALBURQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line], São Paulo, v. 13, n. 5, pp. 1421-1430, 2008.

ALVES, F.N.R.; PECI, A. Análise de Impacto Regulatório: uma nova ferramenta para a melhoria da regulação na Anvisa. *Revista Saúde Pública*, Brasília, v.45, n. 4, pp. 802-5, 2011.

ALVES, S.L. Concentração e verticalização no setor de saúde suplementar: uma análise econômica. In: AMORIM, M.C.S.; PERILLO, E.B.F. (Org.). *Para Entender a Saúde no Brasil 2*. São Paulo: LCTE, 2008, pp. 89-106.

AMB. *Avaliação dos planos de saúde do Brasil*. Instituto de Pesquisa Datafolha, 2011.

\_\_\_\_\_. *Avaliação dos planos de saúde do Estado de São Paulo*. Instituto de Pesquisa Datafolha, 2010.

\_\_\_\_\_. *Avaliação dos planos e seguros saúde do Estado de São Paulo*. Instituto de Pesquisa Datafolha, 2012.

ANAHP. *Observatório da Associação Nacional dos Hospitais Privados*. 4ª edição, 2012.

ANDRADE, M.V. *et al.* *Estrutura de mercado do setor de saúde suplementar no Brasil*. Texto para discussão nº 400. Universidade Federal de Minas Gerais – Faculdade de Ciências Econômicas (Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional), Belo Horizonte, 2010.

ANDREAZZI, M.F.S. *Formas de remuneração de serviços de saúde*. Texto para discussão nº 1006. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2003.

ANDREAZZI, M.F.S. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK, A. (org.). *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Vol. 3. Tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. pp.121-146.

ANS. *Agência Nacional de Saúde adota novas medidas para operadoras que descumpriram prazos de atendimento, 2013b*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/1898-ans-adota-novas-medidas-para-operadoras-que-descumpriram-prazos-de-atendimento>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Foco Saúde Suplementar, Março de 2012a.

\_\_\_\_\_. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Foco Saúde Suplementar, julho de 2012b.

\_\_\_\_\_. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Foco Saúde Suplementar, setembro de 2012c.

\_\_\_\_\_. *Apresentação da Câmara Técnica de Pool de Risco*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, novembro de 2011a. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara\\_tecnica/pool\\_de\\_risco/Apresentacao\\_incentivos\\_a\\_planos\\_individuais.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/pool_de_risco/Apresentacao_incentivos_a_planos_individuais.pdf)>. Acesso em: jun. 2012.

\_\_\_\_\_. *Ata da Reunião nº 356 da Diretoria Colegiada da agência*. Rio de Janeiro, 7 de novembro de 2012j.

\_\_\_\_\_. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, março de 2012d.

\_\_\_\_\_. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, setembro de 2012e.

\_\_\_\_\_. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, dezembro de 2012f.

\_\_\_\_\_. *Instrução Normativa nº 49 de 17 de maio de 2012h*.

\_\_\_\_\_. *Justiça acolhe recurso da ANS contra liminar da Unidas*. Rio de Janeiro, 13 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/1642-justica-acolhe-recurso-da-ans-contraliminar-da-unidas>>. Acesso em: 20 jul. 2012i.

\_\_\_\_\_. *Nota Técnica da Contratualização – Programa Olho Vivo*. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Diretoria de Fiscalização, Junho de 2006a.

\_\_\_\_\_. *Parecer da ANS sobre o Projeto de Lei nº 380 de 2011*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Julho de 2011b.

\_\_\_\_\_. *Parecer da ANS sobre o Projeto de Lei nº 6.964 de 2010 (PLS nº 276 de 2004)*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Julho de 2012g.

\_\_\_\_\_. *Parecer do CFM sobre honorários obstétricos, 2013a*. Disponível em: <<file:///G:/FGV%202012/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o/Honor%C3%A1rios%20Obst%C3%A9tricos/Parecer%20do%20CFM%20sobre%20honor%C3%A1rios%20obst%C3%A9tricos.htm>>. Acesso em 17 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. *Resolução Normativa n 71 de 17 de março de 2004*.

\_\_\_\_\_. *Resolução Normativa nº 241, que estabelece a obrigatoriedade de negociação dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 3 de dezembro de 2010b.

\_\_\_\_\_. *Resolução Normativa nº 124, que dispõem sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 30 de março de 2006b.

\_\_\_\_\_. *Resolução Normativa nº 242 de 7 de dezembro de 2010*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010a.

\_\_\_\_\_. *Resolução Normativa nº 42 de 4 de julho de 2003*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003a.

ANS. *Resolução Normativa nº 54 de 28 de novembro de 2003b*.

\_\_\_\_\_. *Sistemática de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar: grupo de trabalho sobre a remuneração dos hospitais - Rodada de São Paulo. Conta aberta aprimorada/tabela compacta*. Outubro de 2012. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/conta%20aberta%20aprimorada.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012k.

\_\_\_\_\_. *Sistemática de remuneração dos hospitais que atuam na saúde suplementar: procedimentos gerenciados: grupo de trabalho sobre a remuneração dos hospitais. Regras gerais*, out. 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/procedimento%20gerenciado.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012l.

ANVISA. *Lista traz preços praticados por produtos para a saúde*. ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 24 dez. 2012.

APM. Outubro, mês protesto médico no Brasil. *Revista da Associação Paulista de Medicina*. Edição n° 638, outubro de 2012.

ARAÚJO JR., J.T. Poder de mercado no setor de saúde suplementar. In: Farina, L; Guimarães, D.A (Org.). *Concorrência e Regulação no Setor de Saúde Suplementar*. São Paulo: Singular, 2010. pp. 23-45,

BAHIA, L. *Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão*. Relatório Final, 2009. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Abrasco%20Divulga/Relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BALDWIN, R.; CAVE, M. *Understanding regulation: theory, strategy, and practice*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARRETO, D.F.G. *Avaliação de impacto do controle externo do Tribunal de Contas da União na regulação de infraestrutura*. 64 f. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília (UnB), 2011.

BRASIL. *Decreto n° 4.176 de 28 de março de 2002*. Brasília: Congresso Nacional, 2002d.

\_\_\_\_\_. *Decreto n° 6.062, de 16 de março de 2007*. Institui o Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para Gestão em Regulação – PRO-REG, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 mar. 2007e.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 9.656 de 2 de junho de 1998*. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2 de junho, 1998a.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de janeiro, 2000c.

\_\_\_\_\_. *Medida Provisória 2.177-44 de 24 de agosto de 2001*. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, 24 de agosto, 2001b.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 1.721*. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde, 21 de setembro de 2005.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 10.34*. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 5 de maio de 2010.

BURNS, L.; KIMBERLY, J.; WALSTON, S. Owned vertical integration and health care: promise and performance. *Health Care Management Review*, v. 21, n. 1, p. 83, 1996.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 6.964 de 2010*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=469487>>. Acesso em: 02 jan. 2013.

CAMPOS, C.C. Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadoras de serviço. *O mundo da saúde*, v. 30, n. 2, São Paulo, abr/jun, 2006. pp. 228-238.

CAMSS. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 15*. Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 17*. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 19*. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 20*. Brasília, 2001c.

\_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 26*. Brasília, 2002a.

- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 27*. Brasília, 2002b.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 28*. Brasília, 2002c.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 30*. Brasília, 2002d.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 31*. Brasília, 2003a.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 32*. Brasília, 2003b.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 33*. Brasília, 2004a.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 34*. Brasília, 2004b.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 36*. Rio de Janeiro, 2004c.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 37*. Brasília, 2005a.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 39*. Brasília, 2005b.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 40*. Brasília, 2005c.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 41*. Brasília, 2005d.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 45*. Rio de Janeiro, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 59*. Brasília, 2009.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 63*. Rio de Janeiro, 2010.
- \_\_\_\_\_. *Ata de reunião da Câmara de Saúde Suplementar nº 68*. Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, E.P.; CECÍLIO, L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Caderno de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 9, pp 2167-2177, set. 2007.

CASADO, L.; SATO, K. Classe D agora tem plano de saúde e seguro de vida. *Jornal Valor Econômico*, São Paulo, 09 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/financas/2605780/classe-d-agora-tem-plano-de-saude-e-seguro-de-vida>>. Acesso em 12 dez. 2012.

CECHIN, J. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva/Letras & Lucros, 2008.

CECÍLIO, L.C.O. *et al.* A Saúde Suplementar na perspectiva da microrregulação. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde e ANS, 2005. pp.63-74.

CETELEM BGN. *O Observador Brasil*, 7ª edição, 2012 Disponível em: <[http://www.cetelem.com.br/portal/Sobre\\_Cetelem/Observador.shtml](http://www.cetelem.com.br/portal/Sobre_Cetelem/Observador.shtml)>. Acesso em: 01 dez. 2012.

COELHO, C.; PECI, A. *Desafios da Reforma Regulatória no Contexto Brasileiro*. In: Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 25, 2011, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: EnANPAD, 2011.

COHN, A. (coord. geral); ELIAS, Paulo Eduardo *et al.* *Padrões de regulação utilizados por operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço*. São Paulo: Cedec/Cealag/Vanzolini/FFM, 382p. e Anexos (Relatório final), março de 2005.

COLLUCCI, C.; BEDINELLI, T. *Com boom de clientes de planos de saúde, espera cresce em hospitais*. *Jornal Folha de São Paulo*. Cotidiano. 23 de julho de 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1124279-com-boom-de-clientes-de-planos-de-saude-espera-cresce-em-hospitais.shtml>>. Acesso em: dez. 2012.

CONASS. *Regulação em Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI); INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA (IPOBE). *Retratos da sociedade Brasileira: Saúde Pública*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratos%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20Janeiro%202012.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

CONFORTO, G. Descentralização e Regulação da gestão de serviços públicos. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, FGV, pp. 27-40, 1998.

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 5, pp. 1453-1462, 2008.

FARIAS, L.O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.2, pp. 585- 598, 2003.

\_\_\_\_\_. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 585-598, 2003.

FARIAS, P.C.L.; RIBEIRO, S.M.R. Regulação e os novos modelos de gestão no Brasil. *Revista do Serviço Público*, ano 53, nº 3, abr/jun, 2002.

FERREIRA JÚNIOR, W. C. *Ampliação dos serviços hospitalares privados na cidade de São Paulo: uma estratégia ou uma aposta?* 215f. Dissertação (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, 2011.

FIANI, R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 13, n. 2 (23), pp. 81-105, jul./dez. 2004.

FILHO, M.J. Agências Reguladoras e Democracia: existe um déficit democrático na “Regulação Independente”? In: ARAGÃO, A.S (coord.). *O poder normativo das agências reguladoras*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

FORMENTI, L. *Cade recomenda punição a conselhos e sindicatos médicos por paralisações*. *Jornal o Estado de São Paulo*. 12 de janeiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidente do CFM quer que médicos de planos de saúde cobram por consulta. *Jornal Estado de São Paulo*, 15 de janeiro de 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,presidente-do-cfm-quer-que-medicos-de-planos-de-saude-cobrem-por-consulta,984309,0.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

GAPANOWICZ, L.E. *Análise do comportamento financeiro de contas médicas em eventos cirúrgicos, comparados a índices inflacionários de preços de mercado de saúde*. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 2012.

GELIS FILHO, A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, pp. 589-613, jul/ago, 2006.

GODOY, A.S. Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, pp. 25-35, 1995.

IBGE. *Estatística da Saúde: Assistência Médico-Sanitária de 2009*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2010.

IDEC. *Em 30 anos, será inviável continuar pagando planos de saúde*. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 03 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/em-30-anos-sera-inviavel-continuar-pagando-planos-de-saude>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

IESS. *Variação dos custos médicos-hospitalares*. Data base: dezembro de 2011. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo, agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/VCMHIESSdbdez11.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

INFOMONEY. Classe C responde por 49% dos associados de planos de saúde. *InfoMoney*, São Paulo, 24 ago. 2012. Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/ultimas-noticias/infomoney/2012/08/24/classe-c-responde-por-49-dos-associados-de-planos-de-saude.jhtm>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). *Pesquisa Instituto Datafolha, 2011*. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/informativosiess/14.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

KIRKPATRICK, C.; PARKER, D. *Towards Better Regulation? Assessing the impact of regulatory reform in developing countries*. UK: University of Manchester, 2005.

KIRKPATRICK, C; PARKER, D; Zhang, Y.F. *Regulatory Impact Assessment in Developing and Transition Economies: A Survey of Current Practice and recommendation for further development*. Working Paper. Center on Regulation and Competition. University of Manchester, 2003.

KOIKE, B. Classe C entra nos planos de saúde e superlota hospitais. *Jornal Valor Econômico*, São Paulo, 03 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/2925524/classe-c-entra-nos-planos-de-saude-e-superlota-hospitais>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

LEAL, R.M.; MATOS, J.B.B. Planos de Saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. *Revista de Administração de Empresas (RAE)*, São Paulo, v.49, n.4, p 447-458, 2009.

LIMA, C.R.M.; OLIVEIRA, R.M.S. Prestadores de Serviços no Setor de Saúde Suplementar no Brasil. In: LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro (org.). *Administração da Assistência Suplementar à Saúde*. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços, 2005.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, Brasília, ano 50, nº1, jan/mar, 1999.

MASCARENHAS, N. P. *Análise de um Processo em Construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil*. 352 f. Dissertação (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

MELO, M.A.B.C. A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, vol. 16, nº 46, junho/2001.

MELO, M.A.B.C. Política regulatória: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 50, p. 7-44, 2000.

MIRANDA, M.B. Teoria Geral dos Contratos. *Revista Virtual Direito Brasil*. v.2; nº 2, 2008. Disponível em: <<http://www.direitobrasil.adv.br/artigos/cont.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

MONTONE, J. *Planos de Saúde: passado e futuro*. Rio de Janeiro: MedBook, 2009.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, jul/ago. 2011.

MUELLER, Bernard e PEREIRA, Carlos. Credibility and the Design of Regulatory Agencies in Brazil. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 22, nº 33, 2002.

NUNES, E.; RIBEIRO, L.M.; PEIXOTO, V. *Agências reguladoras no Brasil. Documento de Trabalho nº. 65*. Rio de Janeiro: Observatório Universitário, 2007.

OCKÉ-REIS, C.O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1398-1408, set./Out, 2008.

OCKÉ-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 12, pp. 1041-1050, 2007.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Regulatory impact analysis: best practices for regulatory quality and performance*. Paris, 1997b.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The OECD Report on Regulatory Reform: Synthesis*, Paris. Copyright OECD, 1997a.

PACHECO, R.S. Agências reguladoras no Brasil: Ulisses e as sereias ou Narciso e Eco? In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 8, Panamá. *Anais...* Panamá: CLAD, 2003.

\_\_\_\_\_. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, pp. 523-43, jul/ago, 2006.

PECI, A. Agências reguladoras no contexto da pós-privatização: uma análise crítica. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 72, pp. 9-21, jan/abr, 2006.

\_\_\_\_\_. Avaliação do impacto regulatório e sua difusão no contexto brasileiro. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 51, n. 4, pp. 336-348, jul/ago, 2011.

\_\_\_\_\_. Avaliação do impacto regulatório, experiências internacionais e potencialidades de adoção em contextos nacionais: o caso brasileiro. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, XIV, Salvador. *Anais...*, Salvador: CLAD, 2009.

\_\_\_\_\_. Reforma Regulatória Brasileira dos Anos 90 à Luz do Modelo de Kleber Nascimento. *RAC*, Curitiba, v. 11, n. 1, pp. 11-30, Jan./Mar, 2007.

PELTZMAN, S. A teoria econômica da regulação depois de uma década de desregulação. In: MATTOS, P. (coord.), PRADO, M.M. *et al.* (org.). *Regulação Econômica e Democracia: o debate Norte-Americano*. São Paulo: 34, 2004. pp. 81-127,

PEREIRA, E.A.; HUSSNE, R.D. Regulação e Padrão Competitivo no Setor de Saúde Suplementar. *R. Bras. Risco e Seg.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, pp. 17-36, out. 2010/mar. 2011.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, pp. 767-783, 2008.

PÓ, M.; ABRUCIO, F.L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, pp. 679-98, Jul./Ago. 2006.

PÓ, M.V. *O jogo regulatório brasileiro: a estabilidade contratual para além da autonomia das agências*. 217 f. Dissertação (Doutorado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, 2009.

PÓ, M. Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTES, Paulo Duarte de Carvalho (org.). *Gestão Pública e Relação Público-Privada na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

PORTELA, M.C. *et al.* Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, pp. 399-408, 2010.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. *Repensando a saúde – Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRZEWORSKI, A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In: PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (org.). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

RAMALHO, P.I.S. Insulamento burocrático, accountability e transparência: dez anos de regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v.60, n.4, p. 337-364, out./dez. 2009.

RIBEIRO, J.M. *et al.* Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, n.5, pp. 1477-1487, 2008.

SALGADO, L.H. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. IPEA. Texto para discussão n° 941. Brasília, 2003.

SALGADO, L.H.; BORGES, E.B.P. *Análise de impacto regulatório: uma abordagem exploratória*. IPEA. Texto para discussão n° 1463. Brasília, 2010.

SALGADO, L.H.; BORGES, E.B.P. *Análise de Impacto Regulatório: uma abordagem exploratória*. Texto para discussão nº 1463. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2010.

SALU, E. J. *Administração Hospitalar no Brasil*. Barueri: Manole, 2013.

SANTACRUZ, R. Regulação e concentração no mercado Brasileiro de saúde suplementar. In: FARINA, L; Guimarães, D.A. (Org.). *Concorrência e Regulação no Setor de Saúde Suplementar*. São Paulo: Singular, 2010. p. 109-164.

SANTACRUZ, R. *Verticalização do mercado de saúde suplementar brasileiro*. Textos para discussão. Universidade Federal Fluminense – Faculdade de Economia. Niterói, 2011.

SANTOS, F.P. A Lei 9.656: seus avanços e desafios. In: CECHIN, José. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, Letras e Lucros, 2008. p. 271-279.

SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1463-1475, 2008.

SATO, F.R.L. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, pp. 49-62, jan/fev, 2007.

SENADO. *Projeto de Lei nº 380 de 2011*. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=101018](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=101018)>. Acesso em 02 jan. 2013.

SILVA, A.A. *Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AR\\_6\\_AAAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2012. Acesso em: 02 jun. 2012.

SILVA, Mariana Batista da. A Difusão da Regulação Governamental: uma resenha da literatura. *Revista Habitus*: revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais – IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 19-37, dez. 2008. Semestral. Disponível em: <[www.habitus.ifcs.ufrj.br](http://www.habitus.ifcs.ufrj.br)>. Acesso em: 10 jun. 2012.

SINDHOSP. *Avaliação do relacionamento de hospitais e operadores de planos de saúde*. VOX Populi, 2010.

SINDICATO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E CASAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (SINDHRIO). *IN 49 posicionamento das operadoras revolta prestadores*. Rio de Janeiro, 22 de junho de 2012. Disponível em: <<http://www.sindhrio.org.br/index.php/tiss-mainmenu-27/2714-in-49-posicionamento-das-operadoras-revolta-prestadores>>. Acesso em: 05 jul. 2012.

SINDICATO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (SINDHOSP). *SINDHOSP se manifesta em relação à postura da Unidas*. São Paulo, 17 de julho de 2012. Disponível em: <<http://www.sindhosp.com.br/noticias/3658/SINDHOSP-se-manifesta-em-relacao-a-postura-da-Unidas>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

SOUZA, M.A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 28, n.4, pp. 305–10, 2010.

STIGLER, G. A Teoria da Regulação Econômica. In: MATTOS, P. (coord.), PRADO, M.M. *et al.* (organizadores). *Regulação Econômica e Democracia: o debate Norte-Americano*, São Paulo, ed. 34, pp. 23-48, 2004.

STIGLER, G. The theory of economic regulation. *Bell Journal of Economics and Management Science*, The Rand Corporation, New York, v. 2, n. 1, p. 1-11, Spring 1971.

STIVALI, M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n.9, pp. 3729-3739, 2011.

TAKAHASHI, A.C.D. Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde suplementar paulistano. 102 f. Dissertação – (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2011.

UGÁ, M.A.D. *et al.* Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 5, pp. 832-8, 2009.

UNIDAS. *Decisão da 1ª Vara Federal do Rio de Janeiro sobre a Liminar contra a IN nº 49*. Rio de Janeiro, 11 de junho de 2012.

VALENTE, P.P. *Avaliação do impacto regulatório: uma ferramenta à disposição do Estado*. 218f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2010.

VIANNA, C.M.M. O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador. In: CASTRO, A. J. W.; MONTONE, J. *Regulação & saúde*, v. 3, t. 1: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

VILARINHO, P.F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. *Cadernos EBAPÉ.BR*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, artigo 8, dez. 2010.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

### **Roteiros de entrevista**

Roteiro 1 – Roteiro de entrevista para representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar

### **Regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde**

1- Quais são as principais justificativas para regular a relação entre operadoras e prestadores de serviços em saúde? Como a ANS chegou a essa conclusão? (por meio de reuniões de comissão técnica, estudos etc.) Qual foi o grande disparador para este tema entrar na pauta regulatória da ANS?

### **O processo de elaboração e implantação da Instrução Normativa nº 49**

2- O que motivou a criação da Instrução Normativa nº 49, quais são seus objetivos e como foi seu processo de elaboração?

3- Foi realizado algum estudo prévio sobre os impactos da introdução dessa normativa?

4- Quais os resultados (em relação aos benefícios para os beneficiários, operadoras e prestadores) esperados com a introdução da Instrução Normativa nº 49?

5- Como será monitorado o processo de implantação da IN nº 49? Como será realizada a fiscalização de seu cumprimento? E quem será responsável por essa fiscalização? A estrutura existente na agência é suficiente para isso?

6- Houve consulta pública ou câmara/grupo técnico no processo de elaboração dessa Instrução Normativa? Como foi a reação dos principais atores durante o processo de sua elaboração (consulta pública, câmara técnica etc.)?

### **Participação do poder legislativo na regulação do setor de saúde suplementar**

7- Como você avalia a participação do legislativo (PLS nº 276 de 2004 e PLS nº 380 de 2011) no processo de regulação do setor de saúde suplementar? PLS nº 276 de 2004, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre operadoras dos referidos planos e seus prestadores de serviços”. Projeto de lei (SF PLS 380/2011 de 05/07/2011), que altera a lei nº 9.961, de 2000, “que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para estabelecer, dentre as competências da Agência, a de definir índices de reajustes dos honorários médicos, procedimentos e eventos em saúde oferecidos pelas operadoras de planos de saúde”.

### **Principais desafios**

8- Quais são os principais desafios e dificuldades para a regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviços? E, legalmente, quais são as dificuldades?

### **Roteiro 2 – Roteiro de entrevista para representantes de Classe Médica**

1. Em sua opinião, qual foi o grande disparador para a relação contratual entre operadoras e prestadores de serviços em saúde ter entrado na pauta regulatória da ANS?
2. Como você avalia as ações da ANS na regulação deste tema?
3. Como foi o processo de construção das Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71? Como as principais partes interessadas (operadoras de saúde, prestadores e entidades de classe) agiram durante o processo de elaboração dessas normas? Houve espaço para a participação de todos? Quais foram os principais conflitos durante esse processo?
4. Em sua percepção, quais as principais dificuldades que os médicos encontraram para se adaptar a essas resoluções normativas?
5. Como você avalia os resultados alcançados pela introdução das Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71? Elas conseguiram atingir seus objetivos? A maior parte dos médicos conseguiu elaborar os contratos com suas operadoras?

6. Como se deu o processo de elaboração da Instrução Normativa nº 49? Houve espaço para a participação de todos? Quais foram os principais conflitos?
7. Quais as principais consequências com a introdução dessa Instrução Normativa para os médicos que atuam na saúde suplementar? Quais são as principais dificuldades que os médicos esperam encontrar para se adequar à norma?
8. Em sua percepção, quais são os principais desafios e dificuldades para a efetiva regulação de contratos entre operadoras e prestadores de serviços de saúde?

### **Roteiro 3 – Roteiro de entrevista para representantes das Operadoras de Planos de Saúde**

1. Como você avalia as ações da ANS na regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviços em saúde?
2. Em sua opinião, qual foi o grande disparador para esse tema entrar na pauta regulatória da ANS?
3. Como foi o processo de construção das Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71? Como as principais partes interessadas agiram durante o processo de elaboração dessas normas? (operadoras de saúde, prestadores e entidades de classe) Houve espaço para a participação de todos? Quais foram os principais conflitos ocorridos durante esse processo?
4. Em sua percepção, quais as principais dificuldades que as operadoras encontraram para se adaptarem a essas resoluções normativas?
5. Como você avalia os resultados alcançados pela introdução das Resoluções Normativas nº 42, 54 e 71? Elas conseguiram atingir seus objetivos? A maior parte das operadoras conseguiu elaborar os contratos com seus prestadores?
6. Como se deu o processo de elaboração da Instrução Normativa nº 49? Houve espaço para a participação de todos? Quais foram os principais conflitos?

7. Quais as principais consequências da introdução dessa Instrução Normativa para as operadoras de planos de saúde? Quais são as principais dificuldades esperadas para que as operadoras se adequem a essa norma?
  
8. Quais são os principais desafios e dificuldades para a regulação da relação entre operadoras e prestadores de serviços de saúde?