

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL

BIBIANA DUTRA ANTUNES DA CUNHA

**ANÁLISE DE CENÁRIOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR:
Um Estudo sobre a Entrada de Capital Estrangeiro a Partir da Perspectiva de
Prestadores de Serviços**

PORTO ALEGRE

2014

BIBIANA DUTRA ANTUNES DA CUNHA

ANÁLISE DE CENÁRIOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR:

**Um Estudo sobre a Entrada de Capital Estrangeiro a Partir da Perspectiva de
Prestadores de Serviços**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Negócios, pelo Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Luís
Roehe Vaccaro

PORTO ALEGRE

2014

C972a Cunha, Bibiana Dutra Antunes da
Análise de cenários na saúde suplementar: um estudo sobre a entrada de capital estrangeiro a partir da perspectiva de prestadores de serviços / por Bibiana Dutra Antunes da Cunha. – Porto Alegre, 2014.

123 f. : il. color. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Mestrado Profissional em Gestão e Negócios, Porto Alegre, RS, 2014.

Orientação: Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro, Escola de Gestão e Negócios.

1.Serviços de saúde – Administração. 2.Saúde suplementar. 3.Investimentos estrangeiros. 4.Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). I.Vaccaro, Guilherme Luís Roehe. II.Título.

CDU 614:658
614:336.132.2

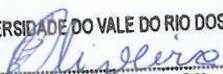
Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

ATESTADO

ATESTO, para os devidos fins, conforme consta nos assentamentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, que **BIBIANA DUTRA ANTUNES DA CUNHA**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios - nível de Mestrado Profissional, realizou, em sessão pública, a Defesa do Trabalho de Conclusão intitulado "**ANÁLISE DE CENÁRIOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UM ESTUDO SOBRE A ENTRADA DE CAPITAL ESTRANGEIRO A PARTIR DA PERSPECTIVA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS**", defendida no dia 18 de dezembro de 2014.

ATESTO, ainda, que a banca examinadora foi constituída pelo Prof. Dr. Guilherme Luís Roehe Vaccaro (Orientador), pelo Prof. Me. Fernando Andreatta Torelly, pela Prof^a. Dr^a. Debora Costa de Azevedo e pelo Prof. Dr. Luis Felipe Maldaner.

São Leopoldo, 18 de dezembro de 2014.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

Ederson Duarte de Oliveira
Atendimento | Unisinos
Campus Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

Ao Renato por estar ao meu lado sempre em todos os momentos, me apoiando nas minhas escolhas profissionais e pessoais. Te amo para sempre!

Ao Vitor e ao João que amo incondicionalmente e são responsáveis pela minha alegria, felicidade e garra de viver. Além de serem os meus maiores incentivadores da minha busca incessante por sempre ser uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus pais, que me incentivam e apoiam sempre em todas as minhas escolhas. Vocês são os meus exemplo de vida. Amo muito vocês!

Ao meu grande e querido orientador Dr. Guilherme Vaccaro, por todas as orientações e conselhos que possibilitaram a realização desta pesquisa de forma tranquila e que corroborou para o meu crescimento quanto pesquisadora.

Aos prezados Superintendente Executivo do Hospital Moinhos de Vento, Fernando Torelly, ao Superintendente de Operações e Finanças, Mohamed Parrini e ao Gerente de Controladoria e Finanças, Reimbran Pinheiro pela aprendizagem no dia a dia, pelo incentivo e apoio na realização deste mestrado, bem como a tolerância pelos momentos em que estive ausente do Hospital.

À minha equipe, que na minha ausência souberam conduzir com sucesso o andamento das atividades de nosso setor.

A todos o meu muito obrigada!!!

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar possíveis cenários e os efeitos econômicos, sociais, políticos, tecnológicos e legais decorrentes da entrada de capital estrangeiro no sistema brasileiro de saúde suplementar, na visão dos prestadores de serviços de saúde, considerando o horizonte de 2025. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória que utilizou o método de Análise de Cenários, baseada em informações fornecidas por especialistas e gestores do mercado da saúde suplementar. Os principais atores desse mercado foram representados: Agência Nacional de Saúde Suplementar, operadoras com capital estrangeiro, operadoras e prestadores de saúde de capital nacional. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e a extração de informação foi realizada por meio de Análise de Conteúdo. Como resultados, foram criados quatro possíveis cenários considerando o horizonte de 2025, baseados em incertezas sobre a atuação da ANS no processo de regulação e os investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança. Da análise dos cenários, também validada por especialistas, depreende-se que os prestadores devem investir em ações para a melhoria de políticas de saúde, discussões em relação ao modelo de remuneração operadora-prestador, ações de promoção e prevenção em saúde, melhoria da qualidade assistencial, além do desenvolvimento de estudos populacionais, de modo a evitar efeitos nocivos da entrada de capital estrangeiro neste mercado.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar. Análise de Cenários. Capital Estrangeiro.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze possible scenarios and the economic, social, political, technological and legal effects arising from the entry of foreign capital in the Brazilian supplementary health system, from the standpoint of health service providers, considering the time frame up to 2015. It has been done through qualitative exploratory research, based on scenario analysis. Experts and managers from this supplementary health market provided the required data for the scenario analysis. The main actors from this market were represented by: the Brazilian National Agency of Supplemental Health, Brazilian health insurance companies either with or without foreign capital shares, and Brazilian health care providers. Semi-structured interviews were used as data collection technique, and information was extracted by content analysis. As a result, four scenarios were created, considering the horizon of 2025, based on uncertainties about the ANS' activities in the regulatory process and the investments in service quality, certification and safety. From the analysis of scenarios, also validated by experts, was found that providers have to invest in actions to improve health policies, discussions with service provider remuneration model, promotion and prevention in health, improve quality of care and the development of population studies to avoid harmful effects of entering foreign capital in this market.

Keywords: Supplemental Health. Scenario Analysis. Foreign Capital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Contexto da Saúde Suplementar	13
Figura 2 – Evolução da Saúde no Brasil	27
Figura 3 – Número de Beneficiários de Planos de Saúde (em milhões)	28
Figura 4 – Taxa de Cobertura de Planos de Assistência Médico - Hospitalar.....	38
Figura 5 – Número de Beneficiários de Planos de Saúde e Taxas de Crescimento .	42
Figura 6 – Distribuição dos Dados de Acreditações nos Hospitais Brasileiros.....	44
Figura 7 – Modelo Esquemático do Livro Branco.....	45
Figura 8 – Contexto da Saúde Suplementar e seu principais atores.....	53
Figura 9 – Fases de Análise de Conteúdo	62
Figura 10 – Cenários para 2025 com a entrada de Capital Estrangeiro.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Algumas legislações que regulamentam a Agência Nacional de Saúde Suplementar	31
Quadro 2 – Assistência à Saúde Suplementar.....	36
Quadro 3 – Estudos com abordagem da Análise de Cenários em Saúde	48
Quadro 4 – Síntese dos conceitos sobre o contexto da saúde suplementar.....	52
Quadro 5 – Roteiro de coleta de dados.....	61
Quadro 6 – Síntese da Análise de Conteúdo	82
Quadro 7 – Ações Estratégico-Táticas.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação dos Hospitais no Brasil	34
Tabela 2 – Distribuição de leitos nos Hospitais Brasileiros	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Intermediários	20
1.3 JUSTIFICATIVA	20
1.4 PRESSUPOSTOS E DELIMITAÇÕES.....	22
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	25
2.1.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar	29
2.1.2 Os Prestadores de Saúde	32
2.1.3 As Operadoras de Planos de Saúde	35
2.1.4 Os Pacientes	39
2.2 CENÁRIOS E TENDÊNCIAS PARA A SAÚDE BRASILEIRA	40
2.2.1 Tendências e Elementos Contextuais da Saúde Suplementar Brasileira .	40
2.2.2 Outros Estudos Identificados Sobre Análises de Cenários em Saúde	44
2.3 SÍNTESE DOS CONCEITOS ABORDADOS.....	51
3 MÉTODO	55
3.1 MÉTODO DE PESQUISA.....	55
3.2 MÉTODO DE TRABALHO	58
3.2.1 Planejamento	58
3.2.2 Levantamento de Dados	59
3.2.3 Análise	62
3.2.4 Síntese	63
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: O CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	65
4.1 O CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	65
4.2 O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	67
4.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	70
4.4 OS ELEMENTOS CONTEXTUAIS	71

4.5 O PAPEL DO CAPITAL ESTRANGEIRO.....	74
4.6 O POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO DOS ATORES.....	76
4.7 AS PERSPECTIVAS PARA 2025	78
4.8 SÍNTESE DOS ACHADOS SOBRE O CONTEXTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR ..	80
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE DE CENÁRIOS E	
PROPOSIÇÃO DE AÇÕES	83
5.1 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS CENÁRIOS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR	
EM 2025.....	83
5.1.1 Cenário 1: Competição por Custos.....	84
5.1.2 Cenário 2: Liberalismo de Mercado.....	86
5.1.3 Cenário 3: Regulação de Mercado.....	89
5.1.4 Cenário 4: Competição com Benefícios.....	91
5.2 AÇÕES ESTRATÉGICO-TÁTICAS EMERGENTES DO ESTUDO	93
6 CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICE A – PERFIL DOS ESPECIALISTAS E EXECUTIVOS	
ENTREVISTADOS	116
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS CENÁRIOS	117

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil está baseado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção a esse direito e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. A operação desse conceito ocorre por meio de diferentes atores, integrados no assim chamado Sistema de Saúde, o qual pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007).

O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal de saúde com financiamento público e participação das esferas da federação, com gestão pública e única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência, por meio de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados. (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

O subsistema privado compreende a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as operadoras de planos de saúde e prestadores de saúde. (ALBUQUERQUE et al., 2008). Em outros termos, no subsistema privado de saúde encontram-se as atividades relacionadas à saúde suplementar. Segundo a Confederação Brasileira dos Hospitais (2013a), a Saúde Suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Dentre os atores participantes desse subsistema estão o Governo Federal – representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) –, as operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde.

Em 03 de junho de 1998, foi promulgada a Lei 9.656, conforme o projeto aprovado na Câmara Federal, definindo os principais termos relativos à saúde suplementar. Com essa lei, o setor de saúde suplementar ganhou a sustentação legal para que se iniciassem ações de regulamentação (SILVA, 2003). Em 05 de junho do mesmo ano foi editada a Medida Provisória nº 1.665 (atualizada para a MP

2.177-44/01), que alterava a Lei 9.656, definindo o marco legal do setor de saúde suplementar (MARCERA; SAINTIVE, 2004).

A clientela do segmento de saúde suplementar concentra-se nos centros urbanos, principalmente na Região Sudeste, onde se situam 63% das operadoras, sendo o perfil majoritário constituído por mulheres e de famílias de maior renda. O perfil dos clientes está relacionado às suas formas de inserção no mercado de trabalho, podendo ser por adesão voluntária ou participação compulsória vinculada a outra atividade remunerada (programa de benefícios da empresa, por exemplo). O pagamento ao provedor de serviços de saúde suplementar pode ser, portanto, direto ou indireto, avulso ou inserido em um pacote de serviços. O perfil majoritário apresenta-se na modalidade de planos empresariais. O acesso é condicionado à capacidade de pagamento dos serviços, conferindo seletividade à demanda assistida em comparação com o sistema público. Como evidência, em 2011, apenas 9,8 milhões de beneficiários era de planos de saúde individuais e 37,2 milhões de planos de saúde empresariais (ANS, 2012).

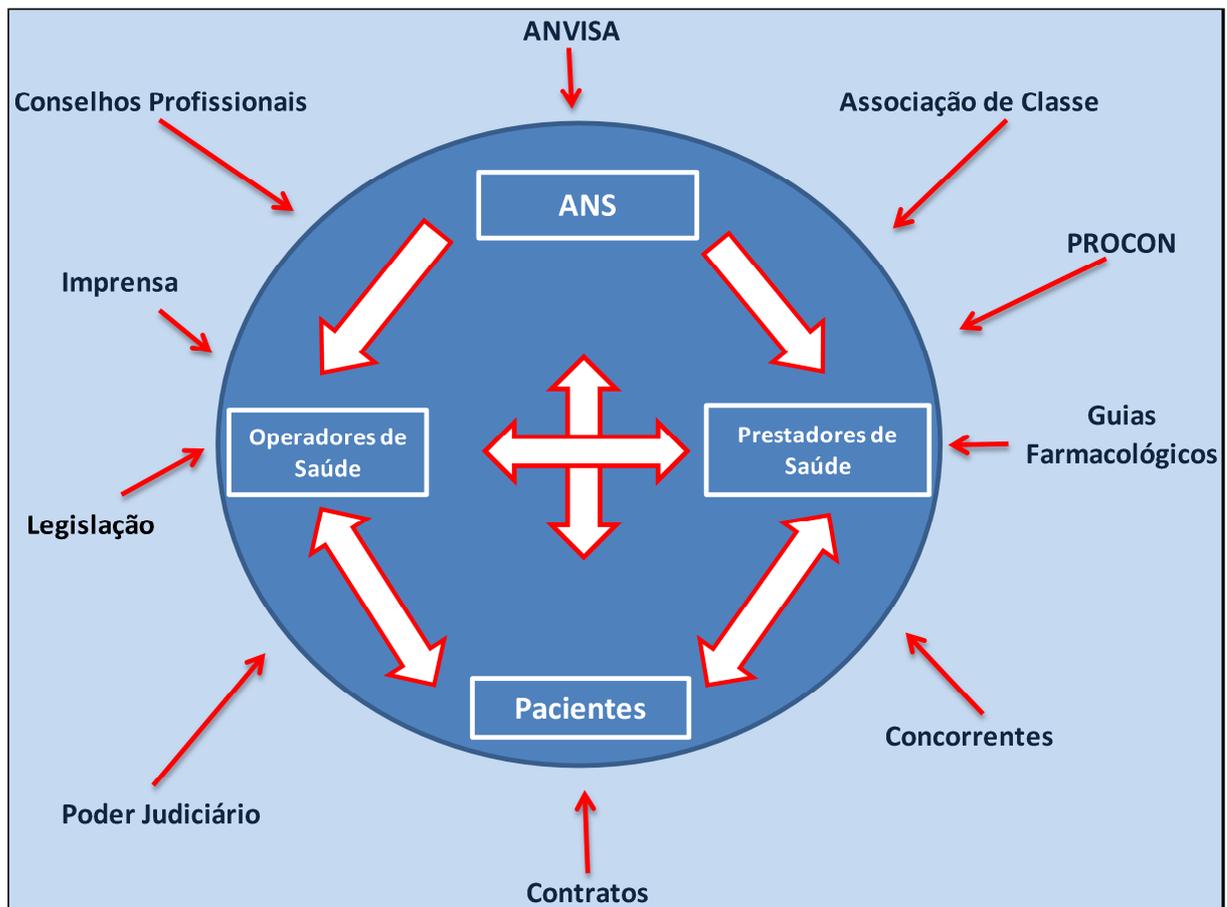
No contexto atual, a saúde suplementar é um mercado fortemente concentrado. De acordo com dados da ANS de junho de 2013, o Brasil contabilizava 1.314 operadoras ativas, somando cerca de 49,23 milhões de beneficiários em todo território brasileiro (ANS, 2013a). Desse universo, um pequeno grupo de 29 operadoras somava mais de 24 milhões de beneficiários. Esses dados indicam que aproximadamente metade dos beneficiários encontram-se dispersos em pequenas ou médias operadoras de planos de saúde, indicando o nível de concentração do mercado. Marcera e Saintive (2004, p. 36) afirmam que:

(...) operadoras pequenas tendem a ser mais frágeis, visto que possuem menos capital para garantir suas operações e têm menos condições de negociar preços com os prestadores de serviços; como forma de compensar as margens de lucro menores, oferecem serviços piores, nem sempre a um preço menor.

Como tendência, observa-se que o mercado de saúde suplementar brasileiro está em franca expansão e vem sofrendo mudanças nos últimos anos. Os beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (médica, com ou sem cobertura odontológica) cresceram, desde 2000 até 2011, 47%, no período 2000 a 2011, passando de 35 milhões para 46,6 milhões (ANS, 2012).

Do ponto de vista estrutural, o contexto da saúde suplementar no Brasil contempla quatro principais atores: (i) ANS; (ii) operadoras de planos de saúde; (iii) prestadores de saúde (médicos, hospitais, clínicas e laboratórios); e (iv) pacientes. Além desses, outros atores com influências no processo da saúde suplementar apresentam-se, tais como: Poder Judiciário, imprensa, Conselhos Federais de Medicina, Procon, Anvisa, concorrentes e Sociedades Médicas. O termo prestadores de saúde, apesar de genérico, neste trabalho designará somente os prestadores associados ao sistema de saúde suplementar, conforme a definição apresentada anteriormente. A Figura 1 apresenta o contexto da Saúde Suplementar.

Figura 1 – Contexto da Saúde Suplementar



Legenda:

-  Forças do Ambiente Contextual
-  Forças no Ambiente Transacional

Fonte: A autora

Na Figura 1 observam-se dois tipos de forças: as forças do ambiente contextual representam pressões externas ao escopo de análise deste trabalho, representando elementos que podem influenciar a relação entre os atores principais do subsistema de saúde suplementar; e as forças do ambiente transacional representam valores e pressões trocadas entre os atores analisados. Esses atores são, a seguir, brevemente apresentados para melhor compreensão do problema pesquisado.

A ANS é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público (ANS, 2013). Strick (1990, p. 3), afirma que:

Regulação consiste na imposição de regras e controles pelo Estado com o propósito de dirigir, restringir ou alterar o comportamento econômico das pessoas e das empresas, que são apoiadas por sanções em caso de desrespeito.

A regulamentação da ANS sobre as operadoras, iniciada em 1998, provocou uma reestruturação importante sobre as mesmas, impulsionando a agregação de profissionais para trabalhar em atividades de gestão, em função das exigências que surgiram com a Lei 9.656/98, como por exemplo: a exigências de contratos, processo de autorização de serviços, negociações financeiras com prestadores de serviços, entre outros. Por outro lado, os prestadores de serviços de saúde não são regulados pela ANS oficialmente, mas sofrem indiretamente as ações dessa agência. Como as operadoras precisam encaminhar de forma eletrônica seus dados e indicadores à ANS, obrigatoriamente precisam da aderência dos prestadores em seus processos de informações.

Prestadores de serviço são significativamente dependentes das operadoras. Na configuração atual de mercado, estabelece-se uma relação em que 91% do faturamento de hospitais e clínicas privados provêm de operadoras de planos de saúde, sendo menos volumosa a oferta de serviços hospitalares exclusivamente privados (9% do faturamento) (ANAHP, 2013). Portanto, as ações decorrentes de mudanças na atividade das operadoras afeta diretamente a sustentabilidade de

prestadores serviços de saúde no contexto da saúde suplementar. No contexto atual, de competição, os prestadores de serviços de saúde buscam aprimorar elementos de inovação tecnológica, excelência na prática médico-assistencial, hotelaria e serviços de qualidade. Além disso, investem em certificações nacionais e internacionais de modo a evidenciar dimensões associadas à segurança do paciente e à qualificação do serviço prestado. Isto gera pressão por elevação de custos para os prestadores, que acabam sendo repassados para as operadoras.

O prestador de serviços de saúde, em seu planejamento e operação, ainda necessita considerar o comportamento do paciente. Em muitos casos, o paciente busca o prestador de serviços de saúde de forma curativa, e não preventiva, o que tende a gerar custos comparativamente mais elevados sobre o tratamento. Esses também são objeto de repasse às operadoras de planos de saúde. Em muitas situações, a operadora de saúde não autoriza que os prestadores de serviços realizem determinados procedimentos em virtude do contrato de prestação de serviço assinado entre o paciente e a operadora, sendo os custos objeto de discussão entre os atores prestador, operadora e paciente/familiares. Nesses casos os pacientes/familiares acabam recorrendo ao judiciário, a ANS e ao Código de Defesa do Consumidor.

O Poder Judiciário exerce ação forte na relação paciente/familiar versus operadora versus prestador. O fato de existir uma relação de consumo entre a operadora e o paciente, faz com que o Poder Judiciário busque, através de liminares, por exemplo, o acesso à saúde na rede privada destes pacientes. Nessa situação, em muitos casos, o judiciário obriga as operadoras ou provedores de saúde a oferecerem a assistência e arcarem com os custos associados, independentemente de outros fatores técnicos ou da existência de capacidade nos prestadores de serviço.

A imprensa influencia o sistema da saúde suplementar ao divulgar e instigar as pessoas que busquem direitos, o que, em certos casos, é mal interpretado, gerando demandas independentes dos termos previstos nos contratos entre o beneficiário e a operadora de saúde.

O Conselho Federal de Medicina também atua na defesa de interesses no setor, influenciando médicos a pressionarem outros atores por melhores

remunerações e motivando os mesmos a participarem de manifestações e paralizações por aumento de salários.

Completando o contexto atual da saúde suplementar, percebem-se movimentos indicando a entrada de novos atores no segmento, em especial grupos estrangeiros. Essas entradas ocorrem por mecanismos que vencem barreiras competitivas, como a compra de operadoras de saúde nacionais ou a obtenção de liberação, pelo Ministério da Saúde, para compra de hospitais (MONTAGNANA, 2012). O ingresso desses novos atores modifica a relação de forças no sistema estabelecido e demanda atenção, do ponto de vista de planejamento de médio e longo prazo, de diversos atores do subsistema privado, em especial, dos prestadores de serviços de saúde. É nesse contexto profissional que se insere este trabalho de pesquisa aplicada.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Nos últimos anos, grandes mudanças têm ocorrido no contexto de saúde previamente apresentado. Por um lado, a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde pela população. Por outro lado, o rápido desenvolvimento e inovação de novas tecnologias no segmento da saúde, fazendo com que os custos do setor apresentem índices cada vez mais efetivos, destoando dos demais setores da economia (MALIK; PENA, 2003). A combinação de custos elevados, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde têm criado muita frustração e ansiedade em todos os *players* do mercado de saúde. O resultado reforça a análise de que muitas estratégias, estruturas organizacionais e algumas práticas dos atores deste mercado estão seriamente desalinhadas com o valor para o paciente (PORTER; TEISBERG, 2007).

Analisando o sistema de saúde brasileiro, Silva (2003, p. 2) afirma que:

As características do sistema de saúde brasileiro, estabelecidas pelas mudanças no cenário macroeconômico e social da saúde, certamente se constituem em um pano de fundo, onde Operadoras e Prestadores de Serviços de Saúde deverão travar, lado a lado e em conjunto, uma grande batalha. (...) O cenário e suas variáveis já estão apresentados. Tudo indica que o momento chegou. O posicionamento, que urge ser definido para que se modifique o relacionamento atual entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviços, é se “vamos construir pontes ou muros”.

Para Porter e Teisberg (2007), a redução do custo está em aumentar o valor para os pacientes, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro gasto. Diferentes estratégias têm sido propostas para aprimorar a entrega dos serviços de saúde, desde as instalações físicas até o estabelecimento de novos mecanismos de pagamento. A forma como as melhorias dos serviços de saúde são gerenciadas podem fazer a diferença em identificar os fatores que influenciam o comportamento do sistema a fim de associá-los a melhores resultados e desempenho (SAVEDOFF, 2011). Em particular, a entrada de atores de capital estrangeiro no mercado nacional pode promover alterações em termos contextuais ou nos mecanismos de troca de valor e custos entre os atores do sistema suplementar.

Considerando-se a contextualização exposta, surgem questionamentos do ponto de vista da gestão neste setor, relacionadas à como o sistema da saúde suplementar comportar-se-á com esses novos entrantes, se estará amadurecido para absorver as mudanças eventualmente produzidas, e sobre quais os mecanismos de proteção ou preparação poderiam ser concebidos com essa compreensão. Tais questionamentos remetem às estratégias que diferentes atores do sistema de saúde suplementar podem adotar para assegurar continuidade e melhoria em suas operações. A análise das estratégias destes atores bem como os cenários poderão explicar melhor estes questionamentos.

As estratégias dos cenários se relacionam ao sucesso no futuro. A finalidade é criar uma expectativa, indicando como serão criadas, a longo prazo, circunstâncias consideradas favoráveis para a geração de valor corporativo e tornando provável a criação dessas circunstância (VAN DER HEIJDEN, 2009). Uma alternativa para analisar o comportamento futuro de sistemas como o apresentado é dada pela Análise de Cenários. Neste sentido a Análise de Cenários mostra-se como uma abordagem metodológica capaz de endereçar a natureza de questionamentos como os apresentados e estabelecer análise sobre as expectativas de resultados para o setor de saúde suplementar.

Os Cenários são um conjunto de futuros estruturalmente diferentes que são usados como meio para definir a estratégia em relação a uma série de modelos futuros do mundo, plausíveis, mas estruturalmente diferentes. A Análise de Cenários, ao contrário da previsão, pode reagir de forma flexível às mudanças estruturais (VAN DER HEIJDEN, 2009). Segundo Van Der Heijden (2009), os

cenários permitem que o responsável pelas decisões veja não só os resultados, mas também as forças que podem levar o negócio para um lado ou para outro. Eles descrevem circunstâncias no ambiente que poderiam ter um grande impacto no nosso negócio. Essas forças e circunstâncias são descritas na forma de elementos contextuais e transacionais, moldando o comportamento dos atores e suas relações.

Ao analisar as tendências e cenários em saúde e dos hospitais, Allgayer et al. (2011, p. 12) afirmam que:

As mudanças são oportunidades que abrem os melhores caminhos para o crescimento. Não acontecem pela nossa exclusiva vontade, ao contrário, ocorrem da capacidade aguçada de perceber movimentos socioculturais, político-legais, econômicos e tecnológicos, que emitem sinais contínuos de um novo conceito, de uma nova realidade, de desafios diferenciados, de novos patamares de eficiência e de resultados. Enfim, mudar é uma reação natural à existência de novos cenários que produzirão impactos nas estratégias e na gestão das instituições de saúde, em especial dos hospitais. Significa dar à estrutura e à gestão um formato adaptado aos novos cenários.

Como estímulo externo, a mídia noticiou novos entrantes no segmento da saúde suplementar com a venda de operadoras de saúde para capital estrangeiro. O exemplo disso é a compra da operadora Amil para o grupo americano UnitedHealth e da Sul América para o grupo suíço Swiss Re. Na Folha de São Paulo de 08 de outubro de 2012 tem-se a seguinte notícia:

A Gigante americana da área da saúde UnitedHealth Group comprou 90% do capital da Amil Participações por US\$ 4,9 bilhões (cerca de R\$ 10 bilhões).

No site do Centro Brasileiro de Estados de Saúde consultado em 30 de dezembro de 2013 a notícia era:

Os Yankees estão chegando! Grupo americano fecha a compra da Amil por R\$ 5 bilhões. O grupo americano ficará com 80% do capital da Amil.

E o site da Bovespa em 19 de novembro de 2013, relatava:

Sul América celebrou contrato de compra e venda de ações de 14,9% para o grupo suíço Swiss Re.

Considerando esse cenário e a possibilidade de movimentos semelhantes no setor, torna-se necessário, para os atores já existentes, entender se existirão

alterações no modelo de remuneração da saúde suplementar brasileira em direção, por exemplo, a um modelo estrangeiro, como o americano. Também se mostra necessário identificar se surgirão pressões comerciais das operadoras com capital estrangeiro sobre os prestadores de serviços de saúde e que possam afetar a sustentabilidade das operações desses atores.

Neste sentido, o presente estudo buscará explorar a seguinte questão norteadora: Quais mudanças econômicas, políticas, sociais, tecnológicas poderão ocorrer na saúde suplementar brasileira com a entrada de novos atores de capital internacional nesse mercado considerado o horizonte de 2025?

Do ponto de vista contextual, em particular, os prestadores de serviços em saúde ocupam locus central sob essa questão. Por um lado ofertam aos seus usuários tecnologia de última geração, com uma rede estável e consolidada de serviços de excelência, garantindo a segurança nos processos médico assistenciais com um custo apropriado para manutenção dos mesmos (SILVA,2003). Por outro lado que, atualmente, cerca de 91% da receita dos prestadores privados de saúde é oriunda de operadoras de saúde, qualquer mudança na estrutura de remuneração dos prestadores de saúde ocasionará um impacto econômico-financeiro grande para os mesmos. Ainda, alguns profissionais têm receio que a entrada deste capital estrangeiro atinja mais os prestadores no processo de elitizar os serviços. (MONTAGNANA, 2012), representando impactos diretos e indiretos à população. Por fim, é necessário um período relativamente longo para compreender os impactos que poderão ser gerados por essa modificação de estrutura de capital, justificando-se uma análise com perspectiva de uma década à frente. Por esses motivos, a questão norteadora é observada, neste trabalho, sob a perspectiva do prestador de serviços de saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar possíveis cenários e os efeitos decorrentes da entrada de capital estrangeiro no subsistema de saúde suplementar brasileiro, na perspectiva dos prestadores de serviços de saúde, considerando o horizonte de 2025.

1.2.2 Objetivos Intermediários

- Elaborar cenários para a saúde suplementar na perspectiva dos prestadores decorrentes da entrada de capital estrangeiro;
- Analisar os aspectos transacionais e contextuais relacionados à entrada de capital estrangeiro no mercado de saúde suplementar brasileiro;
- Propor ações estratégico-táticas para os prestadores de serviços de saúde suplementar, considerando a entrada desses novos atores neste mercado.

1.3 JUSTIFICATIVA

Coerente com o apresentado anteriormente, o Sistema de Saúde pode ser definido como um complexo sistema adaptativo. A qualquer momento, há um significativo número de forças internas e externas promovendo e inibindo mudanças em tal sistema. O surgimento de um novo ambiente moldado pelas exigências do ambiente globalizado, do consumismo, de mudanças, da maior incidência de doenças, de tecnologias e tratamentos novos e caros, causa mudanças profundas nos sistemas de saúde (ADAMS et al., 2006).

O contexto dos serviços de saúde apresenta ineficiências e desalinhamentos, proporcionando espaço para diversas mudanças. Os sistemas e atores relacionados ao setor de saúde precisam adaptar-se planejadamente a esse novo ambiente ou todos serão forçados a enfrentar uma grande e imediata reestruturação (ADAMS et al., 2006). O custo da saúde tende a ser cada vez mais alto com as novas tecnologias em equipamentos, exames, materiais e medicamentos; a população (pacientes/familiares) mais conhecedora de seus direitos e mais exigente. Prestadores de saúde, por sua vez, buscam a profissionalização de seus serviços através de uma melhor prática médica com maior eficiência e eficácia, competindo por diferenciação, sem, no entanto, perder atenção ao custo associado. E operadoras de saúde necessitam remunerar o custo da assistência, mantendo o cumprimento das exigências da ANS. Esse conjunto de forças pode levar o sistema de saúde a um patamar de preços elevado, prejudicar a qualidade assistencial prestada ou gerar outras vias de comportamento. Daí a necessidade de uma

compreensão de longo prazo sobre a dinâmica desse setor. Porter e Teisberg (2007, p. 140), afirmam:

A prestação de serviço de saúde necessita urgentemente de uma estratégia, tendo em vista os interesses e riscos envolvidos, a escala e a patente complexidade da tarefa. As práticas de hospitais e médicos precisam de metas claras, dada à miríade de forças atuando sobre elas.

Uma estratégia e metas claras devem determinar as estruturas organizacionais, os sistemas de mensuração e o uso das instalações.

Diante das atuais mudanças do mercado e do perfil de um dos atores, a pesquisa mostra-se relevante, pois contribuirá para o estudo dos possíveis cenários na visão do prestador de saúde dentro das alterações causadas pelos novos concorrentes no mercado da saúde suplementar. Com isso, pode subsidiar a proposição de ações na perspectiva do ator prestador de saúde, prevenindo efeitos nocivos e promovendo efeitos positivos associados à entrada desse novo capital no mercado.

A entrada de atores estrangeiros no mercado da saúde suplementar brasileiro é um fato recente e sobre o qual ainda não se consegue avaliar completamente os possíveis efeitos. Por outro lado, essa avaliação é necessária, pois pode afetar as operações de diferentes atores tanto do ponto de vista de seu posicionamento como do ponto de vista de atividades de rotina, gerando impactos tais como: dificuldade de negociação entre os prestadores e essas novas operadoras de saúde internacionais, com relação à tabela de preços; sistemáticas diferenciadas de remuneração por serviços; e mudanças de regras de autorização de serviços, entre outras. Para as operadoras de saúde nacionais, a competitividade em relação ao valor de comercialização dos planos de saúde. Para os pacientes e familiares, a dificuldade de acesso para autorizações, contatos para esclarecimentos de dúvidas, entre outros. Por outro lado, os pacientes terão possibilidade de um processo negocial em relação ao preço dos planos junto às operadoras nacionais. Para a ANS, a fiscalização deverá ser ainda maior nestas operadoras, pois as mesmas deverão buscar conhecer e praticar a legislação vigente para atuarem no Brasil.

Da perspectiva de um mestrado profissional em Administração, a pesquisa trata de um tema emergente e que afeta um setor crítico à população. Insere-se diretamente sobre as práticas de gestão, em especial, as relacionadas ao

planejamento estratégico e tático, e de suporte à decisão. Permite à pesquisadora associar seu conhecimento aplicado na área hospitalar ao tema proposto, bem como gerar aprendizado sobre métodos e técnicas para modelar e analisar o problema proposto, melhorando, assim, também seu conhecimento e sua prática. Fornece, ainda, ao setor, subsídios para outras análises e discussões sobre temas correlatos.

1.4 PRESSUPOSTOS E DELIMITAÇÕES

A delimitação da pesquisa pode variar, especialmente, do ponto de vista geográfico/espacial, temporal, temático, por tipologia documental ou por determinada base de dados (MARICATO, 2010). Logo, para esta pesquisa faz-se necessário à realização da delimitação do estudo e a explicação de como a mesma foi realizada. A pesquisa tratará da análise de cenário da saúde suplementar brasileira.

A pesquisa abordará a perspectiva do ator prestador de serviços de saúde no segmento da saúde suplementar. Para tanto, contemplará as visões dos três principais atores do segmento: ANS, Prestadores de Saúde e Operadoras de Saúde. A escolha desses atores se dá por entender que os mesmos sofrerão impacto direto com qualquer mudança que ocorra na saúde suplementar com os novos entrantes e por sua intrínseca relação do ponto de vista transacional. Ao mesmo tempo, não será abordada a perspectiva do quarto ator, o paciente, por se entender que este exerce pouca influência neste mercado na perspectiva de novos entrantes. Por se tratar de um contexto tipicamente com demanda maior que a oferta e considerada a pulverização de forças desse último ator, cujos efeitos são percebidos tipicamente por ações jurídicas, entende-se que sua não consideração como fonte de dados não afeta a compreensão pretendida.

Outra delimitação é dada sobre o foco da análise. A análise de cenários será realizada na visão do prestador, como definido anteriormente neste capítulo, identificando as principais mudanças no cenário da saúde suplementar para esse ator. A escolha pela visão do prestador se dá primeiramente por esse ser o ator que tem contato direto com a população em termos da prestação do serviço fim de assistência à saúde. Reforça-se pela visão de dependência desse ator, no contexto de saúde suplementar, do ator operadora de plano de saúde. E, por motivação

pessoal, em função da pesquisadora trabalhar em uma instituição prestadora de saúde que possui atendimentos aos beneficiários da saúde suplementar.

A pesquisa buscará propor um enfoque estratégico-tático para prestadores de serviços de saúde suplementar, considerando a entrada de novos concorrentes neste mercado e buscará avaliar a influência das operadoras estrangeiras no mercado de saúde suplementar. No entanto, não tem a intenção de ser exaustiva. Visa identificar e analisar os elementos identificados na atividade de campo, considerando aspectos como relevância, impactos e horizonte. Sob esse ponto de vista, as ações apresentadas visam a suportar decisões estratégico-táticas, não sendo objetivo exaurir todas as possibilidades ou detalhar sua implementação. Entende-se que a proposta, em nível agregado, poderá auxiliar prestadores de saúde interessados a estabelecerem seus próprios planos de ação de modo a mitigar efeitos negativos e promover efeitos positivos da entrada de novos atores no mercado, principalmente na tomada de decisão nas questões comerciais.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos. O primeiro, que ora finda, introduz a pesquisa, contextualizando o tema escolhido, o problema de pesquisa e os objetivos definidos.

No segundo capítulo será abordado o referencial teórico que dará o embasamento à pesquisa. O mesmo está dividido em duas temáticas:

- 1) Sistema de Saúde Suplementar: apresenta os conceitos, legislação, atuação, evolução, regulação e relações entre os principais atores (hospitais, operadoras de saúde, agência nacional de saúde suplementar e pacientes) no segmento da saúde suplementar; e
- 2) Análise de Cenários em Saúde: aborda as estratégias já pesquisadas e divulgadas, científica ou tecnicamente, na perspectiva de análise de cenários em saúde, bem como os movimentos mais recentes no segmento da saúde suplementar.

O capítulo finaliza apresentando um quadro síntese, representando os principais conceitos necessários para a realização da pesquisa e compreensão dos resultados identificados na coleta de dados.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia adotada nesta pesquisa. A pesquisa é fundamentada em um paradigma interpretativista, sendo operada por coleta de dados por entrevistas semiestruturadas com especialistas e pela construção de cenários. É, portanto, contextualizada e apresenta uma visão tecnicamente sustentada, mas não exaustiva, sobre o objeto estudado.

O quarto capítulo apresenta a análise de conteúdo das entrevistas realizadas para a constituição dos cenários que serão analisados. Ele contempla a especificação das categorias previamente identificadas como relevantes com base no referencial e de informações que emergiram a partir da análise do conteúdo dessas entrevistas.

O Quinto capítulo apresenta a análise dos cenários, juntamente com as ações estratégico-táticas identificadas e validadas, igualmente, por especialistas.

Por fim, o sexto capítulo conclui este trabalho, apresentando considerações relevantes sobre o tema e o contexto estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde foi legitimada como um direito de cidadania, assumindo o status de bem público, com base nos princípios do acesso, da universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e excelência na qualidade dos serviços ofertados a todos os cidadãos. Esses princípios, entretanto, dependem de políticas públicas que costumam ir de encontro a interesses de organizações e instituições fortemente comprometidas com a sua mercantilização (VILARINHO, 2004).

A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, dentre outros:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (BRASIL, 1990).

Como apresentado no primeiro capítulo, o sistema de saúde brasileiro é dividido em dois subsistemas: público e privado. O subsistema privado, foco deste trabalho, é, por sua vez, dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O subsetor liberal clássico é formado por serviços particulares autônomos, em que profissionais de saúde determinam as condições de tratamento e remuneração junto à aos seus clientes, captada através de processos informais. Compreende médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. O subsetor de saúde suplementar é formado por serviços financiados pelos planos e seguros saúde, possuindo financiamento e gestão privada, sendo regulado pela ANS. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos, seguros ou operadoras de saúde ou ainda pelas cooperativas médicas, integrando a rede credenciada das operadoras de saúde, serviços próprios, conveniados ou contratados pelo subsistema público (BRASIL, 2007).

A evolução e o desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil foram estruturados após a revolução industrial, mediante o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos representavam as categorias profissionais dos trabalhadores urbanos e que compravam os serviços de saúde (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

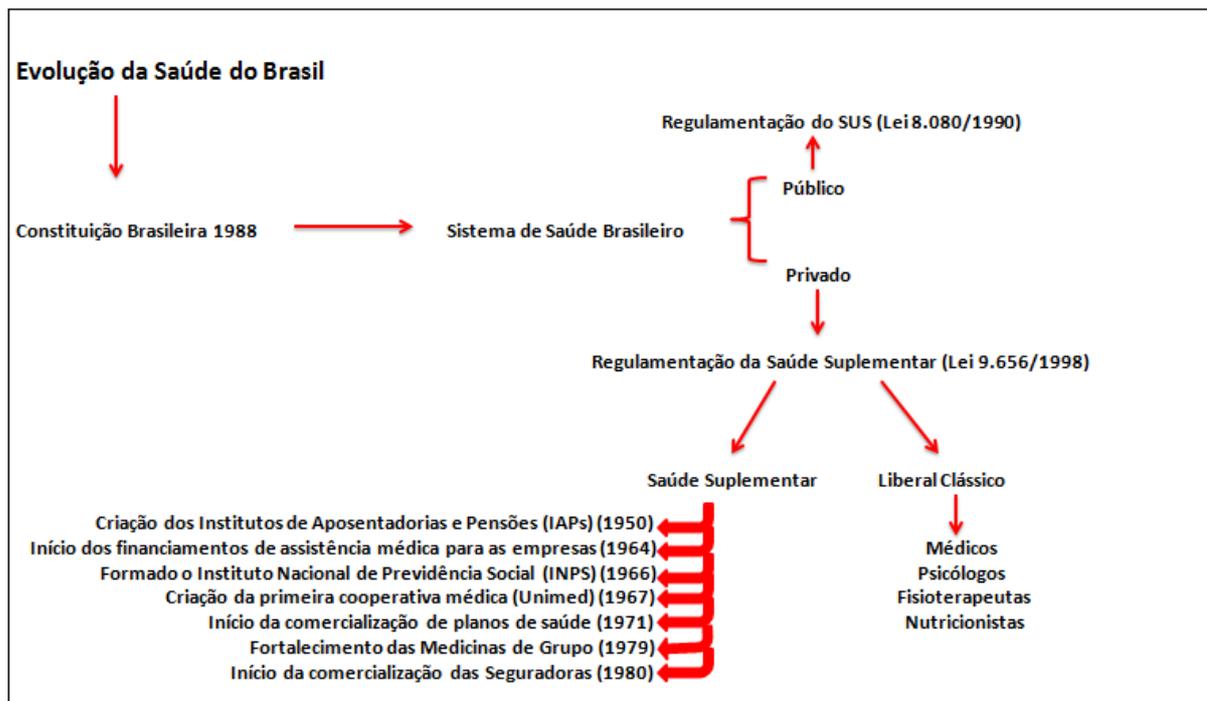
A expansão do produto planos/seguro saúde, no Brasil, começou na década de 60, incentivada pelas deficiências de atendimento na saúde pública. Em 1964, a Previdência Social iniciou financiamentos de assistência médica para as empresas, via convênios (a Volkswagen do Brasil foi a primeira empresa a se beneficiar desta política). As empresas assumiam a responsabilidade da prestação de assistência médica em contrapartida de uma dispensa de contribuição ao sistema nacional de assistência. Essa prática evoluiu em dois sentidos: (a) prestação de serviços médicos; (b) sublocação de “grupos médicos” autorizados – o que favoreceu o crescimento da Medicina de Grupo até 1979, quando deixaram de ser homologados os convênios-empresa (MARCERA; SAINTIVE, 2004).

Em 1966 foram unificados os (IAPs), formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

No ano de 1967, em Santos, foi criada a primeira cooperativa médica (Unimed), com o intuito de oferecer alternativas as medicinas de grupo (DUARTE, 2001). A década de 60 é, portanto, considerada um marco na história da saúde suplementar (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008)

A comercialização dos planos de saúde iniciou em 1971 com o convênio Golden Cross e somente em 1980 começaram a serem comercializados os seguros de saúde (SILVA, 2012). A década de 1980 é marcada pela entrada de grandes seguradoras no mercado da saúde, tais como: o Bradesco Saúde (1984) e da Sul América (1986) (MARCERA; SAINTIVE, 2004). A Figura 2 representa graficamente eventos relativos à evolução do subsistema de saúde privado no Brasil.

Figura 2 – Evolução da Saúde no Brasil



Fonte: A autora

O setor de planos de saúde é definido como suplementar no Brasil devido à possibilidade de remuneração de um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público à saúde (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). O mercado de saúde suplementar possui especificidades, apresentadas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e prestadores. Os problemas são claramente identificáveis: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde destina-se, portanto, a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas (MARCERA; SAINTIVE, 2004).

O grau de complexidade do mercado da saúde fica evidente na propensão ao conflito entre os atores que o integram. Os conflitos são manifestados pela

acelerada organização de novas entidades, públicas e privadas, tais como: as associações de classe dos médicos e as de defesa do consumidor, que contribuem para uma redistribuição das forças no sistema (VILARINHO, 2004). As liminares têm se tornado rotinas nos Tribunais não são tão somente reflexo do descumprimento do contrato pelas operadoras de saúde, mas também da deficiência do Poder Público que não consegue atender toda a demanda (SANTOS, 2012). Vilarinho (2004) já afirmava que o acirramento da concorrência no mercado de saúde suplementar e a prevalência das vantagens competitivas evidenciavam a vulnerabilidade dos consumidores, e, em vários casos, dos próprios profissionais de saúde, os efetivos prestadores dos serviços.

Segundo o Observatório da ANAHP (2013), o número de beneficiários de planos de saúde vem crescendo em média 4,1% ao ano (Figura 3). Essa evolução do sistema de saúde suplementar se repete em muitas capitais e regiões metropolitanas do país, alcançando aproximadamente 50 milhões de beneficiários de planos de saúde privado (TORELLY, 2013). O setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo (ANS, 2014).

Figura 3 – Número de Beneficiários de Planos de Saúde (em milhões)

Número de Beneficiários de Planos de Saúde



Fonte: ANAPH (2013) com base em dados da ANS.

O crescimento do número de beneficiários de planos de saúde e a falta de adequação do sistema de atendimento ao novo número têm ocasionado problemas no atendimento. Um dos pontos que pedem solução é a quantidade de leitos em hospitais, tanto para beneficiários de planos quanto para usuários do SUS. O sistema público e privado se vê às voltas com uma demanda crescente por leitos e a incapacidade de atendimento (VILAMAIOR, 2012).

Muitos são os atores neste mercado e todos agem buscando melhorias para o seu segmento e se defendem da melhor forma possível: os médicos, os hospitais, os pacientes/familiares, as operadoras de plano de saúde e indústria farmacêutica. Novas variáveis entram em cena, dividindo opiniões, como por exemplo: a incorporação de novas tecnologias, a utilização de materiais e medicamentos de última geração e de alto custo, o poder judiciário interferindo no mercado de saúde, a dificuldade de redimensionar a rede credenciada de prestadores de serviços à saúde, a influência da indústria farmacêutica cada vez mais forte sobre a mídia e os meios de comunicação além do envelhecimento da população (ATHON GROUP, 2006).

A saúde suplementar no Brasil reflete, portanto, um ambiente de relações complexas, com objetivo social relevante, a saúde, e que depende fundamentalmente da resultante de um sistema de forças heterogêneas, antagônicas e não necessariamente comprometidas com a saúde das pessoas, e cujo controle, por parte do Estado, figura-se instável (VILARINHO, 2004). Os principais atores desse sistema são, nas próximas subseções, analisados com base nas referências consultadas.

2.1.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar

O Glossário Temático da Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (2009, p.19) define a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como:

Autarquia, sob regime especial (autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes), que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quando às suas

relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A ANS foi criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde. Coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. Efetivamente, a Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora com toda sua condição diferenciada: maior poder de atuação, autonomia administrativa, financeira e política, arrecadação própria, decisões tomadas em Diretoria Colegiada, dirigentes com mandato definido em lei (MARCERA; SAINTIVE, 2004). Ela surge de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Com a criação da Lei 9.656 editada em junho de 1998, coube à ANS cumprir a Lei através da regulação do sistema da Saúde Suplementar (MARCERA; SAINTIVE, 2004). Essa lei trouxe mudanças para o mercado de saúde suplementar, tais como: (i) criação de taxas, registros e penalidades; (ii) amplo rol de cobertura obrigatória a ser oferecida pelos planos de saúde; (iii) proibição de limitações para a duração das internações e número de consultas; (iv) regras claras aos beneficiários de novos contratos; (v) pré-requisitos para a exclusão de recursos de uma rede credenciada; (vi) fim da discriminação de beneficiários na admissão do plano; (vii) obrigatoriedade para as operadoras de enviar informações e estatísticas regularmente à ANS; (viii) incumbência à ANS de fiscalizar as operadoras quando necessário ressarcimento ao SUS de atendimentos realizado na rede pública. Também estabeleceu o controle de reajustes pela ANS, entre outras ações (BRASIL, 1998). No período anterior a esta lei, os consumidores recorriam ao Código de Defesa do Consumidor, aos Procon Estaduais e Municipais quando sentiam-se lesados. (SILVA, 2003). Outras legislações pertinentes são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Algumas legislações que regulamentam a Agência Nacional de Saúde Suplementar

Legislações e Regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar	
Lei nº 9.656, de 1998	Regulamentou setor de planos de saúde
Lei nº 9.961, de 2000	Criou a ANS e definiu suas finalidades, estruturas, atribuições, receita e a vinculação ao Ministério da Saúde
Decreto nº 3.327, de 2000	Aprovou o regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Lei nº 10.185, de 2001	Dispôs sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde
RN nº 197	Regimento Interno da ANS

Fonte: ANS (2013)

A regulação é realizada através da intervenção do governo, por meios de regras, normas, no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde. Possui uma grande variedade de mecanismos, além de incentivos positivos ou negativos. Segundo informa o Ministério da Saúde, é preciso manter o foco no objetivo que é assegurar o desempenho do sistema de saúde, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa e atender a todas as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007).

No que tange à regulação dos atores de saúde suplementar, a ANS tem demonstrado, nos últimos anos, uma postura construtiva. Porém, mesmo tendo ciência da impossibilidade do cumprimento de algumas de suas determinações, mantém a prática de multas e fiscalizações (ATHON GROUP, 2006). Diferentemente das agências do setor de infraestrutura, a ANS não surge para regular uma atividade antes realizada por organizações estatais privatizadas, mas sim para regular uma atividade privada, já existente, e que nunca havia sido objeto de regulação por parte do Estado (MARCERA; SAINTIVE, 2004). Neste sentido, a ANS trata de forma mais incisiva o processo de contratualização entre as operadoras e prestadores, com o objetivo de estabelecer critérios e procedimentos jurídicos para manter o equilíbrio entre as partes. (SOBRAL, 2013).

O modelo de regulação na saúde suplementar brasileira é diferente da regulação internacional. No Brasil optou-se por regular fortemente a assistência à saúde (produto oferecido), com medidas inovadoras (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). A regulação das condições das operadoras de saúde em relação ao ingresso, operação e saída do setor é inteiramente produzida pela ANS, além de atuar sobre o registro de operadoras, o plano de contas padrão e a publicação de balanços, as garantias e provisões técnicas, as transferências de carteiras (voluntárias, compulsórias, leilão), a transferência de controle (acionário/societário), os regimes especiais (direção fiscal e técnica, liquidação extrajudicial e falência) e o cancelamento de registros (MARCERA; SAINTIVE, 2004).

2.1.2 Os Prestadores de Saúde

Os prestadores, tais como hospitais, clínicas, grupos médicos e médicos independentes são os atores centrais do sistema de saúde, responsáveis pela maior parte do valor entregue aos pacientes (PORTER; TEISBERG, 2007). Observa-se nesta definição a não centralidade do paciente no sistema de saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (1977, p. 11) define:

Hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Hospitais constituem-se em organizações complexas por seus objetivos ambíguos, natureza e suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, poder compartilhado e pluralidade de profissionais que neles atuam (MINTZBERG, 2007). O mesmo já era afirmado por Etzioni (1964), que apresentava os hospitais como um dos tipos mais complexos de organizações presentes na sociedade. Mintzberg (1997apud SANTOS, 1998, p. 52) afirma que:

Administrar a mais complicada corporação é quase brincadeira de criança quando comparada à administração de qualquer hospital.

A complexidade dos hospitais é oriunda das características destas organizações: é difícil a mensuração e definição dos resultados e da performance, o trabalho desenvolvido é variável e complexo, há grande volume de trabalho de natureza emergencial (imprevisibilidade), há baixo nível de tolerância aos erros, as atividades são especializadas, há pouco controle gerencial efetivo sobre os principais responsáveis pelo trabalho – os médicos – e há existência de dupla linha de comando em alguns casos (SHORTELL; KALUZNY, 1993).

Existe, na formação estratégica dos hospitais, aspectos culturais, políticos, sociais e organizacionais que não podem ser negligenciados sob pena de não conseguir executar adequadamente ações de sobrevivência organizacional (PASCUCCI, 2011). Segundo Porter e Teisberg (2007, p. 140):

Os prestadores de saúde precisam lidar com contratos com planos de saúde, negociações de pagamento, cumprimento de exigências regulamentares, assimilação de novas tecnologias médicas, melhoria no atendimento a clientes e recrutamento e retenção de pessoal.

Ainda, considera-se que as organizações hospitalares, recentemente, deixaram de lado o papel de simples prestadores de serviço de saúde para se tornarem organizações em busca de profissionalização, qualidade e eficiência (PASCUCCI, 2011). Nesse contexto, Porter e Teisberg (2007, p. 140) afirmam que:

Uma estratégia e metas claras devem determinar as estruturas organizacionais, os sistemas de mensuração e o uso das instalações.

Relativamente a sua estruturação e oferta de serviços, o Manual de Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde (1983) classifica hospitais em:

- **Hospital Geral:** hospital capaz de prestar assistência a pacientes, primordialmente, nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria; deve dispor de serviços de apoio à diagnose e terapia, podendo dispor de serviços de urgência, emergência e habilitações especiais; capaz de atender pelo menos média complexidade;
- **Hospital Especializado:** hospital destinado a prestar assistência a pacientes em uma ou mais especialidades, podendo dispor de serviços de

apoio à diagnose e terapia e /ou habilitações especiais; geralmente de referência regional ou estadual;

- **Hospital Dia:** unidade especializada no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação;
- **Hospital Privado:** Hospital que integra o patrimônio de pessoa física ou jurídica de direito privado;
- **Hospital Público:** hospital que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal ou município, autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoa jurídica de direito privado);
- **Hospital Filantrópico:** hospital que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos a população carente em seus ambulatórios e leitos, reservando leitos, conforme legislação vigente, e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção.

De forma quantitativa, o Brasil conta hoje com 265.890 estabelecimentos em saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2014) do Ministério da Saúde, dos quais apenas 6.810 são classificados em hospitais (geral, especializado ou dia). A Tabela 1 apresenta a distribuição desses hospitais em termos de sua natureza de gestão.

Tabela 1 – Classificação dos Hospitais no Brasil

Hospitais do Brasil	Quantidade	Percentual
Privados	4.767	70%
Municipais	1.430	21%
Estaduais	545	8%
Federais	68	1%
Total	6.810	100%

Fonte: CNES (2014)

Observa-se, da Tabela 1, a proporção representativa dos hospitais privados, quer com fins ou sem fins lucrativos nesse segmento. Muitos deles, por acordos com o poder executivo ou por políticas governamentais, também fornecem serviços vinculados ao SUS em parte de suas estruturas, atuando não apenas como exclusivos do sistema de saúde suplementar.

2.1.3 As Operadoras de Planos de Saúde

O Glossário Temático da Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (2009, p.54) e a Lei 9.656/98 definem Operadora de Plano de Saúde como:

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.

E a Lei 9.656/98 define Plano Privado de Assistência à Saúde como:

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Os planos de saúde suplementar possuem duas grandes segmentações: planos de assistência médica (que podem incluir assistência hospitalar, ambulatorial e odontológico) e planos exclusivamente odontológicos (ALBUQUERQUE et al., 2008). O plano mínimo pode ser oferecido a partir de uma combinação possível de quatro modelos isolados que também podem ser ofertados isoladamente. Os quatro modelos são: atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico. A comercialização pode ser realizada de forma isolada, aos pares ou em pacotes de acordo com a necessidade do consumidor (MARCERA; SAINTIVE, 2004).

Para Duarte (2001), a assistência à saúde suplementar está dividida em quatro modalidades assistenciais principais, são elas: a medicina de grupo, as

cooperativas médicas, os planos próprios das empresas e o seguro saúde, conforme as definições do Quadro 2.

Quadro 2 – Assistência à Saúde Suplementar

Assistência a Saúde Suplementar	
Medicina de Grupo	São aquelas que se dedicam a prestação da assistência médico-hospitalar mediante contraprestações pecuniárias, em regime de pré pagamento com ou sem fins lucrativos. Subdividem-se naquelas que mantêm uma infra-estrutura baseada, essencialmente, em recursos próprios, sendo os médicos seus empregados, ou as que utilizam recursos credenciados. Alguns oferecem planos diferenciados, como sistema de livre escolha com reembolso, sendo estes destinados aos níveis hierárquicos mais altos na empresa.
Cooperativas Médicas	Definidas como sociedade que constituem para prestar serviço aos seus associados, com vista aos interesses comuns e sem objetivo de lucro. Os planos comercializados por elas são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciadas. Operam por pré pagamento ou por pagamento por custo operacional.
Seguradoras	Esta modalidade operam em conjunto com instituições financeiras e comercializam planos unicamente pelo sistema de reembolso, caracterizando-se pela livre escolha exclusiva ou pela oferta adicional de uma rede credenciada para o atendimento.
Autogestão	As empresas elaboram o desenho de seus planos de saúde e definem as regras de operacionalização. Os riscos são arcados por eles, utilizando o regime de pagamento por serviços prestados. Esta modalidade pode ser administrada pela empresa ou contratar uma administradora especializada com ou sem serviços próprios.

Fonte: Duarte (2001)

Essa visão é similar à apresentada por Teixeira (2009), que separa as operadoras de planos de saúde suplementar em médica, filantropia e o seguro-saúde (seguradoras) com as seguintes definições:

- **Medicina de Grupo:** modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades: administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde;
- **Autogestão:** a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários com vínculo a empresa: sócios, administradores, empregados e ex-empregados, aposentados, familiares;

- **Cooperativa Médica:** são cooperativas de trabalho cuja finalidade é proporcionar aos seus membros melhores condições para exercer seu trabalho liberal. Desta forma, há cooperativas médicas que se limitam a congregar profissionais que trabalham em um determinado estabelecimento ou de uma determinada especialidade médica, com o intuito de garantir melhor remuneração e condições de trabalho, como por exemplo, as que atuam como operadoras de planos de saúde, como é o caso das Unimed's;
- **Filantropia:** nesta classificação estão incluídas entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde. Necessariamente, as instituições filantrópicas têm que ser certificadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais ou municipais;
- **Seguro-Saúde:** empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde.

Os planos de saúde têm origem na fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições vinculadas à Igreja Católica com forte apelo às ações caritativas e filantrópicas. Inicialmente internavam pessoas com vários tipos de doenças, menos as infectocontagiosas. As Santas Casas atuaram como principais prestadoras de serviços hospitalares no país, desde o período colonial, passando pelo Império, República Velha e estendendo-se até o Estado Novo, na primeira metade do século XX (VILARINHO, 2004).

As oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde surgiram na década de 30 no Brasil, e tiveram um crescimento no final da década de 50, quando o país iniciou o processo de industrialização, com a instalação das fábricas na região do ABC Paulista. Nessa ocasião, as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como as principais prestadoras de serviço à classe média emergente. Ainda no século XX, o sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai),

desenvolvendo-se a partir da previdência social (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Hoje o mercado é extremamente centralizado em algumas operadoras. O número de operadoras de planos médico-hospitalares está decrescendo continuamente. No período de 2011 e 2012 foram fechadas 44 operadoras, totalizando 961 em atividade. Em dezembro de 2012, as 10 maiores operadoras detinham 37,7% do mercado, o que equivale a 18,1 milhões de beneficiários (ANAHP, 2013). Segundo o Observatório da ANAHP (2013), a taxa da população coberta pela saúde suplementar, classificada por região do Brasil, está representada na Figura 4.

Figura 4 – Taxa de Cobertura de Planos de Assistência Médico - Hospitalar

Taxa de Cobertura de Planos de Assistência Médico – Hospitalares (dez/2012, por modalidade e região – em %)						
Processo	Autogestão	Cooperativa Médica	Medicina de Grupo	Seguradora	Filantropia	Total
Norte	1,5	5,5	2,3	1,3	0,2	10,8
Centro - Oeste	3,8	8,7	4,0	1,8	0,0	18,3
Nordeste	1,7	3,7	5,0	1,6	0,0	12,1
Sudeste	3,3	12,0	15,1	5,6	1,4	38,2
Sul	2,9	13,0	5,1	1,4	1,0	23,4
Brasil	2,7	9,0	9,0	3,2	0,8	24,7

Fonte: ANAPH (2013) com base em dados da ANS.

As relações relativas aos planos de saúde apresentam peculiaridades. As operadoras de planos de saúde atuam sempre de forma [exageradamente] vinculada à supremacia dos interesses econômicos e afastando-se dos interesses políticos de saúde, da qualidade dos serviços prestados (SILVA, 2003). No Brasil, como ainda não se encontrou maneiras de obter acesso à saúde apenas pela via estatal, a população encontrou a saída através do financiamento dos planos de saúde (SANTOS, 2012).

2.1.4 Os Pacientes

Paciente é aquela pessoa que consulta o profissional da área de saúde. Pode ser classificado em paciente dia, novo, antigo, internado, ambulatorial e de retorno. O mesmo ainda pode ser classificado pela forma de remuneração do serviço médico sendo um paciente contribuinte (particular), gratuidade ou de convênio (Ministério da Saúde, 1977).

O Manual de Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde (1983) classifica paciente em:

- **Paciente de Ambulatório ou Externo:** paciente que, após ser registrado num estabelecimento de saúde, recebe assistência ambulatorial ou de emergência e tem alta após o atendimento;
- **Paciente Internado:** paciente admitido no hospital, que passa a utilizar um leito e que tem um período de permanência acima de 24 horas;
- **Paciente Pagante ou Contribuinte:** paciente que retribui a assistência médica recebida com o pagamento total ou parcial, direta ou indiretamente.
- **Paciente Convênio, de Contrato ou Segurado:** paciente contribuinte que paga indiretamente, de forma total ou parcial, pela assistência à saúde recebida;
- **Paciente Gratuito:** paciente que não apresenta nenhum tipo de remuneração pelo atendimento recebido.

Os pacientes no contexto da saúde suplementar são os representantes mais vulneráveis, com reduzido controle sobre seus interesses, tais como: acesso a rede credenciada e qualidade dos serviços/assistência prestadas. Além disso, não possuem instrumentos que possam coibir eventuais abusos cometidos pelas Operadoras de Planos de Saúde, que, sem regulação, detinham a liberdade de tomar as decisões que lhe fosse de seu interesse (SILVA, 2003).

Em um modelo de transformação de valor “ganha-ganha”, os pacientes passam a ter maior responsabilidade sobre a gestão pessoal de sua saúde e pela maximização do benefício recebido dos sistemas de saúde. Atualmente, os pacientes não são capazes de definir o que seja valor em um serviço de saúde. E

para agravar o problema existe certo descaso em relação à escolha do estilo de vida saudável, com uma crescente nos índices de pacientes obesos e com doenças crônicas (ADAMS et al., 2006).

Nesse contexto, há, ainda, familiares. Juntamente aos pacientes, atualmente, compõem uma massa mais bem informada, exigindo assistência com maior qualidade sem elevação de custo. Em período posterior à Lei 9656/98, os consumidores passaram a ser mais protegidos com a adoção do Código de Defesa do Consumidor e do sistema consubstanciado nos Procon estaduais e municipais. O acolhimento de demandas pelos Procon beneficiou os consumidores em seus conflitos com as Operadoras de Planos de Saúde (SILVA, 2003).

2.2 CENÁRIOS E TENDÊNCIAS PARA A SAÚDE BRASILEIRA

Definidos os atores considerados para a análise dos cenários propostos, a seguir apresenta-se o referencial obtido sobre os elementos contextuais e suas tendências para a saúde suplementar brasileira. Em seguida são apresentadas considerações sobre outros trabalhos identificados sobre de análise de cenários em saúde.

2.2.1 Tendências e Elementos Contextuais da Saúde Suplementar Brasileira

A análise de cenários em saúde suplementar no Brasil necessita considerar uma compreensão das capacidades atuais e dos movimentos mais recentes em prol da melhoria desse subsistema à população.

Inicialmente, é necessário compreender que há um modelo de remuneração sobre o sistema de saúde suplementar, que demanda acordos e convênios entre atores apresentados na seção anterior, particularmente, prestadores e operadoras. Um sistema de remuneração consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas, grupo de pessoas ou instituições. As formas de remuneração devem proporcionar um pagamento justo para o manejo clínico em todos os grupos de pacientes atendidos. No contexto brasileiro de remuneração na saúde suplementar, as forma mais frequentes são: pagamento por procedimento ou *fee for service (FFS)* e pacotes (BESSA, 2011).

O modelo de remuneração entre atores é relevante, especialmente se considerado que a saúde é uma das atividades econômicas mais importantes no Brasil (e no mundo), representando aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto do país (PIB) em 2011, segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), e mais de 4,3 milhões de empregos diretos, de acordo com informações de 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ANAHP, 2013). Nesse contexto, um dos principais ativos negociados são os leitos hospitalares, classificados por especialidades e modelo de remuneração, segundo o CNES (2014), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de leitos nos Hospitais Brasileiros

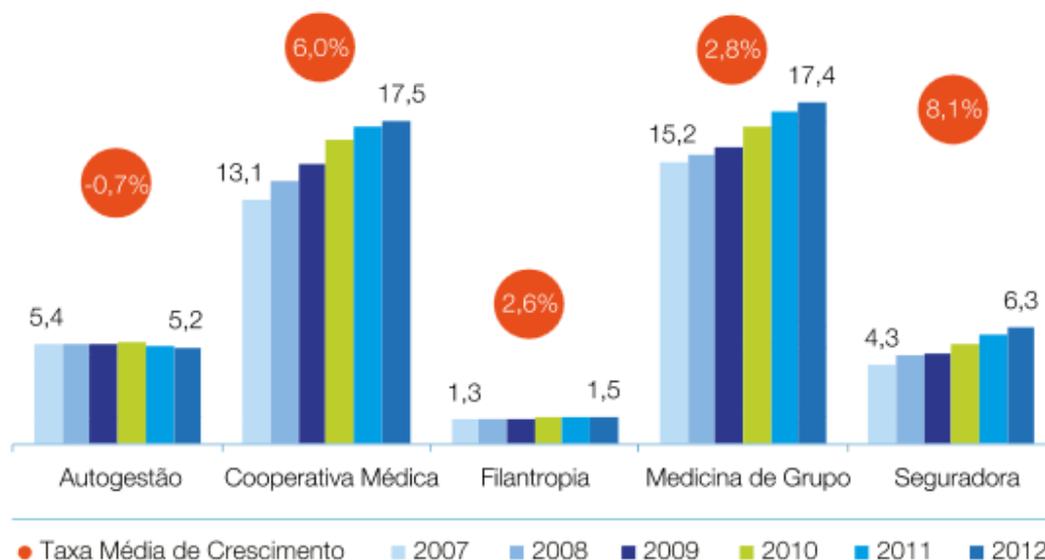
Leitos Hospitalares no Brasil			
	SUS	Suplementar	Total
Cirurgia	75.756	41.911	117.667
Clínica Geral	84.919	32.592	117.511
Psiquiatria	33.025	10.610	43.635
Pediatria	45.413	11.509	56.922
Obstetrícia	42.726	14.312	57.038
Outros	66.834	45.386	112.220
Total	348.673	156.320	504.993

Fonte: Adaptado CNES (2014)

A importância do modelo de remuneração torna-se mais evidente se considerada a evolução dos Planos de Saúde em número de beneficiários em suas modalidades entre os anos de 2007 a 2012 (Figura 5). O aumento do número de beneficiários em planos de saúde vem crescendo nos últimos anos, como se pode observar na Figura 5. Este aumento fica mais caracterizado nas modalidades de cooperativa médica e as seguradoras, que obtiveram um crescimento de 6% e 8,1%, respectivamente, entre os anos de 2007 e 2012. Além disso, observa-se estagnação dos modelos Autogestão e Filantropia, enquanto há crescimento dos demais.

Figura 5 – Número de Beneficiários de Planos de Saúde e Taxas de Crescimento

(por modalidade – em milhões)



Fonte: ANAPH (2013), com base em dados da ANS.

Ainda, é necessário reconhecer que há uma tendência de busca pela melhoria do serviço prestado à população. O Ministério da Saúde, desde 1970, desenvolve o tema de Qualidade e Avaliação Hospitalar com início a publicações de Normas e Portarias com objetivo de regulamentar esta atividade e atualmente trabalha na implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à Saúde no Brasil (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Nesse âmbito, a Agência Nacional de Saúde Suplementar desenvolveu um programa de qualificação dos prestadores de saúde (QUALISS) juntamente com representantes dos prestadores, consumidores, operadoras, instituição de ensino e pesquisa, Anvisa e do Ministério da Saúde que visa aumentar a disponibilidade das informações sobre a qualidade dos serviços e ampliar o poder de avaliação e escolha de prestadores de serviços por parte dos beneficiários de planos de saúde. O QUALISS está estruturado em dois componentes: Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço e Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços (ANS, 2014). O desenvolvimento de programas de Garantia da Qualidade torna-se uma necessidade em termos de eficiência e eficácia, e uma obrigação em termos de ética e de compromisso (ALLGAYER et al., 2011).

Um dos critérios avaliados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar é o processo de Acreditação, que segundo o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (2014, p. 13), é:

Um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização.

Ainda, existe atualmente o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde que tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, as habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A avaliação das operadoras analisa diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis de acordo com a pontuação máxima atingida pela operadora, dentro do score de 70 a 100 pontos. A certidão é concedida de forma crescente, sendo o nível I (pontuação entre 70 a 79 pontos) o nível II (pontuação entre 80 a 89 pontos) e o nível III (pontuação entre 90 a 100 pontos) (ANS, 2014). Os dados das acreditações em 2013, segundo a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), são resumidos na Figura 6.

Outro ponto relevante, sob o ponto de vista dos pacientes, é o acelerado ritmo do crescimento da população idosa, tanto no Brasil como em outros países. Observa-se um aumento significativo de idosos nos últimos anos, e as projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país já será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS, 2007). Atualmente, o grande impasse nesta situação é que existe a diminuição da renda com a idade e conseqüentemente o aumento da necessidade de utilização dos planos de saúde pelos idosos, gerando uma equação difícil de ser resolvida (ALEIXO, 2012).

Figura 6 – Distribuição dos Dados de Acreditações nos Hospitais Brasileiros

Acreditação no Brasil				
		ANAHP	Brasil	% Anahp
Organização Nacional de Acreditação - ONA		38	187	20,3
Acreditação Canadense - AC		14	25	56,00
Joint Commission Internacional - JCI		12	28	42,90
National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations - NIAHO		2	3	66,70

Fonte: ANAPH (2013)

A população idosa utiliza mais os serviços de saúde, especialmente os de urgência e emergência, internam mais e com maior tempo de hospitalização, provocando a superlotação dos hospitais de alta complexidade (LEMBRÃO, 2013).

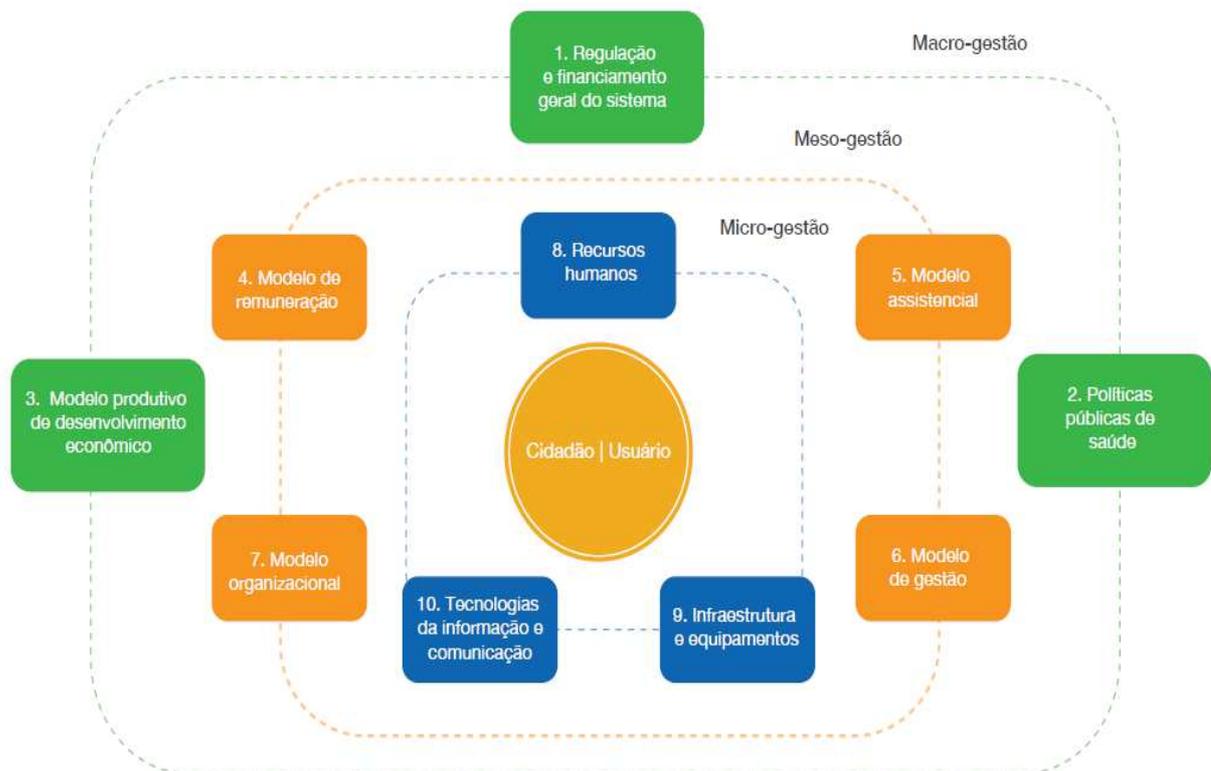
2.2.2 Outros Estudos Identificados Sobre Análises de Cenários em Saúde

Os estudos na área de saúde normalmente têm recorte predominantemente econômico e são embasados na caracterização deste mercado de atuação. Entretanto, esses recortes não esgotam o necessário aprofundamento teórico e empírico da Saúde Suplementar para compreender as tensões e as tendências do sistema de saúde no país. Seja pelo fato de que os efeitos das políticas econômicas e sociais produzem cisões na sociedade com bolsões de pobreza e restrição de acesso a bens e serviços, inclusive na saúde; seja pelo fato de que o sistema de saúde, em seus componentes “público” e “privado”, oferece distintos modos de acesso aos serviços de saúde; ou ainda porque as demandas por saúde vêm sendo configuradas como direitos pela população e por instituições governamentais e da sociedade civil, o fato é que há uma pressão visível por uma regulação com maior capacidade de ordenar a oferta de ações e serviços de saúde a partir de certos valores e de certas diretrizes que garantam maior acesso e maior qualidade na

resposta dos mesmos, situação que frequentemente opõem interesse que facilmente se configuram na polaridade “público” e “privado” (FERLA, 2007).

Outros trabalhos abordam estes temas como podemos identificar no “Livro Branco: Brasil Saúde 2015, A sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro” (ANAHP, 2014), o qual foi construído após análise documental sobre os sistemas de saúde no mundo, análises do atual modelo brasileiro, a fim de identificar melhores práticas e propostas que poderão contribuir para o futuro do setor, sempre tendo como foco o cidadão brasileiro. Foi definido um conjunto de proposição para o sistema de saúde brasileiro, composto por 12 propostas baseadas nos principais eixos, conforme a figura 7 (ANAHP, 2014).

Figura 7 – Modelo Esquemático do Livro Branco



Fonte: ANAPH (2014)

Cada eixo representado na Figura 7 foi identificado e analisado em diversos aspectos. O contexto atual do Brasil, os problemas identificados e as tendências internacionais são apresentados para cada um desses eixos (ANAPH, 2014).

No eixo da Macro-Gestão encontra-se, em primeiro lugar, a regulação e o financiamento geral do sistema de saúde. Nele são abordados os pilares regulatórios e financeiros dos sistemas público e privado da saúde brasileira apontando para uma tendência de auto-regulação do mercado e a sustentabilidade do sistema. As políticas públicas de saúde são relatadas como o instrumento para a melhoria das condições de saúde do cidadão tendo como tendência a importância nos investimentos em prevenção de doenças e promoção da saúde. No modelo produtivo de desenvolvimento econômico é relatada a importância do setor da saúde para a economia do país como uma geradora de riqueza potencializada pelo crescimento e a criação de empregos qualificados, que apresenta como uma tendência o investimento em ferramentas inovadoras (ANAPH, 2014).

No eixo da Meso-Gestão encontra-se o modelo de remuneração, sendo descrito como um elemento chave para o alcance dos resultados na melhoria do sistema de saúde, o qual hoje é uma grande preocupação para o setor. Dentro deste eixo, tendência apresentada é a questão do risco compartilhado entre o financiador e fornecedor. Com relação ao modelo assistencial, foram abordadas as mudanças na saúde da população em função do novo padrão epidemiológico atual do país. Esse novo padrão que requer um enfoque organizacional integral em uma série de fatores como: a pressão pela eficiência econômica para a sustentabilidade do sistema; o desenvolvimento em tecnologia da informação e comunicação; e a necessidade de melhoria da gestão e do monitoramento da qualidade dos serviços. Foi apontado como tendência deste eixo, o desenvolvimento de organizações integradas que atendam o paciente em todos os níveis. O modelo de gestão é responsável pela definição das políticas e ações necessárias para o alcance dos objetivos no sistema da saúde permitindo o gerenciamento dos serviços assistenciais, fidelização de profissionais e o conhecimento do custo e da rentabilidade dos procedimentos e resultado de cada área (UTI, internação e centro cirúrgico), por exemplo. Esse eixo apresenta como uma tendência a criação de sistemas de codificação e classificação globais dos pacientes. O modelo organizacional é responsável pela coordenação das relações, atividades, direitos e obrigações geridas por regras e regulamentos, apontados como uma tendência a descentralização e a autonomia da gestão das organizações como as organizações internacionais (ANAPH, 2014).

No eixo de Micro-Gestão encontra-se o eixo dos recursos humanos que estão diretamente relacionados ao cuidado do paciente e seu desempenho. Este é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Surge, deste eixo, a tendência relacionada à importância de centralizar o controle na certificação da formação e nos registros profissionais. No eixo infraestrutura e equipamentos os aspectos analisam a questão da demanda dos pacientes versus a infraestrutura de equipamentos e tecnologia disponível. Existe, hoje, um aumento na demanda de atendimento que está sendo prejudica em função da quantidade das instalações existente no país. Além disso, apareceu fortemente como uma tendência o aumento em investimentos em tecnologia e a sustentabilidade para a construção de novos hospitais. E por fim, o aspecto da tecnologia da informação e da comunicação ainda apresenta um processo muito lento. Algumas mudanças são necessárias, como: a integração dos serviços de saúde, promoção das trocas de informações entre os pacientes e otimização dos processos assistenciais (ANAPH, 2014).

Dentro da perspectiva apresentada pela ANAPH no Livro Branco, Adams (2006) já havia indicado a importância de reforçar as relações e o envolvimento dos principais atores, em um estudo para o cenário da saúde em 2015. O princípio era a participação e o empenho dos atores para que a saúde apresentasse o modelo do ganha-ganha. Caso contrário, na visão dessa autora, todos perderão. Este é o caminho para a transformação, inclusive na transformação de valor para cada um neste cenário (ADAMS, 2006).

Outros estudos podem ser encontrados nas bases de publicações, indicando a relevância sobre a temática de análise de cenários em saúde. O Quadro 3 apresenta exemplos de estudos sobre esta temática, identificados durante a coleta de dados.

Quadro 3 – Estudos com abordagem da Análise de Cenários em Saúde

Resumo dos Estudos de Análise de Cenários em Saúde					
Autor	Título	Fonte Principal de Informação	Inputs (Insumos/Recursos)	Outputs (Produtos)	Conclusões
Gonçalves et al (2011)	Desenvolvimento de Cenários: Um Exercício no Setor Hospitalar no Estado de São Paulo - Brasil	11 especialistas ligados ao setor hospitalar	Aspectos Políticos (Recursos para o setor de saúde) Aspectos Econômicos (poder aquisitivo da população)	Construção de quatro cenários para o setor hospitalar no Estado de São Paulo entre 2006 e 2015	Surgimento de 15 principais forças de influência (08 do macroambiente e 07 dos Stakeholders). Os hospitais começam a se preocupar em "enxergar" a prestação de serviços de uma maneira mais profissional
Christovan, Porto e Oliveira (2011)	Gerência do Cuidado de Enfermagem em Cenário Hospitalares: a construção de um conceito	75 produções literárias	Gerência do Cuidado em Enfermagem	Construção de 3 categorias de análise relativos ao cuidado, administração/gerência e a gerência do cuidado de enfermagem	Criação de um novo conceito integrando aos aspectos relativos ao saber-fazer e gerenciar do cuidado em enfermagem.
Peregrino et al (2012)	Análise de Custo-Efetividade do Rastreamento do Câncer de Mama com Mamografia Convencional, Digital e Ressonância	100 mil mulheres, com rastreamento bianual	Análise de Custo das Tecnologias existente no Combate ao Câncer	Construção de quatro cenários com rastreamento das mulheres a partir de 50 anos avaliando história natural da doença, modelagem da coorte, intervenções de mamografia e ressonância	Mostrou que o rastreamento mamográfico com filme convencional é mais custo efetivo do que outras duas estratégias com outros equipamentos na mesma faixa etária
Gregório (2011)	Análise de Cenários para o Planejamento de Recursos Humanos da Saúde: O Farmacêutico Comunitário em Portugal em 2020	8 farmacêuticos comunitários	Capacidade de Desenvolvimento de Serviços e Ambiente Legislativo.	Construção de três cenários plausíveis e interessantes para o ambiente social, onde o farmacêutico comunitário exercerá a sua actividade em 2020	Farmacêutico Comunitário terá de obter novas competências em áreas que tradicionalmente não são do âmbito do farmacêutico tais como, técnicas de gestão, domínio das tecnologias de informação e técnicas de marketing.
Latimer et al (2013)	Cost-utility analysis of a shock-absorbing floor intervention to prevent injuries from falls in hospital wards for older people	8 unidades hospitalares na Inglaterra	Quedas Hospitalares em Pacientes Idosos e Lesões Associadas as Quedas	Construção de cenários observando o piso de absorção de choque e a economia estratégica no custo.	A análise dos cenários indicou que a intervenção do piso de absorção de choque tem o potencial para ser rentável.
Wu et al (2012)	Economic Evaluation of First-Line Treatments for Metastatic Renal Cell Carcinoma: A Cost-Effectiveness Analysis in A Health Resource-Limited Setting	Produção Literária	Custo da Terapia no Tratamento de Células Renais Metastático	Cenários de resultados econômicos de cinco diferentes estratégias de primeira linha em pacientes com carcinoma de células renais metastático.	Sugere que a terapia de citocinas tradicional é a opção mais econômica no tratamento de células cancerígenas
Bierbooms et al (2011)	A scenario Analysis of the Future Residential Requirements for People with Mental Health Problems in Eindhoven	Representantes de prestadores de saúde especializados em doenças mentais, Cooperativas de habitação públicas, Governo local, Financistas, Representantes dos doentes e organizações familiares dos pacientes.	Investimentos em Cuidados a Pacientes Mentais e Reintitucionalização dos Doentes	Construção de 4 cenários avaliando as incertezas em relação ao investimento financeiro e nível de integração destes pacientes na sociedade	No contexto de residência para as pessoas com problemas de saúde mental, o foco deve ser em investimento em cuidados na comunidade e sua em re-inserção na sociedade.
Chandra, Kumar e Ghildayal (2011)	Hospital cost structure in the USA: what's behind the costs? A business case	Hospital nos EUA	Custos Hospitalares	Criação de um Framework de modelagem que contribuiu para a identificação dos principais drivers de custos dentro de um hospital dos EUA associado com os processos estudados.	O modelo mostrou significativas e potenciais economias nas operações hospitalares relacionadas ao custos fixos e variáveis.
Bernardes (2011)	Construção de Cenários Prospectivos para o Setor Hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul	12 Especialistas do Setor Hospitalar do Rio Grande do Sul	Cenário presente da saúde brasileira e as estratégias no setor hospitalar	Construção de três cenários para 2021 relacionados as variáveis fornecedores, gestão hospitalar e paciente	Surgimento de ações que contribuirão para as novas estratégias no setor hospitalar voltadas as questões de gestão e administração, além da tecnologia da informação.
Ramalho (2012)	Sustentabilidade Econômica do Sistema de Saúde Português e o seu Enquadramento no Contexto Internacional	Produção Literária	Várias Tipologias de Sistemas de Saúde, Modalidades de Pagamento aos Hospitais e aos Profissionais de Saúde.	Construção de cinco cenários prospectivos para a evolução dos indicadores de sustentabilidade económica do sistema de saúde português compreendidos entre 2010 e 2020	Portugal apresentou vantagens comparativas, mas que foram mais do que compensadas por uma especialização desfavorável na ótica da capacidade de preservação da sustentabilidade económica do sistema de saúde.
Rivera, Artmann (2010)	Planejamento e Gestão em Saúde: Histórico e Tendências com Base numa Visão Comunicativa.	Produção Literária	Crises e Dilemas do Planejamento	Construção de modelos de planejamento comunicativo e gestão em saúde baseado no cenário internacional	As diversas correntes do planejamento, embora com perspectivas e encaminhamentos teórico-metodológicos diferentes, dialogam num processo de troca mútua e de aprendizagem.

Fonte: A autora

Os estudos apresentados no Quadro 3 corroboram o estudo em questão, especialmente se considerado que a análise de cenários deve ser entendida como um processo continuado de planejamento e posicionamento estratégico-tático. No mercado de saúde, em que o cenário presente pode ser alterado de forma rápida, por força de políticas governamentais, regulamentações, avanços tecnológicos, aspectos econômicos ou sociais, os cenários se tornam mais importantes ainda, face às incertezas que surgem neste segmento (BERNARDES, 2011).

Ao analisar o cenário da saúde mundial, comparando a saúde portuguesa com aos demais países europeus, Ramalho (2012) evidencia um cenário com políticas não sustentáveis que proporcionam o aumento das despesas em saúde ano a ano no país. Essa perspectiva não é diferente da apresentada para o contexto atual no Brasil, como indicado nas seções anteriores deste referencial. Para um cenário até 2020 com a estabilidade da economia nos países como Portugal, Itália e Reino Unido, Ramalho (2012) indica que o desenvolvimento de políticas que visem à estabilização dos gastos com despesas em saúde se faz necessário. Além disso, o sistema de saúde público português busca claramente intensificar os programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença mediante iniciativas de base intersectorial, juntamente com a Educação, Segurança Social e Ambiente, com maior proximidade à população (RAMALHO, 2012).

No contexto de hospitais do Rio Grande do Sul, Bernardes (2011) analisa cenários prospectivos com horizonte em 2021. Esses mostram, para o setor hospitalar, a necessidade de desenvolvimento na qualidade dos serviços prestados, o desenvolvimento de prontuários eletrônicos de pacientes integrado entre hospitais, a profissionalização do mercado hospitalar, investimentos em programas de certificação e investimentos em tecnologia da informação (BERNARDES, 2011).

Quanto à assistência prestada ao paciente no Brasil, Rivera e Artmann (2010) destacam a relevância que assume a comunicação dos profissionais de saúde no desenvolvimento dos cuidados de saúde de natureza mais integral, de uma cultura de humanização que permeie as políticas e cuidados de saúde e, dentro da perspectiva da humanização do cuidado, de um sistema de acolhimento dos pacientes marcado por um relacionamento ético e por uma perspectiva receptiva e integradora.

Sobre o contexto de concorrência no mercado suplementar de saúde, Gonçalves et al. (2011, p. 464) afirmam que:

O setor hospitalar privado sofre um processo de profissionalização de sua gestão, em virtude do aumento da concorrência. Esta tendência pressiona as instituições a procurar alternativas para manter e atrair os usuários.

Dentro do setor hospitalar ainda, Gonçalves et al. (2011) observam que alguns hospitais brasileiros podem ser comparados aos melhores de países desenvolvidos, oferecendo procedimentos e tecnologia de ponta e atendendo o público das classes mais favorecidas. Por outro lado, a grande maioria apresenta sérias dificuldades para manter um nível adequado de atendimento, dado que seu endividamento compromete a qualidade de atendimento e inviabiliza o investimento em novas tecnologias. Além disso, encontram uma relação entre hospitais e planos de saúde, ficando evidente que esse relacionamento é classificado como de ruim a péssimo e tende a se deteriorar ainda mais. Entre os problemas apontados pela pesquisa, encontram-se: transferência de pacientes para hospitais próprios das operadoras; não pagamento de medicamentos de alto valor; imposição de pacotes com preços fixos; e atrasos nos pagamentos, entre outros (GONÇALVES et al., 2011).

Por fim, com relação aos custos da saúde, percebe-se que esses, nos hospitais americanos, representam uma grande parte do PIB do País. O faturamento médico, investimentos em tecnologias e processos de compras e suprimentos são significativos e crescentes contribuindo para o aumento dos custos operacionais do hospital nos EUA. A tendência do aumento dos custos em saúde nos EUA é de crescimento, a menos que o mercado encontre maneiras para reduzir os gastos realizados com os pacientes. Uma maneira de conseguir preços acessíveis no atendimento ao paciente é encontrar maneiras de reduzir os custos e prestar uma assistência mais eficiente (CHANDRA; KUMAR; GHILDAYAL, 2011). Comparando com o estudo de Gonçalves et al. (2011), pode-se inferir que essa também deve ser uma preocupação dos prestadores de serviços de saúde suplementar brasileiros.

Os estudos apresentados nesta seção não esgotam o tema, mas apresentam-se coerentes em termos das evidências e conclusões apresentadas, considerados

seus diferentes contextos. Essa percepção mostra-se relevante para pautar o desenvolvimento desta pesquisa.

A seguir são apresentados, de forma sintética, os conceitos considerados para o desenvolvimento das atividades de campo previstas na pesquisa.

2.3 SÍNTESE DOS CONCEITOS ABORDADOS

Nesta seção é apresentada a síntese dos conceitos fundamentais relativos à pesquisa e os principais autores estudados. O Quadro 4 sumariza os principais conceitos relacionados ao contexto da saúde suplementar através da representação dos principais atores do segmento, além dos elementos contextuais e transacionais que norteiam estas relações, identificados com base na literatura consultada. Esses conceitos serviram de base para o desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados e para as análises que foram desenvolvidos nesta pesquisa.

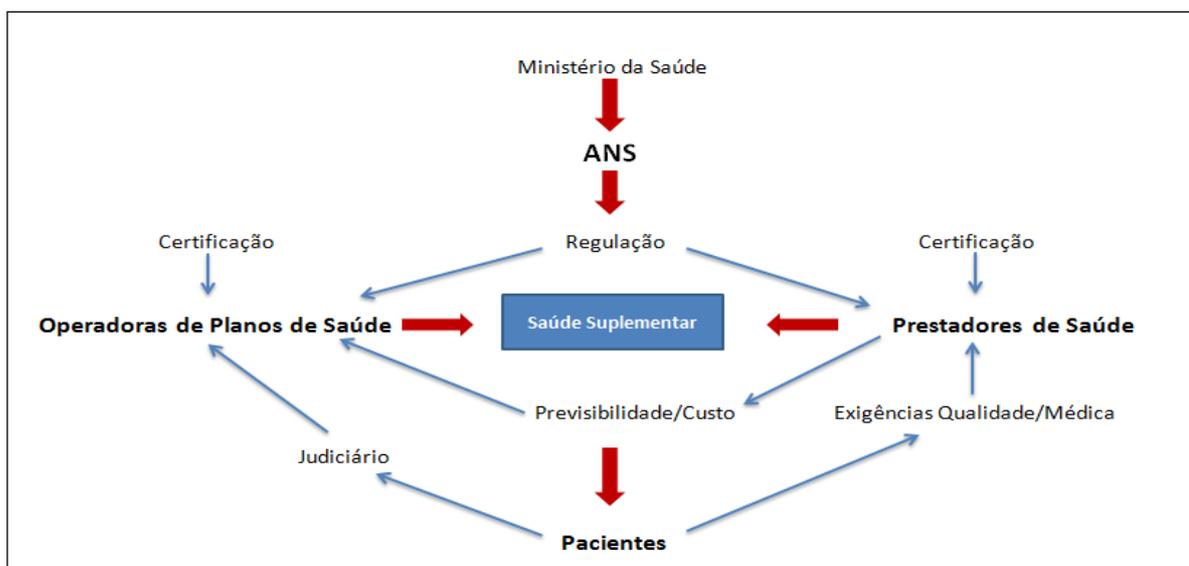
Quadro 4 – Síntese dos conceitos sobre o contexto da saúde suplementar

CONCEITO CHAVE		CONCEITOS	AUTORES
Sistema de Saúde Suplementar		Saúde Suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde.	Marcera e Saintive (2004) Pietrobon, Prado e Caetano (2008) Brasil (1998)
Atores	Hospitais	Hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.	Ministério da Saúde (1977) Mintzberg (2007) Porter e Teisberg (2007) Gonçalves et al (2011) Christovan, Porto e Oliveira (2011)
	Operadoras	Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.	Vilarinho (2004) Silva (2003)
	Pacientes	Paciente é aquela pessoa que consulta o profissional da área de saúde.	Ministério da Saúde (1977)
	Governo / ANS	Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.	Ministério da Saúde (2009) ANS (2014)
Elementos Transacionais	Valor	Redução do custo está em aumentar o valor para os pacientes, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro gasto.	Silva (2003) Porter e Teisberg (2007) Christovan, Porto e Oliveira (2011)
	Previsibilidade	É quando o agente age de certa forma em uma conduta, sabendo-se que se agir assim poderá ter como consequência um resultado previsível. Uma função regulatória de fundamental importância é a redução dos níveis de incerteza mediante a previsibilidade e estabilidade das regras a que se submetem os agentes regulados, de forma que possam planejar seus investimentos com razoável grau de confiança.	ANS (2014) Brasil (2007) Porter e Teisberg (2007)
	Poder político	O poder e/ou influencia exercido por uma organização ou órgão de classe sobre o segmento	Allgayer et al. (2011) Silva (2003)
	Regulação	Realizada através da intervenção do governo, por meios de regras, normas, no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde.	ANS (2014) Brasil (2007) Porter e Teisberg (2007) Marcera e Saintive (2004)
	Certificação	Tem como objetivo avaliar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde e prestadores de saúde.	ANS (2014) Brasil (2007) Porter e Teisberg (2007)
Elementos Contextuais	Políticos	Pressão exercida pelos órgãos de classe.	Allgayer et al. (2011) Silva (2003) Pascucci (2011) Santos (2012) Rivera e Artmann (2010)
	Econômicos	Alteração no modelo de remuneração por parte das operadoras.	
	Sociais	Mudanças no nível de exigências dos pacientes.	
	Tecnológicos	Avanços tecnológicos importantes na saúde em relação aos medicamentos, materiais e equipamentos.	
	Legais	A mudança na Legislação por parte da ANS em relação a atividade das operadoras de saúde.	

Fonte: A autora

E a Figura 8 identifica os atores do sistema de saúde suplementar a serem analisados neste trabalho. A criação desta figura foi baseada no referencial teórico pesquisado representado pelo Quadro 4.

Figura 8 – Contexto da Saúde Suplementar e seus principais atores



Fonte: A autora

De um lado, observam-se as operadoras de planos de saúde, responsáveis por garantir a cobertura assistencial aos seus beneficiários com previsibilidade. De outro, os prestadores de saúde, responsáveis por prestar a assistência médica de qualidade aos pacientes com custos competitivos. Ambos são sujeitos a ações relacionadas à busca por qualidade de prestação de serviços, quer de forma mandatória ou coercitiva quer por força de mercado. Processos de certificação têm como objetivo avaliar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde e prestadores de saúde, ponto que está sendo muito discutido pela própria ANS, como uma exigência do mercado. Outro ponto importante é o processo de regulação através da intervenção do governo (ANS), por meios de regras, normas, no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde. Essa regulação ocorre de forma direta sobre as operadoras de saúde e de forma indireta sobre os prestadores de saúde. Os pacientes neste contexto requerem cada vez mais

serviços de qualidade com custo baixo coberto pelas operadoras de saúde. No entanto, quando não encontram estes serviços acabam recorrendo ao judiciário para garantir o acesso ao atendimento no prestador de saúde sem ônus nenhum para si e sim para a operadora de saúde ou ao Estado. Os elementos de valor e poder são transacionados, portanto, sob efeito dos elementos contextuais (políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, ambientais e legais).

3 MÉTODO

Este capítulo apresenta as etapas metodológicas que foram empregadas para o alcance dos objetivos do estudo. Inicialmente será apresentado o método de pesquisa e posteriormente o método de trabalho que compõe as etapas que conduziram a pesquisa.

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

Para investigar e analisar a saúde suplementar foi realizado uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória que utilizou o método de Análise de Cenários (VAN DER HEIJDEN, 2009). A escolha da abordagem qualitativa de pesquisa é justificada por alguns motivos, como a necessidade de se proporcionar perspectiva aprofundada e detalhada do problema de estudo, a necessidade de exploração do assunto por ausência ou escassez de referências anteriores e a natureza da questão (CRESWELL, 1998). A pesquisa qualitativa é relevante aos estudos das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida. Os métodos utilizados para conduzir a pesquisa qualitativa devem ser adequados à questão em estudo e abertos o suficiente para permitir ao pesquisador percorrer os caminhos que levam à resposta de seu problema de pesquisa (FLICK, 2009).

No contexto estudado, apresentou-se oportuno o conceito de cenário, como uma visão internamente consistente do que o futuro poderá vir a ser, e que tem como função avaliar explicitamente as premissas de planejamento, o apoio à formulação de objetivos e estratégias, a avaliação de alternativas, o estímulo à criatividade, a homogeneização de linguagens e a preparação para enfrentar discontinuidades (PORTER, 1986). Os cenários são expressos como descrições narrativas internamente consistentes e desafiantes de futuros possíveis neste mundo externo (VAN DER HEIJDEN, 2009). Segundo Wilburn e Wilburn (2011), cenários são narrativas que descrevem o possível futuro, em que se deve competir 5, 10 ou 20 anos a partir de quando feita a análise.

Segundo Van Der Heijden (2009), o planejamento por cenários no âmbito do contexto estratégico tem as seguintes premissas:

- A sobrevivência organizacional e o autodesenvolvimento são as forças motrizes essenciais e fundamentais da estratégia;
- A formulação da estratégia consiste em criar um contexto de políticas novas e singular para ação futura;
- A ideia de negócio é uma perceptiva estratégica sobre indivíduos como organização; e
- Os cenários são as perspectivas estratégicas sobre o ambiente dessa ideia de negócio.

A premissa da abordagem de análise de cenários deve ser elaborada não para “acertar” previsões para o futuro, mas sim para melhorar as informações e a compreensão sobre decisões que precisam ser tomadas no presente para assegurar os objetivos futuros (WRIGHT; SPERS, 2006). Neste sentido, cenários não são vistos como quase previsões, mas como dispositivos de percepção (VAN DER HEIJDEN, 2009).

O planejamento de cenários incorpora a formulação estratégica nos processos organizacionais, preparando pessoas para agirem através da conversação estratégica. Seus efeitos atingem uma diversidade de processos organizacionais, incluindo os organizacionais (criação de novos conceitos e linguagem, melhorar a qualidade da conversação estratégica, gerenciar o foco de atenção, motivar ações de mudanças e fazer com que as pessoas pensem) e os de tomada de decisão (análise de forças da organização e suas características na sua ideia de negócio, desenvolvimento de intenções estratégicas, capacidade adaptativa e generativa, julgamentos sobre uma proposta estratégica, e decisões estratégicas) (VAN DER HEIJDEN, 2009).

Ainda segundo Van Der Heidjen (2009), as etapas para a realização da análise de cenários iniciam pelo levantamento dos atores e as variáveis relevantes. Nesta fase é preciso considerar quais são os principais atores envolvidos no cenário que será construído e que variáveis terão impacto direto sobre eles.

Então, parte-se para a fase de análise dos aspectos ambientais. Os aspectos ambientais são categorias amplas de conhecimento sobre o ambiente de negócio que precisa ser consideradas. O ambiente Transacional é a parte do ambiente na

qual a organização é um participante significativo, influenciando e sendo influenciado ao mesmo tempo. O ambiente Contextual é a parte do ambiente que tem repercussão importante para a organização, porém tem influência limitada (VAN DER HEIJDEN, 2009). O autor sugere que, a partir da definição dos ambientes de atuação, cada conjunto de variáveis deva passar por um processo de agrupamento que relacione os acontecimentos sociais, econômicos, políticos, tecnológicos, ambientais e legais, dentre outros considerados relevantes, em uma perspectiva não exaustiva ou definitiva. A análise contextual, então, possibilita testar visões estratégicas, Ideia de Negócio, estratégias e planos.

Outra etapa é a identificação das forças motrizes. Segundo Schwartz (2004), para a construção de cenários, há a necessidade de se identificar as forças motrizes que envolvem os cenários e são capazes de influenciar os fatores-chave responsáveis pelo êxito ou fracasso das estratégias e decisões tomadas pelos gestores. As forças motrizes podem ser divididas em elementos pré-determinados, nos quais apresentam tendências e incertezas críticas, nas quais existe a possibilidade de sua ocorrência, porém não se sabe quando ocorrerá (VAN DER HEIJDEN, 2009).

Após a identificação das forças motrizes parte-se para a fase da análise das incertezas e definição de cenários de análise. A formulação estratégica supõe que exista tanta incerteza quanto à previsibilidade no ambiente de negócio. Os cenários são construídos ao se combinar essas incertezas com os elementos predeterminados. A incerteza deve ser avaliada antes de serem tomadas as decisões de negócio. Ela pode ser classificada em três categorias: Riscos, Incertezas Estruturais e Impossíveis de Conhecer. Pensar em estratégia só faz sentido em condições de incertezas (VAN DER HEIDJEN, 2009). Após o levantamento destes elementos foram construídos os cenários de futuro.

A fase de análise do comportamento do sistema nos diferentes cenários possibilitou analisar um conjunto de efeitos no sistema de forma a identificar essas possíveis mudanças no segmento da Saúde Suplementar. Por fim, a fase de síntese possibilitou ao gestor formular a estratégia de acordo com os possíveis cenários apresentados.

3.2 MÉTODO DE TRABALHO

Baseado na perspectiva metodológica apresentada na seção anterior, o método de trabalho se dividiu em quatro etapas: Planejamento, Levantamento de Dados, Análise e Síntese. Essa organização partiu da definição do tema de pesquisa selecionado, que apresentou a relação com atividade profissional atual da pesquisadora. A partir da seleção do tema e dos objetivos, foi possível delinear as etapas de desenvolvimento a seguir descritas.

3.2.1 Planejamento

A etapa de Planejamento iniciou-se pela revisão bibliográfica. Foram realizadas buscas por livros, artigos, revistas e journals que tivessem relação com o tema escolhido. A busca foi pelas palavras chaves: Saúde Suplementar, Hospitais, Operadoras de Saúde, Pacientes/Familiares, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Análise de Cenários na Saúde. Palavras correlatas em língua inglesa foram buscadas. Os mecanismos de busca foram consultas realizadas as diversas bases de dados, entre as quais se destacam: Capes, SciELO, EnANAPAD, Revista Pública de Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde entre outras. No site da CAPES as buscas às palavras chaves e os resultados encontrados foram: Hospital (4.074.871 referências), Saúde Suplementar (286 referências), Análise de Cenários (1.171 referências), Agência Nacional de Saúde Suplementar (101 referências), Pacientes/Familiares (723 referências) e Análise de cenários em saúde (742 referências). Quando pesquisado no site da CAPES as palavras Health Scenarios encontramos 125.847 referências, o que mostra a relevância do tema escolhido.

Com base nas referências levantadas, procedeu-se ao refinamento dos objetivos e da problematização e à elaboração da justificativa e seleção do método de pesquisa. A etapa subsidiou a elaboração do projeto de pesquisa, mas entende-se que ela acompanhou o desenvolvimento da pesquisa, dado que novos elementos foram publicados e analisados durante o decorrer das atividades de campo e análise.

O horizonte de análise selecionado considera os efeitos sobre o sistema estudado até 2025. Entende-se esse tempo como adequado em função do ciclo de mudanças observado no referencial, observando-se que efeitos da regulamentação

da ANS têm repercussões, do ponto de vista do mercado, após 5 ou 10 anos sobre os atores existentes. Esse tempo visou também propiciar uma discussão mais profunda com os entrevistados, sobre a dinâmica do mercado e seus atores.

3.2.2 Levantamento de Dados

Após a qualificação do projeto, a etapa de levantamento de antecedentes incluiu a coleta de informações de campo. Essa etapa correspondeu às duas primeiras etapas do método de análise de cenários: levantamento de atores e variáveis relevantes, e classificação em elementos transacionais e contextuais. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com representantes dos atores que compõem o segmento da saúde suplementar. As entrevistas semiestruturadas são amplamente utilizadas em pesquisas qualitativas (FLICK, 2004).

As entrevistas incluíram:

- 3 representantes de hospitais privados;
- 1 representante de operadoras entrantes no mercado;
- 3 representantes de operadoras de saúde; e
- 1 representante da ANS.

Não foram entrevistados representantes de pacientes, pois esse elo é receptor do serviço de saúde e sua relação de poder sobre a definição estratégica do segmento é baixa. Entre fatores que justificam essa escolha, como apresentado anteriormente, encontram-se a característica de pulverização e dispersão desse elo, não possuindo representatividade em termos de articulação sobre o sistema. Entende-se essa definição como coerente com o afirmado por Flick (2009), de que um dos critérios para definir a amostra em pesquisas qualitativas é segundo a intensidade que as características de interesse se dão em uma dada população. Visa-se a saturação da informação obtida a partir de fontes que a compreendam profundamente e qualitativamente, e não sua representação em termos estatísticos.

Coerente com o exposto no parágrafo anterior, o perfil de entrevistado devia atender as seguintes características, conforme a decisão do pesquisador:

- **CARGO:** possuir cargo de Diretor, Presidente ou Superintendente, entendendo-se que cargos executivos de alta administração permitem melhor compreensão das variáveis e atores envolvidos com o problema estudado;
- **ANOS DE EXPERIÊNCIA:** possuir no mínimo 5 (cinco) anos de experiência no cargo, associando-se este tempo a um período de amadurecimento sobre o contexto estudado, permitindo melhor discernimento sobre as decisões e implicações associadas ao problema estudado;
- **REPRESENTATIVIDADE DO ATOR:** representar um ator de classe, federação, órgão reconhecido no sistema de saúde suplementar ou trabalhar em empresas com faturamento acima de R\$ 300 milhões de reais, entendendo-se que esses atores apresentam maior potencial de influenciar o sistema estudado.

O processo de seleção desses interlocutores foi, portanto, intencional, de modo a alinhar-se aos objetivos e propósitos da pesquisa. Pelo perfil indicado, os representantes dos prestadores de saúde foram executivos de hospitais de grande porte que possuam acreditação internacional e representante de classe; os representantes das operadoras de planos de saúde foram selecionados dentre as operadoras com maior número de beneficiários de planos de saúde no Rio Grande do Sul; o representante da ANS foi um executivo da Agência; e o mesmo patamar foi definidor do representante da operadora entrante no mercado. Cabe ressaltar, que os entrevistados apresentam uma visão nacional sobre o sistema de saúde suplementar, haja vista a característica de homeomorfismo mimético entre as organizações de saúde do país. A representação gráfica do perfil dos entrevistados encontra-se no Apêndice A.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados e tiveram, em média, uma hora de duração. As mesmas foram transcritas posteriormente para a realização da análise de conteúdo.

Para orientar a coleta de informações, foi desenvolvido um instrumento que buscou contemplar a levantamento dos elementos transacionais, contextuais, forças

motrizes para a criação dos cenários. O mesmo foi aplicado aos entrevistados representado no Quadro 5.

Quadro 5 – Roteiro de coleta de dados

Categories	Questões	Pontos a observar	Autores
Contexto	1) Qual sua percepção atual sobre o sistema de saúde suplementar? 2) Como você vê a situação atual dos diferentes atores (prestadoras, operadoras, ANS, pacientes)?	- Conhecimento do sistema de saúde suplementar - Posicionamento sobre os diferentes atores	Marcerca e Saintive (2004) Pietrobon, Prado e Caetano (2008) Brasil (1998)
Elementos Transacionais	3) Quais os principais elementos de valor e forças trocadas entre os atores do sistema de saúde suplementar? 4) Qual o papel da certificação? 5) Qual o papel da regulação? 6) Qual o papel do poder político e judiciário? 7) Qual o papel das associações de classe, cooperativas ou parcerias entre diferentes atores?	- Elementos mais relevantes de troca - Papel de diferentes ações tomadas para melhoria de qualidade do serviço, representatividade e imagem no setor	ANS (2014) Brasil (2007) Silva (2003) Porter e Teisberg (2007) Allgayer et al. (2011) Marcerca e Saintive (2004)
Contextualização de Cenário Futuro	Considerando um cenário até 2025... 8) Quais as perspectivas sobre o mercado e o sistema? 9) Considerando a entrada de atores de capital estrangeiro no mercado nacional, como as relações anteriormente descritas são afetadas? 10) Como a possibilidade de abertura de mercado e venda de operadoras e prestadores para grupos estrangeiros pode afetar o cenário de saúde suplementar especificamente para a população?	- Perspectivas atuais sobre o mercado - Perspectivas novas sobre o mercado - Pontos de risco e benefícios aos atores	Montagnana (2012) Perondi (2012) Porter e Teisberg (2007)
Elementos Contextuais	Com relação às forças que regem as relações entre os atores, nesse cenário e horizonte... 11) Como são afetadas as relações políticas, legais, econômicas e sociais? 12) Como são afetadas as dimensões tecnológicas e ambientais? 13) Que incertezas e tendências podem ser observadas nessas seis dimensões? 14) Que ações poderiam ser tomadas para favorecer o sistema como um todo? 15) Que ações poderiam ser tomadas por um ator particular para mitigar os riscos associados às incertezas que você percebe?	- Impactos da mudança sobre os fatores contextuais - Forças motrizes: incertezas e tendências - Impactos das incertezas e tendências sobre os fatores contextuais	Allgayer et al. (2011) Silva (2003) Pascucci (2011) Santos (2012)

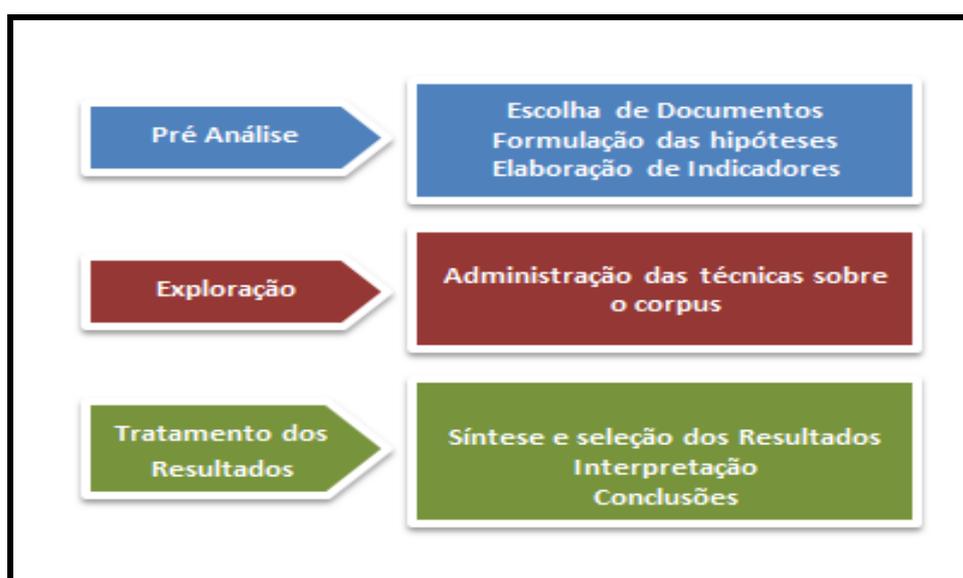
Fonte: A autora

3.2.3 Análise

A etapa de Análise realizada foi à luz da “Análise de Conteúdo” de acordo com Bardin (1977). Segundo a autora esta técnica de análise se compõe de três etapas: (i) a pré-análise; (ii) a exploração do material; e (iii) o tratamento dos resultados e sua interpretação.

A pré-análise é a fase da organização que abrange a escolha do material, a formulação de suposições e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados (BARDIN, 1997). Nesta fase, iniciaram as leituras sobre material colhido, juntamente com as primeiras orientações e impressões sobre a leitura. A exploração do material é a fase de análise que se destina a explorar uma ou mais temáticas. Neste momento, as respostas das entrevistas foram categorizadas de forma a reunir o maior número de informações esquematizadas e correlacionadas. Importante ressaltar nesta etapa, que algumas categorias emergiram das respostas dos entrevistados e outras foram predefinidas pela autora em função do contexto da saúde suplementar. E por fim, a etapa de tratamento dos resultados e interpretação. Esta fase as informações obtidas foram relacionadas juntamente com a fundamentação teórica, buscando a relação que dará sentido à interpretação. A Figura 9 resume os pontos centrais a serem observados em cada etapa.

Figura 9 – Fases de Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin (1977)

Com base na análise de conteúdo foram realizadas as quatro etapas do método de análise de cenários:

- **análise das dimensões contextuais:** política, econômica, social, tecnológica, ambiental e legal. O elemento ambiental, apesar de ter uma repercussão nas organizações, tem ação limitada, não tendo recebido ênfase de análise;
- **identificação de forças motrizes** que são capazes de influenciar os fatores-chave responsáveis pelo êxito ou fracasso das estratégias e decisões tomadas e a **classificação em tendências predeterminadas e incertezas críticas**;
- **análise das incertezas**, pois para pensar em estratégia só faz sentido em condições de incertezas e **definição de cenários de análise**; e
- **análise do comportamento do sistema nos diferentes cenários** que possibilitará analisar um conjunto de efeitos no sistema de forma a identificar essas possíveis mudanças e facilitará o Gestor na estratégia e na tomada de decisão.

Ao término da elaboração dos cenários que apresentavam as incertezas em relação à atuação mais efetiva ou menos efetiva da ANS juntamente com o aumento ou redução dos investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança em seus eixos, os mesmos foram validados por três diferentes especialistas e gestores do mercado que atenderam as mesmas premissas de seleção dos entrevistados e que não participaram das primeiras entrevistas para a elaboração dos cenários. Foram elaboradas e desenvolvidas ações estratégico-táticas que contribuirão para os prestadores de serviços de saúde se prevenir caso se concretizem algum dos cenários apresentados para 2025. Para a validação dos cenários, foi utilizado um instrumento de validação. O mesmo está disponível no Apêndice B.

3.2.4 Síntese

Posteriormente, teve início a elaboração da síntese e conclusão das informações coletadas. Esta etapa buscou consolidar as informações do estudo de campo na forma da redação final desta dissertação, comparando os achados

provenientes das entrevistas com os preconizados pela literatura consultada. Nesta fase, foi avaliado o atendimento dos objetivos deste trabalho, as limitações do mesmo, bem como foram feitas proposições para a continuidade desta pesquisa.

Então, foi dada a partida para o refinamento da conclusão da dissertação. Por fim, deu-se início a etapa de redação, formatação e revisão final da dissertação.

Após esta etapa, a dissertação foi entregue e submetida à banca brasileira da Universidade do Vale dos Sinos. Para a banca francesa, será elaborado um artigo da dissertação e posteriormente entrega do mesmo. E finalmente, a apresentação do artigo para a banca francesa a fim de receber o grau de mestre pela Universidade de Poitiers.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: O CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Este capítulo apresenta a análise de conteúdo desenvolvida após a realização das entrevistas com os especialistas e gestores do mercado da saúde suplementar. As categorias abordadas foram predefinidas com base na literatura utilizada e no resultado da coleta de dados. As categorias escolhidas trazem o entendimento dos entrevistados sobre o mercado da saúde suplementar, bem como suas tendências e incertezas. A análise foi realizada com base no referencial teórico já apresentado. As categorias analisadas são: o **Contexto da Saúde Suplementar**, o **Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, a **Judicialização da Saúde**, os **Elementos Contextuais**, o **Papel do Capital Estrangeiro**, o **Posicionamento Estratégico dos Atores** e, por fim, as **Perspectivas para 2025**.

4.1 O CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar é a forma de atendimento privado em saúde no Brasil. É definida pelos entrevistados como um sistema extremamente complexo e competitivo em um mercado em franca expansão, principalmente, em relação ao crescimento do número de vidas na saúde suplementar nos grandes centros.

Na visão dos entrevistados, esse mercado apresenta um desequilíbrio de forças entre seus principais players: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Prestadores de Saúde, Operadoras de Saúde e Pacientes. A relação entre eles é bastante conflituosa em função dos interesses antagônicos. De um lado encontram-se as operadoras e os prestadores, com o foco na redução de custo sem a perda da qualidade no atendimento e, de outro, a ANS e os pacientes, preocupados com o aumento da demanda e da qualidade do serviço, independentemente dos custos associados sobre o sistema. Pode-se observar na fala do entrevistado E2 a situação do cenário da saúde suplementar e das suas relações:

É um cenário muito complexo, que tem evoluído rapidamente para o modelo que está caminhando para o colapso, porque existe um desequilíbrio muito grande entre o que é oferecido em termos de tecnologia, da utilização do beneficiário que tem acesso à saúde suplementar e a captação do recurso desse usuário.

Essa visão é consonante com a apresentada por Vilarinho (2004), que relata que a saúde suplementar no Brasil reflete um ambiente de relações complexas, com objetivo social relevante, como a saúde, e que depende fundamentalmente da resultante de um sistema de forças heterogêneas, antagônicas e não necessariamente comprometidas com a saúde das pessoas, e cujo controle, por parte do Estado, figura-se instável.

Entretanto, na visão dos entrevistados, existe uma aproximação entre esses principais atores, a fim de garantir a sobrevivência deste mercado, já que os interesses são distintos. Os sistemas e atores relacionados ao setor de saúde precisam adaptar-se planejadamente a esse novo ambiente ou todos serão forçados a enfrentar uma grande e imediata reestruturação (ADAMS et al., 2006). As relações descritas por parte dos entrevistados mencionam a pressão importante dos beneficiários para o uso de novas tecnologias e tratamentos mais recentes, considerados de alto custo. Os médicos são vistos como pressionados pela indústria farmacêutica e de materiais para o consumo de medicamentos de última geração e materiais como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) importados não seguindo protocolos assistenciais que realmente garantam a melhor prática médica. A ANS, como um processo de regulação e fiscalização das operadoras para garantir o acesso dos pacientes a saúde suplementar. Por outro lado, os prestadores são relatados como buscando elevados investimentos em novas estruturas para melhor atender seus clientes garantindo a segurança de seus pacientes e uma hotelaria de alto nível. As operadoras de saúde são relatadas como uma organização que se depara com uma vasta demanda de solicitações de tratamentos baseados em novas tecnologias e tratamentos de alto custo, além do aumento dos custos hospitalares com hotelaria e segurança do paciente. De modo a gerar soluções positivas ao sistema, a visão identificada é de necessidade de ações integradas e responsáveis de todos os atores, para que se atinja sustentabilidade e equilíbrio nessas relações.

O aumento da expectativa de vida dos clientes é outro ponto evidenciado como preocupante para os gestores entrevistados, desde seu impacto em termos de mercado como em relação ao aumento dos custos das despesas médicas. A impossibilidade de estabilizar essas perdas pela aplicação de correções nas mensalidades, em função da regulação da ANS sobre os percentuais de reajustes nos planos individuais, tem contribuído para a redução da comercialização desses

tipos de planos por grande parte das operadoras de saúde (E3 e E5). Atualmente, pela menor regulação da ANS, as operadoras apresentam facilidades na comercialização de plano empresariais em detrimento de planos individuais. A questão do envelhecimento e os planos individuais foram observados fortemente na fala do entrevistado abaixo:

Com o aumento da longevidade das pessoas é inevitável que às pessoas vivem mais e conseqüentemente elas gastam mais em saúde. Se tu deixas de trabalhar seja pela aposentadoria ou por uma enfermidade, tu acabas perdendo o plano quando tu mais precisas. Perder o plano implica em buscar um de forma individual, porque os planos coletivos não te permitiriam. E de forma individual não tem mais no mercado e este tipo de plano está muito regulamentado no mercado. Tu não tens oferta de planos individuais e essas pessoas estão se associando para conseguir planos coletivos. (E5)

Pode-se identificar eco para essa fala no texto de Aleixo (2012), que relata que atualmente, o grande impasse nesta situação é a diminuição da renda com a idade e conseqüentemente o aumento da necessidade de utilização dos planos de saúde pelos idosos, gerando uma equação difícil de ser resolvida.

4.2 O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Como apresentado anteriormente, a ANS foi criada no ano de 2000 após a Lei 9.656/98, que estabeleceu o modelo de saúde suplementar brasileiro juntamente com processos e regulamentos próprios. Como esperado, a fala dos entrevistados indica as mudanças significativas para o mercado de saúde. A Agência surge com funções importantes de fiscalização, controle, regulação e normatização da saúde suplementar. Além disso, para parte dos entrevistados, atualmente a ANS vem trabalhando de forma mais rigorosa em relação às operadoras que não apresentam condições de manter sua carteira de beneficiários e não cumprem a legislação vigente. Esse modelo de Agência é um modelo de sucesso em relação ao controle para o beneficiário (E1 e E2).

Igualmente, foi mencionado pelos entrevistados um dos papéis desenvolvido pela Agência, o da Regulação. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde destina-se a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam

consumidores e empresas (MARCERA; SAINTIVE, 2004). Cabe à ANS regular diretamente as atividades praticadas pelas operadoras de saúde e de forma indireta os prestadores de saúde em relação a reajustes, cobertura assistencial, contratos, entre outros. No entanto, o contexto da saúde suplementar não é composto somente destes dois atores e sim de médicos, pacientes e fornecedores o que fragiliza o sistema, pois não existe regulação sobre os demais players, como pode ser observado nas seguintes falas:

A regulação da Agência não pode ser só sobre operadoras de saúde ou prestadores de saúde. Ela tem que ver também de alguma forma a atuação dos médicos, fornecedores e dos usuários. (E2).

A ANS tem sido paternalista ao extremo em relação ao beneficiário. Apresenta um viés de “mãe de todos” empurrando o custo para cima. (E3).

Nesse sentido, os autores Marcera e Saintive (2004) relatam que, à ANS, cabe cumprir a Lei 9.656/98 através da regulação do sistema da saúde suplementar garantindo o acesso e direito aos beneficiários ao mercado da saúde suplementar. No período anterior a lei, os consumidores recorriam ao Código de Defesa do Consumidor, aos Procon Estadual e Municipais quando se sentiam lesados (SILVA, 2003). Observa-se, no entanto, uma percepção de que a ação da ANS poderia ser maior do que a que atualmente lhe é atribuída.

Além desse papel, já desenvolvido pela Agência, foi evidenciado nas entrevistas que o mercado está carente de um novo nicho de atuação da ANS em temas que não existe regulação alguma, como por exemplo, rede suficiente para atender a demanda e as glosas:

O papel da regulação é a defesa do cidadão, é o que está acontecendo em [nome de uma cidade]. Os planos de saúde venderam planos e não rede para atender emergência pediátrica em [mesma cidade]. A regulação deveria atuar e obrigar a criação de rede esse é o papel da regulação e defender o cidadão e obviamente que a regulação não faz isso, mas esse é o grande papel dela. Hoje a regulação faz a defesa do cidadão controlando a saúde financeira das operadoras, isso ela baixou de 1.400 para menos de 900 operadoras no Brasil. O grande desafio nosso é que a regulação comece a entrar nestas questões. E as questões que envolvem glosas, hoje as operadoras se dão direito de não pagar, mas isso é um grande desafio até porque a forma de ocupação dos cargos de gestão da Agência Reguladora a maioria das pessoas tem vindo das operadoras. É um negócio complicado de entender. (E4).

Paralelamente a esses movimentos, o papel da ANS como fomentadora de certificações foi mencionado como positivo. As certificações são processos que vieram para estabelecer padrões de qualidade nas operadoras de saúde e principalmente nos prestadores. São avaliados critérios em relação à segurança dos pacientes e na qualidade dos processos assistenciais. Existem vários tipos de certificações nacionais e internacionais, como por exemplo, ONA, ISO e Joint Commission (ANAHP, 2013). Na fala de dois dos entrevistados:

Com relação à certificação, acho que toda certificação de qualidade ela deve ser colocada como um dos objetivos dos negócios e das empresas e na saúde não pode ser diferente. As certificações ISO, ONA, Joint Commission elas são importantes para a segurança do usuário principalmente e padronização de procedimentos. Eu acredito que isso é algo que veio para ficar, que certamente trás padronização de procedimentos. (E2).

Acho que a padronização é fundamental, e isso é que a certificação trás para a gente e a garantia para o usuário. (E6).

Para Allgayer et al. (2011), o desenvolvimento de programas de Garantia da Qualidade torna-se uma necessidade em termos de eficiência e eficácia, e uma obrigação em termos de ética e de compromisso. Além disso, atualmente o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde que tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) (ANS, 2014).

Entretanto, as certificações são pouco divulgadas pelos prestadores de saúde. Alguns entrevistados relatam que somente identificam a certificação quando o prestador informa a operadora (E3 e E5). Além disso, observa-se nas falas a preocupação em não se perceberem ganhos econômicos financeiros para as operadoras em trabalhar com prestadores que possuem algum tipo de certificação:

Em relação às certificações, eu tenho que ser otimista. Hoje, nossos grandes parceiros importantes têm certificação, nós temos certificação, mas o fato real é que, hoje, não muda nada. Eu só sei se o hospital é acreditado quando ele me fala. Hoje eu não enxergo ganho dos meus prestadores que possuem as certificações e não consigo perceber o ganho da operadora em ter a certificação. O ganho financeiro direto eu não vejo, apenas ganho de imagem e melhoria de processo. (E3).

Depreende-se, portanto, que as certificações devam ser melhor divulgadas ao mercado, principalmente para o ator Pacientes, pois esses, com maior conhecimento das mesmas e de sua importância, poderão melhor mensurar ganhos assistenciais que terão ao buscar prestadores de saúde certificados e qualificados.

4.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Na visão de todos os entrevistados, a judicialização da saúde no país tornou-se uma questão social na saúde suplementar, em um mercado desorganizado. A forma rápida de acesso à saúde vem contribuindo para o aumento das ações judiciais neste segmento. Os pacientes, ao se depararem com regras operacionais no processo de autorizações, coberturas assistenciais ou ainda em restrições de utilização de materiais e medicamentos para seu tratamento, por iniciativa própria ou instruída por seus médicos, ingressam no judiciário para obter de forma mais rápida e sem custo este atendimento coberto pela operadora de saúde. Em muitos casos, conforme relatado, os juízes não apresentam o conhecimento técnico apropriado para julgar se o pedido de liminar apresenta ou não algum tipo de risco a vida do paciente. Neste sentido, acabam sendo permissivos em muitas situações, contribuindo para o aumento do custo na saúde suplementar. Podemos observar essa percepção no relato abaixo:

O judiciário é mais uma das vítimas: alguém chega para o plantonista que está no judiciário e diz que uma criança vai morrer se não der um leito de CTI ele vai dar uma liminar para o leito de CTI e não tem menor condição de avaliar pertinência disso, o judiciário só atua desta forma porque não tem um sistema organizado. (E4).

Para Aleixo (2012), o poder Judiciário exerce ação forte entre as relações paciente/familiar, operadora e prestador. O fato de existir uma relação de consumo entre a operadora e o paciente, faz com que o Poder Judiciário busque, através de liminares, por exemplo, o acesso à saúde na rede privada destes pacientes. Nessa situação, em muitos casos, o judiciário obriga as operadoras ou provedores de saúde a oferecerem a assistência e arcarem com os custos associados, independentemente de outros fatores técnicos ou da existência de capacidade nos prestadores de serviço.

No entanto, o judiciário vem se mobilizando juntamente com outras entidades como a ANS, operadoras de planos de saúde, Fóruns de Defesa do Consumidor para a criação de Câmaras Técnicas para dar suporte nas decisões nos pedidos de liminares, como pode-se observar na fala abaixo:

O judiciário está se mobilizando em câmaras técnicas para dar suporte às decisões dos magistrados. Isto é fundamental e vem num momento oportuno para maturidade deste sistema. (E3).

Consoante, o Conselho Nacional de Justiça, através da Recomendação nº 31 de março de 2010, recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (WEBSTER, 2010).

Ainda neste contexto, uma das grandes preocupações dos gestores entrevistados é garantir que as Câmaras Técnicas trabalhem de forma isenta e que possam embasar o judiciário de conhecimento técnico para realização do mérito, evidenciado no relato abaixo:

Então começa a preocupação: estará isenta esta Câmara técnica desta indústria, deste grupo organizado? Então começa o nosso desafio. O judiciário precisa de embasamento técnico, desde que este parecer venha de algo confiável. É preciso saber como será esta seleção, se por indicação, professor de faculdade, título, será indicado pelos hospitais, pelas operadoras, ainda nós não sabemos. (E3).

O Poder Judiciário trabalha com evidências e, para isso, é preciso abertura de espaços variados e de fácil acesso para que operadoras de saúde, prestadores de saúde e inclusive o judiciário discutam sobre as questões que envolvem a saúde suplementar.

4.4 OS ELEMENTOS CONTEXTUAIS

Os elementos contextuais são parte integrante de um ambiente no qual a organização está inserida, mas a influência destes elementos ao cenário organizacional é limitada. Esses elementos são: sociais, econômicos, políticos, tecnológicos, ambientais e legais (VAN DER HEIJDEN, 2009).

Na saúde suplementar o elemento econômico é importantíssimo para a manutenção do cenário em estudo, pois vários elementos dependem dos recursos econômicos financeiros, tais como: os custos elevados das novas tecnologias, a remuneração de equipes assistenciais qualificadas, investimentos em processos desenvolvidos para promover a segurança do paciente, além do aumento da expectativa de vida dos beneficiários. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

A ANS tem zelo muito grande na parte econômica financeira das operadoras que era uma coisa que não existia. Então obrigou as operadoras a fazerem fundos, previsões, isto é muito importante, porque se não operadoras pequenas com alguns sinistros quebravam. O Brasil apresenta um cenário econômico de baixo crescimento e, por ter um baixo crescimento econômico, o país acaba crescendo muito pouco em relação à carteira de beneficiários. A diluição do teu risco muito baixa, então o que acaba acontecendo com tua carteira, ela envelhece. Como tu não coloca gente nova, tu acaba tendo uma idade média mais alta ano a ano e nesta questão de tua ter uma idade alta teu custo por idade ele aumenta violentamente. (E5).

A economia gira em torno da saúde, a indústria farmacêutica gira em torno da saúde, a indústria hospitalar é poderosíssima. Só que a camada de custos, hoje, no Rio Grande do Sul, e no Brasil inteiro, é absurda. (E3).

A proposta de concentração da carteira de beneficiários afeta a economia deste mercado, principalmente na relação entre as operadoras e prestadores como se pode ver no relato abaixo:

Imagina que a ANS, desde que foi criada, em 2000, vende a ideia para o sistema de que é melhor ter poucas operadoras e muitos beneficiários olhando o aspecto econômico financeiro, porque tu terias muito capital e isso seria o ideal para correr riscos, para pagar sinistros. Por outro lado, isso iria afetar muito o setor, porque esta concentração mesmo que de capital nacional traz um problema para o prestador por imposição de preço, isso é óbvio. A gente sabe que se o prestador vender serviços só para um comprador terá muita dificuldade, porque a imposição vai ser evidente. Então a tendência é que todos querem aumentar suas margens. As operadoras vão aumentar suas margens. Isso já ocorre.

Hoje o mercado é extremamente centralizado em algumas operadoras. O número de operadoras de planos médico-hospitalares está decrescendo continuamente. No período de 2011 e 2012 foram fechadas 44 operadoras, totalizando 961 em atividade. Em dezembro de 2012, as 10 maiores operadoras detinham 37,7% do mercado, o que equivale a 18,1 milhões de beneficiários (ANAHP, 2013). As relações relativas aos planos de saúde apresentam

peculiaridades. As operadoras de planos de saúde atuam sempre de forma exageradamente vinculadas à supremacia dos interesses econômicos e afastando-se dos interesses políticos de saúde, da qualidade dos serviços prestados (SILVA, 2003).

Aliado ao aspecto econômico, o elemento tecnológico é outro ponto importante neste mercado. Grandes mudanças têm ocorrido no contexto de saúde. Por um lado, a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde pela população. Por outro lado, o rápido desenvolvimento e inovação de novas tecnologias no segmento da saúde, fazendo com que os custos do setor apresentem índices cada vez mais efetivos, destoando dos demais setores da economia (MALIK; PENA, 2003).

Surgem novos equipamentos, exames, medicamentos e materiais, o que contribui para o desenvolvimento de diagnósticos precoces, aumento da expectativa de vida e qualidade de vida. O mercado requer novas tecnologias, muitas vezes usadas como diferenciais competitivos em relação a concorrentes (E7 e E8). Com as informações mais acessíveis, os próprios beneficiários buscam esses novos recursos em seu benefício. No entanto, existem limitadores para cada patologia, principalmente, por representar um custo maior a saúde suplementar. Segundo os entrevistados E3 e E6, o capital estrangeiro entrará, neste contexto, alavancado e investirá forte em tecnologia como meio de redução de custos a médio prazo ou de diferenciação, o que trará uma competição desleal para os prestadores que não podem ser vendidos. Em tempo, um ponto importante mencionado é que novas tecnologias surgem, porém as mais antigas não são substituídas, o que eleva os custos da saúde:

O tecnológico na nossa área é uma desgraça, a desgraça pelo sentido econômico, mas pela questão assistencial é a salvação. É onde o mercado teve seu diferencial, é na tecnologia, é na incorporação de novas tecnologias, de novos tratamentos surgindo e fazer com que as pessoas tenham mais qualidade de vida. E não estou falando em alongar a vida de quem não tem condições, mas que as pessoas realmente tenham mais qualidade de vida. (E6).

Hoje 81% do aumento do custo é em função da tecnologia e 19% por envelhecimento da população. A tecnologia tem esse peso todo, porque quando tu lanças uma tecnologia nova, ela não vale só para frente, não é só para quem vai nascer daqui para frente. E como na área da saúde uma tecnologia nunca substitui a outra, vai continuar fazendo Raio-X e então em vez de Raio-x, eco, tomo, ressonância... Então esses dois fatores

obrigatoriamente vão aumentar o custo, especificamente para quem vai fazer assistência de qualidade. E tem que ter uma forma de financiar isso. Do ponto de vista econômico, os hospitais são excelentes farmácias. Se nós fôssemos farmácia seríamos todos ricos, só que aqui é um hospital, com o dinheiro que a gente ganha com medicamento a tem pagar a desgraça de uma diária num valor absurdamente irrisório por aquilo que a gente faz. Então não importa que seja assim, eu não gostaria que fosse assim, só que a operadora não olha o financiamento todo. Esta é a forma mais tranquila de tirar a margem dos hospitais e deixá-los todos numa condição muito ruim do ponto de vista econômico. (E7).

Essa visão alinha-se à de surgimento de um novo ambiente, moldado pelas exigências do ambiente globalizado, do consumo, de mudanças constantes, da maior incidência de doenças, de tecnologias e tratamentos novos e caros, causando mudanças profundas nos sistemas de saúde (ADAMS et al., 2006).

Outro elemento a ser discutido é o elemento político que foi mencionado em um momento de preocupação pelos entrevistados no que diz respeito ao futuro do país:

Então politicamente, eu acredito, eu sou um entusiasta que tende a fazer uma limpeza ética, vamos olhar com carinho para a questão de corrupção no país, a questão de favorecimento ilícito, eu acho que passa por aí. A partir do momento que tu começa a fazer uma limpeza ética tu começa a melhorar e eu acredito muito, que o movimento popular possa fazer isso. (E3)

Gallo (2011) relata que há convicção de que o combate mais eficaz à corrupção atende pelo nome de Cidadania, com Segurança, Educação e Saúde de boa qualidade ao alcance de todos. Políticos fisiológicos, solícitos, conseguem mandatos distribuindo favores aos doentes, miseráveis, viciados. Relata ainda, que a corrupção sobrevive na mentira e não raro precisa da miséria e da doença para se justificar e prosperar. A doença humilha, coloca o cidadão de joelhos, torna-o um pedinte a mercê dos donos do poder.

4.5 O PAPEL DO CAPITAL ESTRANGEIRO

Os entrevistados corroboram a visão identificada no referencial, de que a entrada de capital estrangeiro na saúde suplementar no Brasil está ocorrendo num mercado em franca expansão. Cerca de 25% da população tem algum tipo de plano de saúde.

Atualmente, encontra-se a possibilidade de entrada de capital no mercado de operadoras de saúde e laboratórios, porém, ainda, este mercado está fechado para compra de hospitais. O processo de venda de hospitais para investidores estrangeiros está sendo discutida no Senado e esse tema tem trazido muita preocupação para os Hospitais filantrópicos, em função de não possuírem proprietários e sim mantenedoras, o que impossibilita a venda dos mesmos. Nesse sentido, os hospitais filantrópicos estariam em desvantagem, pois não poderiam absorver a entrada de capital estrangeiro e os investimentos e benefícios que os demais hospitais terão. (E7 e E8)

Neste cenário, os estrangeiros buscam uma maior penetração a fim de aumentar os lucros do capital investido. No entanto, ao buscar uma maior rentabilidade há uma preocupação de que as instituições poderão ter uma queda na qualidade e na segurança assistencial como podemos observar nas falas abaixo:

O grande problema de um hospital é ter de remunerar acionista, o qual só visa o dividendo, lucro, eu não sei se eu quero me internar neste hospital, porque na saúde tu tens que ter gastos que necessariamente não vão te dar o lucro que você gostaria. (E4).

Para o capital estrangeiro tudo é engenharia econômica e hospital. Não estou dizendo que não se faça uma boa assistência, eles são bons, mas quando tu entras numa ciranda financeira dessas, teu foco não é mais assistencial e sim econômico. (E7).

Alguns dos profissionais entrevistados têm receio que a entrada deste capital estrangeiro atinja mais os prestadores no processo de elitizar os serviços, representando impactos diretos e indiretos à população, principalmente em relação à assistência prestada. As empresas que ingressam no mercado de capitais são obrigadas a investir em gestão e governança corporativa (MONTAGNANA, 2012). De toda forma, essa entrada altera o equilíbrio de forças entre os atores existentes.

Estes investimentos estrangeiros trarão um mercado mais disputado, com grandes investimentos em tecnologia, em gestão, recursos humanos mais capacitados e com custos competitivos:

Eu acho que essas empresas de capital estrangeiro vão entrar no Brasil com muito dinheiro, vão comprar grupos existentes, vão investir em novos hospitais e novos grupos e vão trabalhar com sistema de saúde e sistemas de informática mais adequados. (E3).

À medida que entrar capital estrangeiro, vai haver investimentos e crescimento em relação a prestadores sim, precisa de capital para iniciar os negócios e mesmo que venham para prestadores que já estão postos no mercado, eles vão trazer executivos de fora e com certeza vão proporcionar upgrades que de alguma forma seria bom. (E1).

Das falas, a resguardados os riscos previamente indicados, percebe-se que o investimento estrangeiro tenderá a contribuir para a melhoria dos hospitais, do ponto de vista tecnológico, de melhora no acesso a diagnóstico, além da troca de experiências em mercados maiores. Nessa perspectiva, concorda com a visão de que poderia significar melhora na gestão com efeitos altamente positivos, com reflexos inclusive na saúde pública (PERONDI, 2012).

4.6 O POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO DOS ATORES

Na visão dos entrevistados, o posicionamento estratégico desenvolve-se como uma resposta e um instrumento de apoio aos processos de decisões estratégicas, resultado de uma nova postura de identificação de segmento e busca de oportunidade de mercado por meio da diferenciação da sua oferta. Alguns gestores entrevistados relatam que não existe, de forma clara, um posicionamento dos players neste mercado, principalmente entre algumas operadoras e prestadores. A ausência de líderes no segmento foi relatada pelo entrevistado E7 da seguinte forma:

É impossível que a gente continue trabalhando num segmento de tamanha importância, com tanta repercussão econômica e social, sem que nós tenhamos lideranças que nos representem. Hoje nós somos um segmento completamente ausente de liderança. Não tem ninguém que o defenda.

Nesse sentido, percebe-se claramente as dificuldades dos gestores em firmar uma posição estratégica no mercado enquanto organização de interesse, seja nas operadoras de saúde, seja nos prestadores de saúde. Nesse sentido, Leon (2011, p. 01), afirma que:

Em um ambiente complexo e dinâmico, os gestores devem ser mais do que orientados em função do futuro. Antes de tudo, eles devem antecipar o que

ocorrerá em suas organizações e no ambiente no qual as mesmas operam. Baseados nesta informação eles devem construir o futuro de suas próprias empresas, identificando a estratégia mais apropriada e então implementando-a. Em outras palavras, o planejamento estratégico torna-se crucial para o sucesso da organização, ao mesmo tempo que é um difícil dever.

Segundo os entrevistados, o segmento da saúde suplementar migrou de um ambiente sem competição para outro de elevada concorrência. Os pacientes estão mais criteriosos em suas escolhas em relação, principalmente, aos hospitais. Os prestadores de saúde estão buscando um posicionamento estratégico que permita captar novos clientes por meio de: certificações nacionais e internacionais; investimentos em novos serviços e tecnologia de última geração; captação de profissionais capacitados a prestar um atendimento de alta qualidade de forma integral; e investimentos em ensino e pesquisa (E4). Do mesmo modo, as operadoras buscam este posicionamento junto às empresas visando acessar novas carteiras de clientes a custos competitivos (E3). A demonstração deste posicionamento pode ser, enfim, observada na seguinte fala:

Quem não tiver muita reserva e muito organizado baseado na boa medicina e da boa assistência não poderá ser chamado de hospital daqui há um tempo. Então teremos que começar a fazer gestão de médicos, gestão de enfermeiros que na verdade a gente sempre fez, gestão de gestão. O Hospital está lotado hoje porque as pessoas querem ser atendidos pelos médicos e pelos enfermeiros, não é pela nossa bela capacidade de gestão. Nós só temos que ser eficientes em nossos processos para gerar resultados a partir daí. (E4).

A evidência de campo reforça a análise de que muitas estratégias, estruturas organizacionais e algumas práticas dos atores deste mercado estão seriamente desalinhadas com o valor para o paciente (PORTER; TEISBERG, 2007).

Por outro lado, segundo a visão de alguns dos entrevistados (E3 e E6), as estratégias na saúde estão muito fundadas em custos, sejam para os prestadores ou para as operadoras. Porém a atividade fim está sendo esquecida, como relata o entrevistado E7:

São dois caminhos que a gente vai se defrontar um que é muito atual, tudo é dinheiro. E enquanto se discute isso, o lado assistencial vai sendo esquecido, mas ele é o centro do negócio. E ele como sendo o centro do negócio, para fazer de qualidade, não é barato.

Diferentes estratégias têm sido propostas para aprimorar a entrega dos serviços de saúde, desde as instalações físicas até o estabelecimento de novos mecanismos de pagamento. Ainda, Porter e Teisberg (2007, p. 140) afirmam que:

A prestação de serviço de saúde necessita urgentemente de uma estratégia, tendo em vista os interesses e riscos envolvidos, a escala e a patente complexidade da tarefa. As práticas de hospitais e médicos precisam de metas claras, dada à miríade de forças atuando sobre elas.

Uma estratégia e metas claras devem determinar as estruturas organizacionais, os sistemas de mensuração e o uso das instalações.

A forma como as melhorias dos serviços de saúde são gerenciadas podem fazer a diferença em identificar os fatores que influenciam o comportamento do sistema a fim de associá-lo a melhores resultados e desempenho (SAVEDOFF, 2011).

4.7 AS PERSPECTIVAS PARA 2025

As perspectivas para 2025, no segmento da saúde suplementar, são atribuídas, principalmente, à evolução que este mercado terá em relação ao modelo atual.

Um dos grandes pontos relatados pelos gestores entrevistados foi a mudança do modelo de remuneração para garantia da sustentabilidade do segmento da saúde suplementar. Atualmente, o modelo de remuneração é do tipo "fee for service", ou pagamento por consumo. Este modelo é extremamente rentável aos prestadores, pois quanto maior for o consumo do paciente em relação às despesas médicas hospitalares, maior será seu lucro. Conseqüentemente, maior será o custo para as operadoras de saúde (E1, E2 e E8). Como precaução, prestadores adotam mecanismos de glosa e auditoria cada vez mais complexos, visando evitar a geração de consumos indevidos. Esses mecanismos, no entanto, geram mais custos de gestão sobre o processo de pagamentos. Uma mudança do modelo de remuneração, visando a constituição de relações de ganho colaborativo entre atores, poderia melhorar o relacionamento e os níveis de custo associados. Por outro lado, a verticalização de serviços pela geração de operações de prestação de serviços por operadoras e vice-versa, apresenta-se como uma rota antagônica à de colaboração.

Ambas, no entanto, mostram evidências da necessidade de discussão do modelo de remuneração vigente para o setor.

Outra questão mencionada tem relação com o comportamento dos players, principalmente dos pacientes em função dos conhecimentos políticos, sociais, econômicos e jurídicos adquiridos. Na visão dos entrevistados, ocorrerá uma pressão cada vez maior deste ator para utilizar o que existe de mais moderno em relação a materiais, medicamentos e exames para o atendimento de suas necessidades. Esse tipo de comportamento já tem corroborado para onerar cada vez mais o sistema da saúde suplementar. A mudança comportamental parte principalmente deste ator como podemos observar na fala abaixo:

Eu acho que o futuro da saúde suplementar está ligado diretamente aos modelos de negócio, a nossa capacidade de envolver todos os atores no resultado final, não estou falando de resultado econômico, mas sim resultado para o cliente. O cliente tem o melhor acesso ao sistema de saúde, melhor acesso à saúde, de forma a utilizá-la, de forma concisa, de forma que não haja desperdícios. (E2).

Para Porter e Teisberg (2007), a redução do custo está em aumentar o valor para os pacientes, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro gasto. Diferentes estratégias têm sido propostas para aprimorar a entrega dos serviços de saúde, desde as instalações físicas até o estabelecimento de novos mecanismos de pagamento. A forma como as melhorias dos serviços de saúde são gerenciadas podem fazer a diferença em identificar os fatores que influenciam o comportamento do sistema a fim de associá-los a melhores resultados e desempenho (SAVEDOFF, 2011).

A sociedade precisa buscar mecanismos para desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde, pois os recursos são escassos na saúde suplementar. Com o envelhecimento da população e o aumento dos custos na saúde, este tema precisa ser mais discutido, inclusive com o desenvolvimento de projetos por prestadores, operadoras e pacientes. Observa-se, no seguinte relato, a importância do desenvolvimento destas ações:

Eu enxergo que em 2025 a questão da saúde individual passará a ser um ponto onde tu cuidar da tua saúde vai ser uma questão de segurança nacional, pois não vai ter dinheiro para pagar o teu. Então teremos uma

consciência pela saúde mais forte, as empresas irão se engajar nisto, os hospitais vão passar a ser superimportantes, pois vão passar a vender saúde e não só doença, os planos de saúde serão planos de saúde e não planos de acesso à doença. (E4).

Dada essa perspectiva, torna-se relevante que os modelos assistenciais apropriem-se de tecnologias médicas, em especial os recursos da área de diagnóstico e tratamento, dando-lhe utilização racional para os aspectos de promoção e prevenção em saúde (SILVA, 2003).

Com relação à perspectiva de provedores, na visão dos entrevistados, o mercado de saúde suplementar estará se consolidando em relação às operadoras de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem contribuído para que haja esta concentração de beneficiários em grandes operadoras, com o consequente fechamento de operadoras pequenas que não se enquadram à legislação vigente e na manutenção de carteiras com custo elevado. Essa tendência deverá ser mantida, como indicado no relato de E7:

Então 2025 não vai ser igual como é hoje, com toda certeza. A população não vai aguentar até 2025. É uma questão de tempo quando nós chegarmos lá em 2025, nós não vamos mais ter novecentas operadoras. Não sei se vai ser cem ou cento e cinquenta, mas nós não vamos mais ter as duas mil nem as novecentas. Então nós vamos ter um mercado superconsolidado com grandes operadoras que por uma série de facilidades, aos poucos vão também constituindo suas redes de prestadores. (E7).

Castro, Magalhães e Júnior (2002) relatam que as tendências para o setor da saúde indicam um mercado altamente regulado, concentrado e competitivo, com estreitamento de margens e rigoroso gerenciamento de custos. Além da entrada de capital estrangeiro e privatização de saúde do setor público e a globalização.

4.8 SÍNTESE DOS ACHADOS SOBRE O CONTEXTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Com base nos elementos relatados e apreendidos das entrevistas realizadas, o Quadro 6 sintetiza as categorias, análise de conteúdo, as incertezas e tendências.

As incertezas caracterizam um evento em que as probabilidades não são conhecidas, mas as variáveis sim (BERNARDES, 2011). Neste contexto as incertezas emergidas nesta pesquisa pelos especialistas e gestores do mercado entrevistados foram: em relação aos investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança, em relação à capacidade técnica e isenção dos profissionais das câmaras técnicas, à rentabilidade do capital investido pelos estrangeiros, à livre concorrência entre os prestadores que receberam aporte de capital estrangeiro e, por fim, aos resultados de políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Com relação às tendências, elas são variações no ambiente externo, lentas ou rápidas, mas persistente, que podem afetar de forma leve ou profunda os negócios, ou atividades da instituição, de seus clientes, de seus fornecedores ou da sociedade em geral (GONÇALVES et al., 2011). As tendências emergidas nesta pesquisa nas entrevistas foram: em relação à regulação da ANS sobre os prestadores e operadoras de saúde; em relação à concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente; a regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras; a redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS e a não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada.

Algumas incertezas e tendências que surgiram das entrevistas, como: a profissionalização na gestão hospitalar e a qualificação dos atendimentos também foram observadas nas pesquisas de Bernardes (2011) e Gonçalves et al. (2011) e os custos da saúde dentro do modelo de remuneração na pesquisa de Chandra, Kumar e Ghildayal (2011) o que mostra a relevância destas para a construção dos cenários desta pesquisa.

Quadro 6 – Síntese da Análise de Conteúdo

Categories	Relevância	Tendências	Incertezas
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	A ANS surge num cenário de formalização e regimento da saúde suplementar no Brasil após a lei 9.656/98 com funções claras e importantes de fiscalização, controle, regulação e normatização da saúde suplementar. Alguns pontos estão sendo tratados pela ANS, tais como as certificações. Elas vieram para estabelecer padrões de qualidade nas operadoras de saúde e principalmente nos prestadores.	Mercado da saúde suplementar é altamente competitivo e complexo, o que corrobora para a centralização do mesmo na mãos de poucas operadoras e prestadores de saúde. Como consequência desta centralização, temos a concentração da carteira de beneficiário e o fechamento de operadoras de saúde de pequeno porte.	Em função de diversas instituições, seja ela operadora ou prestador de saúde, estarem buscando certificações nacionais ou internacionais, como processo de padrão de qualidade assistencial, esta estratégia pode não apresentar mais diferencial assistencial nas organizações, já que todos estão buscando estes títulos.
Saúde Suplementar	O segmento da saúde suplementar é extremamente complexo e competitivo em um mercado em franca expansão que tem apresentado um desequilíbrio entre os players, principalmente em relação a custos.	Reavaliação do Modelo de Remuneração para garantia da sustentabilidade do segmento da saúde suplementar em decorrência do aumento dos custos hospitalares e aumento da expectativa de vidas.	
Judicialização	A judicialização da saúde no país tornou-se uma questão social na saúde suplementar em um mercado desorganizado. O judiciário não apresenta conhecimento técnico para julgar o mérito e tão pouco as câmaras técnicas estão organizadas para dar suporte aos juizes.	Aumento do número de ações judiciais tem pressionado o judiciário para a criação de Câmaras Técnicas isentas para o julgamento de liminares contra operadora e prestadores de saúde.	Garantia de profissionais capacitados, com conhecimento técnico capazes de desenvolvam seus pareceres de forma isenta e sem conflito de interesses.
Perspectivas para 2025	As perspectivas para 2025 dentro deste segmento da saúde suplementar são atribuídas principalmente à evolução que este mercado terá em relação ao modelo atual, em relação ao modelo de remuneração, comportamento dos players e entrada de novos atores.	Ausência de líderes no mercado da saúde suplementar irá dificultar o posicionamento estratégico e alianças entre as organizações.	O capital estrangeiro preocupado com uma maior rentabilidade nas instituições em função dos recursos financeiros investidos. Não se sabem os impactos na qualidade assistencial e na segurança do paciente.
Posicionamento Estratégico	O posicionamento estratégico desenvolve-se como uma resposta e um instrumento de apoio aos processos de decisões estratégicas, resultado de uma nova postura de identificação de segmento e busca de oportunidade de mercado por meio da diferenciação da sua oferta.		
Capital Estrangeiro	O capital estrangeiro busca uma maior penetração a fim de aumentar os lucros do valor investido. Estes investimentos trarão um mercado mais disputado, com grandes investimentos em tecnologia, em gestão, recursos humanos mais capacitados e com custos competitivos.	Atuação da regulação da ANS sobre prestadores e operadoras de saúde tem proporcionado um desequilíbrio nas relações no mercado entre os demais atores.	Impactos concorrência no mercado entre os prestadores de capital aberto que receberão investimentos internacionais e os prestadores que não podem abrir seu capital. Impactos da diminuição da comercialização dos planos individuais em função do novo modelo de venda por parte das operadoras, o que corrobora para uma descobertura assistencial para aposentados e desempregados.
Elementos Contextuais	Os elementos contextuais são parte integrante de um ambiente no qual a organização está inserida, mas a influência destes elementos ao cenário organizacional é limitada. Esses elementos são: econômicos, políticos, tecnológicos, ambientais e legais. O surgimento de um novo ambiente moldado pelas exigências do ambiente globalizado, do consumismo, de mudanças, da maior incidência de doenças, de tecnologias e tratamentos novos e caros, causa mudanças profundas nos sistemas de saúde.	Aumento do número de ações judiciais tem pressionado o judiciário para a criação de Câmaras Técnicas isentas para o julgamento de liminares contra operadora e prestadores de saúde.	Resultados de políticas e Investimentos em promoção e prevenção da saúde como meio de reduzir o custo da saúde suplementar, cada vez mais alto com o avanço da tecnologia.

Fonte: A autora, com base nos dados de campo

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE DE CENÁRIOS E PROPOSIÇÃO DE AÇÕES

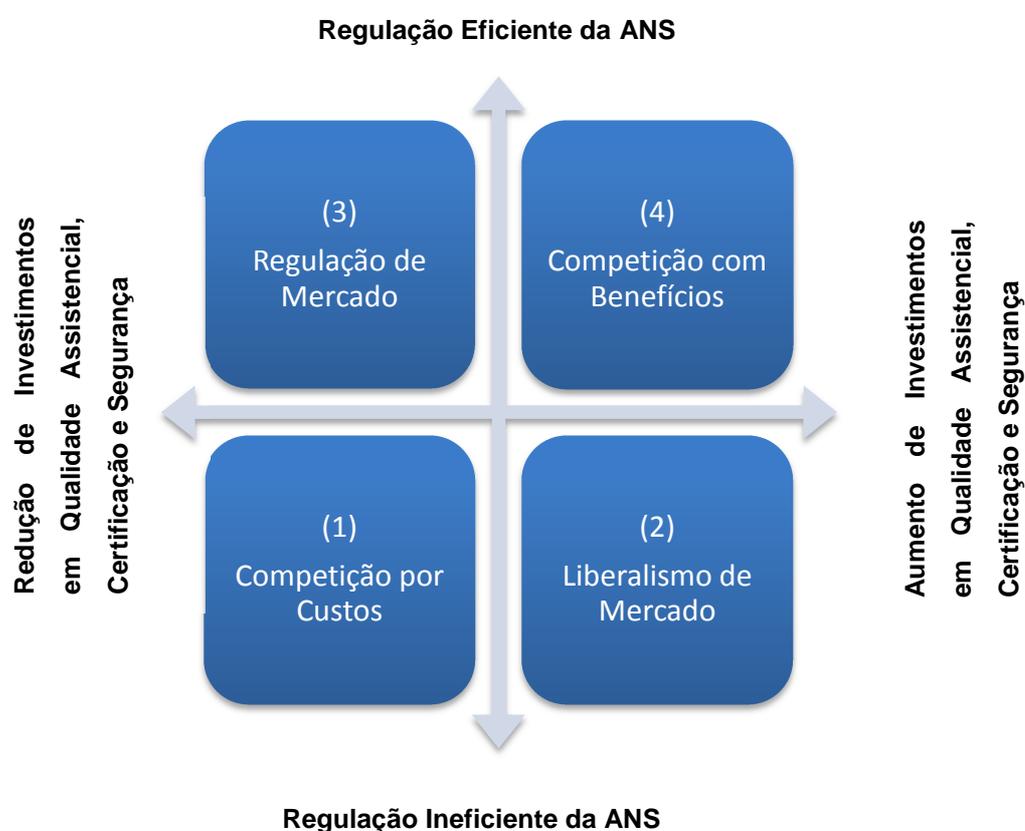
5.1 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS CENÁRIOS PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR EM 2025

A construção dos cenários iniciou a partir da conclusão da análise de conteúdo, em que se evidenciaram as tendências e incertezas oriundas do conhecimento declarado pelos especialistas e gestores do mercado da saúde suplementar, conforme mostrado anteriormente no Quadro 6.

Para constituição dos cenários foram escolhidas incertezas, como indicado por Van Der Heidjen (2009) e Schwartz (2004). A escolha pelas incertezas que envolviam a regulação da ANS e os investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança surgiu em função do histórico da criação da saúde suplementar. Desde os primórdios da Lei 9.656/98, a atuação da ANS no processo de regulação vem sendo muito importante para garantir a manutenção deste segmento, principalmente sobre a atuação dos principais atores (prestadores, operadoras e pacientes, além da própria ANS). Aliado a essa regulação, a ANS busca incentivar os prestadores e operadoras a investirem em qualidade, certificações e segurança para garantir uma prática de qualidade no mercado, ação sobre a qual não há consenso sobre sua efetividade. Ambas as incertezas foram priorizadas em função da relevância e da ênfase percebida durante as entrevistas realizadas com os especialistas e gestores, como apresentado no capítulo anterior.

Combinando as duas incertezas selecionadas, foram criados quatro possíveis cenários (Figura 10) que poderão surgir com a entrada de capital estrangeiro em operadoras e prestadores de saúde para os próximos dez anos. Após sua construção, os mesmos foram analisados por outro conjunto diferente de especialistas e gestores do mercado, com base no instrumento apresentado no Apêndice B, conforme os procedimentos metodológicos indicados no Capítulo 3. A seguir esses cenários são descritos, juntamente com as análises realizadas por esses gestores.

Figura 10 – Cenários para 2025 com a entrada de Capital Estrangeiro



Fonte: A autora

5.1.1 Cenário 1: Competição por Custos

Descrição do Cenário

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: diminuição de investimentos na qualidade assistencial e segurança do paciente nos prestadores de saúde; e dificuldades, por parte da ANS, de regulação das atividades das operadoras.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;

- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS;
- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar, tendo como foco dos investidores o aumento da rentabilidade do capital investido.

Análise do Cenário

No contexto estabelecido, os investidores estrangeiros capitalizados comprarão hospitais e aportarão capital nestas empresas. Os mesmos apresentarão diferencial em tecnologia, em gestão estratégica e governança corporativa, visando uma maior rentabilidade para o negócio. A concorrência entre os hospitais filantrópicos e não filantrópicos será grande. No entanto, estima-se que os investimentos do capital estrangeiro fossem a polos que apresentam carência de prestadores em saúde e não em centros já consagrados de atendimentos em saúde suplementar, como evidenciado na fala do entrevistado (E9):

Não fico preocupado com a possibilidade de compra de hospitais pelo capital estrangeiro em Porto Alegre. Este mercado está consolidado na capital com a presença de grandes prestadores de saúde que são referências no cenário nacional em relação a atendimentos de qualidade. Agora, no interior do RS, em cidades como Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Rio Grande que são grandes polos, com um elevado número de beneficiários e com prestadores não tão bem qualificados quanto os da capital. Esse é o mercado que os investidores buscam.

Entretanto, com os custos da saúde cada vez mais altos, principalmente no que se referem à remuneração das equipes assistenciais qualificadas, investimentos em segurança dos pacientes e qualidade assistencial, os investidores estrangeiros

diminuirão os aportes de capital nessas áreas em detrimento a um maior retorno financeiro dos mesmos.

O órgão regulador (ANS) por sua vez, não conseguirá regular e fiscalizar de forma mais rígida estas empresas, pois são aspectos que não podem ser mesurados de forma tão clara.

Como percepção geral sobre as evidências coletadas, o cenário proposto mostra-se coerente diante das incertezas demonstradas, no entanto o mesmo não beneficiará os prestadores de saúde. O fato de o capital estrangeiro reduzir os investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança demonstra que a qualidade dos serviços prestados será baixa, sem qualquer padrão de execução dos serviços, bem como não existirá a garantia da fidelização dos pacientes a estes hospitais. Neste sentido, a sociedade perderá a qualidade dos serviços prestados e a garantia da resolução de seus problemas.

5.1.2 Cenário 2: Liberalismo de Mercado

Descrição do Cenário

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e dificuldades, por parte da ANS, de regulação das atividades das operadoras. As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS;

- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar. Tratamento do tema como pauta secundária pela ANS e outros atores de governo, bem como por prestadores de serviços de saúde suplementar.

No contexto estabelecido, acirra-se a concorrência e a competição entre operadoras e prestadores de serviços. Atores controlados por capital externo, alavancados financeiramente, passam a buscar rentabilidade sobre a operação, pressionando prestadores pela redução de custos e alteração do modelo de remuneração, visando um aumento de margem à operadora.

Os prestadores, desarticulados, não apresentam poder de barganha e, pela dependência de faturamento, alguns acabam cedendo à pressão. Outros prestadores permanecem, buscando reforço de relacionamento com operadoras de capital nacional, mas com margens menores, dado o movimento de redução de custos evidenciado no mercado. Outras operadoras passam a reforçar os investimentos na verticalização de sua operação, abrindo unidades prestadoras de serviços próprias.

A redução de valores de repasse, em alguns casos, passa a comprometer a qualidade dos serviços prestados, ou mesmo, reduzir sua oferta, havendo preferência, pelos prestadores, pela oferta de serviços privados. A tendência de redução de oferta de planos para pessoa física, face à regulação da ANS, que permanece, incrementa a parcela da população que passa a depender do SUS, gerando pressão sobre o governo e o sistema de saúde. A população torna-se mais velha, com incremento da idade média do brasileiro.

O governo reforça o investimento em prevenção, mas não é assegurada a eficácia dessas ações, especialmente para os mais velhos.

Neste cenário de liberalismo e concorrência, a saúde suplementar passa por forte concentração, restando apenas operadoras de grande porte. Os prestadores que não são assimilados pelas operadoras aceitam reduzir seu faturamento, para

manter a demanda. Os demais são adquiridos, em um processo de verticalização da saúde suplementar, ou migram para a oferta de serviços privados sem cobertura de planos, atendendo uma parcela menor, mas mais rentável da população.

Análise do Cenário

Ao ser apresentado aos especialistas, surgiram considerações sobre o tipo de investimentos em saúde oriundo do capital estrangeiro, como na fala do entrevistado E10:

Os investimentos dependerão da óptica do investidor, nós não sabemos se eles serão em qualidade assistencial e segurança ou para lucratividade e redução de custo. (...) Não sabemos por quanto tempo eles ficarão e o quanto será investido. A United não investiu o que todos esperavam, inclusive com o processo de verticalização. Eles não fizeram os enfrentamentos que eram para ser feitos.

Complementarmente, o entrevistado E11 acredita que os investimentos em qualidade e segurança são extremamente altos e que não trazem retorno financeiro em longo prazo, conforme a fala abaixo:

Até certo ponto o investimento em qualidade e segurança te dará retorno, porém depois ele não dará isso passa a ser valor agregado. (...) Existe uma discussão que não se sabe quando chegará aqui no Brasil sobre qualidade e segurança que fala sobre a mudança na visão da qualidade por qualidade que é se preocupar com o valor agregado percebido pelo paciente (E11).

De modo geral, o cenário foi descrito como ruim para os prestadores de serviços de saúde, na visão dos entrevistados. A baixa regulação da ANS, indicada no cenário, apresenta-se como um risco relevante. No entanto, das falas identifica-se uma crença de que o próprio mercado desenvolverá algum tipo de regulação no segmento, como relatado na fala de E11:

Este cenário de certa forma é ruim, pois não teremos o controle da ANS em relação à qualidade e segurança, porém acredito que o próprio mercado será regulando pela oferta e demanda da população. Este é um cenário perigoso, pois teremos um modelo de saúde distorcido (E11).

Este cenário conforme exposto pelas evidências acima, não trará benefícios aos prestadores de saúde, diante da atuação ineficiente da ANS no mercado. Neste

sentido, essa percepção sinaliza para a necessidade de ações que permitam geração de representações e articulação entre os atores de capital nacional, na eventualidade de constituição de um cenário como o apresentado.

5.1.3 Cenário 3: Regulação de Mercado

Descrição do Cenário

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: redução dos investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e o aumento do escopo e manutenção do padrão de eficácia de regulação por parte da ANS sobre as atividades das operadoras e prestadores.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS;
- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital estrangeiro no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar. Alinhado com esse processo, o atual processo de regulação desenvolvido pela ANS se fortifica para contemplar esses novos atores no mercado.

No contexto estabelecido, a entrada de capital externo será gradual em relação ao controle ou participação nas operadoras e prestadores em saúde. As empresas estrangeiras terão que se adequar ao regulamento, controle e fiscalização

da Agência Nacional de Saúde Suplementar, alinhado a legislação brasileira no que se refere ao mercado da saúde suplementar. A regulação impõe maior dificuldade na aquisição de hospitais, aplicação de reajustes em planos individuais e modificação dos protocolos de atendimento, nivelando patamares de custos em um ponto mais elevado, como já acontece com a saúde brasileira.

Análise do Cenário

Atualmente, o processo de regulação e atuação da ANS é muito forte sobre as operadoras de saúde, o que de certa forma favorece os prestadores de saúde neste mercado. Evidenciamos este contexto na fala do entrevistado E10:

A ANS vem fazendo movimentos de ampliar o seu trabalho, mas o processo regulatório ainda é sobre as operadoras, mesmo que existam questões assistenciais, este processo dá uma incerteza de para onde vai neste mercado.

Neste cenário a concorrência tende a ser minimizada entre operadoras e prestadores, pois a legislação abrange todos os atores e regula o mercado. Mas ela não impede a entrada de investimentos externos importantes no segmento, nem a competição que se estabelecerá entre prestadores privados com fins lucrativos e prestadores privados sem fins lucrativos.

Os prestadores de saúde terão um tempo para se adaptar a esta mudança deste cenário. A chegada de investidores estrangeiros propiciando a compra de hospitais será gradual e isso possibilitará aos prestadores já existentes tempo hábil para organizar-se e articular-se nesse novo modelo, como observado na fala do entrevistado E9:

A chegada destes investidores será gradual e isso contribuirá para que todos os hospitais se organizem neste novo modelo, por exemplo, o caso da operadora Amil. Se a Amil demonstrasse interesse na verticalização em Porto Alegre, ela levaria no mínimo quatro anos para construir um hospital. Neste sentido, os hospitais de Porto Alegre teriam este tempo para pensar em estratégias de melhorias nos processos assistenciais e de negociação junto a outras fontes pagadoras para desarticular a Amil.

Este cenário foi discutido e referenciado pelos entrevistados como sendo o pior dos cenários em função do possível achatamento que o mercado da saúde suplementar sofrerá, conforme observado na fala do entrevistado E11.

Os hospitais e operadoras irão diminuir os investimentos, diminuir a eficiência, irão fazer uma medicina mais barata e sem muita preocupação com o resultado.

Depreende-se das opiniões coletadas que esta configuração de cenário, de certa forma, poderá ser benéfica aos prestadores porque, independentemente da redução dos investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança pelo capital estrangeiro, existirá a atuação efetiva – e mais alinhada à visão dos diferentes atores do contexto de saúde suplementar – da ANS no processo de regulação. Neste sentido, o mercado manterá um padrão mínimo de qualidade na prestação de serviço aos pacientes da saúde suplementar.

5.1.4 Cenário 4: Competição com Benefícios

Descrição do Cenário

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e o aumento do escopo e manutenção do padrão de eficácia de regulação por parte da ANS sobre as atividades das operadoras e prestadores.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS;

- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar atrelados ao aumento de investimentos em certificações nacionais e internacionais e com atuação direta da ANS em ações efetivas de regulação das atividades das operadoras.

Análise do Cenário

No contexto estabelecido, a entrada de capital estrangeiro em operadoras e prestadores de saúde proporcionará maiores investimentos em qualidade assistencial e segurança do paciente através de investimentos em certificações nacionais e internacionais. O mercado da saúde suplementar ganhará em qualidade e com isso o retorno do capital investido será através de um menor número de internações e com isso menor gasto em medicamentos, materiais, procedimentos e exames de alto custo. Podemos observar na fala do entrevistado E9, abaixo:

A população será muito beneficiada com a entrada de capital estrangeiro. Eles irão comprar os hospitais que não possuem qualidade assistencial e investirão pesado nestes serviços. Eles serão grandes em tecnologia e qualidade assistencial através de protocolos médicos.

No entanto o entrevistado E10 acredita que o modelo de saúde que entrará no Brasil será o modelo americano de saúde, o que gera uma desconfiança no sentido entender se a população está pronta para receber esse modelo de saúde se tratando de um país continental com uma população diferenciada em cada parte do país.

A entrada de capital estrangeiro no Brasil virá num perfil de saúde americana, com uma visão sistêmica das estruturas, focado num modelo de alta tecnologia, com produção de resposta rápida, porém com custo alto e eu não sei o quanto a população brasileira se adapta a isso em se tratando de país continental.

Isso possibilitará uma negociação diferenciada com relação a reajustes e/ou tabelas de preços para os prestadores que apresentam certificações nacionais e internacionais, porque conseguirão reduzir o custo em função da qualidade da assistência prestada.

Por sua vez, a ANS no processo de regulação poderá abordar mais facilmente as operadoras e prestadores para que trabalhem alinhados no processo de qualificação da saúde suplementar, desenvolvendo assim medidas para dar ciência aos pacientes dos prestadores mais bem qualificados e certificados, a exemplo do projeto QUALISS.

Pela análise dos especialistas consultados, este cenário mostra-se coerente e benéfico aos prestadores de saúde e, conseqüentemente, aos pacientes, porque concilia o aumento em investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança com a regulação eficiente da ANS. Neste sentido, a saúde suplementar poderá focar na função principal deste mercado que é o atendimento integral ao paciente em todos os seus níveis.

5.2 AÇÕES ESTRATÉGICO-TÁTICAS EMERGENTES DO ESTUDO

Como produto da análise dos cenários analisados, emergiram ações de um plano estratégico-tático para os prestadores de serviço em saúde, visando mitigar os impactos da entrada de capital estrangeiro na saúde suplementar brasileira para 2025, além de atender as incertezas identificadas pelos especialistas e gestores entrevistados da saúde suplementar. Essas ações são listadas no Quadro 7 e, posteriormente, comentadas à luz do referencial e das evidências identificadas ao longo da pesquisa.

Quadro 7 – Ações Estratégico-Táticas

<p>Investimentos Fortes em Políticas de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demandará muito envolvimento dos órgãos responsáveis pela saúde suplementar; 	Longo
<p>Discussão do Modelo Atual de Remuneração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussões e impacto nos custos do sistema de saúde; • Mudança no comportamento dos atores; 	Longo
<p>Desenvolver Ações de Prevenção à Doença e Promoção da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução dos custos da saúde; • Migração de carteira; • Desenvolver ações que garantam uma maior eficiência e eficácia no tratamento, com custo competitivo, alinhado às ações de “encantamento”. 	Médio
<p>Desenvolver Estudo Populacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do tipo da população e das principais necessidades; • Sistemas de informações robustos para o armazenamento e troca destas informações entre prestadores e operadoras de saúde; 	Médio
<p>Investimento em Qualidade Assistencial, Certificações e Segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> • As fontes pagadoras buscam a qualidade nos serviços para que possam ter internações rápidas e resolutivas, com qualidade à baixo custo e sem <u>reinternação</u>. • Os prestadores buscam a qualidade assistencial para reduzir custo, aumentar a segurança e aumentar o grau de satisfação dos pacientes e familiares, bem como dos profissionais; • As operadoras e prestadores deverão realizar parcerias para garantir o atendimento completo dos pacientes em todos os níveis. 	Curto

A primeira ação que emergiu na análise foi à importância do **investimento forte em políticas de saúde** pelos prestadores e operadoras de saúde. Esta ação é complexa e de longo prazo, e demandará muito envolvimento dos órgãos responsáveis pela saúde suplementar. Na visão dos entrevistados, essas políticas devem ser abordadas de forma mais séria pelos órgãos de discussão da saúde suplementar, como a Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Nacional dos Hospitais Privados, entre outros órgãos. Isso no sentido de evoluir em questões que hoje trazem complexidade a este mercado, como o aumento da expectativa de vida da população brasileira, o aumento da permanência hospitalar, o número reduzido de leitos, a diminuição da comercialização dos planos de saúde individuais entre outros temas.

Atualmente, o Brasil apresenta uma carência relevante de leitos para a saúde suplementar. É necessário empenharmos esforços para garantir assistência a cerca

de 46,6 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil agregado ao envelhecimento da população. O crescimento do número de beneficiários de planos de saúde e a falta de adequação do sistema de atendimento ao novo número têm ocasionado problemas no atendimento. Um dos pontos que pedem solução é a quantidade de leitos em hospitais, tanto para beneficiários de planos quanto para usuários do SUS. O sistema público e privado se vê às voltas com uma demanda crescente por leitos e a incapacidade de atendimento (VILAMAIOR, 2012).

Essa ação relaciona-se ao desenvolvimento de parcerias público privada para garantir o acesso à saúde não só para os pacientes cobertos pela saúde suplementar, mas também para os pacientes com atendimento exclusivo ao SUS. E relaciona-se com o tema da manutenção dos planos individuais em detrimento dos planos empresariais, em função da regulação da ANS e dos reajustes nos planos individuais, cada vez mais a comercialização desses vem diminuindo. Portanto, faz-se necessário discutir claramente os papéis dos órgãos da saúde suplementar e de sua atuação.

Para que essas políticas sejam discutidas nos órgãos responsáveis é necessária a divulgação das informações da qualidade assistencial, resultados e análises econômicas, relação comercial entre os atores deste mercado, bem como indicadores gerenciais das operadoras e prestadores de saúde. Dessa forma torna-se mais fácil pensar e desenvolver políticas para o bem estar da população.

Um dos grandes prejuízos, do setor da saúde suplementar em relação às políticas em saúde, são os processos, as informações, a análise econômica e, em especial, os resultados da qualidade da assistência prestada, que ainda não são completamente conhecidos pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, uma grande parcela da base de dados e das informações do setor de saúde no Brasil, ainda hoje, contempla apenas os números e as correspondentes análises dos serviços realizados pelo setor público, desconsiderando a situação e os resultados das ações de saúde que são prestadas a aproximadamente um quarto da população brasileira. (SILVA, 2003). Ao analisar o setor da saúde, observa-se que, apesar dos avanços obtidos com a criação de diversos sistemas de vigilância epidemiológica, o Brasil ainda apresenta um baixo grau de informatização. Com o objetivo de incentivar a informatização da saúde, o Governo tem lançado uma série de medidas que

incluem: a criação de Comitê de Informação e Informática em Saúde, Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar, elaboração da Política Nacional de Informação e Informática, além do Plano de TI Maior (ANAHP, 2014).

Além disso, atualmente, percebe-se a existência de discussões neste mercado, mas direcionadas para determinados setores com benefícios próprios, por exemplo, temas relevantes somente às operadoras de saúde e temas relevantes somente aos prestadores de saúde. O investimento em políticas de saúde contribuirá para o crescimento e amadurecimento da saúde suplementar e mitigará perdas ainda maiores neste mercado. Mudanças precisarão ser feitas; as escolhas que restam aos envolvidos nos atuais sistemas de saúde são quando e como (ADAMS et al., 2006).

Outra questão levantada foi estabelecer ações para **discutir o modelo atual de remuneração**. Este tema tem sido discutido muito pelos gestores na saúde suplementar, o que pode ser observado tanto nas falas dos entrevistados na construção dos cenários como na validação dos mesmos. O modelo de remuneração constitui o centro das relações entre os financiadores e os prestadores do sistema de saúde (ANAHP, 2014). Logo, surgem discussões focadas no modelo atual de pagamento, do tipo *fee for service*. Nesse modelo de remuneração, o pagamento é realizado para os itens utilizados na assistência prestada ao paciente. Ou seja, quanto maior o consumo de recursos empregados no cuidado dos pacientes, maior será o repasse aos prestadores de saúde. No entanto, este modelo não garante qualidade dos serviços prestados (BESSA, 2011). Há algum tempo que os modelos de remuneração mais utilizados nos sistemas de saúde do mundo são de orçamento e pagamento por atividade, privilegiando assim a quantidade e não a qualidade dos serviços. Essa forma de remuneração tem impactado os custos do sistema de saúde. No entanto, nos últimos anos, estão surgindo novos modelos de remuneração aos prestadores de saúde por resultados clínicos alcançados. Existem outros modelos de remuneração, tais como: a remuneração por pacote (remuneração pré-estabelecida com as operadoras), por casuística (Diagnosis Related Group – DRG, que permite a remuneração pela mensuração do produto hospitalar), por desempenho (remuneração pelo desempenho e alcance dos objetivos de produção e qualidade), e por capitação (remuneração com valor fixo per capita) (ANAHP, 2014).

O custo da saúde suplementar está aumentando muito nos últimos anos e tem contribuído para o aumento das despesas das empresas e do cidadão. O crescente investimento em tecnologia de ponta, novos procedimentos e exames, bem como investimentos em qualidade, certificações e hotelaria tem corroborado para o aumento das despesas médicas (MALIK; PENA, 2003). O modelo atual de remuneração favorece o consumo e o contribui para a elevação das despesas para as operadoras de saúde.

Essa ação é prevista a gerar resultados a longo prazo, dado que muitas ações complementares precisam ser realizadas para que haja evolução na alteração do modelo de remuneração. Por exemplo, a mudança no comportamento dos atores, principalmente dos médicos e pacientes. Hoje em dia, os pacientes procuram os médicos em seus consultórios com o conhecimento, através da internet, do que existe de mais avançado em tecnologia, seja ela em exames, procedimentos ou medicamentos. Com isso, questionam e estimulam o médico a solicitar e a utilizar o que existe de mais moderno no mercado. De outra perspectiva, tipicamente procuram o médico ou o sistema de saúde após a manifestação de sintomas, de forma corretiva, não sendo a prática comum a ação preventiva, como check-ups, por exemplo, (OGATA, 2013). Esse comportamento também pode gerar elevação de custos, dado que custos de prevenção tendem a ser menores que os de restabelecimento de saúde (ANAHP, 2014). Esses comportamentos têm corroborado para o aumento dos custos da saúde brasileira.

Uma das alternativas encontradas e levantadas pelos entrevistados na construção dos cenários e na validação dos mesmos, foi a remuneração por performance. Esta ação exigirá uma mudança de comportamento significativa dos atores e será extremamente difícil a aceitação pelos profissionais liberais. Na visão proposta, a remuneração deverá ser baseada em protocolos assistenciais focados na eficiência e eficácia de resultado para o paciente, buscando assegurar o menor tempo de internação bem como a eficácia nos resultados para o paciente. Estes protocolos deverão ser discutidos diretamente entre os prestadores e operadoras, incluindo avaliações sobre o perfil da carteira de clientes, das patologias, do tempo de internação e da relação custo-efetividade. Em particular, a questão custo-efetividade pode acarretar extensas discussões, dado que tratamentos mais caros, segundo um critério de custo, podem representar, a médio prazo, redução de

reconsultas ou tratamentos complementares, resultando em custos globalmente menores. Essa visão, no entanto, necessita ser compreendida e compartilhada entre os atores envolvidos.

No contexto dessa mesma ação, um dos problemas que será encontrado é adesão integral do corpo clínico dos prestadores de serviço em saúde a estes protocolos assistenciais. Além disso, para garantir o sucesso desses protocolos assistenciais será extremamente importante a adesão do médico e o paciente a esses protocolos. Eles são fundamentais para o sucesso deste novo modelo. É necessário um trabalho forte das lideranças médicas nos hospitais, além de trabalhar este tema na base, ou seja, nos cursos de medicina. Hoje, um médico recém-formado não tem conhecimento de como funciona a saúde suplementar brasileira e o custo dela para a economia do país (CECCIM, 2008).

Um claro esquema de responsabilidades contribuiria para dar poder a essas ações. Ele deveria cobrir todo o sistema para que os governos ofereçam financiamentos e políticas racionais para os sistemas de saúde, os profissionais sigam os parâmetros clínicos e prestem cuidados médicos de qualidade, os pagadores incentivem o tratamento preventivo e os cidadãos assumam a responsabilidade pela própria saúde (ADAMS et al., 2006).

Como terceira temática, foi levantada a importância das operadoras e prestadores em saúde **desenvolverem ações de prevenção à doença e promoção da saúde**. Isso contribuirá para reduzir os custos da saúde a médio prazo. Fará com que as operadoras de saúde conheçam mais claramente sua população e que os prestadores consigam fidelizar seus clientes. Torna-se essencial a criação de programas que desenvolvam ações de prevenção à doença e promoção à saúde. Nessa perspectiva, foi recomendado que as operadoras de saúde devessem começar selecionando os grupos de risco, ou seja, beneficiários com doenças crônicas, idosos e crianças e posteriormente ampliar as ações para os demais grupos. Esta seleção, também, deverá ser aplicada pelos prestadores de saúde.

E, no contexto desta ação, é fundamental que os modelos assistenciais apropriem-se de tecnologias médicas, em especial os recursos da área de diagnóstico e tratamento, dando-lhe utilização racional para os aspectos de

promoção e prevenção em saúde (SILVA, 2003). A aposta da atual gestão da ANS é:

A construção de um setor da saúde suplementar cujo principal interesse a produção de saúde. Um setor que seja centrado no usuário, que realize ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que observe os princípios de qualidade, integralidade e resolutividade, que tenha uma concepção incluyente de todos os profissionais de saúde, que respeite o controle social, que esteja completamente articulado com o Ministério da Saúde e cujo órgão regulador seja também preocupado com a qualificação de seu processo regulatório (SCAFF, 2007, s/p).

Uma das principais queixas que as operadoras relatam em relação a este tema vem em função dos grandes investimentos em promoção e prevenção realizados a curto prazo. Quando esses atores estão para “colher os frutos destes investimentos”, como a redução das despesas médicas, os clientes empresariais, por não concordarem com o reajuste anual, migram a carteira para outra operadora de saúde. Uma das formas de mitigar esta ação é dar ciência aos clientes empresas sobre quais ações estão sendo tomadas para a promoção e prevenção em saúde. Esses programas para serem desenvolvidos necessitarão de investimentos altos a curto prazo, entretanto, a médio prazo, tendem a trazer muitos benefícios à população envolvida.

É evidente, no entanto, que este tipo de ação somente tenderá a ocorrer se operadoras e prestadores buscarem conhecer o perfil de sua carteira e/ou pacientes. Para os prestadores de saúde, além da busca por conhecer o perfil de sua clientela, deverão desenvolver ações de “encantamento” para fidelizar o seus clientes. O contexto de oferta e competição atual é muito acirrado, especialmente nos grandes centros populacionais. Porter e Teisberg, (2007, p. 57) relatam que:

O valor criado ao se abordarem certas condições de saúde, para as quais prestadores desenvolvem equipes dedicadas, profunda especialização e instalações específicas (...). Contudo, a maioria dos hospitais tem perseguido estratégias de linhas de serviços abrangentes para capturar encaminhamentos e negociar melhor com os planos de saúde.

Se junto a essas ações de garantia de uma maior eficiência e eficácia no tratamento, o custo for competitivo, alinhado às ações de “encantamento”, então tender-se-á a gerar maior fidelização de clientes, seja nas operadoras, seja nos prestadores.

A quarta ação listada relaciona-se ao fato das operadoras e prestadores em saúde desconhecerem seu mercado de clientes/beneficiários. Faz-se necessário, o **desenvolvimento de um estudo populacional**, a médio prazo, para a identificação do tipo da população e quais são as principais necessidades e com isso estruturar adequadamente estes serviços, com sistemas de informações robustos para dar suporte ao armazenamento e troca destas informações entre prestadores e operadoras de saúde, a fim de garantir o acesso adequado à rede.

A saúde suplementar diferente de outros mercados tem dificuldade de conhecer o tipo de clientes/pacientes existentes em função das limitações dos registros, acessos e resultados das informações (ANAHP, 2014). Diante destes fatos, o mercado não consegue atender as necessidades dos mesmos. É necessária a criação de ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de um estudo epidemiológico dos clientes do mercado da saúde suplementar brasileira.

Ambos os aspectos remetem a investimentos em tecnologias de informação voltadas à saúde e à geração de informação compartilhada. Faz-se necessária, por exemplo, a criação de sistemas de informações mais robustos na saúde suplementar, que permitam compartilhar históricos médicos e informações relacionadas ao paciente de forma interoperável. A criação da TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) bem como a TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) já estão contribuindo nesse sentido, estabelecendo uma base para o conhecimento da saúde suplementar brasileiro. A Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) é baseada na interoperabilidade entre os sistemas de informação, através de um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da Saúde Suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e o acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados e compor o Registro Eletrônico de Saúde (ANAHP, 2014). Entretanto, ainda existem realidades diversas em termos nacionais, dado que não há completa adesão das operadoras e prestadores de saúde neste formato de troca de informações. Para o desenvolvimento de um processo de melhoria contínua, além de um modelo específico, é necessário dispor também de instrumentos e ferramentas de gestão, de um padrão de avaliação e acreditação e de um sistema de incentivos (ANAHP, 2014).

Nesse contexto, os gestores de saúde, de forma consciente e responsável, devem deliberar políticas que efetivamente busquem promover a saúde da população. É necessário que esses tenham acesso a informações sobre a realidade epidemiológica da população assistida e sobre os modelos assistenciais que tenham poder de reversão dessa realidade (AZEVEDO, 2010). Este estudo contribuirá para as operadoras e prestadores de saúde conhecer o perfil da população, bem como auxiliar na criação de ações de prevenção a doença e promoção de saúde, além do atendimento direto das necessidades e expectativa dos pacientes. Essa ação reduzirá o impacto identificado nas entrevistas de construção dos cenários no que diz respeito aos elementos contextuais.

E, por fim, a última ação listada refere-se ao **investimento em qualidade assistencial, certificações e segurança**. Esta é uma tendência nacional em que operadoras e prestadores de saúde estão investindo em qualidade e deverão investir mais a curto prazo. As fontes pagadoras buscam a qualidade nos serviços para que possam ter, por exemplo, internações rápidas e resolutivas, com qualidade a baixo custo e sem reinternação. Os prestadores buscam a qualidade assistencial para reduzir custo, aumentar a segurança e aumentar o grau de satisfação dos pacientes e familiares, bem como dos profissionais.

O investimento em qualidade assistencial já é um fato aceito pelas operadoras e prestadores de saúde neste mercado e estimulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atualmente, cada vez mais hospitais têm buscado certificações nacionais como, por exemplo, a Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) ou a certificação internacionais como a Joint Commission Internacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Para Allgayer et al. (2011), o desenvolvimento de programas de Garantia da Qualidade torna-se uma necessidade em termos de eficiência e eficácia, e uma obrigação em termos de ética e de compromisso.

No entanto, o investimento em qualidade não deve existir apenas em um segmento de prestadores de serviços em saúde. As operadoras buscam o seguimento deste cuidado ao paciente, além da garantia da não reinternação por causas evitáveis. Na visão dos entrevistados, acredita-se que a saúde suplementar está bem estruturada em relação aos acessos às consultas e com aos atendimentos

nos hospitais, entretanto existe uma lacuna entre estes dois elos que não está adequada. Atualmente, não existe regulação da qualidade em outros atores prestadores de serviços, como clínicas de fisioterapia, de psicologia e de imagem, por exemplo, e isto tem corroborado para o aumento no custo da saúde suplementar.

Neste contexto, o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde, de acordo com avaliação feita por entidades de acreditação homologadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, a habilitadas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A avaliação das operadoras analisa diversos pontos para conceder a certidão, como a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde oferecidos, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. A certidão de acreditação pode ser conferida em 3 níveis (ANS, 2014). Entretanto, esse tipo de certificação só tem atingido hospitais e algumas clínicas especializadas. Não foram identificados, nos demais prestadores consultados, preocupações com qualidade assistencial e segurança ao paciente.

As operadoras e prestadores deverão realizar parcerias para garantir o atendimento completo dos pacientes em todos os níveis. Esta atitude contribuirá com a fidelização destes pacientes e descredenciamento dos prestadores que não apresentam protocolos assistenciais robustos e investimentos em qualidade assistencial e segurança do paciente.

Essas cinco ações emergiram da validação, pelos especialistas e gestores consultados, dos quatro cenários e de forma independente do cruzamento das incertezas e da composição dos mesmos. Isto permite inferir que são ações relevantes e que definitivamente necessitam ser desenvolvidas para o crescimento da qualidade da saúde suplementar brasileira. Além disso, cabe lembrar que em outros trabalhos, como por exemplo, no Livro Branco (ANAHP, 2014), foram abordados fortemente as questões relacionadas aos investimentos em políticas de saúde, o modelo de remuneração e o investimento em qualidade assistencial, certificação e segurança, além dos demais estudos elencados no Quadro 3, como a

pesquisa de Gonçalves et al (2011), Chandra, Kumar e Ghildayal (2011) e Bernardes (2011) que corroboraram para evidenciar a necessidade destas ações para este mercado.

Diante do exposto, fica evidente que movimentos precisam ser realizados para que sejam promovidas estas ações. Faz-se necessário, por exemplo, um posicionamento mais forte do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar a fim de promover reuniões periódicas que reúnam as principais lideranças do mercado para iniciar o desenvolvimento destas ações. Inicialmente, o desenvolvimento das ações de curto e médio prazo, como o desenvolvimento das ações de prevenção de doença e promoção à saúde, o desenvolvimento do estudo populacional, bem como o investimento em qualidade assistencial, certificações e segurança. Logo, o desenvolvimento das ações de longo prazo, como o investimento forte em políticas de saúde e as discussões sobre o novo modelo de remuneração.

As cinco ações propostas deste trabalho são factíveis e podem contribuir para a melhoria e qualificação da saúde suplementar brasileira. No entanto, não são imediatas ou obtidas sem esforço dos atores envolvidos, em particular, dos prestadores. É preciso mais envolvimento dos atores deste mercado pensando e agindo em prol da saúde suplementar e não apenas pensando em benefício próprio.

6 CONCLUSÃO

O mercado da saúde suplementar brasileiro pode ser definido como um sistema complexo, adaptativo e altamente concentrado (VILARINHO, 2004). Este segmento, em franca expansão, vem sofrendo mudanças nos últimos anos, gerando fatos que motivam pesquisas e discussões sobre sua transformação, como a recente entrada de atores de capital estrangeiro (MONTAGNANA, 2012).

Motivado por esses fatos, este trabalho buscou analisar possíveis cenários e os impactos econômicos, políticos, sociais, legais e tecnológicos poderão ocorrer na saúde suplementar brasileira com a entrada de novos atores de capital internacional. O horizonte considerado foi o de 2025, de modo que as perspectivas avaliadas pudessem considerar efeitos de médio e longo prazo decorrentes dessa ação. O objetivo do trabalho restringiu essa questão à visão dos prestadores de serviço privados, sendo sustentada por três objetivos intermediários: analisar os aspectos transacionais e contextuais relacionados à entrada de capital estrangeiro no mercado de saúde suplementar brasileiro e propor ações estratégico-táticas para preparar os prestadores de serviços de saúde suplementar frente ao contexto em formação.

Para atender a esses objetivos, foi realizada a análise de cenários, com base em revisão bibliográfica e dois ciclos de entrevistas semiestruturadas. Os conteúdos das entrevistas foram analisados, permitindo identificar categorias dominantes de tendências e incertezas, bem como elementos transacionais e contextuais relevantes aos atores envolvidos.

No primeiro ciclo, foram entrevistados oito especialistas e gestores do mercado representando a ANS, operadoras de saúde, prestadores de saúde e um representante da operadora de saúde que foi vendida para capital estrangeiro. Essas entrevistas contribuíram para a identificação das principais mudanças que este mercado apresentará na percepção dos especialistas e gestores da saúde suplementar com a entrada de capital estrangeiro neste segmento da saúde brasileira. As categorias emergidas desta análise foram: o Contexto da Saúde Suplementar, o Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a

Judicialização da Saúde, os Elementos Contextuais, o Papel do Capital Estrangeiro, o Posicionamento Estratégico dos Atores e, por fim, as Perspectivas para 2025.

O **Contexto da Saúde Suplementar** foi definido como um sistema extremamente complexo e competitivo em um mercado em franca expansão dentro de um cenário que apresenta um desequilíbrio de forças e interesses antagônicos entre seus principais atores. A categoria **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, demonstrou o trabalho importante da ANS nos processos de regulação e no incentivo a qualidade assistencial e certificações. A **Judicialização** tornou-se uma questão social na saúde suplementar em um mercado desorganizado que vem contribuindo para o aumento das ações judiciais. Os **Elementos Contextuais** são parte integrante de um ambiente no qual a organização está inserida, mas a influência destes elementos ao cenário organizacional é limitada. Esses elementos são os econômicos, políticos, tecnológicos, ambientais e legais. A categoria **Capital Estrangeiro** foi marcada com a entrada de investimentos estrangeiros na saúde suplementar no Brasil num mercado em franca expansão. Neste cenário, os estrangeiros buscam uma maior penetração a fim de aumentar os lucros do capital investido. O **Posicionamento Estratégico** desenvolve-se como uma resposta e um instrumento de apoio aos processos de decisões estratégicas, resultado de uma nova postura de identificação de segmento e busca de oportunidade de mercado por meio da diferenciação da sua oferta. E a categoria **Perspectivas para 2025** são atribuídas principalmente à evolução que este mercado terá em relação ao modelo atual no que se refere ao modelo de remuneração, comportamento dos atores e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Além das categorias, foram identificados os aspectos transacionais e contextuais deste mercado. Os aspectos transacionais são a parte do ambiente na qual a organização é um participante significativo, influenciando e sendo influenciado ao mesmo tempo, como por exemplo, regulação da ANS, certificação de operadoras e prestadores de saúde e atuação do poder público. Já os aspectos contextuais são a parte do ambiente que tem repercussão importante para a organização, porém tem influência limitada, por exemplo, aspectos política, econômica, social, tecnológica e ambiental (VAN DER HEIJDEN, 2009).

Após as entrevistas foram construídos quatro possíveis cenários para 2025 com a entrada destes novos atores baseado em duas incertezas de emergiram fortemente: a atuação da ANS no processo de regulação e os investimentos em qualidade assistencial, certificação e segurança. Sobre esses cenários foram projetados os comportamentos dos atores para 2025, com base nas tendências levantadas anteriormente. Em um segundo ciclo de entrevistas, os cenários foram analisados e validados por mais três especialistas e gestores do mercado, os quais também sugeriram ações estratégico-táticas para preparação do ator prestador. Houve convergência das ações propostas, indicando alinhamento entre as percepções dos especialistas e gestores consultados, e entre as ações propostas e outros documentos de referência recentes, tais como o Livro Branco (ANAHP, 2014).

As ações identificadas são significativas e, na avaliação realizada, independem do cenário futuro a se concretizar dentre os cenários analisados. Nesse sentido, podem ser consideradas ações robustas, dado que preparam os atores em foco para qualquer dos possíveis futuros analisados. São elas: Investimentos fortes em políticas de saúde, discussão sobre o modelo atual de remuneração, desenvolvimento de ações de prevenção à doença e promoção da saúde, desenvolvimento de estudo populacional e, por fim, investimento em qualidade assistencial, certificação e segurança. Não desconsiderando o esforço de articulação e alinhamento necessário para sua consecução, essas ações mostram a importância de compreender o sistema da saúde suplementar sob uma nova perspectiva de mercado, com a entrada de novos atores no segmento, visando os interesses do bem comum, a manutenção do sistema e principalmente o bem estar do cliente fim, o paciente.

A entrada de atores de capital estrangeiro no mercado da saúde suplementar nacional é um fato recente entre operadoras de saúde. Para hospitais é um tema que ainda está sendo analisado pelo Senado Federal, a fim de balizar as formas e medidas de aporte de capital nessas organizações. Se para o setor esse é um momento paradigmático, a prática de recebimento investimentos estrangeiros já é aceita no país há décadas, especialmente a partir da década de 90, em outros mercados como telecomunicações, elétrico e petroquímico, por exemplo.

Essas mudanças impactarão no comportamento, ações e atitudes dos principais atores deste mercado, principalmente no que diz respeito às políticas em saúde e no modelo de remuneração. Esta pesquisa, com base em uma análise metodologicamente sustentada, buscou identificar quais impactos essa mudança no segmento da saúde suplementar geraria para os atores existentes, terminando por propor uma lista de ações contextualizadas sobre como o ator Prestador de serviços de saúde poderá atuar no sentido de mitigar efeitos nocivos e aproveitar efeitos positivos dessa mudança. Busca-se, portanto, evidenciar o conteúdo de prática transformadora do trabalho apresentado. Não é possível, no entanto, avaliar se os atores envolvidos mobilizar-se-ão em termos da execução das ações propostas no horizonte analisado.

Este trabalho contribui também para o desenvolvimento acadêmico de estudantes e profissionais nas áreas da saúde e gestão em saúde no que diz respeito ao conhecimento do mercado da saúde suplementar, bem como na forma de construir e analisar possíveis cenários e ações de melhoria para um horizonte futuro.

A pesquisa, como toda outra atividade, apresenta limitações. Sempre que possível buscou-se usar mais de um representante por segmento de ator, mas, por ter base interpretativista, acesso a mais especialistas e gestores poderia gerar maior detalhamento da compreensão do setor e desses atores. Outro tema cujo acesso foi limitado refere-se à obtenção de informações mais profundas sobre a atuação do capital estrangeiro na operadora de saúde Amil ou em casos similares. Hoje, em termos práticos, ainda não se percebem mudanças que impactem o mercado da saúde suplementar com esse tipo de investimento, apesar do tema ser observado com atenção pelos atores, como identificado nas entrevistas.

O trabalho deixa lacunas que ainda ficam para serem preenchidas. A transformação da lista de ações estratégico-táticas em um plano detalhado para ser desenvolvido pelos atores interessados, com uma avaliação criteriosa dos esforços associados é um tema relevante para sua efetiva implementação. A discussão sobre identificação de novas lideranças neste mercado e o estabelecimento de visão e posicionamento estratégico comuns é outro tema de interesse. A compreensão sobre os pontos de alavancagem para mobilizar os demais atores do mercado

também é um tema que poderá ser alvo de pesquisas futuras. E, por fim, a análise retrospectiva das percepções apresentadas neste trabalho, e de estudos similares, apresenta-se como oportunidade de trabalho futuro. Neste sentido, recomenda-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas abordando este tema na saúde brasileira após a liberação ou não pelo Senado Federal de aporte de capital estrangeiro em hospitais brasileiros, a fim de se identificarem novas perspectivas para a saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Jim et. Al. **A Saúde em 2015: “Ganha-Ganha” ou “Todos Perdem”?** Um retrato e um caminho para uma transformação. *Institute for Business Value (IBM)*, Nova York, 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: setembro de 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/espaco-dos-prestadores/qualiss>>. Acesso em: maio de 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** de Março/12. Rio de Janeiro, 2012.
- ALBUQUERQUE, C. et. al. **A Situação Atual do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil e Apontamentos para o Futuro.** *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, p.1421-1430, 2008.
- ALEIXO, A.F.M. **Reflexões sobre Saúde Suplementar.** *Série Aperfeiçoamento de Magistrados*. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v.6, p. 18-24, 2012.
- ALLGAYER, Cláudio José (Org.). **Gestão e Saúde:** Temas contemporâneos abordados por especialistas do setor. Porto Alegre: IAHCS, 2011.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP.** São Paulo, 2013.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. **Livro Branco:** Brasil Saúde 2015: A sustentabilidade do Sistema de Saúde Brasileiro. São Paulo, 2014.
- ATHON GROUP HEALTH SOLUTIONS. **A Fotografia da Saúde Suplementar no Brasil na Visão do Athon Group.** São Paulo, 2006.
- AZEVEDO, E. **Os Desafios das Operadoras de Planos de Saúde de Autogestão em um Cenário de Envelhecimento Populacional e Cronificação de Doenças.** 2010. Monografia (Pós-Graduação em Gestão de Planos de Saúde) - Universidade Anhanguera. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BERNARDES. **Construção de Cenários Prospectivos para o Setor Hospitalar no Estado do Rio Grande do Sul**. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul. 2011.

BESSA, R. O. **Análise dos Modelos de Remuneração Médica no Setor de Saúde Suplementar Brasileiro**. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2011.

BIERBOOMS et al. **A scenario Analysis of the Future Residential Requirements for People with Mental Health Problems in Eindhoven**. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v.11, n.1. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6947/11/1>>. Acesso em: outubro de 2014

BRASIL. **Lei Federal 8.080/90**: Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei Federal 9.656/98**: Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei Federal 9.961/00**: Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CASTRO, A. J. W; MAGALHÃES, R. E. A.; JÚNIOR, W. V. M. **Parâmetros da Assistência Gerenciada Praticadas pelas Operadoras de Planos de Saúde**. ANS, Rio de Janeiro, 2002.

CECCIM, R. B. et al. **Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1567-1578, 2008.

CHANDRA, KUMAR E GHILDAYAL. **Hospital cost structure in the USA: what's behind the costs? A Business Case**. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 24, n. 4, p. 314-328, 2011.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS. Disponível em: <<http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>>. Acesso em: setembro de 2013.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Londres: Sage Publications, 1998.

CHRISTOVAN, PORTO; OLIVEIRA. **Gerência do Cuidado de Enfermagem em Cenário Hospitalares: a Construção de um Conceito.** *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p.734-41, 2012.

DUARTE, C.M.R. **Unimed: História e Característica da Cooperativa de Trabalho Médico no Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 999-1008, jul-Ago, 2001.

ETZIONI, A. **Modern Organizations.** New Jersey: Prentice Hal, 1964.

FELDMAN, L.B., GATTO, M.A.F., CUNHA, I.C.K.O. **História da Evolução da Qualidade Hospitalar: Dos Padrões à Acreditação.** *ACTA Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.18, n. 2, p.213-219, 2005.

FERLA, A., et. Al. **Cenários da Saúde Suplementar: Inventário e Análise de Situação da Regulação, Cobertura Assistencial e Dinâmica de Atores com Maior Atuação Subsetorial na Região Sul do Brasil.** Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar – Núcleo Sul. UFRGS, 2007.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa.** 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GALLO, J. H.S. **Brasilmedicina.com.** 497ed. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgnoticias_det.asp?Codigo=993&AreaSelect=1>. Acesso em: 10 de outubro 2014.

GONÇALVES et al. **Desenvolvimento de Cenários: Um Exercício no Setor Hospitalar no Estado de São Paulo – Brasil.** *Revista Alcance - Eletrônica*, v. 18, n. 4, p.448-465, 2011.

GREGÓRIO. **Análise de Cenários para o Planejamento de Recursos Humanos da Saúde: O Farmacêutico Comunitário em Portugal em 2020.** 2011. Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 2011

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: abril de 2014.

LATIMER et al. **Cost-utility analysis of a shock-absorbing floor intervention to prevent injuries from falls in hospital wards for older people.** Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23838763>>. Acesso em: setembro de 2014.

LEMBRÃO, M. L.; LOUVISON, M.; RIBAS, E. **Envelhecimento populacional e os impactos na saúde.** *Revista Panorama – Associação Nacional de Hospitais Privados*, São Paulo, jul – ago 2013.

LEON, R. **Towards strategic planning:** an epistemological perspective. Iasi: Romania, 2011.

LONGHI, A. **Modelagem Sistêmica e Prospecção de Cenários para a Cadeia Etanol do Rio Grande do Sul.** 2013. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Unisinos, São Leopoldo. 2013

MACERA, A. P.; SAINTIVE, M. B. **O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil.** Brasília: SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31; 2004.

MALIK, A. M.; PENA, F., P. M. **Administração Estratégica em Hospitais.** São Paulo: Relatório de Pesquisa 21/2003. EAESP/FGV/NPP, 2003.

MARICATO, J. M. **Dinâmica das Relações entre Ciência e Tecnologia:** Estudo Bibliométrico e Cientométrico de Múltiplos Indicadores de Artigos e Patentes em Biodiesel. 2010. Tese (doutorado em Ciências da Informação) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

MAANEN, J. V. et al. **Qualitative Methodology.** Newbury Park : Sage Publications, 1983.

MINTZBERG, Henry. **Toward healthier hospitals.** Gaithersburg: Health Care Management Review, 1997.

MINTZBERG, Henry. **Tracking strategies:** toward a general theory of strategy formation. New York: Oxford University Press, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e Definições em Saúde.** Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar do Ministério da Saúde: Brasília, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Terminologia Básica em Saúde.** Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília. 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SUS. Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. CNES, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em: setembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário Temático Saúde Suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Brasília, 2009.

MONTAGNANA, D. **A Saúde e o Capital Estrangeiro**. *Jornal do Sindhosp*, São Paulo, 2012.

OGATA, A. J. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar Brasileira: Resultados do Laboratório de Inovação**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**: Brasília, 2014.

PASCUCCI, L.; JUNIOR, V. M. **Formação de Estratégias em Sistemas Complexos**: Estudo Comparativo de Organizações Hospitalares sob a Perspectiva Prática. Rio de Janeiro, In: EnANPAD, 2011.

PEREGRINO et al. **Análise de Custo-Efetividade do Rastreamento do Câncer de Mama com Mamografia Convencional, Digital e Ressonância**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 215-222, 2012.

PERONDI, D. **Façam Suas Apostas: a saúde está em jogo**. *Jornal do Sindhosp*, São Paulo, 2012.

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, p.767-783, 2008.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E.O. **Repensando a Saúde**: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTER, M. E. **Estratégia Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

RAMALHO. **Sustentabilidade Económica do Sistema de Saúde Português e o seu Enquadramento no Contexto Internacional**. 2012. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade do Porto. Porto. 2012.

RIVERA, A. **Planejamento e Gestão em Saúde: Histórico e Tendências com Base numa Visão Comunicativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010.

SAVEDOFF, W. D. **Governance in the Health Sector: A Strategy for Measuring Determinants and Performance.** Office of the Chief Economist. Human Development Network. The World Bank. Working Paper n 5655, 2011.

SANTOS, A.C. **Saúde Suplementar.** *Série Aperfeiçoamento de Magistrados.* Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 6, p. 13-17, 2012.

SANTOS, N. A. A. P. **O Trabalho do Administrador Hospitalar no Gerenciamento do dia-a-dia dos Hospitais Filantrópicos Gerais de Grande Porte no Estado do Rio Grande do Sul.** 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre. 1998.

SCAFF, A. **Regulação em saúde suplementar e os modelos de atenção à saúde.** Encontro ANS-Operadoras. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: agosto de 2013.

SCHWARTZ, Peter. **A Arte da Visão de Longo Prazo.** São Paulo: Best Seller, 2004.

SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. **Health Care Management: organization design and behavior.** New York, 1993.

SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços:** um novo relacionamento estratégico. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp>. Acesso em: agosto de 2014.

SILVA, F. A. S. **Saúde Suplementar.** *Série Aperfeiçoamento de Magistrados.* Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 6, p. 145-151, 2012.

SOBRAL, B. **Contratualização do Setor Privado de Saúde: Equilíbrio de Interesse entre Prestadores e Operadoras de Planos de Saúde.** *Panorama ANAHP*, Rio de Janeiro, p.12-14, nov /dez, 2013.

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

- TEIXEIRA, L. **Cooperativas Médicas e Planos de Assistência à Saúde à Luz da Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Disponível em:<<http://bd.camara.gov.br>>. Acesso em: outubro de 2013.
- TELICHEVESKY, N. **Materiais e Novos Tratamentos em Oftalmologia**. In: III Encontro de Auditoria de Enfermagem Unimed Central RS, jul 2011, Porto Alegre.
- TORELLY, F. **A Importância do Setor Privado para a Sustentabilidade do Sistema Público de Saúde**. *Panorama ANAHP*, p. 6-7, nov /dez. 2013.
- VAN DER HEIJDEN, K. **Planejamento por Cenários: A arte da conversação estratégica**. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- VERAS, R. **Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.10, Out. 2007.
- VILAMAIOR, C. **A Desospitalização como Solução para o Paciente**. Revista Cash, fev,2012. Disponível em:<<http://www.jornalcash.com.br/?p=3275>>. Acesso em 12 dezembro 2013.
- VILARINHO, P. F. **O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu**. Rio de Janeiro: Cadernos EBAPE FGV, 2004.
- WEBSTER, P. **Judicialização**. In: Congresso da Unimed de Fortaleza, 2010. Disponível em:
<http://www1.unimed.com.br/nacional/boletim_auditoria/01/21_24_6_Dr_%20Paulo_Webster.pdf>. Acesso em: 10 outubro 2014.
- WILBURN, K.; WILBURN, R. **Abbreviated Scenario Thinking**. *Business Horizons*. Indiana, n. 54, p. 541-550, nov. 2011.
- WRIGHT, J.T.C.; SPERS, R. G. **O País do Futuro: Aspectos metodológicos e cenários**. *Estudos Avançados*, v. 20, n. 56 p. 13-28, 2006.
- WU et al. **Economic Evaluation of First-Line Treatments for Metastatic Renal Cell Carcinoma: A Cost-Effectiveness Analysis in a Health Resource-Limited Setting**. PLoS ONE, v.7, n. 3, e32530, 2012
- YIN, Robert K. **Case Study Research - Design and Methods**. USA: Sage Publications Inc., 1989.

APÊNDICE A – PERFIL DOS ESPECIALISTAS E EXECUTIVOS ENTREVISTADOS

Este quadro apresenta a descrição do perfil dos especialistas e executivos do mercado de saúde suplementar brasileiro e que participaram da pesquisa na etapa de entrevista e na etapa da validação dos cenários.

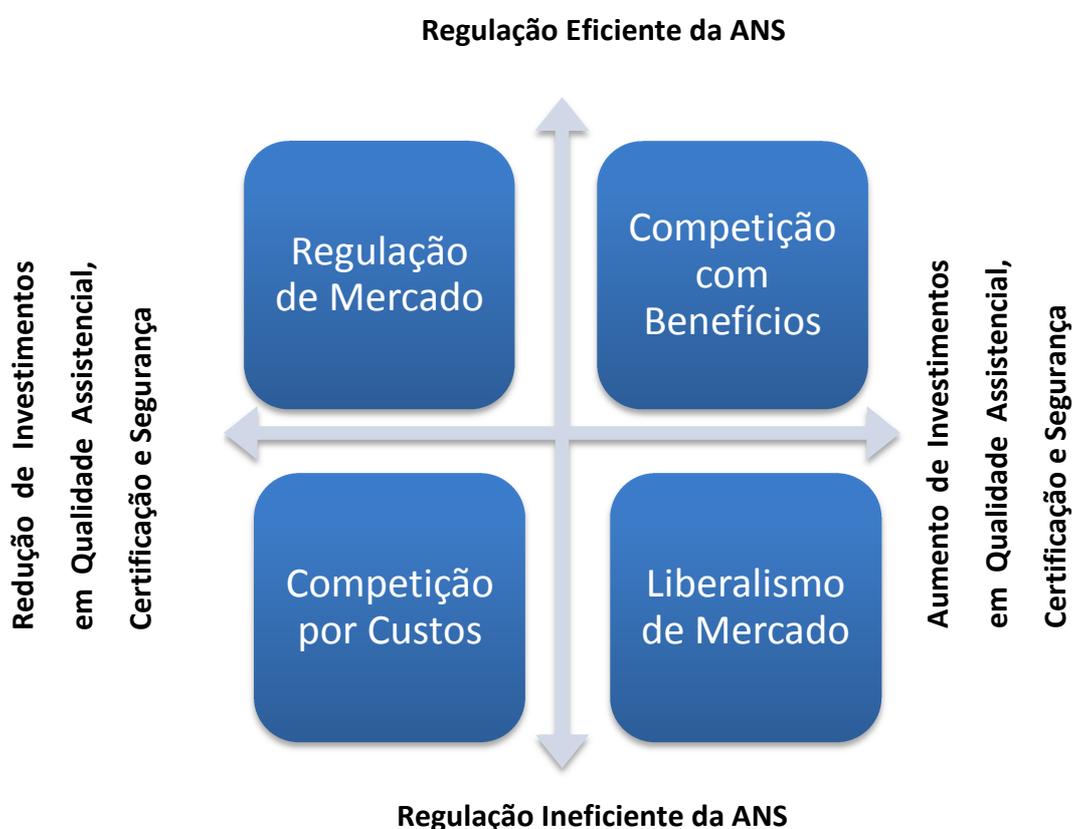
Código	Cargo	Atuação no Mercado	Formação	Experiência no Cargo	Especialização	Fase de Participação
E1	Diretor de Gestão	Agência Nacional de Saúde Suplementar	Medicina	5 anos	MBA Executivo em Administração	Entrevista
E2	Superintendente Executivo	Capital Estrangeiro	Medicina	6 anos	Especialização em Traumatologia Ortopedia	Entrevista
E3	Superintendente de Gestão de Rede	Operadora de Saúde	Administração de Empresa	8 anos	Especialização em Administração de Empresas	Entrevista
E4	Superintendente Executivo	Prestadores de Saúde	Ciências Econômicas	5 anos	Mestrado em Administração de Empresa	Entrevista
E5	Superintendente Administrativo	Operadora de Saúde	Administração de Empresa	7 anos	Especialização em Administração de Empresas	Entrevista
E6	Superintendente Executivo	Operadora de Saúde	Administração de Empresa	5 anos	Mestrado em Engenharia de Produção	Entrevista
E7	Superintendente Executivo	Prestadores de Saúde	Ciências Contábeis	10 anos	Especialização em Administração Hospitalar	Entrevista
E8	Presidente de Associação	Prestadores de Saúde	Medicina	15 anos	Especialização em Planejamento e Administração de Saúde e em Medicina do Trabalho e Medicina do Esporte	Entrevista
E9	Superintendente de Operações e Finanças	Prestadores de Saúde	Ciências Econômicas	6 anos	Especialização em Strategy & Competitive Advantage Program	Validação dos Cenários
E10	Superintendente de Gestão de Rede	Operadora de Saúde	Enfermagem	5 anos	Especialização em Saúde Comunitária	Validação dos Cenários
E11	Superintendente Médico	Prestadores de Saúde	Medicina	6 anos	Doutorado em Ciências da Saúde	Validação dos Cenários

Fonte: a autora

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS CENÁRIOS

Este instrumento fará parte da dissertação que está sendo desenvolvida sobre os possíveis cenários na Saúde Suplementar em 2025 com a entrada de capital estrangeiro no segmento. A pesquisa tem como objetivo geral analisar possíveis cenários e os efeitos decorrentes da entrada de capital estrangeiro no subsistema de saúde suplementar brasileiro, na perspectiva dos prestadores de serviços de saúde, considerando o horizonte de 2025.

A descrição dos cenários propostos, a seguir, foi desenvolvida com base no método de narração de cenários (Van der Heidjen, 2009) e é baseada em um conjunto de entrevistas prévio realizado com especialistas do setor de saúde suplementar, representando os diversos atores dessa cadeia. Para a realização da coleta de dados sobre as perspectivas para 2025 face à entrada de capital estrangeiro no segmento, 4 possíveis cenários, são representados abaixo.



Cada cenário é descrito nas páginas a seguir. Após ler as descrições de cada cenário, por favor, responda as seguintes questões:

- 1) Os cenários são coerentes? Se sim, a descrição deles é adequada? Faltou algo que possa melhor descrever o cenário? O que se configura está coerente em cada cenário?
- 2) Há algum outro cenário que deveria ser analisado além desses, de forma a complementar esses? Se sim, como ele seria?
- 3) Para os cenários, quais as ações que podem ser feitas pelo ator prestador para que ele se prepare?
- 4) Para os cenários, quais as ações que podem ser feitas pelo ator prestador se o cenário realmente se configurar?

Cenário: Liberalismo de Mercado

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e dificuldades, por parte da ANS, de regulação das atividades das operadoras.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, face à não regulação da ANS;

- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar. Tratamento do tema como pauta secundária pela ANS e outros atores de governo, bem como por prestadores de serviços de saúde suplementar.

No contexto estabelecido, acirra-se a concorrência e a competição entre operadoras e prestadores de serviços. Atores controlados por capital externo, alavancados financeiramente, passam a buscar rentabilidade sobre a operação, pressionando prestadores pela redução de custos e alteração do modelo de remuneração, visando um aumento de margem à operadora. Os prestadores, desarticulados, não apresentam poder de barganha e, pela dependência de faturamento, alguns acabam cedendo à pressão. Outros prestadores permanecem, buscando reforço de relacionamento com operadoras de capital nacional, mas com margens menores, dado o movimento de redução de custos evidenciado no mercado. Outras operadoras passam a reforçar os investimentos na verticalização de sua operação, abrindo unidades prestadoras de serviços próprias.

A redução de valores de repasse, em alguns casos, passa a comprometer a qualidade dos serviços prestados, ou mesmo, reduzir sua oferta, havendo preferência, pelos prestadores, pela oferta de serviços privados. A tendência de redução de oferta de planos para pessoa física, face à regulação da ANS, que permanece, incrementa a parcela da população que passa a depender do SUS, gerando pressão sobre o governo e o sistema de saúde. A população torna-se mais velha, com incremento da idade média do brasileiro.

O governo reforça o investimento em prevenção, mas não é assegurada a eficácia dessas ações, especialmente para os mais velhos.

Neste cenário de liberalismo e concorrência, a saúde suplementar passa por forte concentração, restando apenas operadoras de grande porte. Os prestadores que não são assimilados pelas operadoras aceitam reduzir seu faturamento, para manter a demanda. Os demais são adquiridos, em um processo de verticalização da

saúde suplementar, ou migram para a oferta de serviços privados sem cobertura de planos, atendendo uma parcela menor, mas mais rentável da população.

Cenário: Regulação do Mercado

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: redução dos investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e o aumento do escopo e manutenção do padrão de eficácia de regulação por parte da ANS sobre as atividades das operadoras e prestadores.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, face à não regulação da ANS;
- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital estrangeiro no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar. Alinhado com esse processo, o atual processo de regulação desenvolvido pela ANS se fortifica para contemplar esses novos atores no mercado.

No contexto estabelecido, a entrada de capital externo será gradual em relação ao controle ou participação nas operadoras e prestadores em saúde. As empresas estrangeiras terão que se adequar ao regulamento, controle e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, alinhado a legislação brasileira no que se refere ao mercado da saúde suplementar. A regulação impõe maior dificuldade

na aquisição de hospitais, aplicação de reajustes em planos individuais e modificação dos protocolos de atendimento, nivelando patamares de custos em um ponto mais elevado, como já acontece com a saúde brasileira.

Neste cenário a concorrência tende a ser minimizada entre operadoras e prestadores, pois a legislação abrange todos os atores e regula o mercado. Mas ela não impede a entrada de investimentos externos importantes no segmento, nem a competição que se estabelecerá entre prestadores privados com fins lucrativos e prestadores privados sem fins lucrativos.

Cenário: Competição por Custos

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: diminuição de investimentos na qualidade assistencial e segurança do paciente nos prestadores de saúde; e dificuldades, por parte da ANS, de regulação das atividades das operadoras.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados à pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;
- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos à pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, face à não regulação da ANS;
- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar, tendo como foco dos investidores o aumento da rentabilidade do capital investido.

No contexto estabelecido, os investidores estrangeiros capitalizados comprarão hospitais e aportarão capital nestas empresas. Os mesmos apresentarão diferencial em tecnologia, em gestão estratégica e governança corporativa, visando uma maior rentabilidade para o negócio.

Entretanto, com os custos da saúde cada vez mais altos na saúde, principalmente no que se referem à remuneração das equipes assistenciais qualificadas, investimentos em segurança dos pacientes e qualidade assistencial, os investidores estrangeiros diminuirão os aportes de capital nessas áreas em detrimento a um maior retorno financeiro dos mesmos.

O órgão regulador (ANS) por sua vez, não conseguirá regular e fiscalizar de forma mais rígida estas empresas, pois são aspectos que não podem ser mesurados de forma tão clara.

Neste sentido, a sociedade perderá a qualidade dos serviços prestados nestes hospitais.

Cenário: Competição com Benefícios

Este cenário surge numa condição de entrada de capital externo no controle de operações de saúde suplementar (operadoras e prestadores), aliado a: investimentos em certificações, qualidade assistencial e segurança do paciente em prestadores de saúde; e o aumento do escopo e manutenção do padrão de eficácia de regulação por parte da ANS sobre as atividades das operadoras e prestadores.

As demais tendências permanecem, ou seja:

- ✓ Tendência de concentração das operadoras, face ao modelo de remuneração existente;
- ✓ Tendência de regulação dos planos destinados às pessoas físicas, com reduzida atratividade às operadoras;

- ✓ Tendência de redução e, mesmo, interrupção de comercialização de planos às pessoas físicas, com concentração de foco na promoção de planos empresariais pelas operadoras, em face de não regulação da ANS;
- ✓ Tendência de não articulação dos prestadores de serviços privados, e de existência de lideranças fracas ou não existência de lideranças para defesa de interesses de forma articulada;

O cenário começa a se moldar com a entrada gradual de capital externo no controle ou participação de operadoras e prestadores de serviços de saúde suplementar atrelados ao aumento de investimentos em certificações nacionais e internacionais e com atuação direta da ANS em ações efetivas de regulação das atividades das operadoras.

No contexto estabelecido, a entrada de capital estrangeiro em operadoras e prestadores de saúde proporcionará maiores investimentos em qualidade assistencial e segurança do paciente através de investimentos em certificações nacionais e internacionais. O mercado da saúde suplementar ganhará em qualidade e com isso o retorno do capital investido será através de um menor número de internações e com isso menor gasto em medicamentos, materiais, procedimentos e exames de alto custo.

Isso possibilitará uma negociação diferenciada com relação a reajustes e/ou tabelas de preços para os prestadores que apresentam certificações nacionais e internacionais, porque conseguirão reduzir o custo em função da qualidade da assistência prestada.

Por sua vez, a ANS no processo de regulação poderá abordar mais facilmente as operadoras e prestadores para que trabalhem alinhados no processo de qualificação da saúde suplementar, desenvolvendo assim medidas para dar ciência aos pacientes dos prestadores mais bem qualificados e certificados, a exemplo do projeto QUALISS.