

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS- UFGD
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ECONOMIA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

ROBERTA DA SILVA RODRIGUES

**GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM UM PLANO DE SAÚDE FRENTE A
REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

DOURADOS/MS

2018

ROBERTA DA SILVA RODRIGUES

**GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM UM PLANO DE SAÚDE FRENTE A
REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Graduação apresentado à Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof^a Dr^a Erlaine Binotto

Coorientador: Prof^o Dr^o Régio Márcio Toesca Gimenes

Banca Examinadora:

Prof^o Me. Fabio Mascarenhas Dutra

Prof^o Dr^o Rosemar José Hall

Dourados/MS

2018

**GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM UM PLANO DE SAÚDE FRENTE A
REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

ROBERTA DA SILVA RODRIGUES

Este trabalho de graduação foi julgado adequado para aprovação na atividade acadêmica específica de Trabalho de Graduação II, que faz parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em administração pela Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia – FACE da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD.

Apresentado à Banca Examinadora integrada pelos professores:

Prof^ª Dr^ª Erlaine Binotto

Prof^º Dr^º Régio Márcio Toesca Gimenes

Prof^º Me. Fabio Mascarenhas Dutra

Prof^º Dr^º Rosemar José Hall

DEDICATÓRIA

Durante a trajetória é natural e importante que exista os obstáculos para amadurecer e aumentar o desejo em alcançar o nosso objetivo, as lutas são inevitáveis e essas incorporam um gosto de vitória ao olhar para trás e ver que valeu a pena.

Porém algumas perdas são irreparáveis, tão dolorosas que colocam em cheque tudo o que acreditamos e temos como prioridade.

Dedico este trabalho ao meu irmão Carlos Roberto Silva (*in memoriam*), soldado que perdi durante essa batalha acadêmica e dedico aos professores Jane Corrêa Alves Mendonça e Narciso Bastos Gomes, por toda atenção e dedicação para comigo no momento em que mais estive vulnerável.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que por sua Graça divina permitiu-me alcançar o objetivo até aqui estabelecido.

Aos meus pais que acreditaram em mim mesmo quando minhas forças haviam se esgotado.

Ao meu esposo e meus filhos pela paciência e compreensão, pelas ausências que os submeti nesses últimos quatro anos.

Aos amigos adquiridos ao longo desta caminhada acadêmica que constantemente me apoiaram e me fizeram acreditar que seria possível.

À minha orientadora, Prof. Dra. Erlaine Binotto, por ser uma professora fantástica, com vasto conhecimento e uma didática que permitiu-me ousar em uma área totalmente desconhecida desafiando meus limites.

Ao Prof. Dr. Régio Márcio Toesca Gimenes, por ser meu coorientador, pela contribuição significativa para o desenvolvimento deste trabalho e na minha formação acadêmica.

A todo Corpo Docente da UFGD, técnicos e companheiros de classe, que fizeram parte de minha vida acadêmica.

E por último, mas não menos importante, ao gestor da empresa que forneceu os dados desta pesquisa.

RESUMO

O mercado de planos de saúde no Brasil é regulamentado através da Agência Nacional de Saúde, definindo diversos critérios para prestação de serviço, dentro destes destaca-se a RN 358, que determina o ressarcimento ao SUS pelas operadoras. O presente estudo tem por objetivo identificar as ações que são tomadas pela operadora frente a regulamentação da Agência Nacional de Saúde -RN 358. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados no site da ANS, do governo federal e no portal *web* da empresa em estudo. Também foi aplicado questionário ao gestor da empresa e entrevistas abertas com dois colaboradores de diferentes setores. As categorias de análise incorporaram o panorama dos planos de saúde no Brasil e o programa de qualificação e classificação de operadoras, os processos de gestão (planejamento, organização, direção e controle), práticas adotadas pela operadora de saúde para fazer frente as normativas da ANS. Em relação a RN 358, foram identificadas como acontece o sistema de cobrança do ressarcimento. Os resultados indicam que quanto ao planejamento a organização aplica a análise SWOT, auxiliando na definição dos objetivos a serem atingidos, porém as decisões de impacto imediato têm a participação dos próprios beneficiários considerando se tratar de um plano de autogestão. O controle da atividade se dá através de análise de dados, indicadores e estatísticas. Para o processo de organização e direção a empresa tem buscado se profissionalizar com capacitação dos colaboradores e adequação dos recursos disponíveis para manter o equilíbrio. A agência reguladora de plano de assistência à saúde através de normativas padronizam diversas áreas no segmento da saúde suplementar, sendo um dos fatores que interferem diretamente na manutenção e permanência dessas empresas nesse nicho de mercado, tornando esse ramo de atividade altamente seletivo. Verificou-se que a ANS possui interferência direta na gestão dos planos de saúde, constando ser um desafio manter o equilíbrio nesse ramo de atividade, onde se faz necessária a atualização constante frente as regulamentações e a necessidade de uma gestão proativa.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas em gestão; autogestão; ANS; RN 358.

ABSTRACT

The market of health insurance in Brazil is regulated through the National Agency of Health, defining several criteria to service installment, inside of these installment stands out the RN 358, that determines the reimbursement to SUS through the operators.

The present study has the objective to identify the actions that are taken by the operator front the regulation of NAH - RN 358. It is an exploratory and descriptive, quantitative and qualitative research. The data were collected in the NAH's website, in the federal government and in the web portal of the company in the study. Also, a questionnaire was applied to the manager of the company and interviews open with two collaborators of different sections. Among the topics, we find: the analysis of categories incorporated the panorama of the healthy insurances in Brazil and the qualification program and classification of these operators; the administration (planning, organization, direction, and control) processes; and the practices adopted for the health operator to attend the normative of NAH. In relation to RN 358, it was identified how works the system of collecting the reimbursement. The results indicate about the planning, the organization applies the analyzes SWOT, aiding in the definition of the objectives to be reached, however, the decisions of immediate impact have the own beneficiaries' participation considering being a self-management plan. The control of the activity is possible through analysis of the data, indicators and statistics. For the organization process and direction, the company has been looking for to professionalize through the collaborators' training and adaptation of the available resources to maintain the balance. The regulatory agency of the plan of attendance to the health, through normative, standardizes several areas in the segment of the supplemental health, being highly one of the factors that interfere directly in the maintenance and permanence of those companies in that niche market, turning that activity branch selective. It was verified that NAH possesses direct interference in the administration of the health insurances, consisting to be a challenge to maintain the balance in that activity division, where it is necessary the updating constant front the regulations and the need of an administration proactive.

KEY-WORD: Practices in administration; self-management; NAH; RN 358.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 OBJETIVOS	09
1.1.1 Objetivo geral	09
1.1.2 Objetivos específicos	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 GESTÃO ORGANIZACIONAL	10
2.2 GESTÃO EM SAÚDE E AUTOGESTÃO	11
2.3 HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	12
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	14
3.2 COLETA DE DADOS	14
3.3 OBJETO DE ESTUDO	14
3.4 CATEGORIA DE ANÁLISE	15
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4.1 PANORAMA DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL	16
4.2 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS.....	18
4.3 SISTEMÁTICA DO RESSARCIMENTO AO SUS.....	21
4.4 PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ANS E A RN 358	25
4.5 PRÁTICAS E MÉTODOS APLICADOS PELA GESTÃO DA OPERADORA.....	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A.....	31
FICHA DE AVALIAÇÃO DE TG-II - FACE/UFGD.....	32
APÊNDICE E	33

1 INTRODUÇÃO

A gestão de empresas, em qualquer ramo de atividade considerando sua particularidade e objetivos, engloba muitas variáveis para se obter um desempenho satisfatório. De acordo com Tanaka e Tamaki (2012, p.821) “A gestão de serviços de saúde é uma prática administrativa complexa em função da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes”. Os autores afirmam que para a gestão atingir seus objetivos é necessário equalizar os seus recursos disponíveis buscando melhoria no funcionamento da organização.

A gestão no âmbito da saúde pública, de acordo com a constituição Federal, baseada na Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 garante à sociedade o direito fundamental a saúde, sendo esse um dever do Estado. Diante disso, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema universal, com financiamento público (BRASIL, 2018). Com a promulgação dessa lei, ocorreu desequilíbrio entre oferta e demanda na prestação de serviço na área da saúde, pois não houve uma preparação da administração pública para incremento de novas responsabilidades (VIEIRA, 2009).

No Brasil, durante um longo período, os serviços de saúde, quase que em sua totalidade, eram providos pelo Estado. Porém, com a evolução da sociedade, desenvolvimento tecnológico e aumento nos custos na saúde, o Estado teve dificuldades em financiar sozinho esse ramo de atividade, favorecendo a iniciativa privada, surgindo então o setor de saúde suplementar (CORÁ, 2004).

Beck (2016), relata que a saúde sempre foi uma preocupação do cidadão brasileiro, desde que fora constituída a República, sendo esse sistema de saúde ineficiente e sem sustentabilidade. Salaria também que os recursos destinados à saúde se reduziam enquanto o aumento populacional e os custos com a saúde se agravavam.

Albuquerque *et al* (2007), relacionam como principais fatores que influenciaram na forma de organização da saúde no país: o desenvolvimento da indústria no Brasil e o deslocamento do setor agrário para o urbano, onde os empresários estrangeiros organizavam uma assistência médica e hospitalar para seus colaboradores. Os mesmos autores reconhecem o Departamento de Saúde Suplementar (D.A.S), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado em 1998, como ponto inicial para regulação do mercado de planos privados de saúde, tendo esta demanda por regulação constituída por diferentes atores e interesses, resultando em acordo entre os Poderes Executivo e Legislativo.

Como marco na privatização dos serviços de saúde, dois anos após a implantação do D.A.S, criou-se a lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, dando origem a Agência Nacional de Saúde (A.N.S), como órgão de regulação, normatização e controle na assistência suplementar à saúde.

A criação da ANS se deu com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, que sua área de atuação compreendia a um mercado já existente que se expandiu desordenadamente. Este era composto por vários tipos de planos e de operadoras que exploravam esse nicho de mercado (ALBUQUERQUE *et al* 2007).

Na busca por uma gestão eficiente, o planejamento torna-se algo fundamental. Para conseguir um projeto em operações e serviços adequados, se faz necessário ter algum tipo de informação sobre a demanda futura do serviço a ser oferecido (CORRÊA; CAON, 2009). Embora a demanda por serviços de saúde seja algo imprevisível, uma vez que o indivíduo não sabe quando, nem com que frequência vai necessitar de atenção médica e quando é necessária a utilização, esse fato compromete a racionalidade da decisão do consumidor (PIOLA; VIANNA, 1995).

Nesse contexto de demanda incerta, Ouverney e Noronha (2013), relatam que cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo suas estratégias de integração desenvolvidas para cada contexto específico. No entanto os princípios de orientação são cada vez mais úteis, mesmo em contextos distintos.

O setor de saúde suplementar é composto pelas operadoras de planos de saúde, os beneficiários sendo estes, pessoas físicas e os prestadores de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, que podem ser pessoas físicas ou jurídicas conveniadas às operadoras responsáveis pela efetiva prestação de serviços (SANCOVSCHI *et al*; 2014).

Albuquerque *et al* (2016), relatam que a regulamentação no mercado de planos privados de saúde trouxe mudanças nesse ramo de atividade, principalmente para os planos com inclusões a partir de janeiro de 1999, não tendo os mesmos direitos os beneficiários com contratos anteriores a esta data. Os mesmos autores descrevem que uma consequência relevante da regulamentação dos planos privados de saúde, foi o conhecimento do mercado e de sua abrangência no sistema de saúde, visto que as operadoras de saúde passaram a ter obrigatoriedade em fornecer dados econômicos e financeiros para ANS.

A ANS tem como função fiscalizar e regulamentar a relação entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, no entanto, o impacto não fica restrito a esses dois atores,

influenciando todos os envolvidos na cadeia de produção, na prestação de serviço como prestadores, hospitais, laboratórios, profissionais (SATO, 2007).

Dentre as diversas normativas implantadas pela ANS, em 03 de junho de 1998, foi estabelecida a Normativa 358, com base no art. 32 da lei 9.656/98, que determina que as operadoras privadas de saúde devam ressarcir ao SUS quando seus beneficiários fizerem uso do sistema público.

Para Beck (2016), existe uma transferência de responsabilidade do Estado para as operadoras de plano de saúde, quando a opção dos seus beneficiários pelo SUS não desonera a saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde divulgou no primeiro semestre de 2017, dados atualizados sobre o setor, onde demonstra que entre 2006 e 2016 houve uma queda de 66% na quantidade de operadoras de planos médico-hospitalares, mostra ainda continuidade de queda em 0,99% no primeiro trimestre de 2017.

Apoiado nesses aspectos, as Normativas da ANS têm um impacto direto sobre as operadoras de planos de saúde, questiona-se quais são as práticas e formas de gestão utilizadas pelas operadoras, frente a Normativa 358, para se manter em equilíbrio em um mercado instável?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Identificar as ações tomadas pela operadora frente a regulamentação da ANS -RN 358.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a atual situação do mercado de saúde suplementar no Brasil e o programa de qualificação e classificação de operadoras;
- Demonstrar a sistemática do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- Identificar a percepção dos gestores sobre a ANS e a RN358;
- Descrever as principais práticas e métodos aplicados pela gestão da operadora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO ORGANIZACIONAL

O marco da administração e gestão se deu no período da revolução industrial, que tornou as organizações maiores e desorganizadas, surgindo assim a escola da administração científica desenvolvida inicialmente por Frederick Winslow Taylor, depois Henry Ford e da teoria clássica de Henri Fayol (LIMA; MENDES, 2003).

Maximiano (2000) ressalta a importância de compreender a administração como um processo que se compõem de outros processos ou funções. Esta teoria foi elaborada por Henri Fayol no início do século XX.

No âmbito da gestão organizacional, Moreira (1998) e Maximiano (2000), definem quatro funções gerenciais, sendo:

a) Planejamento: para estabelecer objetivos e linhas a serem seguidas com a finalidade de estipular o momento em que determinadas ações devem ocorrer, definida como uma ferramenta específica do processo decisório, onde a atitude predominante dos administradores demonstrará a capacidade de resposta aos desafios externos e internos.

Maximiano (2000), define dois tipos de atitude por parte dos administradores, sendo a primeira como atitude proativa, que ocorre quando os administradores respondem de maneira positiva o *feedback*, do ambiente interno e externo, permitindo alteração nos seus sistemas internos e suas relações com o ambiente e, a segunda atitude como reativa, quando os administradores respondem de maneira negativa ao *feedback* do ambiente interno e externo, onde essa informações é incapaz de incorporar qualquer mudança organizacional.

b) Organização: processo de agrupar os recursos produtivos como mão-de-obra, matérias-primas, equipamentos e capital, sendo esses coerentes com o planejamento para terem um melhor aproveitamento, com a finalidade de manter o equilíbrio entre os projetos, agrupando os recursos produtivos necessários.

c) Direção: finalidade de execução dos projetos estabelecidos anteriormente no planejamento, definindo tarefas e responsabilidades para atingir objetivo o definido.

d) Controle: envolve um conjunto de atividades que visa assegurar que o planejamento seja cumprido com padrões estabelecidos e que os recursos estejam sendo usados de forma eficaz. Esse controle pode ser realizado previamente, durante e após o tempo determinado para análise de objetivo alcançado. Quem está em uma posição de liderança na organização precisa possuir uma visão geral de todo sistema, obtendo resultados comerciais, produtivos e financeiros.

A gestão de serviços em qualquer ramo de atuação incorpora conhecimentos específicos de cada área, sendo esses multidimensionais, onde valores e julgamentos morais norteiam as decisões relativas à produção desse serviço (DUSSAULT, 1992).

Na prestação de serviços, as atividades devem ser planejadas, organizadas e controladas considerando sua própria natureza, sendo necessário um contato mais estreito com o cliente, se comparada à atividade industrial (MOREIRA, 1998).

Para Fayol (teoria clássica) e Taylor (Administração Científica), que identificam as principais funções da administração como planejar, organizar, controlar, direcionar, relacionam essas funções à uma organização de estrutura piramidal com alto nível de centralização, estando dividida em departamentos e seus colaboradores respondem a um superior, obedecendo a estrutura organizacional (ALVES; CALVO, 2016).

2.2 GESTÃO EM SAÚDE E AUTOGESTÃO

De acordo com Reis (2004), a gestão em saúde além de complexa sofre mudanças constantes em seus sistemas, incorporando assim novos desafios, por isso é necessária uma gestão proativa e inovadora, que incorpore além dos conhecimentos técnicos a capacidade de liderança em organizações inseridas em cenários instáveis. A gestão em saúde comporta uma dimensão ética e moral, como itens ligados ao sigilo, ao direito de informação, a garantia de continuidade de tratamento, na alocação de recursos, o que implica em custos em um contexto de recursos limitados, dentre outras particularidades (DUSSAULT, 1992).

A autogestão é uma das formas de administração exercida na assistência à saúde suplementar junto com medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas, como exemplos de instituições que atuam com esse modelo de gestão, tais como, as caixas de assistência, de previdências, entidades sindicais, instituições essas que não possuem fins lucrativos. Caracteriza essa administração a integração de representantes de trabalhadores e patronais, nesse sentido, de acordo Macera e Saintive (2007, p.20):

Este segmento engloba empresas que, por meio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, operam serviços de assistência à saúde ou responsabilizam-se pelo plano de saúde destinado exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, os respectivos grupos familiares ou participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e assemelhados.

Para compreender a forma de atuação no modelo de autogestão, é necessário entender o significado da palavra autogestão. Para Verardo (2003), é um empreendimento coletivo

onde os colaboradores participam das atividades produtivas tendo poder de decisão. Motta (1980), complementa que essas formas de gestão se caracterizam pela autonomia dos colaboradores nas decisões, desde o processo de formulação de objetivos até a divisão da renda.

Alves, Ugá e Portela (2016) definem autogestão como uma modalidade de assistência privada à saúde, na qual a própria empresa administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes. Os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo um ramo não comercial de planos e seguros de saúde (MALTA; JORGE, 2007).

Nos planos de saúde de autogestão tanto os titulares quanto seus dependentes não possuem restrições de cobertura para problemas de saúde pré-existentes, uma vez que o plano é igual para todos os níveis hierárquicos e sua contribuição é proporcional à remuneração dos empregados, porém se faz uso da coparticipação para racionalizar a utilização do plano (ROSA; FILHO, 2015).

Dessa forma, a autogestão pode possibilitar maior flexibilidade e facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores, tornando-se uma gestão participativa, onde os beneficiários são corresponsáveis pela gestão da operadora.

2.3 HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O sistema brasileiro de assistência privada à saúde inicia-se entre os anos 1940 e 1950, por meio da criação de fundos assistenciais de empresas públicas e pelo estabelecimento de regimes próprios de previdência do funcionalismo público. Apenas em 1960, fomentou as redes próprias de medicina de grupo que se formavam por contratos entre empresas empregadoras e médicas, surgem também cooperativas de médicos com a finalidade de garantir condições de competição para estes profissionais, sendo essas relações financiadas parcialmente pela Previdência Social (BAHIA; VIANA, 2002).

Em 1966 o Decreto-Lei 73, instituiu o seguro saúde, porém as operadoras não puderam operá-lo devido à falta de regulamentação no setor. Apenas em 1985, a Constituição Federal estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e definiu os princípios da atuação privada nesse setor (MACERA; SAINTIVE, 2007).

Com a Lei 9.961/2000, surge a ANS a partir do Departamento de Saúde Suplementar existente no Ministério da Saúde com finalidade de estabelecer padrões para a operação das empresas do setor, com as normatizações; normas para o ressarcimento da utilização do SUS pelos beneficiários; monitorar os preços e custos do setor; estabelecer padrões para as

informações contábeis e de natureza econômico-financeira; fiscalizar as ações das empresas no cumprimento das normas estabelecidas; estimular a competição no setor; estabelecer padrões técnicos e de natureza econômico-financeira para a entrada e atuação das empresas e zelar pela proteção dos direitos dos usuários dos planos de saúde suplementar (PÓ, 2004).

No período que antecede a regulamentação do setor de saúde suplementar, a forma de resolução de conflitos entre usuários e operadoras eram realizadas através do Código de Defesa do Consumidor (DAROS *et al*, 2016).

Macara e Saintive (2007) ressaltam que a ANS surge para regular uma atividade já existente que nunca havia sido submetida a regulação por parte do Estado diferentemente das agências do setor de infraestrutura. Nesse contexto a ANS atua basicamente na defesa do direito público na assistência suplementar à saúde, nas relações contratuais entre beneficiários e operadoras e indiretamente com prestadores a elas vinculadas, visando a sustentabilidade do setor, o direito do consumidor, produtos, valores e coberturas (DAROS *et al*, 2016).

Albuquerque *et al* (2016) relatam que após a regulamentação, as operadoras de saúde passaram a ter obrigatoriedade em fornecer dados econômicos e financeiros, sendo possível fazer uma análise de cobertura desse ramo de atividade.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, quantitativa e qualitativa. Gil (2002) destaca que a pesquisa exploratória tem como objetivo apresentar determinado problema, a fim de torná-lo mais familiar, enquanto a pesquisa descritiva apresenta característica de determinada população e ou estabelece relação entre variáveis. Godoy (1995) define a pesquisa qualitativa como o estudo de um fenômeno que pode ser compreendido através das perspectivas das pessoas nele envolvida, enquanto a quantitativa apresenta dados precisos para evitar distorções.

3.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi realizada pesquisa no site da ANS para levantamento de dados quantitativos referentes aos planos com percentual de cobertura populacional e sobre a regulamentação 358, bem como outras regulamentações que interferem diretamente nas operadoras de plano de saúde. Também foram pesquisados sites do governo federal para busca de dados de leis orgânicas e no portal *web* da empresa em estudo.

As informações sobre a empresa estudada foram obtidas através de questionário com questões abertas (Anexo 1), que foi respondido pelo gestor administrativo com o intuito de conhecer os procedimentos adotados pela operadora de plano de saúde na autogestão. Para complementar a pesquisa foram realizadas entrevistas abertas com dois colaboradores de diferentes setores da empresa, com objetivo de conhecer a sistemática do ressarcimento realizado pela operadora ao Sistema Único de Saúde.

3.3 OBJETO DE ESTUDO

O cenário da pesquisa apresenta como objeto de estudo uma operadora de autogestão, no ramo de saúde suplementar, que atua no mercado desde 2001, com 207.000 vidas cobertas em 2017, sendo estes, servidores estaduais, municipais e seus dependentes diretos e agregados. O nome da empresa será omitido uma vez que não houve a autorização para divulgação.

A gestão executiva do plano é dividida entre a presidência, a diretoria de assistência à saúde, diretoria de assistência odontológica, diretoria de unidades hospitalares, diretoria de finanças, diretoria de clientes, diretoria jurídica, diretoria de tecnologia da informação e ouvidoria, responsáveis por administrar 76 unidades de atendimento em todo o Estado, com

quadro de mais de 2.000 profissionais na área da saúde, possui rede própria com 24 centros odontológicos, oito centros médicos e nove hospitais.

O custeio do benefício assistencial oferecido aos servidores estaduais, é composto de contribuição mensal da patrocinadora em percentual ajustado em 12/2017 de 4,5% e o servidor contribui com percentual 6%, ambas contribuições incidem sobre a remuneração bruta do servidor, sendo os servidores estaduais responsáveis por 69% da receita e recursos necessários à manutenção do plano, enquanto as prefeituras conveniadas participam atualmente em média com 15% sobre o salário bruto do servidor municipal.

Vale ressaltar que durante a elaboração deste houve alteração estatutária em assembleia extraordinária, onde definiu que os percentuais de contribuição de cada órgão permaneceriam os mesmos, porém com acréscimo de 1% quando o titular possuir um dependente, seguido de 0,25% para cada dependente até o terceiro, atingindo assim o valor máximo de contribuição.

As eleições para presidente da operadora ocorrem a cada três anos de forma democrática, em eleição direta, onde apenas o servidor estadual possui direito a voto, a divulgação sobre o resultado financeiro é realizada anualmente através de assembleia.

A operadora em estudo possui uma página na web para disponibilidade de informações aos seus beneficiários, com dados divulgados nas últimas assembleias, bem como informativos de eventos futuros ou campanhas.

3.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias de análise incorporaram o panorama dos planos de saúde no Brasil e o programa de qualificação e classificação de operadoras, os processos de gestão (planejamento, organização, direção e controle), práticas adotadas pela operadora de saúde para fazer frente às normativas da ANS. Em relação à RN 358, foram identificadas como acontece o sistema de cobrança do ressarcimento.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos serão organizados em tabelas e o conteúdo da entrevista com o gestor e as entrevistas abertas serão analisados de forma interpretativa, seguindo as categorias de análise propostas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PANORAMA DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde como direito de todos, foi definida na Lei n ° 8.080 de 1990,

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Após o desequilíbrio da oferta e demanda no serviço de saúde pública e o aumento populacional surge a necessidade de regulamentar o setor de prestação de serviços na área da saúde, surgindo assim a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, cria a ANS (Agência Nacional de Saúde)

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A privatização dos serviços de saúde do país encontra a sua tradução mais fiel na absurda predominância da procura dos serviços privados, credenciados ou conveniados (COHN *et al*, 2006, p. 102).

O mercado de planos assistenciais de saúde no Brasil apresenta singularidade nas relações entre paciente, operadoras e patrocinadoras. Macera e Saintive (2007, p.2), relatam que “os problemas existentes nesse mercado são de fácil identificação, podendo ser citados as falhas nas coberturas e exclusão de procedimentos, exigências para admissão de beneficiário, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos, entre outros.”

A Tabela 1 apresenta a quantidade de operadoras de planos de saúde regulares entre dezembro de 2006 a março de 2017. A coluna de operadoras médico-hospitalares apresenta uma queda de 66% de dezembro de 2006 a dezembro de 2016, tendo queda continua de 0,99% para o primeiro trimestre de 2017. Nas operadoras exclusivamente odontológicas teve uma queda mais expressiva em torno de 74 %, mantendo a queda de 0,97% no primeiro trimestre de 2017.

Tabela 1: Operadoras com beneficiários Brasil (Dezembro 2006 – março 2017)

ANO	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Total de operadoras com beneficiários	Percentual de operadoras
Dez/2006	1.197	413	1.610	100%
Dez/2007	1.168	408	1.576	0,97%
Dez/2008	1.118	403	1.521	0,96%
Dez/2009	1.088	391	1.479	0,97%
Dez/2010	1.045	366	1.411	0,95%
Dez/2011	1.006	365	1.371	0,97%
Dez/2012	961	359	1.320	0,96%
Dez/2013	915	341	1.256	0,95%
Dez/2014	875	342	1.217	0,96%
Dez/2015	824	326	1.150	0,94%
Dez/2016	789	306	1.095	0,95%
Març/2017	780	296	1.076	0,98%

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/Datasus/2012

Nota: Taxa de cobertura refere-se a percentual da população coberta por plano privado de saúde.

A Tabela 1 demonstra que houve queda na quantidade de operadoras ativas no Brasil entre o período de dezembro 2006 a março 2017, enquanto o percentual populacional com cobertura de planos privados de saúde tem aumentado, apresentando assim um cenário altamente seletivo na prestação de serviços na saúde suplementar.

De acordo com a Tabela 1, o período de maior impacto em redução percentual do total de operadoras com beneficiários no Brasil, ocorreu em março de 2017 em comparação com dezembro de 2016 apresentando queda de 0,98%, uma vez que o intervalo de análise comparativa foi trimestral enquanto as comparações anteriores foram anuais.

Tabela 2 mostra taxa de cobertura percentual por planos privados de saúde (Brasil-2006-2016)

ANO	Beneficiários em planos de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez/2006	19,2	3,4
Dez/2007	19,9	3,9
Dez/2008	20,8	4,8
Dez/2009	21,9	5,8
Dez/2010	22,2	6,9
Dez/2011	23,6	7,6
Dez/2012	23,9	8,7
Dez/2013	24,6	9,5
Dez/2014	25,5	10,1
Dez/2015	26,0	10,5
Dez/2016	25,4	10,9
Març/2017	24,5	11,6

Fontes: Sistema de informações de Beneficiários/ANS/MS – 12/2016 e população – IBGE/Datasus/2012

Nota: Taxa de cobertura refere-se a percentual da população coberta por plano privado de saúde.

A Tabela 2 demonstra que houve aumento no percentual da população coberta por plano privado de saúde em 10 anos, um salto de 19,2% para 25,4% até dezembro 2016,

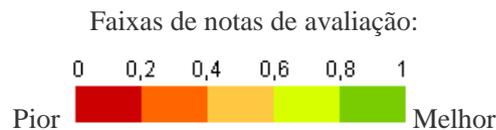
apresentando uma retração no primeiro semestre de 2017 de 0,96% nos planos com ou sem assistência odontológica.

A ANS, com o intuito de promover a melhoria setorial por parte dos prestadores de serviço de saúde de forma voluntária, promulga a RN 405, de 09 de maio de 2016, que dispõe sobre programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), que consiste basicamente em estabelecer atributos relevantes para aprimoramento das operadoras, em fazer a avaliação da qualificação e a divulgação (ANS, 2017).

4.2 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE OPERADORAS

O programa de qualificação de operadoras da ANS foi iniciado em 2004 e reestruturado em 2015, com o objetivo de promover melhoria de acordo com as novas regras e práticas do setor. O programa faz parte de um conjunto de iniciativas para avaliação e estímulo à qualidade do setor.

A avaliação fica definida entre faixas de 0 a 1 com intervalos de 0,2 e quanto mais próximo a 1 melhor é o desempenho.



Com a remodelagem do programa a partir de 2015, o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) possui quatro dimensões com o peso de 25% para cada dimensão e cada dimensão possui suas variáveis, que estão classificadas em:

1. Qualidade em atenção à saúde

Engloba ações que contribuem para o atendimento das necessidades dos beneficiários. O índice analisado nesse fator é o IDGA (índice de garantia de acesso), que analisa os seguintes tópicos:

- ✓ Dispersão da rede assistencial hospitalar: Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação de unidades hospitalares na rede assistencial da operadora.

- ✓ Dispersão de procedimento e serviços básicos de saúde: Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação que apresentam disponibilidade de procedimento e serviços básicos na rede assistencial.
- ✓ Dispersão de serviços de urgência e emergência vinte e quatro horas: Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação que apresentam disponibilidade serviços de urgência e emergência 24hs na rede assistencial.
- ✓ Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário: Número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
- ✓ Posicionamento no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento: Somatório da pontuação obtida pela operadora de acordo com seu posicionamento na faixa no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento.
- ✓ Taxa de internação hospitalar: Número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.

O IDGA da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,8795.

2. Gestão de processos e regulação

Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS. O índice analisado nesse fator é o IDGR (índice de gestão de processos e regulação), que afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS, com as seguintes variáveis:

- ✓ Índice de Efetivo Pagamento ao Ressarcimento ao SUS: Percentual de pagamento acumulado, relativo ao débito do processo de ressarcimento ao SUS, efetuado pela Operadora de plano de saúde, até o último dia do ano-base avaliado.
- ✓ Índice de regularidade de envio dos sistemas de informação: Corresponde ao grau de cumprimento das obrigações periódicas das operadoras, quanto aos encaminhamentos devidos dos dados dos sistemas de informações: SIB, SIP, DIOPS, dentro dos prazos estabelecidos.
- ✓ Percentual de qualidade cadastral: É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado.

- ✓ Programa de Operadora Acreditada: Pontuação base acrescida ao resultado do IDGR, para as operadoras que participam do Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.
- ✓ Razão de completude do envio dos dados do padrão TISS: Relação entre o total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde informados no Padrão TISS e dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde informados no DIOPS.

O IDGR da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,5614.

3. Sustentabilidade no mercado

Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores. O índice analisado nesse fator é o IDSM (índice de sustentabilidade de mercado), que analisa os seguintes tópicos:

- ✓ Disponibilidade Financeira: Este indicador propõe refletir a capacidade da operação em honrar seus compromissos advindos da operação de planos de saúde no curto prazo, a partir das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.
- ✓ Recursos Próprios: Este indicador propõe refletir a capacidade da operadora em honrar seus compromissos a longo prazo a partir do patrimônio constante das informações financeiras periódicas enviadas à ANS.
- ✓ Taxa de Fiscalização: Taxa baseada no número de demandas NIP Assistenciais e Não Assistenciais, classificadas como não resolvidas ou como RVE no período analisado.
- ✓ Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar: Permite avaliar a efetividade dos esforços de mediação ativa de conflitos, através da comunicação da ANS com as operadoras para a resolução de demandas de reclamação.

O IDSM da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,9240.

4. Garantia de acesso

Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores. O índice analisado nesse fator é o IDQS (índice de qualidade e atenção à saúde), que analisa os seguintes tópicos:

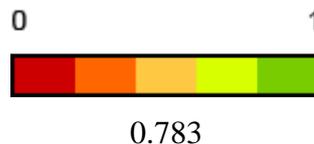
- ✓ Número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com 60 anos ou mais: Número médio de consultas ambulatoriais nas especialidades Clínica

Médica e Geriatria por beneficiário na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência.

- ✓ Participação em Projetos de Indução da Qualidade na ANS: Pontuação base atribuída ao resultado do IDQS para as operadoras que assinaram Termo de Compromisso/Termo de Acompanhamento em um dos Projetos: (1) Parto Adequado; (2) Idoso Bem Cuidado; (3) Onco Rede.
- ✓ Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças - pontuação bônus: Pontuação bônus atribuída ao resultado do IDAS, para as operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS na data do processamento do IDSS.
- ✓ Proporção de parto cesáreo: Percentual de partos cesáreos realizados nas beneficiárias da operadora, no período considerado.
- ✓ Taxa de citopatologia cérvico-vaginal oncótica: Número médio de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 59 anos fora do período de carência.
- ✓ Taxa de internação por fratura de fêmur em idosos: Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 100 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, fora do período de carência, no período considerado.
- ✓ Taxa de mamografia: Número médio de mamografias por 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento.

O IDQS da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,7672.

Após a análise de todas as variáveis e dos quatro fatores para classificação do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), a operadora em estudo ficou classificada com a nota 0.783 referente ao ano-base de 2016.



4.3 SISTEMÁTICA DO RESSARCIMENTO AO SUS

A ANS como órgão regulador, estabelece diversas normativas assegurando os direitos dos beneficiários com o intuito equilibrar a relação entre as operadoras de saúde e seus usuários. Em 1998 entra em vigor o artigo 32 da Lei 9.656, que estabelece:

“Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos [...], de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”.

A regulamentação que estabelece o ressarcimento ao SUS foi elaborada com a finalidade de resguardar o direito dos beneficiários de planos de saúde a qualidade, abrangência de rede credenciada, bem como restituir os cofres públicos pelos custos destinados aos beneficiários que deveriam ser assistidos pela operadora e para evitar o enriquecimento sem causa dos planos de saúde (QUEIROZ, 2015).

A Resolução Normativa 358, de 27 de novembro de 2014, define que os valores a serem ressarcidos ao SUS, deverão ser cobrados de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR (ANS, 2017).

Em 09 de outubro de 2012 foi estabelecida a Resolução Normativa 305, que estabelece um padrão para troca de informação na saúde suplementar, com a finalidade a interoperabilidade entre os sistemas de informação entre a ANS, Ministério da Saúde, e as operadoras de planos de saúde (ANS, 2017). Esse procedimento define o ressarcimento ao SUS como atividade de controle de mercado setorial, com a finalidade de proteger os consumidores de planos de saúde, inibindo condutas abusivas das operadoras para que seja cumprido fielmente os contratos entre as partes, onde o ressarcimento será devido quando esses serviços estiverem previstos em contrato.

O ressarcimento ao SUS, possui sete etapas principais, utilizando um sistema de cruzamento de informações do SUS com o sistema de informações de beneficiários (SIB) que foi estabelecida através da Resolução Normativa 295, de 9 de maio de 2012 que define normas, que engloba desde geração até o controle de dados cadastrais no sistema de informações de beneficiários da agência Nacional de Saúde – SIB/ANS.

Queiroz (2015), divide as etapas em Atendimento, Identificação, Notificação, Impugnação Recurso, Cobrança, Inadimplência e Repasse.

- 1) Atendimento: compreende ao período em que os beneficiários de planos de saúde são assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2) Identificação: corresponde ao período e que ocorre o cruzamento de informações dos SUS com SIB para identificar os atendimentos.
- 3) Notificação: quando a operadora de saúde é notificada pela ANS a respeito dos atendimentos identificados anteriormente.

- 4) Impugnação e recurso: período em que a operadora poderá contestar as identificações, podendo essa notificação ser anulada, mantida ou retificada.
- 5) Cobrança: após mantida ou retificada a identificação do uso, a ANS encaminha para a operadora notificação de cobrança de valores que deverão ser pagos ou negociados em 15 dias.
- 6) Inadimplência: caso as operadoras não negociem nem efetuem o pagamento no prazo estabelecido, fica sujeita à inscrição no Cadastro Informativo (CADIN) dos créditos de órgãos e entidades federais, podendo chegar à ação judicial.
- 7) Repasse: os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde.

A ANS está integrando os órgãos competentes do SUS para melhor cooperação nos repasses a serem ressarcidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), onde o Cartão Nacional de Saúde (CNS) se tornou um instrumento que possibilita a vinculação dos dados referente aos procedimentos executados pelo SUS desde o profissional que realizou o procedimento bem como a unidade de saúde onde foram executados (ANS, 2017).

A operadora de saúde não pode ser responsabilizada pelo fato de seus beneficiários optarem pela assistência pública de saúde, tratando-se apenas na hipótese em que a operadora nega a prestação de serviços, obrigando o beneficiário a buscar assistência médica pelo SUS, sendo considerada uma conduta imprópria por parte da prestadora de serviços (FERNANDES, 2015).

Após a identificação dos usuários que possuem cobertura contratual com plano de saúde privado e utilizaram o SUS, as operadoras de saúde são notificadas e então emitida uma Guia de Recolhimento da União (GRU), que se caso não for efetuado a quitação levará à inscrição do débito em dívida ativa da união e no Cadastro Informativo de Crédito não Quitados do Setor Público federal (CADIN) (ANS, 2017).

A Tabela 3 mostra o percentual de adimplência referente ao ressarcimento ao SUS no Brasil

Competência	Valor Cobrado	Valor Pago	% adimplência
07/2016	2.441.048.754,60 R\$	944.154.169,49 R\$	38,67%
08/2016	2.098.098.882,10 R\$	810.240.831,78 R\$	38,61%
09/2016	2.232.201.029,72 R\$	847.002.302,26 R\$	37,94%
10/2016	2.384.484.091,59 R\$	913.316.363,54 R\$	38,30%
11/2016	2.401.956.537,90 R\$	922.933.626,87 R\$	38,42%
12/2016	2.425.637.264,26 R\$	936.713.138,85 R\$	38,61%
01/2017	2.441.048.754,60 R\$	944.154.169,49 R\$	38,67%
02/2017	2.611.238.503,87 R\$	1.019.685.264,45 R\$	39,04%
03/2017	2.492.004.611,03 R\$	936.450.075,63 R\$	37,57%
04/2017	2.778.313.629,33 R\$	1.102.190.585,06 R\$	39,67%
05/2017	2.778.313.629,33 R\$	1.102.190.585,06 R\$	39,67%
06/2017	2.793.938.317,12 R\$	1.106.263.938,35 R\$	39,59%
07/2017	2.091.514.074,40 R\$	807.903.512,39 R\$	38,62%
08/2017	2.907.599.843,77 R\$	1.159.510.491,44 R\$	39,87%
09/2017	3.005.389.679,40 R\$	1.199.842.284,10 R\$	39,92%
10/2017	3.087.438.957,24 R\$	1.247.623.019,69 R\$	40,40%

Fontes: Elaborado pela autora

Dados: Sistema de informações ANS 2017

De acordo com dados coletados no sistema de informações da ANS, entre os meses de julho/2016 e outubro/2017, o percentual de adimplência mensal não ultrapassou os 41% dos valores cobrados pelo SUS. O índice efetivo de pagamento relativo ao débito do processo de ressarcimento ao SUS é parte integrante de uma variável de gestão de processos e regulação (IDGR), que qualifica as operadoras do plano de saúde suplementar.

Conforme levantamento de dados junto à empresa, por meio de entrevistas abertas com atores que possuem envolvimento direto com ressarcimento ao SUS, pode-se constatar alguns aspectos específicos em relação aos procedimentos.

Um dos entrevistados relata que se o ressarcimento ao SUS for analisado de maneira superficial e imediata, poderia ser definido como um fator de impacto financeiro negativo, se considerar o período que antecede a implantação da RN 358, uma vez que não existiria a obrigatoriedade de pagamento por parte das operadoras em comparação com os valores atualmente ressarcidos.

O mesmo entrevistado faz uma referência comparativa entre os valores a serem ressarcidos ao SUS, que utiliza de tabela própria e diferenciada, com os valores que as operadoras teriam que repassar aos seus credenciados, obtendo assim uma análise financeira positiva, uma vez que a Lei 9.656, de 1998, determina que os valores a serem cobrados pelo ressarcimento ao SUS não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos

praticados pelas operadoras de saúde, sendo esses valores previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP) (ANS; 2018).

Outro ponto abordado por outro entrevistado, aponta que a RN 358 é uma importante ferramenta que pode auxiliar na verificação de deficiência no sistema de atendimento ofertado, uma vez, que, é realizado um cruzamento de dados em que possibilita um filtro, definindo as especialidades e procedimentos mais utilizados pela população que possui planos privados de saúde, sendo assim, as operadoras poderiam melhorar a qualidade na oferta de serviços, fidelizando seus beneficiários.

Um dos entrevistados defende que os usuários que possuem plano de saúde privado ao utilizarem o atendimento ao SUS, estão ocupando vagas de pessoas com mais vulnerabilidade que realmente necessitam de atendimento, portanto analisa essa normativa como uma forma de penalizar as operadoras para que supram a necessidade de demanda dos seus beneficiários.

O Ministério da Saúde define o ressarcimento ao SUS como um instrumento regulatório de controle setorial e de proteção dos consumidores de planos de saúde, com a finalidade de inibir a prática abusiva por parte das operadoras (BRASIL, 2018).

4.4 PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ANS E A RN 358

O gestor da operadora de plano de saúde pesquisada analisa o mercado de saúde suplementar como um ramo de atividade desafiadora, devido à forte regulamentação que sofre por parte da agência reguladora, destacando a cobertura de novos procedimentos a cada dois anos, sem previsão de riscos como um dos fatores que contribuem para determinantes nessa atividade. Relata que não tem como mensurar o impacto que a ANS causa nas operadoras, pois não há limitação no grau de interferência sendo que a mesma estabelece regulamentação para todas as áreas dos planos de saúde.

A visão da gestão sobre a RN 358 é definida como um ponto ainda em discussão e de muita polêmica entre os envolvidos, uma vez que a Constituição Federal define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, contudo é dever da operadora prestar atendimento ao seu beneficiário ativo e regular. Um ponto negativo é o prazo concedido para impugnação é muito curto, não sendo ideal para efetuar o levantamento de documentação comprobatória, onde a operadora não teria obrigatoriedade de cobertura, cita como exemplo os casos de beneficiários que se encontram em período de carência.

4.5 PRÁTICAS E MÉTODOS APLICADOS PELA GESTÃO OPERADORA

A atual gestão está realizando um planejamento estratégico para o período de 2017 – 2020 com análise SWOT, agrupando forças e oportunidades, cruzando as informações com as fraquezas e ameaças gerando vários projetos para cada demanda levantada, sendo uma ferramenta no processo decisório. Simioni *et al* (2010) ressalta a importância do planejamento estratégico para as organizações que pretendem estabelecer objetivos a serem alcançados, conhecendo suas capacidades e seus potenciais. Drucker (1998) complementa definindo como sendo o planejamento a primeira operação básica para o administrador fixar objetivos.

Segundo o gestor, por se tratar de um plano de autogestão, as decisões do plano têm a participação dos próprios beneficiários, representados pelo conselho de administração eleito em processo democrático, todos os atores possuem um papel fundamental em toda a negociação e ajustes do plano, garantindo assim a sustentabilidade e o equilíbrio financeiro. O controle das atividades que, conforme Moreira (1998) define ser essencial para que o planejamento seja cumprido, na organização estudada se dá através de um sistema verticalizado, organizado e integrado entre a diretoria e demais departamentos.

O entrevistado ressalta que o controle sobre uso de serviços prestados é vedado por lei, não tendo um limite financeiro na utilização, o setor de auditoria médica trabalha para garantir ao beneficiário um bom atendimento sem perder a linha de utilização racional, enquanto o controle da atividade se dá através de análise de dados, indicadores e estatísticas, conforme relata Faria (1995) não existe empresa ou instituição que exista sem um sistema de controle, que se torna imprescindível controlar e acompanhar a execução do projeto.

O gestor explica que no processo de organizar, que Maximiano (2000) define como uma função da administração que agrupa recursos produtivos coerentes com o planejamento, a empresa tem buscado se profissionalizar com a capacitação dos colaboradores e adequação dos recursos disponíveis, estando atenta às mudanças que vêm ocorrendo no mercado de saúde no Brasil, buscando compreender essas mudanças já postas em todos os setores que atuam nesse segmento, reafirmando a necessidade de uma gestão proativa e inovadora para a qual Reis (2004) afirma ser necessário buscar conhecimentos técnicos e capacidade de liderança em organizações que se encontram em um cenário instável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho identificou as ações tomadas pela operadora de plano de saúde frente as regulamentações da ANS – RN 358. Apresentou as principais ações tomadas pela gestão de uma empresa de autogestão no mercado de saúde suplementar, apresentando práticas e métodos utilizados para se manter em equilíbrio no mercado, reafirmando a importância da utilização de cada função da administração desde o planejamento, organização, direção e controle, bem como a percepção do gestor sobre a ANS e a normativa 358.

Através de um questionário respondido pelo gestor da operadora foi apresentado a forma de planejamento utilizada que aplica a análise SWOT, auxiliando na definição dos objetivos a serem atingidos, porém as decisões de impacto imediato têm a participação dos próprios beneficiários considerando se tratar de um plano de autogestão. O controle da atividade se dá através de análise de dados, indicadores e estatísticas. Para o processo de organização e direção a empresa tem buscado se profissionalizar com capacitação dos colaboradores e adequação dos recursos disponíveis para manter o equilíbrio.

A agência reguladora de plano de assistência à saúde através de normativas padronizam diversas áreas no segmento da saúde suplementar, sendo um dos fatores que interferem diretamente na manutenção e permanência dessas empresas nesse nicho de mercado, tornando esse ramo de atividade altamente seletivo.

Estudos sobre a área de saúde suplementar envolve diversas áreas do conhecimento, todas interligadas como direito, saúde, administração dentre outras, no entanto existe pouca divulgação sobre as garantias de serviços amparados pela a ANS e sobre determinadas regulamentações. Verificou-se que a ANS possui interferência direta na gestão dos planos de saúde, constando ser um desafio manter o equilíbrio nesse ramo de atividade, onde se faz necessária a atualização constante frente as regulamentações e a necessidade de uma gestão proativa.

O presente estudo ficou limitado pela falta dos demonstrativos de resultados de exercício da operadora em estudo, para realização de uma análise financeira do impacto causado pelo ressarcimento ao SUS. Como contribuição acadêmica fica a divulgação de uma regulamentação normativa da ANS pouco conhecida, porém salienta-se que se trata de um campo vasto para futuras pesquisas acadêmicas. Fica como sugestão uma pesquisa sobre os principais fatores que influenciam na tomada de decisão quando uma pessoa com contrato ativo, com plano de saúde, opta pela utilização do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Apresenta tabelas de usuários de plano de saúde.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 07 Mar. de 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Apresenta tabelas de perfil do setor.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 07 Mar. de 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **Integração e Ressarcimento ao SUS.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus>>. Acesso em: 05 Nov. de 2017

ALVES, Thayna Eloyza Peixoto; CALVO, Emanuel Alvares. **A autogestão e a heterogestão: abordagem de duas formas de gestão na contemporaneidade.** ETIC-Encontro de Iniciação Científica-issn 21-76-8498, v. 12, n. 12, 2016.

ALVES, Danielle Conte; UGÁ, Maria Alicia D.; PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Health promotion, disease prevention, and health service use: evaluation of the actions of a Brazilian private health plan operator.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 153-161, 2016.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.** Rio de Janeiro, p.1423-1424, 2007.

BAHIA, Ligia; VIANA, Ana Luiza. **Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**, v 1 (BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar), p. 9-18, Rio de Janeiro.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** Disponível em: <www.portalms.saude.gov.br/noticia/agencia-saude42226>. Acesso em: 06 Jan.2018

BECK, Cassiano Vinícius dos Santos. **Do dever do estado à saúde pública ao repasse de sua responsabilidade à saúde suplementar**, Monografia.124. Curso de Direito, Universidade de Ijuí, 2016.

CORÁ, Carlos Eduardo. **Desenvolvimento de um sistema para gestão de custos indiretos em empresas de serviços de saúde suplementar: o caso de uma operadora de planos de saúde.** Dissertação (Mestrado) – Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

CORRÊA, Henrique L.; CAON, Mauro. **Gestão de Serviços.** 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula. S.; **A saúde como direito e como serviço.** 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DAROS, Raphaella Fagundes et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016.

DRUCKER, Peter F. **Profissão de administrador.** Cengage Learning Editores, 1998.

DUSSAULT, G. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências.** Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

FERNANDES, Rogerio Baptista Teixeira. **O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014.** Dissertação (Mestrado)- Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2015.

FARIA; José Henrique de. Economia Política do Poder: Os fundamentos da Teoria Crítica nos Estudos Organizacionais. **Revista UniBrasil.** 2003. Disponível em: <<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosnegocios/index.php/negocios/article/view/1/1>>. Acesso em 09 Fev. 2018

GIL, Antônio Carlos. **Como classificar as pesquisas:** Como elaborar projetos de pesquisa, v. 4, p. 44-45, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas,** v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

REIS, Vasco Pinto dos. Gestão em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública,** v. 22, n. 1, p. 7-17, 2004.

Resolução normativa 358. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26235256>. Acesso em: 08 Agosto 2017

Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 03 Fev. 2017.

Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 Jun. 2017

LIMA, Marcos Antonio Martins; MENDES, José Piragibe Figueiredo. Inovação na gestão organizacional e tecnológica: conceitos, evolução histórica e implicações para as micros, pequenas e médias empresas no Brasil. **Revista Produção Online,** v. 3, n. 2, 2003.

MACERA, Andrea Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. O mercado de saúde suplementar no Brasil. **Documento de trabalho,** n. 31, 2004

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 13, n. 5, 2008.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração.** São Paulo. Editora Atlas, 2000

MOREIRA, Daniel Augusto. **Produção e Operações.** São Paulo: Pioneira, 1998.

MOTTA, Paulo Roberto. Autogestão: a experiência empresarial iugoslava. **Revista de Administração Pública,** v. 14, n. 1, p. 7, 1980.

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde:** redes locais, regionais e nacionais. Fundação Oswaldo Cruz, p. 143-182. Rio de Janeiro 2013.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.** 1995. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036>>. Acesso em 08 Fev 2018

PÓ, Marcos Vinicius. **A accountability no modelo regulatório brasileiro:** gênese e indefinições (os casos da ANATEL e ANS). Tese (Doutorado) – Administração pública, Fundação Getúlio Vargas, 2004

QUEIROZ; Thiago Faustino de. **Ressarcimento ao sus:** análise do repasse das operadoras de planos de saúde no período de 2001 a 2012. Mestrado(Economia), Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

ROSA, Tereza Cristina; FILHO, José Rodrigues de farias. **Gestão Dos Planos De Saúde Na Modalidade De Autogestão.** Trabalho apresentado no X congresso nacional de excelência em gestão, 2014. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0234_14.pdf>. Acesso em 08 Fev. 2018

SANCOVSCHI, Moacir et al **Análise das intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).** Contabilidade, Gestão e Governança, v. 17, n. 2, 2014.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 1, p. 49-62, 2007.

SIMIONI, Flávio José; SIQUEIRA, Elisabete Stradiotto; BINOTTO, Erlaine. **Planejamento estratégico e a saúde pública:** um estudo do programa saúde da família. XXX encontro de engenharia de produção, São Paulo, 2010.

VERARDO, Luigi. Economia solidária e autogestão. **Revista proposta**, ano v. 30, p. 56-61, 2003. Disponível em: <<http://base.socioeco.org/docs/luigiverardo98.pdf>>. Acesso em 08 Fev. 2018

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl.1, p. 1565-1577, 2009.



GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR FRENTE EM UM PLANO DE SAÚDE DRENTE À REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre gestão na saúde suplementar frente a regulamentação 358 da agência nacional de saúde. É um trabalho da acadêmica Roberta da Silva Rodrigues, do curso de Administração da Universidade Federal da Grande Dourados, sob orientação da Profa. Dra. Erlaine Binotto e coorientação do Prof. Dr. Régio Márcio Toesca Gimenes.

Objetivo geral dessa pesquisa é identificar as ações que são tomadas pela operadora de plano de saúde frente as regulamentações da ANS e o impacto financeiro da regulamentação RN 358. Os dados dessa pesquisa para fins, unicamente, acadêmicos e sua participação é voluntária. Caso tenha dúvidas meus contatos são: e-mail: robertarodriguesadm2014@gmail.com cel: (67) 99921-5310

- 1- Como você, na condição de gestor de uma operadora de plano de saúde, percebe o mercado de saúde suplementar?
- 2- Quais os maiores desafios enfrentados pela operadora de saúde diante das normativas da ANS?
- 3- Poderias descrever os tipos de impactos que a ANS causa no convênio?
- 4- Alguns autores definem a RN 358 como uma transferência de responsabilidade do Estado para as operadoras de planos de saúde, uma vez que segundo a constituição é dever do Estado garantir a saúde á sociedade. Qual o ponto de vista da gestão do plano de saúde sobre tal regulamentação, sobre as tabelas cobradas e prazos para restituição?
- 5- Quais áreas na empresa sofrem maior impacto quando submetidas às regulamentações da ANS? Como isso tem sido tratado?
- 6- Como você classificaria o impacto financeiro que a RN 358 causa no convênio?
- 7- Poderias listar a quais fatores podem ser atribuídos o resultado do impacto financeiro causado pela RN 358
- 8- Em um mercado em constante mudança e com grau de seleção elevado, quais as principais ações tomadas pela organização para se manter no mercado?
- 9- Considerando que se trata de uma empresa de autogestão, o que é levado em consideração ao ser realizado o planejamento da empresa?
- 10- Quais ações são tomadas pela organização para manter o equilíbrio financeiro em um mercado de demanda instável?
- 11- Quais medidas são tomadas para realizar o controle entre o planejamento e a execução dos serviços? Poderias comentar também os controles sobre a utilização dos serviços pelos usuários?
- 12- Quais as perspectivas futuras para organização nesse mercado?

APÊNDICE E**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS E AUTORIZAÇÃO PARA INSERÇÃO DE TRABALHO DE GRADUAÇÃO NOS MEIOS ELETRÔNICOS DE DIVULGAÇÃO DISPONIBILIZADOS E UTILIZADOS PELA UFGD**

Eu, Roberta da Silva Rodrigues, Suporte de cadastro, Rua Rio Brilhante, 1239, Dourados - MS, portadora do RG: 000138638 SSP/MS, CPF: 011.378.811-86, aluno do Curso de Administração da Universidade Federal da Grande Dourados, matriculado sob número 2014062246641, venho, por meio do presente, **AUTORIZAR** a inserção do meu Trabalho Final de Graduação, Aprovado em banca, intitulado **GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM UM PLANO DE SAÚDE FRENTE A REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** nos meios eletrônicos de divulgação disponibilizados e utilizados pela universidade, bem como em qualquer outro meio eletrônico de divulgação utilizado pela Instituição, para os específicos fins educativos, técnicos e culturais de divulgação institucional e não-comerciais.

DECLARO, dessa forma, que **cedo, em caráter gratuito e por tempo indeterminado**, o inteiro teor do meu Trabalho de Graduação acima identificado, cuja cópia, por mim rubricada e firmada, segue em anexo, **para que possa ser divulgada através do(s) meio(s) acima referido(s)**.

DECLARO, ainda, que sou **autor e único e exclusivo responsável** pelo conteúdo do mencionado Trabalho de Graduação.

AUTORIZO, ainda, a Universidade a **remover** o referido Trabalho do(s) local(is) acima referido(s), a **qualquer tempo e independentemente de motivo e/ou notificação prévia** à minha pessoa.

Em Dourados, 08 de fevereiro de 2018

Assinatura: _____

Nome Completo: Roberta da Silva Rodrigues