



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

Teonia Ferreira de Castro

**MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS E  
FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES NAS OPERADORAS DE  
PLANOS DE SAÚDE**

Fortaleza – Ceará  
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

Teonia Ferreira de Castro

**MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS E  
FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES NAS OPERADORAS DE  
PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia e Gestão Empresarial, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Especialista em Estratégia e Gestão Empresarial.

Orientador: Prof. Marcos Antonio Martins Lima, Dr.

Fortaleza – Ceará  
2006

Teonia Ferreira de Castro

# MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS E FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES NAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Esta monografia foi submetida à Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia e Gestão Empresarial, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de especialista em Estratégia e Gestão Empresarial, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que feita acordo com as normas de ética científica.

Data da aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof. Marcos Antonio Martins Lima, Dr.

Nota

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teonia Ferreira de Castro

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha querida e inesquecível sogra Odília Silva Castro (*in memoriam*) pelo seu amor e dedicação à família e por ter nos ensinado a lidar com a dor, com serenidade e aceitação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente ao meu Senhor e meu DEUS, que está sempre presente na minha vida, dando-me forças e sabedoria para lidar com as adversidades proporcionadas pela vida e por me amar de maneira incondicional e ensinar-me a aceitar o outro como ele é;

Aos meus pais, José Ferreira das Chagas e Maria Julieta de Sousa Ferreira, que apesar da falta de estudo não mediram esforços para educarem todos os seus oito filhos, principalmente pela unidade e amor, gerados por eles, em nossa família.

Ao meu esposo Milton de Castro Filho, por se fazer presente em todos os momentos de minha vida ao longo desses vinte e seis anos de companheirismo, amor, dedicação, compreensão - e pelo maravilhoso pai que é;

Aos meus filhos Filipe Ferreira de Castro, Matheus Ferreira de Castro e Letícia Ferreira de Castro, por me transmitirem felicidade, paz, alegria e por terem colaborado, pacientemente - durante o desenvolvimento deste trabalho, aceitando minhas ausências;

Ao mestre e orientador Marcos Antonio Martins Lima, Dr., pela objetividade, sabedoria e, principalmente, pela disponibilidade;

À Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil – CAMED, por ter me proporcionado recursos e espaço para a composição deste trabalho, especialmente aos Administradores José Barbosa de Farias - Diretor, e João Robério Pereira de Messias - Presidente.

À minha Comunidade Católica Servos do Senhor, que compreendeu e colaborou com o meu afastamento durante o desenvolvimento deste trabalho, especialmente aos coordenadores, Timá Ferreira e Aparecida Chagas, meus queridos irmãos em Cristo e de sangue.

A todos os meus colegas de trabalho e amigos que contribuíram na elaboração deste trabalho, de maneira direta e indireta.

## RESUMO

Após quase quarenta anos de funcionamento sem regulação, o sistema de saúde suplementar teve que se adequar e cumprir os requisitos impostos pela regulação da Lei 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A regulação e a ANS trouxeram avanços na saúde suplementar que fizeram o setor ficar mais qualificado hoje, do que no período da pré-regulação. Para acompanhar esses avanços, as operadoras de planos de saúde tiveram que se adaptar às exigências atuais. Nesse contexto, a adoção de novas tecnologias, a implantação de serviços próprios - juntamente com programas de medicina preventiva, surgem como uma perspectiva de redução de custos, além de promover uma melhor qualidade de vida aos seus assistidos. O presente estudo tem como objetivo avaliar a viabilidade financeira no investimento de serviços próprios com ações de medicina preventiva, em operadora de plano de saúde. Até pouco tempo os planos de saúde sentiam-se no direito de negar todo e qualquer procedimento que não tivesse comprovação da patologia no usuário, pois não eram obrigadas a trabalhar na linha preventiva. Atualmente esse paradigma está sendo quebrado, pois algumas operadoras perceberam que é por meio de ações da promoção da saúde e da prevenção de doenças que seus custos poderão reduzir e focaram seu olhar para a saúde e não mais para a doença. A hipótese principal deste trabalho defende que as operadoras que oferecem serviços próprios aliados a programas de promoção da saúde conseguem melhores resultados nos custos assistenciais. Adotou-se como metodologia: *benchmark's* em empresas que já oferecem serviços próprios, pesquisas bibliográficas e participação em Conferências sobre o tema. Constatou-se que os planos que adotaram ações de medicina preventiva, reduziram seu custeio assistencial entre 30% e 50%, e que 90% dos usuários declaram que indicariam o programa para outra pessoa, pois reconhecem que após sua participação nos programas oferecidos, melhoraram sua qualidade de vida.

# SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas .....	09
Lista de Figuras.....	10
Lista de Gráficos.....	11
Lista de Quadros.....	12
Lista de Tabelas.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE.....	19
2.1 Contexto Histórico do Sistema de Saúde no Brasil.....	20
2.2 Saúde: Assistência Pública Versus Assistência Privada.....	24
2.3 Classificação das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde.....	26
2.3.1 Administradoras.....	27
2.3.2 Medicina de Grupo.....	28
2.3.3 Cooperativa Médica.....	29
2.3.4 Autogestão.....	29
2.3.5 Seguradora Especializada em Saúde.....	29
2.4 Legislação do Setor da Saúde Suplementar .....	30
2.5 Mecanismos de Regulação e Controle de Risco.....	33
2.5.1 Principais Mecanismos de Regulação e de Gerenciamento de Risco.....	34
2.5.2 Mecanismos Financeiros.....	35
2.5.3 Mecanismos Sistêmicos.....	36
3 MEDICINA PREVENTIVA.....	38
3.1 Estratégias do Programa Saúde da Família do SUS.....	38
3.2 Estratégias da Medicina Preventiva e Promoção da Saúde em Operadora de Plano de Saúde.....	44
4 ESTRATÉGIAS DE CUSTOS E DE MARKETING.....	52
4.1 Economia & Saúde.....	54
4.2 Estratégia de Redução de Custos.....	59

4.3 Estratégias de Marketing para Fidelização de Clientes.....	60
4.4 Fatores que afetam a expectativa dos Clientes.....	63
5 SERVIÇOS PRÓPRIOS NAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE.....	67
5.1 Estratégia de Serviços Próprios.....	67
5.2 Cenário Atual na Relação Operadora X Prestador X Usuário.....	69
5.3 Características de Centro Médico com Foco na Saúde e não na Doença.....	70
5.4 Benefícios na Gestão de Serviços Próprios.....	70
5.5 Benefícios para os Prestadores Credenciados com Referenciamento.....	71
5.6 Benefícios para os Usuários.....	71
6 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	78



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
AMB - Associação Médica Brasileira  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ASSEFAZ - Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda  
CAMED - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil  
CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil  
CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos  
CONAMGE - Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo  
CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FACHESF - Fundação CHESF de Assistência e Seguridade Social  
IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IDSS - Índices de Desempenho da Saúde Suplementar  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PSF - Programa Saúde da Família  
RDC - Resoluções da Diretoria Colegiada  
RN - Resoluções Normativas  
RO - Resoluções Operacionais  
SINAMGE - Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados  
UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

## LISTA DE FIGURAS

### FIGURAS

**Figura 1:** Mapa da distribuição das equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários no Brasil .....40

**Figura 2:** Círculo da saúde e do bem estar.....55

## LISTA DE GRÁFICOS

### GRÁFICOS

**Gráfico 1:** Evolução do registro de operadoras - Brasil - 1999-2006.....19

**Gráfico 2:** Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil – junho/2006).....27

**Gráfico 3:** Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por Grande Regiões (Brasil – junho/2006).....58

## LISTA DE QUADROS

### QUADROS

- Quadro 1:** Funções das operadoras antes e depois da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde.....32
- Quadro 2:** Momentos relevantes do Programa Saúde da Família no Brasil.....41
- Quadro 3:** Modelo de Programa de Medicina Preventiva.....48
- Quadro 4:** Cenário da relação entre Operadoras, Plano de Saúde e Usuários.....69

## LISTA DE TABELAS

### TABELAS

**Tabela 1:** Resultado de redução de custos em operadoras com medicina preventiva.....47

**Tabela 2:** Despesa das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade da operadora - Brasil – 2005.....47

**Tabela 3:** Despesas das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade da operadora – Brasil – 2005.....57

“Saúde não tem preço, mas tem custo”  
(Marcelo Gurgel).

“Prevenir é o melhor remédio”  
(ditado popular).

# 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Suplementar, no Brasil, nos últimos anos vem apresentando diversas dificuldades, pois a regulamentação do setor de saúde através da Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS trouxeram inúmeras exigências às operadoras e alteraram a realidade do mercado.

As operadoras de planos de saúde, para fazerem frente a essas novidades, somadas ao envelhecimento da população e à incorporação de novas tecnologias, adotaram mecanismos de regulação para atender as exigências e se manterem no mercado. Nesse contexto, a adoção de medidas preventivas para evitar doenças e promover a saúde tem sido a estratégia de muitas operadoras, além do investimento na adoção de serviços próprios, com o objetivo de reduzir custos e promover qualidade de vida aos seus assistidos e, conseqüentemente, garantir maior fidelização.

O presente trabalho tem como principal objetivo avaliar a viabilidade financeira dos investimentos em serviços próprios, como: centros médicos para possibilitar a adoção de programas de promoção da saúde e prevenir doenças, realizados por Operadoras de Plano de Saúde, tendo como tema central “Medicina Preventiva e Promoção da Saúde: estratégias para fidelização de clientes e redução de custos nas operadoras de plano de saúde”. Serão analisados aspectos sociais, políticos e econômicos relacionados à assistência à saúde, com ênfase na evolução da Assistência Médica Suplementar, focando a Medicina Preventiva e a Promoção da Saúde.

Esta monografia tem como objetivos específicos, mensurar o nível de satisfação dos usuários de planos de saúde das operadoras que adotaram a estratégia acima, mensurar a redução dos custos com a assistência médica desses planos e comprovar que essas operadoras têm maior controle da solicitação de procedimentos médicos e mantêm um relacionamento melhor com os prestadores de serviços, do que as operadoras que não adotam essa estratégia.

Pode-se constatar que a Constituição Brasileira de 1988 garante a todos os cidadãos o direito à saúde, por força de vários dispositivos constitucionais, nos quais está prescrito que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (art. 196).

Nas disposições gerais, a Constituição prevê ainda que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2006).

Entretanto, se verifica que após todo o tempo decorrido da promulgação da Lei Maior de 1988, a saúde padece de enfermidades profundas, sendo ignorado o direito à saúde. O que se tem constatado através da mídia são episódios reais e freqüentes de pacientes em filas nos serviços de saúde, a falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência, dentre outros, tão graves quanto.

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que, entre outras obrigações, deve promover a ampliação e universalização do atendimento da população, descentralizando responsabilidades e recursos para estados e municípios. Em suas Disposições gerais, a Lei 8.090/90 trata que:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2006).

No Brasil, esses fatores determinantes e condicionantes da saúde na Constituição são precários, e a assistência pública à saúde sofre ainda com o descaso das autoridades políticas, quando reduzem o orçamento e desviam verbas destinadas à saúde etc.



Todos esses problemas deram espaço para a criação da assistência médica suplementar, também conhecida como saúde suplementar ou atenção médica supletiva, constituída por empresas e seguros de saúde. Atualmente os planos de saúde atendem  $\frac{1}{4}$  da população brasileira (ANS, 2006).

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos, começando com um relato sobre as Operadoras de Plano de Saúde, com enfoque na regulação do setor por meio da Lei 9.656/98 e da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, contextualizando o histórico do sistema de saúde no Brasil. E depois, serão abordados os mecanismos de regulação e de controles dos riscos, além da classificação das operadoras.

Em seguida, será apresentado um histórico das Estratégias do Programa Saúde da Família do SUS que subsidiou as Estratégias da Medicina Preventiva e a Promoção da Saúde em Operadoras de Plano de Saúde, contribuindo para proporcionar melhor qualidade de vida aos usuários, e conseqüentemente, reduzir o custeio assistencial.

O terceiro capítulo apresenta Estratégias de Redução de Custos e de Marketing, destacando estratégias para fidelização de clientes e os fatores que afetam as expectativas dos clientes.

Finalmente, será comentado sobre a tendência de “verticalização” nas operadoras de plano de saúde e os seus benefícios envolvendo operadoras, usuários e prestadores de serviço. Essa estratégia tem sido adotada por algumas operadoras para se obter maior controle dos procedimentos solicitados e realizados, desnecessariamente, e reduzir custos.

Este trabalho foi desenvolvido a partir da necessidade de uma operadora de plano de saúde, situada na cidade de Fortaleza, de avaliar a viabilidade financeira no investimento em serviços próprios, com ações de promoção da saúde

e prevenção de doenças, para promover melhor qualidade de vida aos seus usuários.

A metodologia adotada pela autora para a fundamentação desse trabalho foi a realização de alguns *benchmark's* em empresas, que já contam com serviços próprios e medicina preventiva, essas empresas foram: Medial Saúde (São Paulo), Casf (Belém), Cassi e Hap Vida (Fortaleza) e Caseb (Salvador).

Além da realização de visitas e pesquisa bibliográfica a autora também participou de Conferências sobre o assunto “Medicina Preventiva”, realizadas em São Paulo pelo *Institute International Research - IIR* e pelo *International Business Communications – IBC*, nos meses de outubro e novembro de 2006.

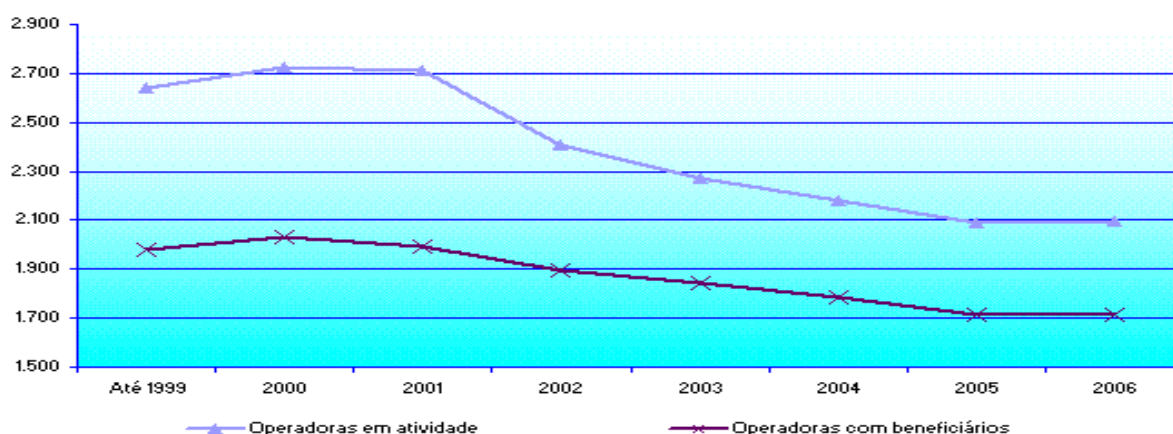
A hipótese central desse trabalho: serviços próprios com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças possibilitam a redução de custos assistências e garantem a fidelização dos clientes, é comprovada pelos resultados apresentados por algumas operadoras, destacados no capítulo 3, subitem 3.2.

## 2 OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

A Lei 9.656/98 define que operadora de plano de assistência à saúde é a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, administradora ou entidade de autogestão que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

Como foi citado na introdução deste trabalho, o Sistema de Saúde Suplementar, nos últimos anos, vem apresentando diversas dificuldades. A regulamentação do setor através da Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS fizeram inúmeras exigências e alteraram a realidade do mercado.

Desde então a ANS vem exercendo suas funções com particular rigor, exigindo das operadoras condições operacionais e econômico-financeiras difíceis de cumprir. Pode-se constatar pelo Gráfico 1, a seguir, que a partir da criação da ANS, em 2000, centenas de operadoras fecharam suas portas e outras estão submetidas ao regime de intervenção.



**Gráfico 1 - Evolução do registro de operadoras - Brasil - 1999-2006**

Fonte: Agência Nacional de Saúde – ANS (2006).

## 2.1 Contexto Histórico do Sistema de Saúde no Brasil

As raízes da assistência à saúde nas organizações brasileiras encontram-se nas empresas de estrada de ferro dos anos 1920, um dos ramos mais importantes da economia do País. Na época, a assistência prestada demandava formas de serviços sanitários e assistenciais, além de medidas de caráter coletivo, que garantiam a saúde de seus funcionários, de modo a não interromper o desenvolvimento do setor.

Em meados de 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), através do Decreto-Lei 4.682, conhecido como Lei Eloy Chaves, que representou o primeiro momento da incorporação ao aparelho institucional do Estado, de um formato de seguro social, originado pelas relações contratuais entre o capital e o trabalho.

As caixas eram criadas em cada empresa de estrada de ferro existente no País, como um benefício para os empregados, que contribuíam diretamente, ao lado do empregador, para o custeio das caixas e participavam de seu Conselho Administrativo. De caráter compulsório e contributivo, as caixas tinham a função de prestar auxílio doença, auxílio funeral, pagar pensões, aposentadorias e prestar assistência médica para seus filiados e dependentes (GURGEL FILHO, 2001, p. 26).

Com o tempo, a importância da assistência prestada pelas CAP viria, progressivamente, a decrescer, não apenas no conjunto de normas, como também na estrutura de gastos. Teve início, então, a privatização da assistência médica no Brasil, através do credenciamento médico como forma de suprir a assistência médica a ser dada aos segurados dessas caixas (GURGEL FILHO, 2001, p. 29).

Em 1933, com o intuito de prestar uma assistência de melhor qualidade e de âmbito nacional, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), marcando a transformação do sistema previdenciário brasileiro, incorporando, em sua estrutura, a participação ativa do Estado.

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, ampliou, ainda mais, as atribuições do sistema de previdência e assistência, além de regulamentar as formas de concessões e compras de serviços médicos do setor privado, os convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos para prestação de serviços de saúde, a livre escolha, as tabelas de honorários etc.

A partir da década de 1960, o centro da economia migra do pólo rural para o urbano-industrial. Surge, então, uma grande massa de assalariados e, com eles, a necessidade de um atendimento médico previdenciário, ou medicina de força de trabalho. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1964, foi manifestada a proposta de participação social e descentralização do sistema de saúde.

Em novembro de 1966, o governo militar decretou a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), promovendo a unificação dos IAP, retirando o direito dos trabalhadores de participarem da administração e definição de políticas nessa área. A partir de então, as ações na área de saúde passaram a privilegiar a prática médica curativa, individual, especializada e de caráter assistencialista.

O modelo que evoluiu frente a tais necessidades, tinha como principais características a centralização político-administrativa e a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dicotômico entre ações curativas e preventivas, o acesso não-universal, e o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados. Esse modelo ficou conhecido como médico-assistencial privatista e foi hegemônico até o fim dos anos 1970 (DUNCAN, 2004, p. 69).

Nesse modelo, a ampliação e a modernização de hospitais privados são financiadas com empréstimos concedidos pelo governo a juros muito baixos. Justificando a incapacidade para atender, na própria rede, devido ao crescimento da demanda, o INPS estimula a compra de serviços privados de medicina, por meio de credenciamento junto a hospitais e clínicas contratadas. Nesse período, desvios e fraudes permeiam essa modalidade de assistência, como forma de cobrir os baixos preços pagos pelo INPS aos serviços prestados.

Em 1974 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), voltado para a prestação de assistência médica e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para cuidar de toda atividade financeira do sistema previdenciário. Tais mudanças foram ocasionadas devido aos desvios e fraudes ocorridos durante a existência do INPS.

O INAMPS começa a investir numa política de convênios e, através deles, os trabalhadores e seus dependentes passam a ser atendidos por profissionais de organizações prestadoras de serviços médicos especializados, chamadas de “empresa de medicina de grupo” ou “grupos médicos”. Com subsídios da Previdência, a instituição conveniada paga para a prestadora de serviços um valor pré-fixado e *per capita*, independentemente dos procedimentos que fossem realizados.

A necessidade de mudança verificada no fim da década de 1970 vai se acelerando na década de 1980. Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) com forte influência de setores vinculados à Reforma Sanitária, em uma primeira tentativa de integrar a política de saúde, até então pulverizadas em muitas instituições.

De acordo com Almeida (1998, p.16), as hipóteses explicativas da expansão do sistema supletivo de saúde a partir do final da década de 1980, incluem:

(1) A queda da qualidade dos serviços públicos de saúde causada pela grande procura com a universalização do direito à saúde e pela escassez de recursos para esse setor.

(2) A heterogeneidade estrutural, própria dos modelos de reparação à saúde, adotada para os trabalhadores desde os anos 1930, com benefícios e serviços diferentes, para categorias funcionais diversas.

(3) A demanda por planos de saúde, por parte da classe média brasileira, que sofreu grande expansão na década de 1970, mas ficou impossibilitada de pagar a assistência médica particular, ao perder o poder aquisitivo na década seguinte.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da elaboração da nova Constituição, na qual o movimento sanitário e o governo reencontram-se com os movimentos sociais populares, inaugurou-se uma nova fase de participação social nas políticas públicas da saúde.

Em 1987, foi lançado o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), corrigindo algumas distorções das Ações Integradas de Saúde (AIS). Com a promulgação da nova Constituição, em 1989, e sua regulamentação com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, ao lado de outras leis, compôs-se um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando as principais diretrizes do que deveria ser a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1990 foi criada pelo Decreto 93.350/90 uma autarquia federal pertencendo a Administração Indireta, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) surgiu da fusão do INPS e com o IAPAS, centralizando os serviços públicos, haja vistas que a descentralização exacerbada estava trazendo enorme prejuízos. Já a assistência médica foi transferida para o Ministério da Saúde que criou o Sistema Único de Saúde – SUS, extinguindo o INAMPS.

Em 1994, como nova estratégia de desenvolvimento do SUS e como eixo central para promover a extensão de cobertura, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF). Em 2005 já havia 24.600 equipes de PSF implantadas em 44,4% da população brasileira perfazendo uma cobertura de 78,6 milhões de habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nos últimos anos, a assistência médica passa a ser item estratégico na política de recursos humanos nas empresas e, atualmente, não só a concessão de assistência à saúde, mas sua abrangência e sistemática vêm ocupando os primeiros lugares na lista de preocupações das empresas, por ser um fator estratégico, imprescindível e um diferencial de mercado ante seus concorrentes.

## **2.2 Saúde: Assistência Pública Versus Assistência Privada**

O nível de assistência à saúde do País é insatisfatório, tanto sob a ótica médica como do ponto de vista social. As estruturas de atendimento médico compreendendo os equipamentos, os recursos humanos e os insumos médicos estão defasados em relação às necessidades concretas da população.

Na realidade brasileira, não se pode ignorar que a organização do atual Sistema de Saúde, além de depender, fundamentalmente, de aspectos políticos e sócio-econômicos diversos, recebe a interferência não apenas do Ministério da Saúde, mas também, dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação, do Trabalho, do Interior, dos Militares e de outros setores, numa multiplicidade de órgãos do Estado para a realização de coisas, muitas vezes, superpostas.

Entre as atribuições do Ministério da Saúde, cumprem destacar os estudos, pesquisas e controle das endemias; as ações de vigilância epidemiológica; as ações de vigilância sanitária; as ações de controle sanitário das migrações humanas; a formação de recursos humanos para a saúde; o desenvolvimento de tecnologias em saúde; a vigilância sanitária dos portos, fronteiras e aeroportos; o combate às doenças transmissíveis; o desenvolvimento da programação nacional de alimentação e nutrição e a expansão da rede de atendimento primário das populações, de modo a cobrir todo o território nacional.

O setor público de saúde vem passando por uma radical descentralização administrativa. Essa reforma social, ainda que incompleta, tornou a regulação do setor de saúde ainda mais complexa, pois, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tal atividade passou a ser competência do governo municipal, estadual e federal. De um lado, a perspectiva de descentralização se apresenta como mecanismo mais eficiente de redistribuição do orçamento público e de reversão de tendências dos projetos de gestão e de planejamento. De outro lado, reivindica-se a descentralização do Estado para democratização das instituições, da gestão pública e do exercício do poder, seja pela ampliação do campo dos direitos e



liberdades, seja pela progressiva incorporação dos setores marginalizados, ou ainda pelo maior controle e participação popular na atuação das administrações públicas.

O SUS é composto dos órgãos públicos de assistência à saúde, nas três esferas de governo, integrados numa rede hierarquizada e regionalizada, segundo o que determina a Constituição. Sua gestão é descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, e suas diretrizes permitem que estados e municípios implementem formas alternativas de gestão e de administração.

Mas, o atendimento insuficiente, muitas vezes precário, especialmente em cidades do interior, configura o não-cumprimento de ações governamentais que deveriam proporcionar cobertura assistencial gratuita a população brasileira. De acordo com o próprio Ministério da Saúde, grande parte dos 150 milhões de brasileiros que dependem do SUS não contam com assistência básica, que poderia ser prestada por postos de saúde dotados de profissionais e equipamentos básicos.

O sistema supletivo de saúde, com atendimento médico-hospitalar, formado em São Paulo, surgiu em 1956, quando uma empresa de porte expressivo desativou seu serviço de saúde e contratou um grupo de médicos para dar assistência aos seus funcionários, mediante um pré-pagamento fixo. Mas foi no início dos anos 1960 que surgiu e desenvolveu-se a partir do ABC, cidades da região metropolitana de São Paulo. Médicos se organizaram em grupos para preencher o vazio deixado pelo Estado que já demonstrava sua incapacidade em acompanhar o novo momento, caracterizado pela queda na qualidade do atendimento médico-hospitalar oferecido pelo setor público, longas filas de espera e superlotação dos hospitais.

De outro lado, os altos custos da medicina, crescentes até mesmo pela explosão do desenvolvimento tecnológico, diminuíram a procura pelo atendimento particular, até então, comum. Foi a partir dessa realidade da saúde no Brasil que surgiram as empresas de plano de saúde oferecendo serviços próprios e credenciados e uma estrutura de atendimento que incluía médicos contratados e conveniados, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento especializado.

No total, o setor privado atende cerca de 43 milhões de pessoas, tendo movimentado no ano passado R\$ 23 bilhões, com mais de um milhão de procedimentos médicos realizados por dia, quantia que corresponde a todo investimento público na área da saúde nesse ano. Sozinha, a medicina de grupo realizou no ano passado 91 milhões de consultas médicas, 1,8 milhão de internações hospitalares, 373 mil partos, 62,3 milhões de exames laboratoriais, 91 milhões de exames radiológicos, e mais de 26 milhões de exames e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, movimentando cerca de R\$ 5,18 bilhões (ANS, 2006).

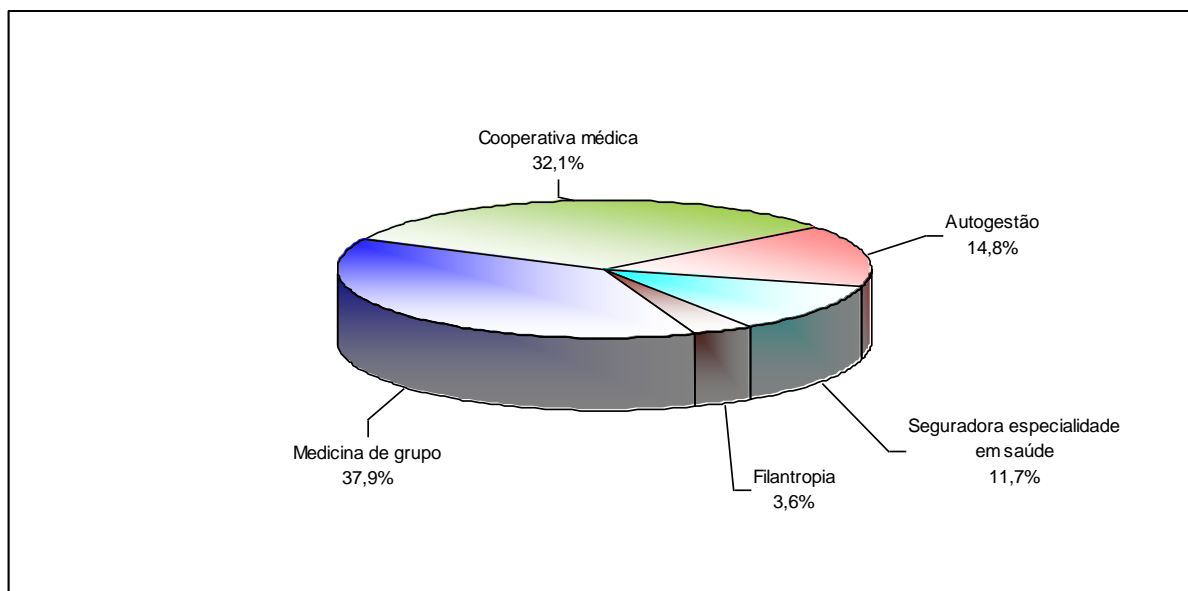
Desses 43 milhões de usuários de planos de saúde privada, 30,3 milhões estão associados a planos coletivos. São os que têm o benefício por intermédio de seu emprego. Do outro lado, estão as 120 milhões de pessoas, constituídas de excluídas, trabalhadores do setor informal da economia, lavradores, idosos e operários sem qualificação profissional que dependem do atendimento do SUS (ANS, 2006).

### **2.3 Classificação das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde**

O plano privado de assistência à saúde é definido pela Lei nº. 9.656/98 como sendo a “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, em limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não, da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à 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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O número de operadoras no Brasil, segundo estatística da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) chega a 2.095, com predomínio do segmento de medicina de grupo, com 37,9% do mercado, seguido das cooperativas,

que dominam 32,1% e as operadoras de autogestão com 14,8% do mercado (ANS, 2006). Como pode ser observado no Gráfico 2, a seguir:



**Gráfico 2- Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade da operadora (Brasil – junho/2006)**

Fonte: Agência Nacional de Saúde – ANS (2006).

As operadoras de plano de assistência à saúde estão classificadas em: administradoras, medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão e seguradora.

### **2.3.1 Administradoras**

São empresas que administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários de sua contratante, a qual financia tais planos.

### **2.3.2 Medicina de Grupo**

Criada a partir de incentivos do Governo Federal, através do convênio-empresa entre a empresa empregadora e a empresa médica, a medicina de grupo

desenvolveu-se durante os anos 1960 na região do ABC paulista, em virtude da precariedade dos serviços públicos da região.

Uma das principais características da Medicina de Grupo é o custeio de suas atividades ser, prioritariamente, por meio do sistema de pré-pagamento, em que o usuário (plano individual ou empresarial) paga um valor por cada beneficiário. O valor é determinado em virtude do grau de cobertura de eventos, sofisticação do plano e de cálculos atuariais que consideram o risco de contratação de enfermidades associadas ao indivíduo ou ao grupo de beneficiários.

O modelo de Medicina de Grupo é representado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Vinculados à ABRAMGE estão o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), criado 20 anos depois e o Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), instituído em 1991.

A Amil Assistência Médica Internacional, a Amico Assistência Médica, a Intermédica Sistemas de Saúde e a Medial Saúde são exemplos de empresas de Medicina de Grupo de grande porte no Brasil, sendo a Amil, a maior delas. O que caracteriza essas empresas de Medicina de Grupo como grande porte é o fato de terem mais de 300 mil beneficiários. As empresas de médio porte têm entre 100 e 300 mil beneficiários, enquanto que as de pequeno porte têm menos de 100 mil usuários, sendo maioria no País.

### **2.3.3 Cooperativa Médica**

Esse segmento é representado por médicos, que ao mesmo tempo são sócios e prestadores de serviços, tendo participação financeira proporcional à sua produção, por tipo e quantidade de atendimento. Enquanto prestadores de serviços recebem pagamentos, na proporção dos atos médicos que realizam, a título de adiantamento. E, como co-proprietários, por ocasião do encerramento de cada exercício, também recebem uma participação nos resultados. A maior e mais conhecida cooperativa médica do país é a UNIMED.

### **2.3.4 Autogestão**

A autogestão é uma modalidade sem finalidade lucrativa, administrada diretamente pela instituição patrocinadora ou por instituição assistencial e/ou previdenciária, diretamente vinculada à primeira. Fazem parte desse segmento os planos de saúde destinados a empregados ativos e aposentados ou participantes de associativas (beneficentes, assistenciais, previdenciárias, sindicais e cooperativas de usuários), bem como, seus dependentes até o terceiro grau de parentesco.

Esse segmento tem como objetivo promover a saúde dos beneficiários, com recursos e serviços conveniados ou de livre escolha (reembolso), dispensando a contratação de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, eliminando os custos com o processo de intermediação.

A participação financeira na autogestão pode ocorrer de três formas: na primeira, a empresa patrocinada financia totalmente a assistência à saúde de seus empregados, na segunda, as despesas são rateadas entre a empresa e os participantes do plano, e na terceira, o beneficiário arca com o custo integral, sendo essa última, a forma menos utilizada. O mais comum é que a cota de assistência ou custeio do plano seja fracionada entre a organização mantenedora e os beneficiários, o que se define como: co-participação nos custos.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) é o órgão representante das empresas de autogestão e congrega mais de 150 empresas. Como exemplos de empresas de Autogestão pode-se citar: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil (CAMED), Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (ASSEFAZ) e Fundação CHESF de Assistência e Seguridade Social (FACHESF).

### **2.3.5 Seguradora Especializada em Saúde**

O seguro-saúde destina-se a dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar cuja garantia consiste no pagamento em dinheiro, efetuado pela

sociedade seguradora à pessoa física ou jurídica que prestou assistência médica ao segurado.

As empresas seguradoras, custeando as atividades e praticando o esquema de pré-pagamento, operam semelhantemente à modalidade de medicina de grupo. O valor pré-pago é proporcional a cobertura requerida pelo segurado e o nível de reembolso é geralmente fixado em valores estabelecidos por tabelas estruturadas a partir da Associação Médica Brasileira (AMB) e, atualmente, pela tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), ou por vezes, fixada em tabelas elaboradas pela própria empresa seguradora. Além do sistema de reembolso, as seguradoras podem oferecer os serviços de saúde através de rede própria ou credenciada.

#### **2.4 Legislação do Setor da Saúde Suplementar**

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, consolidaram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não previu ou criou leis que regulamentassem os serviços privados de saúde. Como consequência, as forças de mercado atuaram, decisivamente, no crescimento desse setor, porque não havia normalizações ou sanções que impedissem tal crescimento desordenado (BAHIA, 2001, p. 327).

Em 1989, o Ministério da Fazenda autorizou que instituições financeiras iniciassem a comercialização de seguro saúde a sua clientela, ocorrendo, por parte do governo, maior permissão para as empresas negociarem seus planos/seguros saúde com as empresas clientes (BAHIA, 2001, p. 328).

Nos anos 1990, ocorreu uma maior deterioração dos serviços públicos de saúde e, em contrapartida, uma significativa expansão da assistência médica suplementar no Brasil (BAHIA, 2001, p. 330).

Após dez anos da promulgação da Constituição, em 3 de junho de 1998, foi editada a Lei 9.656/98, estabelecendo os princípios e diretrizes para operação

dos planos de saúde no Brasil. Inicialmente, foi atribuída à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) a responsabilidade de regulamentar a aplicação dos dispositivos aprovados, o que foi efetivado por meio de uma série de resoluções que estabeleceram as primeiras normas e critérios para operação no setor, e definiram alguns instrumentos para permitir a aplicabilidade da legislação (MIRANDA, 2003, p. 15).

No ano 2000, foi promulgada a Lei 9.961, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem como missão “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”, a ANS passou então a assumir a regulação do setor. A partir de então, por meio de diversas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), Resoluções Normativas (RN) e Resoluções Operacionais (RO), a agência vem normalizando e fiscalizando as operações no setor, tanto no que se refere à constituição das empresas operadoras quanto aos direitos e obrigações dos beneficiários dos planos de saúde.

Inúmeros pontos positivos puderam ser observados nos planos instituídos a partir de janeiro de 1999, como também naqueles que optaram pela adaptação prevista na Lei 9.656/98.

Um ano após a vigência da lei 9.656/98, ou seja, a partir de dezembro de 1999, a adaptação de todos os contratos de planos privados de assistência à saúde passou a ser obrigatória para as operadoras, que deveriam oferecer essa opção aos clientes. Desde então, foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano de Referência, seguindo-se a segmentação proposta pela própria lei, estipulada em plano ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico. Os contratos firmados antes da promulgação da lei, e não convertidos, não possuem as garantias contempladas por ela. O Quadro 1, a seguir, mostra um comparativo da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e permite avaliar o panorama geral das funções das operadoras atuantes no mercado brasileiro.

Antes da Regulamentação Livre Atuação	Após a Regulamentação Atuação Controlada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• legislação do tipo societário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autorização de funcionamento;</li> <li>• regras uniformes de operação (balanço, por exemplo), sujeitas à intervenção e liquidação;</li> <li>• exigência de reservas (garantias financeiras).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• livre definição da cobertura assistencial;</li> <li>• seleção de risco;</li> <li>• livre exclusão de usuários (rescisão de contratos);</li> <li>• livre definição para os prazos de carências;</li> <li>• livre definição de reajustes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obrigatoriedade de assistência integral à saúde;</li> <li>• proibição de seleção de risco;</li> <li>• proibição de rescisão unilateral dos contratos;</li> <li>• definição e limitação dos prazos de carência;</li> <li>• reajustes controlados.</li> </ul>

Quadro 1: Funções das operadoras antes e depois da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde.

Fonte: (MONTONE, 2002).

As principais garantias da Lei 9.656/98, são:

((a) a proibição das empresas vedarem a participação do usuário, em razão de sua idade, doença preexistente ou deficiência, mas permite o agravamento (aumento) da mensalidade em alguns casos;

(b) a limitação dos prazos de carência;

(c) a assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida;

(d) a rescisão contratual unilateral pela empresa apenas nos casos de fraude ou atraso de pagamento em período superior a 60 dias;

(e) a cobertura em saúde mental;

(f) o direito ao demitido sem justa causa e ao aposentado de permanecerem no mesmo plano, desde que assumam o pagamento integral;

(g) o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando usuários de plano de saúde forem atendidos em hospitais públicos;

(h) a padronização de faixas etárias, não podendo o valor da última faixa ser superior a seis vezes o valor da primeira, bem como, a variação da sétima para a décima faixa, que não pode ser superior à variação da primeira para a sétima faixa.

A Lei 9.656/98 estabeleceu parâmetros para os produtos a serem ofertados no mercado supletivo de saúde, pondo um fim a dificuldade que o consumidor tinha em comparar os produtos oferecidos pelas empresas operadoras de seguros e pelos planos de saúde, porque as coberturas variavam conforme o



plano e a operadora, e as exclusões não eram claramente explicitadas nos contratos. A lei resolveu o problema estabelecendo que:

(a) Cada tipo de plano possuirá a lista de procedimentos que cobrirá.

(b) As operadoras oferecerão seus produtos em módulos, de forma que o consumidor, ao adquirir um produto, saiba exatamente o que tem direito.

(c) Os módulos são (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológico) podem ser combinados. O chamado plano referência é a somatória de todos os módulos de natureza médica.

Após a Lei 9.656/98, a adaptação de todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, anteriores a 1999 – passou a ser obrigatório porque os planos contratados antes da promulgação da Lei, e não convertidos, não possuíam as garantias contempladas por ela.

Antes da regulamentação as empresas atuavam livremente no setor, submetendo-se unicamente à legislação do seu tipo societário. Depois da regulamentação foi exigido o cumprimento de medidas específicas, desde o registro de funcionamento até a constituição de garantias financeiras, além da sujeição das operadoras ao processo de intervenção e liquidação. Foram limitadas a liberdade de definição dos produtos, as condições de operação e de preço, a referida Lei define o produto obrigatório e proíbe a seleção de risco e a exclusão indiscriminada de usuários pela não-renovação ou rompimento de contrato.

## **2.5 Mecanismo de Regulação e Controles dos Riscos**

Com a promulgação da Lei 9.656/98 e das medidas regulatórias elaboradas posteriormente, determinaram-se muitas mudanças no mercado de saúde suplementar, principalmente com relação aos direitos dos usuários que, além de ampliados, passaram a ter o seu cumprimento fiscalizado pela ANS.

O rigor imposto pela referida Lei somado ao envelhecimento da população, o aumento da longevidade e a incorporação de novas tecnologias na execução dos procedimentos têm se constituído um desafio para as operadoras de

planos de saúde na busca da implementação de estratégias para racionalizar a utilização dos serviços oferecidos.

### **2.5.1 Principais Mecanismos de Regulação e de Gerenciamento de Risco**

Os Mecanismos de regulação se utilizam de recursos adotados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, para controlar a demanda ou a utilização dos serviços assistenciais prestados aos consumidores. Esses recursos visam restringir, dificultar ou impedir o acesso ao consumo de qualquer tipo de atendimento ou procedimento, que não esteja claramente descritos no contrato.

Os mecanismos existem em função do risco a que estão expostas às empresas ou entidades do mercado de saúde suplementar através de alguma modalidade ou natureza jurídica específica. Alguns fatores, no entanto, contribuem para o agravamento do risco da saúde e aumentam o custo geral das operações neste ramo, tais como:

- (a) aumento da expectativa de vida;
- (b) inovação tecnológica;
- (c) melhor compreensão e aplicabilidade das leis de proteção e defesa do consumidor;
- (d) assimetria de informações entre prestadores e consumidores e este com relação à operadora;
- (e) regulamentação e fiscalização rigorosa;
- (f) mudanças nos padrões de relacionamento entre empresas e trabalhadores e outros.

Em razão dessas peculiaridades e do próprio risco puro de saúde dimensionado pelo estudo matemático das probabilidades de ocorrência de acometimento de doenças, que levem o segurado/ beneficiário a buscar o socorro prometido em seu contrato do plano ou seguro de saúde, as empresas buscam se

proteger, criando programas de promoção, prevenção, melhoria da qualidade de vida e do estado de salubridade do grupo atendido e empregando técnicas elaboradas de controle da oferta e da demanda conhecida como mecanismo de regulação e controle.

As ações de controle ou regulação, tanto no momento da oferta quando da utilização dos serviços assistenciais, podem ser empregados desde que estejam compatíveis com o disposto no código de ética profissional e na Lei 9.656/98.

### **2.5.2. Mecanismos Financeiros**

Os principais mecanismos financeiros adotados pelas operadoras de plano de saúde são:

(1) Franquia - entendida como o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, teto sobre o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

Há uma espécie de franquia que vem sendo tratada pelo mercado como "co-pagamento", que pode ser um percentual ou valor fixo sobre o custo do procedimento pago no ato de sua realização. De acordo com a definição de Bahia (2001, p. 4):

(...) um seguro com franquias requer que o consumidor pague com seus próprios recursos as despesas até os valores previamente estabelecidos como sendo de responsabilidade do segurado. Quando as despesas ultrapassarem os valores das franquias a responsabilidade passa a ser da seguradora (BAHIA, 2001, p. 4).

(2) Co-participação - entendida como a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde referente à realização do procedimento.

### 2.5.3 Mecanismos Sistêmicos

Os principais mecanismos sistêmicos adotados por muitas operadoras são:

(1) Porta de entrada, também chamada de *gatekeeper* é concebida com a introdução no médico generalista que presta atenção primária e cumpre o papel de única e principal entrada ao sistema médico-assistencial nos planos de saúde que o adotam.

Em outros casos, o emprego da porta de entrada faz com que o consumidor tenha que passar por um médico avaliador que irá ou não autorizar a realização de um determinado procedimento, antes de dirigir-se a um especialista.

(2) Direcionamento - consiste em interferir diretamente na escolha do prestador de serviços que irá prestar o atendimento médico e hospitalar aos beneficiários ou segurados, dirigindo-os àqueles credenciados/referenciados que melhor atendam às expectativas de menor preço associado ao tratamento demandado pelo paciente. O direcionamento pode ser implementado de diversas formas, todas visando direcionar os atendimentos a profissionais ou instituições alinhados à estratégia de serviços da operadora, tais como:

(a) Orientação de pacientes idosos a núcleos de atenção especial ao atendimento à terceira idade, maximizando recursos e reduzindo custos;

(b) Orientação a portadores de determinado grupo de patologia a centros de atendimento previamente selecionado em razão do custo/benefício do tratamento;

(c) Orientação de pacientes gerais a centros de atendimento previamente negociados sob condições especiais pelo direcionamento de maior volume de atendimento, reduzindo custos assistenciais;

(d) Orientação de urgências e emergências à pronto-socorros pré-negociados em razão dos custos face o maior volume de atendimentos.

No direcionamento, é comum, também, o consumidor só poder realizar os procedimentos previamente determinados no credenciado escolhido pela operadora.

(3) Referenciamento - tem como fundamento a indicação dos provedores de serviços mais adequada e previamente negociada em razão do volume de atendimento. Tanto a prática do direcionamento quanto do referenciamento, podem ser combinados com o incentivo financeiro ao consumidor, seja com uma menor co-participação e/ou franquia, seja por descontos especiais nos prêmios emitidos em razão dos resultados esperados.

(4) Hierarquização do Acesso - consiste em estabelecer uma certa hierarquia de atendimento segundo o qual um certo profissional ou instituição de saúde não pode ser acionado sem antes o segurado ser avaliado por um determinado agente.

### **3 MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Neste capítulo será descrito o tema medicina preventiva e promoção da saúde. Esse assunto passou a ser mais freqüente a partir do Programa Saúde da Família (PSF) do SUS, tanto no âmbito público como privado.

Têm-se constatado que os provérbios “é melhor prevenir do que remediar” e “prevenir é o melhor remédio” têm seu fundo de verdade, pois tem sido por meio de ações de prevenção de doenças que os planos tem buscado o seu equilíbrio financeiro.

Serão abordadas, também, as estratégias do PSF do SUS que vêm subsidiar as estratégias da medicina preventiva e promoção da saúde nas operadoras de plano de saúde, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida aos usuários, bem como reduzir o custeio assistencial.

#### **3.1 Estratégia Programa Saúde da Família do SUS**

O Programa Saúde da Família (PSF), do SUS, nasceu em 1994 e conforme informação do Ministério da Saúde, no final de 2005 já contava com 24.600 equipes, cobrindo 44,4% da população brasileira, atendendo a 78,6 milhões de pessoas. O investimento na estratégia Saúde da Família no ano de 2005 foi de R\$ 2.679,27 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). As equipes de multiprofissionais são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde. Um odontólogo, com freqüência, faz parte da equipe.

As premissas sobre a Estratégia da Saúde da Família (ESF), segundo Duncan (2004, p. 88), são:

(1) A ESF é estruturante do SUS e, como modelo de organização da atenção primária, resultante da sua evolução histórica, como discutido adiante, tem como princípios doutrinários a Universalidade, a Integralidade e a Eqüidade.

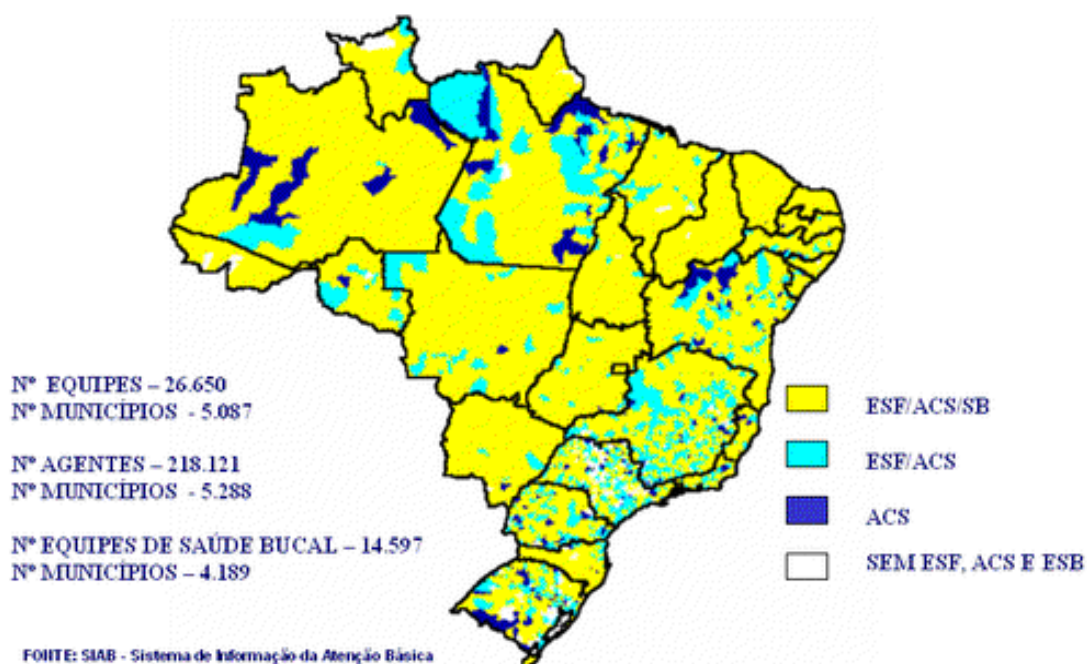
(2) A ESF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS que são: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular.

(3) A ESF prioriza, em suas bases teóricas a Promoção da Saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que todas ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidos no conceito amplo de promoção da saúde.

(4) A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional.

(5) A ESF não se constitui num modelo acabado, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes.

A Figura 1 abaixo apresenta a situação em setembro de 2006, de implantação de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.



**Figura 1 - Mapa da distribuição das equipes de saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários no Brasil**

O enfoque integral à família é uma das atribuições dos integrantes da equipe da ESF. Essa abordagem deve estar fundada em uma visão integral da família e de seus membros, compreendendo-os em seus contextos sócio-econômico e cultural.

A ESF busca entender a família em seu espaço social. As ferramentas do campo da promoção da saúde, como as idéias de construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolvem, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares.

O Quadro 2, a seguir, apresenta momentos relevantes na construção histórica do PSF no país.



Fim da década de 1980	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde.
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: “Avaliação Qualitativa do PACS”; Criação do Programa Saúde da Família (PSF); Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”; Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SIA/SUS.
1996	NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção; Primeiro número do “Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
1997	Reforsus – Implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde; Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB); Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde; Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; <b>Primeiro grande evento:</b> “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”; Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF; Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1.º Pacto da Atenção Básica; <b>Segundo grande evento:</b> “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”; Lançamento do 1.º número da “Revista Brasileira de Saúde da Família”; Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família; Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; <b>Terceiro evento:</b> “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”; Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF); Incorporação das ações de saúde bucal no PSF; Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2002	<b>Quarto evento:</b> “PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”; Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf); Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Quadro 2: Momentos relevantes do Programa Saúde da Família no Brasil.  
Fonte: BRASIL (2004).

Ao ter como objetivo principal de trabalho a saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a proposta da ESF é centrada na promoção da saúde. Deduz-se que os atores da promoção da saúde são vários, ou seja, a promoção da saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade.

A prevenção da doença está inserida na promoção à saúde, pois a prevenção atua sobre os determinantes da doença e as ações de cura e de reabilitação estão contidas na promoção da saúde, que é uma ação mais ampla. Para ser mais eficaz, a prevenção necessita começar na infância, quando o pediatra já pode contribuir com a qualidade de vida futura da criança, conhecendo sua história familiar e interferindo em seus hábitos de vida.

A história das doenças da família é o passo inicial para a identificação dos riscos de cada criança. Esse conhecimento trará novas práticas a pediatria. Porém, para alcançar uma mudança de maneira geral, se faz necessário um grande projeto, em âmbito nacional, com foco no atendimento dado às crianças.

Conclui-se que os profissionais de saúde da família devem alterar sua rotina de forma a desenvolverem atenção integral à saúde em que o objetivo final é melhorar a qualidade de vida, ou seja, promover a saúde e não simplesmente focar a doença de maneira pontual.

De acordo com matéria circulada na Revista Medicina Social de Grupo, em dezembro de 2005, a Faculdade de Medicina da USP conta com um projeto que foi desenvolvido pelo Departamento de Pediatria que tem como objetivo prever e detectar precocemente doenças crônicas da vida adulta e da terceira idade, que tem as seguintes metas:

(1) Detectar e intervir precocemente em casos de obesidade com o intuito de evitar e minimizar suas complicações de longo prazo (hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, musculoesqueléticas e hepatopatias), pois a obesidade constitui-se hoje no principal distúrbio nutricional da população.

(2) Avaliar as repercussões mórbidas a médio e longo prazos das crianças que apresentam restrição do crescimento intra-uterino, pois - o baixo peso ao nascer atinge 9,2% dos neonatos no país.

(3) Prevenir doenças respiratórias crônicas, com ênfase no diagnóstico precoce, indicação de fatores genéticos, infecciosos, alérgicos e ambientais responsáveis por distúrbios de desenvolvimento e/ ou seqüelas pulmonares, pois a asma brônquica é identificada em cerca de 13% das crianças brasileiras em idade escolar.

(4) Avaliar o impacto de doenças crônicas iniciadas na infância (anemia falciforme, neoplasias, nefropatias, artrites e outras auto-imunes, asma grave, imunodeficiências, mucoviscidose e hepatopatias) sobre o desenvolvimento biopsicossocial e qualidade de vida, pois cerca de 12% a 18% das crianças de países desenvolvidos são portadoras de alguma doença crônica.

(5) Definir os parâmetros clínicos para detecção precoce de riscos para o desenvolvimento de distúrbios comportamentais, com base em informações sobre a qualidade de vida e estabelecimento dos primeiros vínculos entre mãe e filho já que em média 15% das crianças atendidas em consultas pediátricas apresentam algum distúrbio de comportamento, sendo os mais comuns o déficit de atenção, a hiperatividade e, não raro, ansiedade e depressão, Nunca é demais lembrar que a depressão é a causa mais importante de morbidade e de incapacitação.

Esse projeto visa articular alguns grupos de pediatras mais ativos do país, para atingir o alvo maior que é contribuir para ampliar o espectro de atuação da pediatria brasileira, a partir da identificação de fatores de risco tanto em crianças saudáveis como doentes, de modo que sejam proporcionadas intervenções que permitam melhorar a qualidade de vida para o adulto e o idoso (REVISTA MEDICINA SOCIAL DE GRUPO, 2006).

### **3.2 Estratégia para Redução de Custos nas Operadoras de Planos de Saúde**

Considerando que os custos com assistência à saúde têm se elevado cada vez mais, por várias razões contextuais, como o avanço tecnológico, o aumento da sobrevida, a utilização inadequada dos serviços etc, as operadoras têm apostado nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como estratégias de redução de custos, mesmo sabendo que o retorno investido, ocorre em médio e longo prazo.

Historicamente, as estratégias para melhorar as condições de saúde eram direcionadas para curar e prevenir doenças. Mas hoje o delineamento dos perfis de risco da população tem orientado estratégias preventivas para reduzir os fatores de risco. O desenvolvimento e implementação de estratégias custo-efetivas para redução de fatores de risco pode ter um impacto significativo na redução da morbidade e mortalidade e na melhoria da qualidade de vida das pessoas (DUNCAN, 2004, p. 67).

A saúde de uma população resulta das condições de vida biológica, social, cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si, com a natureza e com o trabalho. A saúde deve ser mantida através do incremento da qualidade da vida, e não somente pela assistência médica ou à saúde. Esse conceito que é bem amplo depende da articulação de todos os setores sociais e econômicos sendo o direito à saúde o pressuposto que deveria nortear não somente as políticas setoriais, mas também, ser o objetivo maior integrador de todas as políticas sociais e econômicas do Estado, significando uma ação articulada de todo o conjunto de políticas públicas, como as relativas ao emprego, a moradia, ao saneamento, a alimentação, a educação e ao lazer, entre outras. Assim, a assistência à saúde não se restringe ao atendimento médico.

Esse fato, não diminui, porém, a importância das políticas que visam garantir o acesso e a qualidade da assistência médica, que são condições fundamentais para que se alcance o estado de saúde desejado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde e o estado de bem estar dependem do bom funcionamento dos sistemas de saúde, e que quase todos os sistemas de saúde poderiam aproveitar melhor seus recursos evitando desperdícios e implementando medidas que favoreçam a prevenção e a equidade na alocação dos recursos sociais.

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Brasil conta com 2.095 operadoras de plano de saúde e entre elas uma média de 100 operadoras já contam com serviços de promoção da saúde para seus usuários, ou pelo menos trabalham com rastreamento e monitoramento dos casos de usuários com doenças crônicas. Tendo como objetivo a redução dos custos com internamentos, cirurgias e outros procedimentos, que por meio de ações preventivas poderiam ser evitados.

No Brasil o número de operadoras com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, ainda é muito pequeno e as ações muito discretas, pois esse número começou a crescer somente nos dois últimos anos.

Pode-se afirmar que com essas medidas adotadas pelas operadoras, quem mais ganha é o próprio consumidor, com a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Apesar do investimento nesses programas ser considerado um bom negócio, ainda há muita resistência pela maioria das operadoras, por causa da demora do retorno financeiro.

De acordo com informações fornecidas por algumas operadoras, que serão identificadas nesse trabalho como empresas A, B, C e D. Na Conferência realizada em São Paulo pelo *International Business Communications* – IBS, no mês de novembro de 2006, sobre Medicina Preventiva, seus resultados com a adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças são bastante positivos (CONFERÊNCIA SOBRE MEDICINA PREVENTIVA, 2006).

A empresa “A” que tem aproximadamente 2,1 milhões de usuários, informou ter iniciado com ações preventivas de maneira mais eficaz à partir de 2001, e que no último ano o seu resultado foi de – 47,5% nos custos assistenciais, com gerenciamento de 10.000 pacientes crônicos, e confirma a informação científica que demonstra que para cada real investido em programas de promoção de saúde pode haver retorno de 3 a 5 reais. Essa empresa informou também que 96% dos usuários recomendariam o programa para outro, e 59% informaram ter mudado seu estilo de vida a partir das orientações do programa.

A empresa “B” que tem aproximadamente 1 milhão de usuários, já trabalha, discretamente, com ações preventivas desde 2000, mas que em 2004 aumentou seu investimento no programa de gerenciamento de pacientes crônicos e propensos, reduzindo seus custos assistenciais em 36%, de janeiro de 2005 a setembro de 2006, assistindo 3.335 usuários. Nessa empresa, 98% dos usuários indicariam o programa.

A empresa “C” tem mais de 13 milhões de usuários e vem atuando com medicina preventiva desde 2000. No último ano teve 59,52% de redução no custeio com pacientes crônicos, que representam 15% da carteira de clientes, e consome, em média, 75% de todo o custeio assistencial. 87% de seus usuários estão satisfeitos com o plano.

A empresa “D” tem mais de 1,8 milhão de usuários e investe no gerenciamento de clientes com fatores de risco desde 2001, tendo 98.000 usuários acompanhados por programas de promoção da saúde. Essa operadora apresentou um caso de uma empresa cliente, que firmou contrato - a partir de 2005, com um histórico de sinistralidade em 120% e que - atualmente as ações compartilhadas com o plano, se encontram com 68% de sinistralidade, reduzindo os custos em 36%, em relação ao contrato anterior.

**Tabela 1 - Resultado de redução de custos em operadoras com medicina preventiva**

<b>Operadora</b>	<b>Nº total de Usuários</b>	<b>Usuários assistidos</b>	<b>Redução no custeio</b>	<b>Nível de Satisfação</b>
A	2,1 milhões	10.000	47,50%	96%
B	1 milhão	3.335	36%	98%
C	13 milhões	1.950.000	59,52%	87%
D	1,8 milhões	98.000	Não definido	Não definido

Fonte: CONFERÊNCIA SOBRE MEDICINA PREVENTIVA (2006).

Pode-se constatar na Tabela 1, acima, que a adoção de medidas de medicina preventiva oferece resultados financeiros e garantem a satisfação dos clientes.

A empresa “A” apresentou, também, um caso real de um usuário que entrou no plano, em 1994 - aos 45 anos de idade e não teve acompanhamento de nenhum programa de medicina preventiva. Na época ele não tinha histórico de doença crônica, mas era sedentário, estava acima do peso e era fumante. Porém, como pode ser mais bem observado na Tabela 2 abaixo, somente no primeiro ano, foi um beneficiário de baixo custo.

**Tabela 2 – Caso de um usuário de alto risco com situações de risco sem acompanhamento preventivo**

<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>
Homem 45 anos + Sedentário + Fumante	Obeso + Hipertenso	Obeso + Hipertenso + Diabético	Realizou a 1ª Revascularização do Miocárdio/ Angioplastia	Realizou outra Revascularização do Miocárdio complicada por um AVC (derrame) com seqüelas neurológicas
<b>Custo Total/ Ano</b>				
<b>1.800,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>8.500,00</b>	<b>50.000,00</b>	<b>200.000,00</b>

Fonte: CONFERÊNCIA SOBRE MEDICINA PREVENTIVA (2006).

No caso acima, acredita-se que se o usuário tivesse sido acompanhado desde o seu ingresso no plano teriam sido evitadas as complicações relatadas, e conseqüentemente, o usuário teria tido mais qualidade de vida e o plano o teria atendido a um menor custo.

Além da adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças para a redução dos custos assistenciais, as operadoras têm percebido a necessidade de investir em serviços próprios e de adquirir softwares e sistemas de gestão em saúde, pois precisam gerir melhor seus resultados, e conhecer o perfil epidemiológico dos seus usuários.

Investir em tecnologia da informação é uma necessidade primordial no setor, que até então, muitas operadoras não tinham atentado para isso, pois eram muito mais meras processadoras e pagadoras de contas médicas.

Reduzir custos e controlar os processos é essencial, e a informação é a única forma de se obter resultados concretos, pois não se consegue extrair de uma base de usuários as pessoas que vão ficar doentes e os doentes crônicos, se não contar com sistemas inteligentes que permitam gerenciar a prevenção de doenças e os possíveis riscos, possibilitando um monitoramento eficaz de seus clientes, aplicando ações imediatas.

O Quadro 3, a seguir, apresenta um modelo de programa de medicina preventiva com algumas ações que adotadas com um gerenciamento eficaz, terão como consequência a redução dos custos assistenciais com a saúde.

<b>Subprograma</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Público Alvo</b>	<b>Equipe Sugerida</b>	<b>Atividades</b>
Educação em Saúde	Educar com orientações de saúde e estimular os usuários a terem hábitos saudáveis, gerando qualidade de vida.	Geral – com prospecção entre os beneficiários de alto custo <sup>1</sup> , patologias crônicas <sup>2</sup> , propensos <sup>3</sup> , idosos; e gestantes.	-Médico; -Enfermeira; -Nutricionista; -Psicólogo; -Terapeuta Ocupacional.	-Palestras educativas (alimentação saudável, importância da atividade física, informações diversas sobre saúde); -Atividade Física; -Dinâmicas de grupo; -Campanhas de Vacinação; -Vídeos educativos; e -Distribuições de Folder's.
Gerenciamento de pacientes	Cuidar e acompanhar os beneficiários	Beneficiários de alto custo, com patologias	-Médico; -Enfermeira; -Nutricionista;	-Consultas; -Encaminhamento para especialista quando houver

<sup>1</sup> Pacientes com despesas acima de R\$ 18.000/ ano

<sup>2</sup> Patologias de longa duração e de difícil tratamento: Diabéticos, Dislipidêmicos, Cardiopatas, Hipertensos, Obesos, Neoplasias, HIV, Renal Crônico

<sup>3</sup> Propensos = Usuários com predisposição a se tornarem portadores de patologias crônicas e/ ou alto custo.



crônicos	com patologias crônicas e de alto custo.	crônicas ou propensos.	-Fisioterapeuta; -Fonoaudiólogo; -Terapeuta Ocupacional; -Psicólogo; -Atendimento 24 Horas <sup>4</sup> (para casos em domicílio).	indicação; -Monitoramento <sup>5</sup> ; e -Benefício Farmacêutico.
Saúde da Mulher	Prevenir doenças neoplásicas, por meio de monitoramento e orientar as gestantes como lidar com a gravidez e preparar a família para a chegada de um novo ser.	Mulheres acima de 15 anos de idade e Gestantes em geral.	-Médico; -Enfermeira; -Nutricionista;	-Consulta com Ginecologista; -Orientação sobre hábitos saudáveis, principalmente durante a gestação (nutrição, vacinação, sexo, atividade física, cuidado com recém nascido).
Saúde da Criança	Contribuir com a qualidade de vida da criança, conhecendo sua história familiar e interferindo em seus hábitos de vida e detectar precocemente doenças crônicas.	Crianças de 0 a 12 anos de idade.	-Médico; -Enfermeira; -Nutricionista.	-Consulta com Pediatra; -Orientações sobre prevenção de acidentes domésticos.
Saúde do Adulto	Prevenir doenças crônicas-degenerativas e neoplasias, além de estimular hábitos saudáveis de vida.	Homens a partir dos 40 anos e Mulheres a partir de 15 anos.	-Médico -Enfermeira; -Nutricionista.	-Consultas -Orientação sobre hábitos saudáveis -Monitoramento; -
Prevenção Odontológica	Prevenir doenças odontológicas e câncer bucal e educar na higiene bucal.	Usuários em geral que possuam o módulo de Prevenção Odontológica	Odontólogos	-Prevenção odontológica (sessão educativa – teoria e prática - profilaxia, aplicação de selante e flúor); -Anamnese; -Exame bucal e diagnóstico de neoplasias e outras patologias bucais;

Quadro 3: Modelo de Programa de Medicina Preventiva  
Fonte: Da autora.

<sup>4</sup> Serviço que funciona com orientação médica por telefone e atendimento de emergência em domicílio, com remoção para o ambiente hospitalar os casos que se faz necessário.

<sup>5</sup> Acompanhamento do paciente por meio de prontuário eletrônico e/ ou contato telefônico, inclusive em localidades onde não existe Centro Médico.

Além da redução de custos, outro fator importante que tem motivado as operadoras de plano de saúde a adotarem programas de promoção à saúde em seu leque de serviços tem sido a Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, exigida pela ANS, que tem como idéia central a ênfase na qualificação do papel de todos os atores (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador), como pode ser confirmado no Anexo A.

A avaliação pela ANS, da qualidade das operadoras está estruturada em quatro dimensões, assim entendidas (ANS, 2006):

(1) Qualidade da atenção à saúde – dimensão real da qualificação da atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde com identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida.

(2) Qualidade econômico-financeira – identificação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente.

(3) Qualidade de estrutura e operação – identificação do modo operante da operadora.

(4) Satisfação dos Beneficiários – identificação da visão do usuário quanto ao cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

A pontuação da operadora é ponderada na proporção atribuída à dimensão, ou seja, 50% para atenção à saúde, 30% para econômico-financeira, 10% para estrutura e operação e 10% para satisfação do beneficiário (ANS, 2006).

Pode-se observar que o indicador de maior relevância na qualificação das operadoras pela ANS é o da atenção à saúde que tem um peso de 50%, portanto, conclui-se que as operadoras que não se adaptarem a essa exigência não estão sintonizadas com as normas e as tendências do setor.

A implementação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e a publicação dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) pela ANS, definirão para o mercado quais as melhores operadoras em atividade e quais, portanto, deverão merecer a escolha dos usuários, na ótica da ANS.

## 4 ESTRATÉGIAS DE CUSTOS E DE MARKETING

Estratégia tem sido um termo muito comum nos dias de hoje, dentro das Instituições. Conforme Porter (1985), estratégias competitivas são “ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição defensável numa empresa, para enfrentar com sucesso as forças competitivas e assim obter um retorno maior sobre o investimento”.

De acordo com o mestre da estratégia, Porter (1985, p. 36), existem três abordagens estratégicas genéricas potencialmente bem-sucedidas para superar outras empresas que são:

(1) Estratégia de liderança no custo total - O ponto central da estratégia de liderança no custo total é a empresa fazer com que seu custo total seja menor do que o de seus concorrentes. O custo mais baixo funciona como mecanismo de defesa da empresa contra a rivalidade de seus concorrentes, especialmente no tocante à guerra de preços.

(2) Estratégia de diferenciação – a estratégia de diferenciação pressupõe que a empresa ofereça, um produto que seja considerado único pelos clientes, ou seja, cujas características o distingam daqueles oferecidos pela concorrência. A diferenciação oferece à empresa uma defesa contra as forças do ambiente, embora de forma diferente daquela permitida pela liderança em custo. A lealdade e a diminuição da sensibilidade ao preço (clientes dispostos a pagar mais para terem um produto que eles consideram que melhor atende às suas necessidades).

(3) Estratégia de enfoque - a estratégia de enfoque se baseia no fato de que a empresa será capaz de atender melhor ao seu alvo estratégico do que aqueles concorrentes que buscam atender a toda à indústria (ou a um grande número de segmentos da indústria). O alvo, ou escopo estratégico deve ser suficientemente estreito, de forma a permitir que a empresa o atenda mais eficientemente ou mais eficazmente, e pode ser definido sob diversas dimensões,

quais sejam: tipo de clientes, linha de produtos, variedade do canal de distribuição e área geográfica. O alvo estreito pode ser atendido através de uma posição de custo mais baixo ou de uma posição de diferenciação, mesmo que a empresa não seja capaz de manter uma dessas posições em relação à indústria como um todo.

A colocação em prática de qualquer uma dessas três estratégias exige, em geral, comprometimento total e disposições organizacionais. As estratégias genéricas são métodos para superar os concorrentes.

As profundas mudanças que a saúde suplementar vêm sofrendo, após a regulamentação do setor, como: a ampliação da cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS dos serviços utilizados por usuários do plano, o controle dos reajustes contratuais pela ANS e a exigência de comprovação de reservas técnicas, dentre outras - vêm gerando aumento dos custos e intensificando o uso dos serviços de saúde, contrário ao poder de compra da maioria da população usuária; acarretando sensíveis descompassos entre receitas e despesas das operadoras de planos de saúde e afetando seu equilíbrio econômico-financeiro e atuarial. Enfim, O sistema de saúde que cuida de todos nós, vive uma crise mundial.

Em entrevista a Revista Health & Management, Michel Porter emite sua opinião sobre o sistema de saúde:

Hoje o sistema de saúde compete com base no “empurra-empurra” de custos entre as partes envolvidas. O médico tenta cobrar mais do plano de saúde; este procura pagar menos para o médico. O paciente também quer pagar menos e receber mais, e cobra do governo que este banque mais, oferecendo melhor atendimento gratuito. Já o governo tenta fazer com que o paciente pague mais, investindo em planos de saúde. Em resumo, a competição que existe hoje não é boa para o paciente (REVISTA HEALTH & MANAGEMENT, 2006, p. 7).

Nesse capítulo trataremos da economia da saúde, da estratégia de redução de custos, da estratégia do marketing para fidelização de clientes e dos fatores que afetam a expectativas dos clientes.

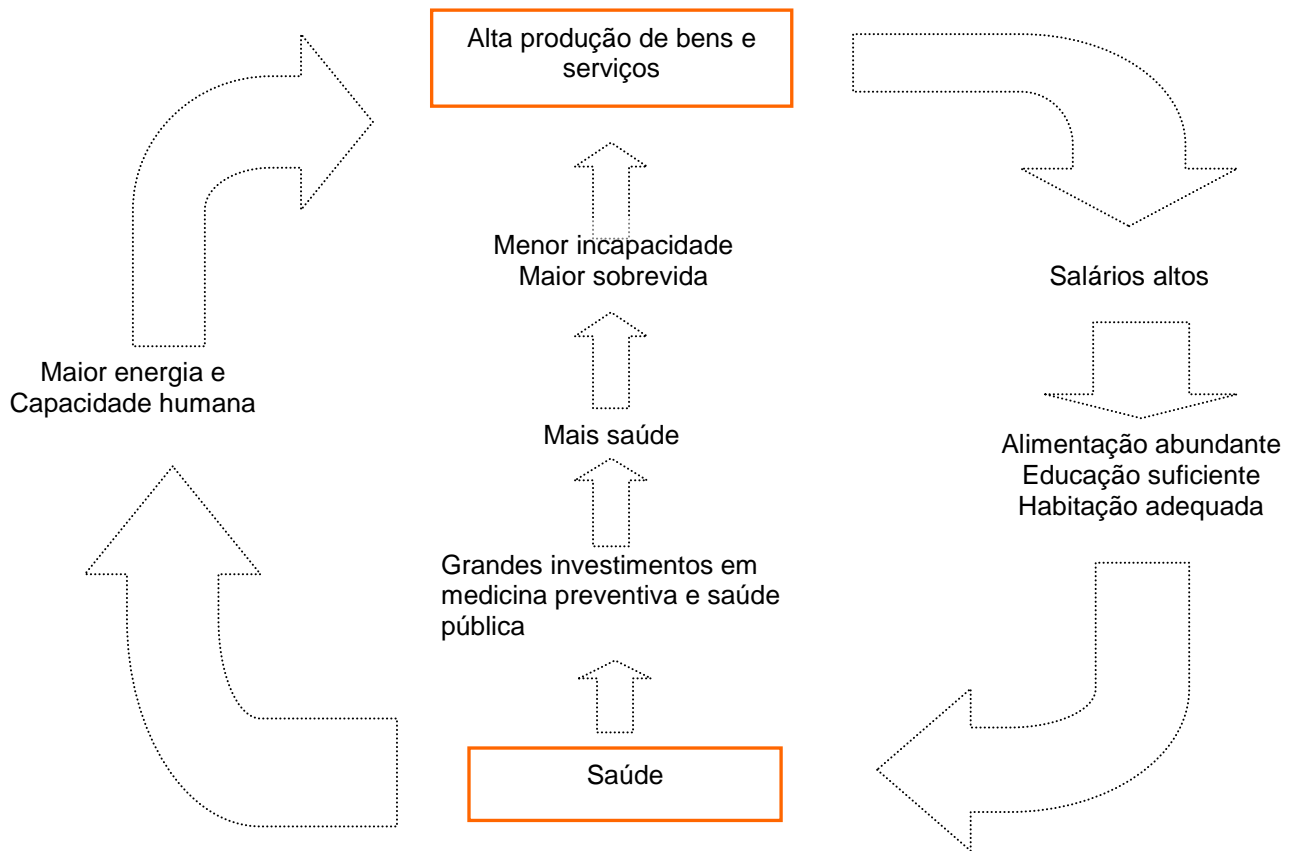
#### 4.1 Economia X Assistência à Saúde

Desde o seu princípio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem tido presente a importância das repercussões econômicas da saúde e da doença, das limitações financeiras que tão amiúde se opõem à apresentação ou à obtenção de assistência médica e sanitária adequada, e das dificuldades de avaliação dos benefícios resultantes dessa assistência, em termos monetários ou com relação a outros critérios.

Nesse tocante, em 1973, a OMS patrocinou em Genebra um Seminário inter-regional sobre economia aplicada à saúde, que resultou, posteriormente, na publicação “Economia Aplicada a la Sanidad” (OMS, 1976), enfocando os aspectos fundamentais desse novo campo da Saúde (SILVA, 2004, p. 13).

Segundo Del Nero apud Silva (2004, p. 18), a economia da Saúde é “a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde”.

Um serviço de amplitude e qualidade adequadas pode satisfazer muitas necessidades da população, como por exemplo: os serviços preventivos que reduzem os riscos para a comunidade e os curativos que diminuem os transtornos ou problemas pessoais de saúde quando isso é possível, e facilitam o atendimento individual, aliviando dores, sofrimentos e aumentando o bem-estar do paciente.



**Figura 2 - Círculo da saúde e do bem estar**

Fonte: Tinôco e Campos (2004).

Observa-se na Figura 2 anterior “círculo da saúde e do bem-estar” que a saúde gera a riqueza, aumentando a energia e a capacidade produtiva, conduzindo à alta produção de bens e serviços. Ainda, em função disso, decorre os salários altos que patrocinam a alimentação abundante, a educação suficiente e a habitação adequada, fatores que por seu turno propiciam a saúde. A condição de maior nível de saúde está associada a grandes investimentos em saúde pública e medicina preventiva, proporcionando mais saúde, que leva à menor incapacidade e maior sobrevida do indivíduo que se consubstancia em produção alta (TINÔCO; CAMPOS, 1984 APUD SILVA, 2004, p. 28).

Há uma expectativa de se ter uma população cada vez mais velha, e com a tendência de cada vez mais enfrentar problemas, como: preocupação e estresse, além das doenças crônico-degenerativas, como por exemplo: a diabetes, a

cardiopatia, a osteoporose etc. Assim, há a necessidade de adoção de estratégias de intervenção mais efetivas, a custos baixo, para deter esse processo de agravo à saúde.

Segundo Silva (2004, p. 36), “custo é o valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços”. Os custos em saúde podem ser classificados de várias formas: diretos e indiretos; fixos e variáveis; visíveis e invisíveis etc.

De acordo com Silva (2004, p. 38), “saúde não tem preço, mas tem custo”, pois não existe nada gratuito. Alguém paga a conta mesmo que não seja visível, ou que se incorra em deseconomia para algum ente. No caso da saúde, as despesas médicas por idade assumem a forma de “U”, com maiores gastos nas fases extremas: nascimento e morte. Que remete ao seguinte provérbio inglês: “os dias mais perigosos de nossas vidas são o primeiro e o último”, ao qual se poderia acrescentar que também são os mais caros.

Sabe-se que existem profundas diferenças entre a forma de organização e de funcionamento do setor público e do setor privado e que os sistemas de custeio foram criados para aumentar a competitividade das empresas privadas, cujo principal objetivo é o lucro, enquanto que as instituições do setor público têm a função social, como o seu principal objetivo.

Na perspectiva econômica, um bem privado é aquele que, ao ser consumido por uma pessoa não o pode ser por outra. De modo geral, esse conceito tem sido adaptado para a assistência médica, que é considerada um bem privado, uma vez que existe a relação de compra e venda do serviço. No entanto, a concepção social de direito à saúde faz com que, historicamente, tenham sido disponibilizadas várias formas públicas e privadas de acesso à assistência médica, as quais se constituíram nos seguros sociais e privados de saúde.



A Tabela 3, a seguir, apresenta as despesas das operadoras de planos de saúde, durante o ano de 2005:

**Tabela 3 - Despesa das operadoras de planos de saúde, por tipo, segundo a modalidade da operadora - Brasil - 2005**

Modalidade da operadora	(R\$)		
	Total	Despesa assistencial	Despesa administrativa
<b>Total</b>	<b>33.922.892.120</b>	<b>27.878.979.700</b>	<b>6.043.912.420</b>
<b>Operadoras médico-hospitalares (1)</b>	<b>33.328.054.319</b>	<b>27.519.702.689</b>	<b>5.808.351.629</b>
Autogestão (1)	791.792.189	637.421.495	154.370.694
Cooperativa Médica	12.502.304.412	10.634.560.422	1.867.743.990
Filantropia	2.047.116.580	774.538.177	1.272.578.404
Medicina de Grupo	10.225.696.347	8.353.286.936	1.872.409.411
Seguradora Especializada em Saúde	7.761.144.790	7.119.895.660	641.249.131
<b>Operadoras exclusivamente odontológicas</b>	<b>594.837.802</b>	<b>359.277.010</b>	<b>235.560.791</b>
Cooperativa odontológica	229.955.793	161.327.405	68.628.388
Odontologia de Grupo	364.882.009	197.949.605	166.932.403

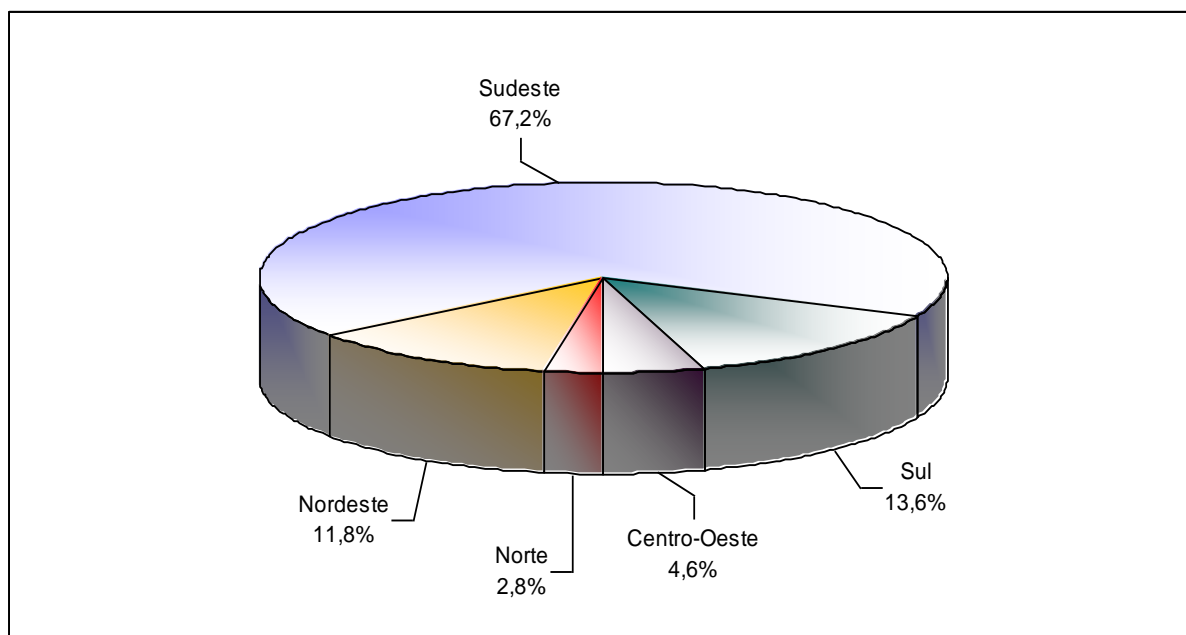
Fonte: Agência Nacional de Saúde – ANS (2006).  
(1) Não são incluídas as Autogestões patrocinadas.

Conforme matéria circulada no jornal do Comercio, em 12 de setembro de 2006, a média de preço dos planos de saúde nas regiões Norte e Nordeste é a mais elevada do País, perdendo para o Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Esses dados estão registrados no Anuário de Custos de Planos de Saúde, da Strategy Consultoria, com base em informações referentes a 40 cooperativas médicas brasileiras que possuem cerca de 8% dos usuários do setor. Enquanto a média de preço dos planos das cooperativas é de R\$ 84,44 nas regiões Norte e Nordeste, a média brasileira é de R\$63,15. Na região Centro-Oeste, o preço médio é de R\$ 73,20. No Sul e Sudeste, os usuários pagam uma média de R\$ 63,00 (JORNAL DO COMMERCIO, 2006).

O motivo das diferenças é a oferta de serviços no Sudeste que é bem maior que nas outras regiões. A competitividade mais elevada termina baixando as cifras para o consumidor. “Só na Avenida Paulista (São Paulo), há mais tomógrafos do que em todo Canadá”, ressalta Raquel Marimon, diretora da Strategy. Além

disso, os usuários do Norte e Nordeste usam mais os serviços médicos prestados pelos planos, elevando os custos das empresas. O número médio nas duas regiões é de 6,5 consultas anuais realizadas pelos consumidores, enquanto a média brasileira é de 5,26 consultas (JORNAL DO COMMERCIO, 2006).

Como pode ser observado no Gráfico 3, a seguir, a região Sudeste contempla o maior número de usuários de planos de saúde com 67,2%, e o Sul ficando em segundo lugar com 13,6%.



**Gráfico 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por Grande Regiões (Brasil – junho/2006)**

Fonte: Agência Nacional de Saúde – ANS (2006).

Com a frequência mais elevada, os serviços pagos pelos planos também ficam mais caros. Para se ter uma idéia, o custo médio do exame de baixa complexidade no Sul e Sudeste é cerca de R\$ 14,00. Já no Norte e Nordeste, é de R\$ 15,42. Os exames de alta complexidade custam R\$ 115,00 no Sul e Sudeste, chegando a R\$151,00 no Norte e Nordeste (JORNAL DO COMMERCIO, 2006).

## 4.2 Estratégia de Redução de Custos

Atualmente, as organizações inseridas num ambiente econômico globalizado preocupam-se com seus fatores de produção. Buscam constantemente mecanismos, sistemas, procedimentos e formas que contribuam para otimizar a gestão, para que possam competir no mercado com um nível de qualidade imprescindível a sua continuidade operacional. Esse ambiente exige informações estratégicas relacionadas a custos, desempenho, processos, produtos, serviços e clientes.

Para uma eficiente gestão de custos, é necessária a compreensão dos conceitos básicos relacionados ao tema. De acordo com Wernke (2004, p. 11), as várias interpretações encontradas na literatura contábil podem conduzir a diferentes entendimentos dos fatores que sejam classificáveis como gastos, investimentos, despesas, perdas, desperdícios custos. O que se esclarece abaixo:

(1) Gastos é o termo usado para definir as transações financeiras, nas quais, a empresa utiliza recursos ou assume uma dívida, em troca da obtenção de algum bem ou serviço. É um conceito amplo e pode englobar os demais itens.

(2) Investimentos são os gastos que irão beneficiar a empresa em períodos curtos. Enquadram-se nessa categoria, por exemplo, as aquisições de ativos, como estoques e máquinas.

(3) Despesas expressam o valor dos bens ou serviços consumidos direta ou indiretamente para obtenção de receitas, de forma voluntária. Esse conceito é utilizado para identificar os gastos não relacionados com a produção, ou seja, os que se referem às atividades não produtivas da empresa. Geralmente essas atividades podem ser classificadas em despesas comerciais, despesas administrativas e despesas financeiras.

(4) Perdas são os fatos ocorridos em situações excepcionais que fogem à normalidade das operações da empresa. Tais itens não são considerados

operacionais e não fazem parte dos custos de fabricação dos produtos. Constituem-se de eventos ocasionais e indesejados, como a deterioração anormal de ativos causados por incêndios ou inundações, furtos etc.

(5) Custos são os gastos efetuados no processo de fabricação de bens ou de prestação de serviços. No caso da indústria, são os fatores utilizados na produção, como matérias-primas, salários e encargos sociais dos operários da fábrica e depreciação das máquinas, dos móveis e das ferramentas utilizadas no processo produtivo.

(6) Desperdícios este conceito pode englobar os custos e as despesas utilizados de forma ineficiente. Ou seja, são considerados desperdícios todas as atividades que não agregam valor e que resultam em gastos de tempo, dinheiro, recursos sem lucro, além de adicionarem custos desnecessários aos produtos.

Atualmente, as empresas bem sucedidas no mercado se esforçam para se adaptarem, continuamente, às exigências mercadológicas e às mudanças do ambiente econômico, o que exige da empresa correção de suas estratégias ao longo do tempo, procurando alavancar seus recursos internos, e ao mesmo tempo prever, oportunidades ambientais. Existem empresas que conseguem se adaptar ao ambiente mutável de negócios com mais facilidade do que outras, deixando patente que a capacidade de se organizar internamente faz diferença na arena competitiva atual. Ou seja, as empresas que melhor se organizam internamente e melhor alavancam seus recursos obtêm maior vantagem competitiva.

### **4.3 Estratégia do Marketing para Fidelização de Clientes**

O marketing foi mal compreendido durante a maior parte de sua existência, pois já foi encarado como algo manipulativo, invasivo e pouco profissional.

Porém o marketing pode ser executado com tanto profissionalismo quanto o trabalho de um advogado, um perito contador ou um médico. O profissional de marketing está capacitado a entender, criar e gerenciar aquilo de que o cliente

precisa, e sabe como realizar pesquisas para compreender as necessidades das pessoas com as quais deseja estabelecer uma relação; sabe como desenvolver uma oferta que ofereça valor para o cliente, que atenda a essas necessidades, sabe como se comunicar eficientemente, e sabe como apresentar a oferta no momento e local exatos (KOTLER, 2000, p. 7).

Kotler (2000, p. 7) define marketing como “um processo social e gerencial por meio do qual os indivíduos e os grupos obtêm aquilo de que precisam e também o que desejam, em razão da criação e da troca de produtos e serviços de valor com outras pessoas”.

Baseado no conceito de Kotler (2000), conclui-se que as ações de marketing são fundamentais para que os clientes de plano de saúde percebam os esforços empreendidos pela empresa, no sentido de que sejam atingidas suas expectativas.

As empresas têm se preocupado, cada vez mais, com a retenção de seus clientes, pois reconhecem que se faz necessário a fidelização dos clientes para a sua própria sobrevivência.

Após a regulamentação dos planos de saúde, as operadoras têm buscado novas estratégias para atrair novos clientes e garantir a fidelização, pois o produto plano de saúde está muito semelhante, no que diz respeito a cobertura assistencial.

Kotler (2000, p. 77) define cliente lucrativo como aquele que rende um fluxo financeiro positivo ao longo do tempo. Em outras palavras, a retenção e fidelização de clientes aparecem, mais uma vez, como diferencial de sucesso de qualquer empresa, independente de seu ramo de negócio.

Manter clientes pode ser um desafio, mesmo que o profissional preste serviço de qualidade. Os clientes que recebem o que desejam tendem a ficar satisfeitos; não obstante, existem certas indicações de que até mesmo o cliente satisfeito pode procurar outro prestador de serviço.

O termo fidelização somente aparece em edições mais recentes dos dicionários. É definido como o “processo ou técnica que visa a manter a clientela cativa a determinada empresa mediante recursos de relações públicas, promoção, etc.” (FERREIRA, 1999).

De acordo com Kotler (2000, p. 46-48), as razões para que uma pessoa satisfeita com os serviços de uma empresa procure outras, são as seguintes:

(1) Mudanças das necessidades ou circunstâncias - as razões pelas quais o cliente procurou inicialmente a empresa podem não existir mais. Por exemplo, no caso de médicos, a capacidade de conservar pacientes pode escapar ao controle do prestador de serviços, porque os planos de assistência médica e a rede de médicos credenciados poderão mudar quando o cliente mudar de emprego.

(2) Evolução dos concorrentes - entre o momento em que o cliente utilizou os serviços da empresa e o momento em que precisou novamente de atendimento, a concorrência pode ter feito alguma ação no mercado para atrair a atenção dele. No campo de cirurgia plástica, por exemplo, muitos cirurgiões oferecem planos de financiamento que tornam seus serviços mais acessíveis. Essa oferta pode afastar os clientes dos cirurgiões plásticos que não oferecem essa opção.

(3) Referência de terceiros - mesmo que o cliente esteja plenamente satisfeito com a empresa, as referências apresentadas por um amigo, colaborador ou colega poderão levá-lo a procurar um concorrente.

(4) Capacidade de resposta insuficiente - a empresa pode perder clientes ou pacientes apenas por não responder com rapidez suficiente às necessidades deles. Se a consulta feita por um cliente atual ou em potencial ficar sem resposta, a tendência é de que ele recorra a outra empresa, seja porque quer ser atendido mais rapidamente ou porque percebe a falta de capacidade de resposta como ausência de interesse em relação aos seus negócios. A maioria dos clientes gosta quando um profissional muito ocupado consegue encontrar um tempo para atendê-los.

(5) Questões ligadas à acessibilidade - o prestador de serviços pode perder um cliente por não oferecer horários de atendimento convenientes ou porque a localização do consultório é um obstáculo. Embora muitos profissionais prefiram manter horários de atendimento das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira, o mercado impõe outras condições. Pode ser necessário oferecer atendimento aos sábados e/ou durante os fins de semana. Além disso a localização da empresa não pode ser muito distante da residência ou do local de trabalho das pessoas que ela pretende atender.

Conforme razões apresentadas por Kotler (2000), as empresas necessitam estar atentas às expectativas dos clientes para elevar a garantia da fidelização, devendo evitar as propagandas negativas, estagnação dos serviços; equipe desinformada e falta de flexibilidade no atendimento etc.

Além da preocupação em reter os clientes as empresas precisam olhar para os clientes perdidos, que saem insatisfeitos, pois eles oferecem riscos à empresa, considerando-se que cada cliente perdido por insatisfação é um potencial de más notícias para potenciais futuros clientes.

#### **4.4 Fatores que Afetam a Expectativa dos Clientes**

De acordo com Kotler (2002, p. 48-51), o prestador de serviços profissionais precisa estar atento à maneira como seus clientes criam expectativas. Zeithaml, Berry e Parasuraman, apud Kotler (2000), identificaram onze fatores que afetam as expectativas de uma pessoa com relação aos prestadores de serviços profissionais. Examinaremos nove desses fatores:

(1) Promessas explícitas nos serviços - as expectativas dos clientes são evidentemente afetadas pelo que se divulga sobre os profissionais. Se um cirurgião plástico oferecer uma consulta gratuita em um anúncio, é óbvio que o cliente desejará que a promessa seja cumprida. O paciente não deseja descobrir que a consulta só será gratuita se ele concordar em fazer uma cirurgia plástica. Uma vez que essas promessas explícitas podem gerar expectativas específicas, o prestador

de serviços deverá ter o cuidado de só fazer promessas realistas e precisas aos clientes em potencial.

(2) Promessas implícitas nos serviços - uma vez que os serviços são intangíveis, os clientes procuram algumas indicações quanto à qualidade em potencial dos serviços. Eles observarão as evidências físicas apresentadas pelo prestador de serviços profissionais e o preço que será cobrado pelos serviços. Um consultório mobiliado com tapetes persas, gravuras e obras de arte podem comunicar que o profissional cobra caro. Uma vez que existe uma relação preço-qualidade implícita, os preços mais elevados implicam maior qualidade. Sendo assim, os clientes dispostos a pagar honorários mais elevados têm essa disposição porque esperam maior atenção e resultados mais positivos.

(3) Reforços permanentes ao serviço prestado - as expectativas dos clientes, às vezes, são orientadas pelas expectativas dos clientes do próprio cliente. Isso também é chamado de “demanda derivada”. Se um consultor em administração for contratado, por exemplo, pelo diretor de marketing de determinada empresa, ele deverá perceber que este diretor e seu respectivo chefe esperam determinado desempenho. A tarefa do consultor será “levar o seu cliente – o diretor de marketing – a fazer bonito aos seus próprios olhos e aos olhos do respectivo chefe”.

(4) Necessidades pessoais - os prestadores de serviços profissionais precisam estar atentos às necessidades e aos desejos pessoais de seus clientes. Se um cliente, por exemplo, procura um arquiteto que projete a ampliação de sua casa e diz, especificamente, a três arquitetos que deseja conservar o teto inclinado de uma sala, mas apenas um deles leva isso em conta no projeto, qual arquiteto fechará o contrato? O arquiteto que incluiu as solicitações específicas do cliente está a par das necessidades pessoais deste e, portanto, terá maiores chances de ser o profissional escolhido.

(5) Reforços momentâneos ao serviço prestado - as expectativas dos clientes podem mudar conforme as circunstâncias que envolvem as necessidades. O pai de uma criança doente com sintomas de gripe, por exemplo, que leva o filho ao consultório, pode estar disposto a esperar um tempo razoável, digamos vinte



minutos, especialmente se a sala de espera estiver cheia de crianças com os mesmos sintomas. Por outro lado, se essa mesma criança cair de uma gangorra, ferir a cabeça e apresentar uma séria hemorragia, o pai dela esperará que ela seja atendida imediatamente.

(6) Percepções das alternativas de atendimento - quanto mais concorrentes o prestador de serviços profissionais tiver, e quanto mais os clientes estiverem a par da existência desses concorrentes, maiores serão as expectativas sobre a qualidade dos serviços. Os clientes não se conformam com serviços de segunda classe quando sabem que podem ser mais bem atendidos do outro lado da rua.

(7) Percepção do próprio papel - em muitos casos, as expectativas do cliente serão influenciadas pela percepção relativa ao papel que ele mesmo desempenhou, auxiliando a prestação do serviço. Pode ser muito difícil para o médico, por exemplo, prestar assistência médica de qualidade ao paciente que não informa o que está sentindo. Quando acredita que fez tudo que podia para fornecer as informações necessárias, esse paciente terá maiores expectativas em relação ao atendimento prestado pelo médico.

(8) Recomendações pessoais - embora não possa controlar diretamente o que um cliente diz ao outro, o profissional que presta serviços pode influenciar esse tipo de comunicação. Se um oculista, por exemplo, conquistar um novo cliente em decorrência da indicação pessoal oferecida por um cliente atual, ele poderá mandar uma nota de agradecimento a este, estimulando, dessa maneira, uma propaganda positiva de boca em boca.

(9) Experiência anterior - faz todo o sentido que as expectativas do cliente, referentes a um serviço futuro, tenham como base, pelo menos em parte, as próprias experiências anteriores com o prestador de serviços ou seus concorrentes. O profissional deverá manter um registro das experiências e problemas anteriores de cada cliente, com o objetivo de superar seu desempenho anterior, caso seja possível (KOTLER, 2002, p. 48-51).

As expectativas que os clientes têm em relação ao serviço prestado por profissionais da saúde são provavelmente um pouco diferente das que eles têm em relação a um hotel ou a outros tipos de serviços. A maioria das pessoas espera que os médicos saibam mais a respeito das causas dos problemas do que os próprios clientes, e isso é perfeitamente aceitável e compreensível.

A empresa deve transmitir ao cliente que ele é único, principalmente no momento em que a doença o fragiliza. A desburocratização e personalização são fundamentais, o cliente gosta e merece ser atendimento pelo nome e não por um número de identificação.

## **5 SERVIÇOS PRÓPRIOS NAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE**

Cada vez mais, as operadoras de plano de saúde têm investido em serviços próprios, prestados por centros médicos e hospitais. A principal razão para esse investimento é a redução com custos assistenciais, que, além disso – proporciona maior controle dos serviços realizados por seus usuários de maneira eficaz, garantindo que o que foi realizado era necessário e permite um gerenciamento melhor - das informações geradas.

O processo também conhecido como “verticalização”, vem ameaçando os hospitais, pois nos últimos anos tem crescido o número de hospitais próprios das operadoras, por ser uma saída para manter o equilíbrio econômico –financeiro, com a contenção de gastos hospitalares que são bastantes elevados.

Segundo dados da ANS, só as empresas de medicina de grupo já possuem 400 hospitais próprios e conforme informação das operadoras que contam com esse serviço, as contas hospitalares podem reduzir de três a cinco vezes.

Os Anexos de B a F contam com matérias sobre o investimento de operadoras com serviços próprios.

### **5.1 Estratégia de Serviços Próprios**

Para se ter sucesso na implantação de serviços próprios, é de fundamental importância a credibilidade dos clientes na Instituição, pois normalmente há uma desconfiança da qualidade dos serviços próprios, que são oferecidos pelas operadoras. O cliente tende a relacionar esses serviços a redução de custos do plano e assim acredita que os serviços oferecidos sejam de baixa qualidade.

O desafio, entretanto, é convencer os usuários do plano de saúde que o atendimento da rede própria tem a mesma qualidade que as clínicas e hospitais credenciados. Afinal, com um livro de credenciados em mãos, com o nome de todos

os locais onde pode ser atendido, o paciente tem a livre escolha. Nessa hora pode ganhar vantagem quem tem sua imagem associada ao serviço que presta exclusivamente e, não a um plano de saúde.

É muito importante que a operadora tenha uma boa estratégia de divulgação desse novo serviço, bem como na escolha da localização e da equipe multiprofissional que prestará o atendimento, e principalmente - na escolha de seus médicos e gestores que administrarão esses Centros, para se garantir um serviço de qualidade com diferenciais.

Quando a instituição ocupa um lugar importante na sociedade, a perda da credibilidade pode ter conseqüências graves. Portanto, é necessário gerar condições confiáveis ao público-alvo, pois essas condições intervêm como estratégia na consolidação de qualquer projeto.

Com uma rede de serviços próprios, bem gerenciada, as operadoras conseguem garantir serviços de qualidade aos seus clientes e ter maior controle sobre os gastos com procedimentos médicos. No fundo, essas duas vantagens podem ser resumidas numa só: redução de gastos.

A lógica é simples. Em vez de ser atendido num hospital diferente cada vez que precisa de um médico, num centro médico próprio da operadora o paciente tem um único prontuário e no mesmo local. Assim, não será necessário realizar um exame que pode já ter sido feito algum tempo atrás. E esse mesmo plano de saúde não terá de pagar desnecessariamente para um hospital, clínica ou profissional credenciado, além de evitar internações desnecessárias.

Com um atendimento eficaz desde o primeiro contato com o cliente se torna mais fácil a resolutividade do problema logo no começo, isso evita que o paciente tenha complicações de saúde no futuro e leve mais custos para a operadora.

Além disso, as chamadas reservas técnicas (dinheiro que obrigatoriamente é guardado como garantia da manutenção das operações, caso a empresa passe por alguma turbulência financeira) são menores, pois – o próprio centro médico pode servir como garantia da prestação dos serviços.

Outro fator relevante para as operadoras que contam com serviço próprio é no caso de paralisação da rede credenciada, podendo garantir atendimento aos usuários.

## 5.2 Cenário Atual na Relação Operadora X Prestador de Serviços X Usuário

O Quadro 4, a seguir, apresenta o cenário atual na relação entre operadora, prestador e usuário, com a percepção de cada um:

Operadora	Prestador de Serviços	Usuário
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de controle nas solicitações médicas;</li> <li>- Confronto com a rede credenciada (prestadores de serviços – médicos, clínicas, laboratórios, hospitais etc); e</li> <li>- Baixa possibilidade de redução dos custos, considerando o avanço da tecnologia, envelhecimento da população, doenças crônicas e degenerativas, materiais de alto custo etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa remuneração;</li> <li>- Número excessivo de glosas (não pagamento de cobrança indevida – no entendimento da operadora);</li> <li>- Longo prazo para recebimento do pagamento dos serviços prestados;</li> <li>- Insatisfação com interferência das operadoras na conduta médica;</li> <li>- Fragilidade e confronto no relacionamento com as operadoras; e</li> <li>- Pressão das operadoras para disciplinamento das solicitações médicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação com prestadores de serviços credenciados e com as operadoras;</li> <li>- Insegurança com os serviços oferecidos;</li> <li>- Elevação dos custos acima dos índices de inflação;</li> <li>- Dificuldades de atendimento na rede credenciada (demora na marcação do atendimento, atraso no atendimento médico, desconhecimento de seu histórico clínico etc.);</li> <li>- Sensação de excesso de solicitação de exames; e</li> <li>- Tratamento impessoal por parte dos prestadores e operadoras.</li> </ul>

Quadro 4 - Cenário da relação entre Operadoras, Plano de Saúde e Usuários  
Fonte: REDE CICLO (2006).

Conclui-se que existe uma completa insatisfação entre as partes envolvidas: operadora, prestador e usuário. Assim, com um novo conceito de gestão

da saúde, pode-se afirmar que se faz necessário criar relacionamentos saudáveis entre as partes interessadas.

Difícilmente se conseguirá essa relação saudável e harmoniosa com uma rede credenciada muito ampla. Com uma rede própria - referenciada (maior parceria) essa realidade se torna mais fácil, sendo positivo para todos.

### **5.3 Características de um Centro Médico com foco na saúde e não na doença**

As principais características de um centro médico com foco na saúde e não na doença devem ser:

- (a) estrutura física de elevado padrão de qualidade e conforto;
- (b) alto desempenho no atendimento, gerando satisfação plena aos usuários pela personalização e acolhimento;
- (c) relacionamento mais estreito com seus usuários e prestadores de serviços;
- (d) ações de promoção da saúde e qualidade de vida;
- (e) várias especialidades e serviços básicos num só lugar;
- (f) distribuição adequada à conveniência da operadora e dos usuários e monitoração dos indicadores de qualidade e de custos;

### **5.4 Benefícios na Gestão de Serviços Próprios**

Os benefícios para a operadora, na gestão de centros médicos próprios com uma boa estrutura física, um bom atendimento e um bom sistema tecnológico que ofereça informações como: agenda eletrônica, prontuário eletrônico; monitoramento dos atendimentos e perfil epidemiológico - são diversos, tais como:

- (1) usuários mais satisfeitos;
- (2) melhoria no relacionamento com a rede credenciada – referenciada;

(3) possibilidade de implantação de porta de entrada, em contratos específicos;

(4) realização das entrevistas qualificadas, dos proponentes ao plano;

(5) estabilidade no atendimento em momentos de ameaça de paralisação da rede credenciada;

(6) fácil acesso a informações gerenciais;

(7) melhor acompanhamento de Indicadores gerenciais;

(8) acompanhamento do histórico dos usuários;

(9) possibilidade de realizar ações específicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;

(10) maior fidelização dos clientes;

(11) menor número de solicitações indevidas de procedimentos;

(12) redução dos custos assistenciais etc.

### **5.5 Benefícios para os Prestadores credenciados com referenciamento**

Os benefícios para os prestadores com vínculo de referenciamento a um Centro Médico que conta com um sistema de gerenciamento são os seguintes:

(a) segurança por participar de uma rede referenciada;

(b) fidelização de clientes;

(c) possibilidade de acesso ao sistema da operadora que oferece benefícios, tais como: agenda eletrônica, prontuário eletrônico do paciente, disponibilização de estatísticas e indicadores, extrato atualizado de eventos realizados etc.

### **5.6 Benefícios para os Usuários**

Os benefícios para os usuários que utilizam os serviços de centros médicos próprios que contam com um bom sistema de gestão são:

- (a) maior agilidade na marcação do atendimento;
- (b) maior agilidade no atendimento;
- (c) serviço focado na saúde e não na doença;
- (d) atendimento personalizado;
- (e) eliminação de exames e procedimentos desnecessários e plano com menor custo e melhor qualidade.



## CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta uma abordagem integrada do processo de “verticalização”, que se traduz no oferecimento de serviços próprios com ações de medicina preventiva nas operadoras, com foco na importância dessa estratégia.

Numa análise mais superficial, é possível acreditar que a dificuldade no investimento em medicina preventiva pelas operadoras deve-se ao fato da demora no retorno do investimento com essas ações. No entanto, dezenas de operadoras comprovaram que obtêm bons resultados financeiros, na redução do seu custeio assistencial, e benefícios – como o reconhecimento dos usuários, proporcionados por essas medidas, principalmente, no que diz respeito à geração uma melhor qualidade de vida.

Por tudo isso acreditamos que a estratégia de serviços próprios, aliada a adoção de medicina preventiva possibilitará a permanência da operadora no mercado, pois com a satisfação e fidelização de seus usuários, que lhe dão o crédito das melhoras observadas na qualidade de vida, os interesses das operadoras em reduzir os custos assistenciais e ter um maior controle dos serviços solicitados e realizados serão garantidos.

Com relação aos objetivos definidos para a presente monografia, verificamos o seu pleno atingimento.

O objetivo central é avaliar a viabilidade financeira dos investimentos em serviços próprios com a adoção de medicina preventiva. Conforme foi comprovado pelas operadoras citadas nesse trabalho, pode-se afirmar que esse investimento é perfeitamente viável e com um retorno bastante significativo.

Os objetivos específicos que são: mostrar que as operadoras que adotam essa estratégia de contar com serviços próprios conseguem promover uma melhor qualidade de vida e maior satisfação de seus usuários; reduzir os custos com

assistência médica; e ter um maior controle na solicitação de procedimentos médicos e um melhor relacionamento com os seus prestadores de serviços, são a consequência dessa estratégia, que é o objetivo central desse trabalho.

Esse trabalho demonstrou a importância da medicina preventiva e promoção da saúde como estratégias para redução de custos e fidelização de clientes nas operadoras de plano de saúde e serve para futuras aplicações em empresas do segmento no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (2006) **Beneficiários por modalidade da operadora**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/dados\\_setor/dadosobrebeneficiarios/Tabelas%20%20Beneficiários%20Total.xls](http://www.ans.gov.br/portal/upload/dados_setor/dadosobrebeneficiarios/Tabelas%20%20Beneficiários%20Total.xls)>. Acesso em: 16 ago 2006.

\_\_\_\_\_. <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno\\_informaca\\_09\\_2006.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_09_2006.pdf)>. Acesso em: 2 outubro de 2006.

ALMEIDA, Célia. **O Mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA. 1998.

BAHIA, L. **O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil**: tendências pós-regulação. In: NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo (Org). Brasil, Radiografia da Saúde. Campinas: UNICAMP, 2000. p. 325-362.

BARBOSA, P. R. (coord.) **Curso de especialização autogestão em saúde**: tecnologias gerenciais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2001.

BEZERRA, M. Inês Falcão. **A Satisfação do Usuário com o Programa Saúde da Família**: uma experiência no setor privado de assistência à saúde. 2005. 73 p. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde). Faculdade Estadual do Ceará.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/pnass/index.jsp>>. Acesso: 12 ago 2006.

CHAVES, DÉBORA. O Custo da Implantação. **Revista Gestão Médica**. São Paulo, v. 7, p. 16-18, nov. 2005.

Conferência sobre Medicina Preventiva, In. INTERNATIONAL BUSINESS COMMUNICATIONS. 2006, São Paulo.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1988). <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 2 out 2006.

DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

FIGUEREDO, L. F.; ANDREA, J. L.; CHECCHIA, C. O Mercado das principais estruturas operadoras do setor supletivo de assistência à saúde e a legislação e organização da regulação estatal para planos e seguros. In: BARBOSA, P. R. (coord). **Curso de especialização autogestão em saúde**: Contexto. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2001.

GURGEL FILHO, N. **Análise das ferramentas de gestão de custos na área da saúde suplementar**: estudo de caso da Unimed de Fortaleza de 1996 a 2001. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Dissertação, Mestrado em Administração. 2001.

KOTLER, Philip, HAYES, Thomas, BLOOM, Paul N., Ph.D. **Marketing de Serviços Profissionais**: Estratégias Inovadoras para Impulsionar sua Atividade, sua Imagem e seus Lucros. São Paulo: Manole, 2002. p.48-51.

LOPES, L.G. **Inovação organizacional em empresas operadoras de saúde**: um estudo exploratório de casos. 2003. (Dissertação, Mestrado em Administração). Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; JORGE, A. O.; COSTA, M. A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr/jun. p. 433-444. 2004.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p.92.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Programas da Saúde. Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 2 out 2006.

MIRANDA, C. R. Gerenciamento de custos em planos de assistência à Saúde. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Organizadores). **Regulação & saúde**: documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2003.

MONTONE, J. **Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. Palestra proferida em São Paulo. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/Apres%20Januario%20Forum%20-%20versão%20impressa.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/Apres%20Januario%20Forum%20-%20versão%20impressa.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2006.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 15, 36-42.

SAMARA, B. S. e BARROS, J. C. **Pesquisa de marketing**: conceitos e metodologia. 2ª. ed. São Paulo: Makron Books. 1997.

SANT'ANNA, Maria Elisa. Projeto busca novos caminhos para crianças que vão viver cem anos ou mais no século 22. **Revista Medicina Social**. São Paulo, v. 191, p. 13-14, out/ nov/ dez. 2005.

SILVA, Marcelo Gurgel da, **Introdução à Economia da Saúde**. Fortaleza: UECE/ Expressão. 2004.

SUCUPIRA, A.C. Marco Conceitual da Promoção da saúde no PSF. Sanare. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.Br/sausedafamilia/index2.html>

TESTA, Mário. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação**. O caso da Saúde. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO, 1995. p. 15.

TINÔCO, Aldo da Fonseca; CAMPOS, Juarez de Queiroz. **Planejamento e Administração de Saúde**. Brasília: Senado. Centro Gráfico. 1984.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE - UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil**. 1980-2005: história da organização e consolidação do setor. São Paulo. 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE **Trabalhos científicos**: organização, redação e apresentação. Fortaleza, EDUECE, 2006.

VIANA, A. L. D. e DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48. 1998.

WERNKE, Rodney. **Gestão de Custos**: uma abordagem prática. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 11-12, 19.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Atenção à Saúde é Destaque na Regulação da ANS



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de lançar a Resolução Normativa (RN) 139, institucionalizando a política de qualificação que vem sendo adotada pela ANS nos últimos anos. A nova forma de regulação baseia-se nos princípios da qualidade, da integralidade – seguindo o padrão do Sistema Único de Saúde (SUS) – e resolutividade. A idéia é construir um mercado de saúde suplementar que produza saúde, com a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

De acordo com o diretor de Gestão da ANS, Gilson Caleman, a ANS pretende, com a Política de Qualificação, incentivar as operadoras a atuarem como gestoras de saúde, os prestadores a agirem como produtores do cuidado de saúde e os beneficiários a se tornarem usuários com consciência sanitária. “Além disso, a própria Agência deve buscar o aprimoramento constante de sua capacidade para regular um setor com o objetivo de produzir saúde, pontuou”. A RN já está em vigor desde o último dia 27/11/06.

## ANEXO B - Crescimento no Número de Instituições que Pertencem a Operadoras



Matéria circulada em 10 de julho de 2006

*Ricardo Westin*

Em setembro, mais um hospital será inaugurado em São Paulo. Resultado de um investimento de R\$ 48 milhões, o Hospital Santa Bárbara será especializado em tratamentos e exames sofisticados, terá 12 andares e estará localizado a uma quadra da Avenida Paulista, uma das regiões mais nobres da cidade.

Esse hospital pertence à Blue Life e reflete uma tendência cada vez mais forte no ramo dos planos de saúde. As operadoras percebem que, em vez de deixar todo o atendimento dos clientes nas mãos de hospitais conveniados, ter uma rede hospitalar própria pode ser um bom negócio.

Apenas no período entre 2004 e 2005, o número de hospitais que pertencem (total ou parcialmente) às operadoras de saúde subiu de 488 para 591 - um salto de 21% -, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade ligada ao governo responsável pela fiscalização dos planos de saúde.

“Realmente essa é uma tendência do mercado”, afirma Eduardo de Oliveira, presidente da Federação Brasileira de Hospitais. Para ele, uma operadora de plano de saúde que não tiver um hospital próprio será “um navio sem porto”. Com uma rede hospitalar própria, as empresas dizem que é mais fácil garantir serviços de qualidade aos clientes e ter maior controle sobre os gastos com procedimentos médicos. No fundo, essas duas vantagens podem ser resumidas numa só: redução de gastos.

A lógica é simples. Em vez de ser atendido num hospital diferente cada vez que precisa de um médico, o paciente tem um único prontuário - e no mesmo local. Assim, não será necessário realizar um exame que pode já ter sido feito algum tempo atrás. E esse mesmo plano de saúde não terá de pagar a um hospital privado as diárias de um quarto quando o paciente precisar ficar internado.

“Na medicina, só existe uma forma de reduzir custos. É aumentando a qualidade do serviço”, explica Angelo Augusto Ferrari, presidente do futuro hospital da Blue Life.



## ANEXO C - Hospitais Temem Redução de Rede Credenciada



O mercado de prestação de serviços hospitalares está sendo invadido pelos hospitais próprios das operadoras de planos de saúde. O processo, conhecido como “verticalização”, aponta para dificuldades no relacionamento com as redes credenciadas e com o cenário econômico. Segundo dados da ANS, o número de hospitais próprios cresceu de cerca de 300 para mais de 500 estabelecimentos, no último ano. As Unimed e as empresas de medicina de grupo são as operadoras que dinamizam este novo mercado. Mas o confronto entre hospitais e operadoras já deu seu tom. Por um lado, os prestadores sentem-se ameaçados pela entrada dos hospitais próprios das operadoras, mas por outro lado, as empresas alegam que esta foi a saída encontrada para manter o equilíbrio econômico-financeiro, enfatizando a contenção de gastos.

A redução de custos é o principal argumento das operadoras para investirem em estruturas que, antes eram restritas aos prestadores de serviço. O questionamento dos hospitais está voltado para a qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras. Há, também, a desconfiança de que os hospitais das operadoras restrinjam o número de exames; interfiram na autonomia dos médicos; e a adoção das novas tecnologias e seus custos. O presidente do Sindicato de Hospitais Clínicas e Laboratórios de São Paulo (Sindhosp), Dr. Dante Montagnana, acredita que a verticalização está ganhando espaço por causa do relacionamento “difícil” com as operadoras. De fato, há algum tempo as entidades de saúde vêm tentando negociar reajustes com as operadoras, mas sem sucesso.

## ANEXO D - Medial Expande Rede Própria para Reduzir Custos com Hospitais



Matéria circulada em 23/10/06

Depois de captar em bolsa quase R\$ 500 milhões no mês passado, a Medial partirá agora para uma ofensiva que não deve cair no gosto dos hospitais, laboratórios e centros médicos.

A operadora de saúde investirá R\$ 200 milhões por ano na construção e na aquisição de uma rede própria de atendimento aos clientes até 2011. Parte dos recursos virá da oferta de ações e outra porção sairá da geração de caixa.

O objetivo é reduzir a dependência dos prestadores de serviços externos para tentar baixar as despesas. "Alguns atendimentos mais complexos chegam a custar o dobro quando feitos fora da rede própria", afirma Luiz Kaufmann, presidente da Medial.

Dos R\$ 607,4 milhões de custos de serviços que a empresa teve no ano passado, 29% ocorreram dentro das instalações da Medial. A meta, segundo o executivo, é chegar a 50% nos próximos cinco anos. As despesas operacionais correspondem a quase 72% do faturamento da operadora. A margem de lucro foi de 3,6%. Por isso a Medial quer ser mais independente.

Nesta semana, a Medial inaugura o quarto hospital de sua rede. Essa unidade em Brasília exigiu investimentos de R\$ 12 milhões. Ainda neste semestre também será aberto um centro de atendimento ambulatorial no Rio.

Além disso, a operadora pode comprar hospitais e laboratórios. Em seu prospecto, a Medial menciona que tem uma opção de compra do centro de diagnósticos Endomed, pertencente a seus controladores, por R\$ 5 milhões.

Outros podem ser adquiridos, principalmente com o objetivo de incomodar seus atuais fornecedores. "Em alguns locais, Diagnósticos da América e Fleury têm o pleno controle de preços porque não há mais concorrência", explica Kaufmann. Por meio de aquisições, ambas as empresas formaram uma ampla rede em diversos Estados do país.

A tendência de construir sua própria estrutura de atendimento também vem sendo seguida por operadoras como Amil e Unimed Paulistana.

O desafio, entretanto, é convencer os usuários do plano de saúde que o atendimento da rede própria tem a mesma qualidade que a dos hospitais independentes. Afinal, com um caderno de referência em mãos com o nome de todos os locais onde pode se internar ou fazer exames, o paciente tem livre escolha.

Nessa hora, pode ganhar vantagem quem tem sua imagem associada ao serviço que presta exclusivamente e, não a um plano de saúde.

## ANEXO E - Unimed Paulistana Investe em Medicina Preventiva



Matéria circulada em: 19 de julho de 2007

Espaço será anexo ao Centro de Procedimentos e Apoio da Zona Norte com investimentos de R\$ 540 mil, a Unimed Paulistana amplia as instalações do Centro de Procedimentos e Apoio (CPA) na Zona Norte de São Paulo. Com data marcada para dia 19, o novo prédio terá suas atividades voltadas para a Medicina Preventiva.

O novo prédio será destinado a palestras, encontros e atividades relacionados à prevenção de doenças e à melhoria da qualidade de vida, abertas à comunidade local, além de programas de prevenção e controle de doenças, com consultas de enfermagem para os clientes da Unimed Paulistana.

As novas instalações contam com dois andares, auditório de 25 lugares e duas salas para consultas de enfermagem. O mesmo espaço será utilizado pela Clínica de Imunização Vacinar, parceira da Cooperativa, para a aplicação de vacinas

## ANEXO F - Unimed Fortaleza Amplia sua Rede Própria



Matéria circulada em: 5 de setembro de 2006

Em meio à estagnação do mercado nacional de planos de saúde e às exigências vindas da regulamentação do setor encampada pela ANS, a Unimed Fortaleza planeja crescer cerca de 7% este ano.

Até a virada de 2006, a cooperativa de trabalho médico Unimed de Fortaleza vai instalar três novos núcleos de atendimento na Capital, nos bairros Aldeota, Messejana e Montese. As unidades vão se juntar às três já existentes (Maracanaú, Avenida Bezerra de Menezes e Rua José Vilar, em Fortaleza). A cooperativa deve abranger este ano 300 mil usuários de planos de saúde, crescimento de cerca de 7% diante de 2005 e de 38% se comparado a 2002, quando tinha 218 mil clientes, de acordo com o diretor comercial da cooperativa, Francisco José Motta Barros de Oliveira. Parte da estratégia de crescimento foi avançar sobre os segmentos C e D, segundo o diretor, além de incrementar a equipe de vendas, que saltou de 20 vendedores próprios para 200 terceirizados com seis lojas credenciadas.

Mas nem se desvencilhando da antiga imagem de "elitista", o plano vai deixar de dar atenção à classe A, segundo a diretoria da cooperativa. Entre as novas unidades está planejado um núcleo VIP na Aldeota, onde uma das palavras de ordem será proporcionar comodidade aos clientes. Nessa mesma linha de atuação vai lançar um plano "AA", nas palavras de Francisco José, com cobertura maior do que o chamado Multiplan e acesso, por exemplo, a hospitais de tabela própria em São Paulo.