

ANA LÚCIA SZAUCOSKI

IMPLICAÇÕES DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA
A.N.S (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR)

**Monografia apresentada à Universidade
Federal do Paraná, como parte dos
Requisitos para obtenção do título de
especialista em Marketing.**

Orientadora: Prof^a.Jociane Rigoni Viante

PONTA GROSSA
MAIO/2005

Agradecimentos

**“Tentar e falhar é, pelo menos, aprender.
Não chegar a tentar é sofrer a inestimável
perda do que poderia ter sido.”**

(Geraldo Eustáquio)

À minha orientadora e mestre Prof. ^a
JOCIANE, que soube ter a propriedade de
ensinar e encorajar nos momentos de
desalento.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	7
1.2. JUSTIFICATIVA	8
1.3. OBJETIVOS.....	9
1.3.1. <i>Objetivo Geral</i>	9
1.3.2. <i>Específicos:</i>	9
1.4. ESTRUTURAÇÃO DA MONOGRAFIA	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 ANÁLISE DE MERCADO E COMPETITIVIDADE	11
2.2. MARKETING	12
2.2.1. <i>Marketing de serviços</i>	12
2.2.2. <i>Características dos serviços</i>	13
2.2.3. <i>Intangibilidade</i>	14
2.2.4. <i>A distinção do intangível</i>	15
2.2.5. <i>Heterogeneidade</i>	17
2.2.6. <i>Perecibilidade</i>	18
2.2.7. <i>Propriedade</i>	18
2.3. A QUALIDADE NO SETOR DE SERVIÇOS	19
2.3.1. <i>Princípios da qualidade no setor de serviços</i>	20
3. METODOLOGIA.....	25
4. COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.1 A ANS E OS PLANOS DE SAÚDE.....	27
4.2. AS EMPRESAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A LEGISLAÇÃO	35
4.2.1.. <i>Carência</i>	39
4.2.2. <i>Doenças pré-existentes</i>	39
4.3. TABELA 1 - IMPLICAÇÕES DECORRENTES DA REGULAMENTAÇÃO DA A.N.S.....	40
4.4. OS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	43
4.4.1 <i>Os Tipos de Saúde Privada no Brasil</i>	44
4.5. A EXPANSÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS-SAÚDE.....	54
4.6. O ATENDIMENTO AO CLIENTE DE PLANOS DE SAÚDE A PARTIR DO MARKETING DE SERVIÇOS..	60
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	62
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

Resumo

Este estudo tem como principal objetivo, analisar as implicações que a A.N.S (Agência Nacional de Saúde Suplementar) tem sobre as operadoras privadas de saúde no Brasil. O trabalho procurou compreender de que forma os serviços de atendimento ao cliente são influenciados por estas regulamentações, ou melhor, procurou demonstrar que, na busca pelo rígido controle das empresas de saúde suplementar, no Brasil, os órgãos públicos têm, na verdade, contribuído para dificultar o atendimento ao cliente e engessado, em muitos aspectos, a competitividade entre as empresas. A pesquisa está embasada em revisão de literatura que aborda os assuntos: análise de mercado e competitividade, marketing, marketing de serviços e qualidade no setor de serviços; segue-se com a metodologia de pesquisa, onde a abordagem adotada foi à qualitativa exploratória, com coleta de dados primários e secundários. Observou-se que para as operadoras manterem-se num mercado estritamente competitivo após a regulamentação da A.N.S., as mesmas terão que desenvolver e estruturar a qualidade da prestação de seus serviços.

Abstract

This study it has as main objective to analyze the implications that the A.N.S (National Agency of Supplemental Health) has on the private operators of health in Brazil. The work looked for to understand of that it forms the services of attendance to the customer are influenced by these regulations, or better, looked for to demonstrate that, in the search for the rigid control of the companies of supplemental health, in Brazil, the public agencies has, in the truth, contributed to make it difficult the attendance to the customer and plastered, in many aspects, the competitiveness between the companies. The research is based in literature revision that approaches the subjects: analysis of market and competitiveness, marketing, marketing of services and quality in the sector of services; it is followed with the research methodology, where the adopted boarding was to the explorer qualitative, with collection of primary and secondary data. It was observed that them operators to after remain in a strict competitive market the regulation of the A.N.S., the same ones will have that to develop and to structuralize the quality of the installment of its services

1. INTRODUÇÃO

1.1. Tema e Problema de Pesquisa

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil e é fruto das mudanças sociais ocorridas no país nas últimas décadas.

O abandono da saúde pública a partir do final da década de 70, no país, é o resultado de todo um conjunto de fatores que impulsionaram o Estado a uma preocupação cada vez maior com as questões econômicas e um gradual abandono das questões públicas.

Nestas, o capital privado entra em cena exatamente quando o Estado deixa de cumprir as funções que lhes são atribuídas pela Constituição: escolas privadas, saúde privada e segurança privada são elementos que demonstram como os governos gradualmente abandonaram as questões próprias que lhes cabiam para investir em elementos fora de seu âmbito natural.

As pessoas que têm condições financeiras, no país, apelam para as soluções possíveis que se apresentam na sociedade: no caso, optar pelas soluções oferecidas por empresas privadas, especialmente diante da percepção de que o poder público não tem mais condições de resolver os problemas.

A assistência médica suplementar – os “planos de saúde” como serão referenciadas neste texto – é apenas um dos elementos da saúde privada no Brasil: a compra de planos de seguro, de assistência médica emergencial, de planos ambulatoriais são um conjunto complexo de elementos que fazem parte

deste papel que, antes público, é agora um mercado disputado por um número cada vez maior de empresas.

1.2. Justificativa

A partir dos anos de 1990, o crescimento dos planos de saúde no Brasil apresentou um crescimento impressionante, relacionado à decadência dos serviços públicos de saúde, à entrada no Brasil de empresas e tecnologia administrativa importadas no ramo e a ratificação de legislação específica para o setor.

Atualmente, passa por um momento de transformação, em que por um lado às empresas de convênio médio ampliam suas forças econômicas e políticas e, por outro, o governo, especialmente através das ações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – cada vez mais busca ampliar as regulamentações de modo que influenciam, nem sempre de forma positiva, o atendimento aos clientes e o próprio funcionamento destas empresas.

Assim, os problemas administrativos passam a ser um assunto interessante para se abordar: de que forma a empresa de saúde deve estruturar-se para, cada vez mais, ampliar sua carteira de clientes, manter sua lucratividade e permanecer no mercado que está sob uma regulamentação estreita? Como conseguir construir um atendimento adequado ao consumidor de Planos de Saúde, dentro deste contexto? Quais os parâmetros de qualidade

no atendimento que devem ser seguidos para um atendimento adequado ao cliente?

Para elucidar estes questionamentos é que foram desenvolvidos os seguintes objetivos de pesquisa para este estudo de monografia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

Identificar as implicações da qualidade de atendimento na prestação de serviços de saúde decorrentes da A.N.S.

1.3.2. Específicos:

Compreender o significado de atendimento na perspectiva dos planos de saúde.

Entender o significado de bom atendimento dentro da perspectiva dos planos de saúde.

Analisar as implicações e interferências oriundas das regulamentações governamentais.

Compreender de que forma as regulamentações governamentais impedem ou, ao menos, dificultam o funcionamento das empresas.

Desenvolver estudo sobre os serviços de assistência médica no Brasil, comparativo com a pesquisa bibliográfica a ser consultada.

1.4 Estruturação da Monografia

Para um melhor entendimento estrutural deste estudo fora desenvolvida uma seqüência estrutural conforme segue:

No primeiro capítulo apresenta-se o tema os questionamentos da pesquisa, sua justificativa, bem como os objetivos do estudo.

No segundo capítulo é apresentada a fundamentação teórica com base em pesquisas bibliográficas realizadas. Abordando os assuntos: análise de mercado e competitividade, marketing, marketing de serviços e qualidade no setor de serviços.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada na realização da pesquisa.

No quarto capítulo são desenvolvidas a coleta e análise dos dados, bem como o tratamento dos mesmos.

No quinto capítulo são realizadas as considerações e conclusões oriundas do estudo realizado, apresentando sua contribuição assim como sugestões de novas pesquisas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Análise de mercado e competitividade

Acredita-se que as empresas operam em um complexo ambiente de marketing, que consiste em forças incontroláveis às quais ela tem de se adaptar. Como o ambiente produz ameaças e oportunidades, a empresa deve analisá-lo com cuidado para poder evitar as ameaças e tirar partido das oportunidades “. KOTLER (1995) CHURCHILL E PETER (2003) definem análise ambiental como a prática de rastrear as mudanças externas que podem afetar o mercado incluindo demanda por bens e serviços, considerando todas as dimensões do ambiente externo – **econômica, política e legal, social, natural, tecnológica e competitiva**. Ainda completa KOTLER (1988), "A empresa que sobrevive é a que está integralmente sintonizada com o seu meio ambiente", ou seja, as mudanças neste meio externo à empresa nunca devem se sobrepôr à capacidade de adaptação da mesma. Empresas dinâmicas e inovadoras em seus processos contribuem para quebra de paradigmas e causam mudanças em seus meios externos. "Inúmeras oportunidades de mercado emergem desse macro ambiente em constante mutação e as empresas devem se hábeis na identificação de tendências". KOTLER (2001).

Ainda quanto à importância da realização da análise ambiental, CHURCHILL E PETER (2003) dizem que, as informações resultantes desta análise podem ajudar a identificar as oportunidades para servir melhores seus mercados, criando valor superior. A análise também pode ajudar a identificar as ameaças à capacidade de uma organização em manter sua vantagem competitiva, sobreviver e prosperar. O ambiente externo afeta não só que as

organizações podem ou devem fazer, mas também o comportamento de consumidores e compradores organizacionais. O ambiente externo influencia como esses compradores avaliam o valor das trocas que realizam.

2.2. Marketing

Segundo KOTLER (1999), o marketing é um processo social e gerencial pelo qual os indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação e troca de produtos e valor. CHURCHILL & PETER (2000) complementam que marketing é o processo de planejar e executar a concepção, estabelecimento de preços, promoção e distribuição de idéias, bens e serviços a fim de criar trocas que satisfaçam metas individuais e organizacionais.

2.2.1. Marketing de serviços

GRONRÖOS (1993) especifica que o serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos, bens físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços que é fornecida como solução ao(s) problemas(s) do(s) cliente(s). Em sua concepção os clientes estão se tornando mais sofisticados, exigem das empresas de serviços, investimentos em tecnologia. Quando novos elementos são acrescentados aos bens ou aos componentes de serviços no relacionamento com o cliente essas relações

ampliam-se. E se o prestador de serviços é bom na avaliação dos clientes, ou seja, se ele tiver uma imagem favorável, pequenos erros serão provavelmente perdoados se os erros ocorrerem com freqüência, a imagem será danificada e se a imagem for negativa, o impacto de qualquer erro será com freqüência consideravelmente maior do que o seria do contrário.

Para as empresas que tiverem essa visão, será uma fonte crítica de riquezas e do nível de emprego na sociedade. Hoje o foco está centrado nos serviços e não só no produto, ou seja, é imperativo o conhecimento sobre a gestão de serviços por parte de gerentes de organizações prestadoras de serviços na execução de estratégias (de serviços) orientada para o mercado.

As pessoas tendem a encarar os serviços de forma ambígua. De acordo com um estudo da *Conference Board* de 1985, os consumidores em sua maior parte acreditam que os bens têm alto valor, enquanto que os serviços têm baixo valor. A partir desta observação, advém a necessidade de prestar serviços com alta qualidade para mudança de conceito junto aos clientes.

2.2.2. Características dos serviços

Sugeriram-se várias características para ajudar a distinguir bens e serviços. É a combinação destas características a que cria o contexto específico em que deve desenvolver políticas de qualidade em uma organização de serviços – aliando-se a isso o fato da especificidade do serviço,

que veremos a seguir. As características mais freqüentemente estabelecidas dos serviços são listadas e apresentadas abaixo.

2.2.3. Intangibilidade

Os serviços são essencialmente intangíveis. Com freqüência não é possível gostar, sentir, ver, ouvir ou cheirar os serviços antes de comprá-los. Podem-se procurar de antemão opiniões e atitudes; uma compra repetida pode descansar em experiências prévias, ao cliente lhe pode dar algo tangível para representar o serviço, mas a compra de um serviço é a aquisição de algo intangível.

Deduz-se que a intangibilidade é a característica definitiva que distingue produtos de serviços e que intangibilidade significa tanto algo evidente como algo mental. Estes dois aspectos explicam algumas das características que separam a busca pela qualidade do produto do de serviços.

Com freqüência os serviços não se podem separar da pessoa do vendedor. Uma consequência disto é que a criação ou realização do serviço pode ocorrer ao mesmo tempo em que seu consumo, já seja este parcial ou total.

Os bens são produzidos, logo vendidos e consumidos enquanto que os serviços se vendem e logo se produzem e consomem pelo geral de maneira simultânea.

Isto tem grande relevância do ponto de vista prático e conceitual, pois tradicionalmente se distinguiram nitidamente funções dentro da empresa em forma bem separada.

Entretanto, aqui podemos apreciar mais uma fusão que uma coordenação, o pessoal de produção do serviço, em muitos casos, é o que vende e/ou interage mais diretamente com o cliente ou usuário enquanto este faz uso do serviço ("consome"). Recordemos que na manufatura pelo geral o pessoal de produção e o processo produtivo em si, não supõem interação direta com o consumidor.

2.2.4. A distinção do intangível

O reconhecimento da promessa de satisfação que os produtos incluem são suficientemente diferentes para características tangíveis e intangíveis. Efetuar uma venda apresenta elementos distintos de manter um cliente, e sob esse aspecto, os produtos intangíveis têm problemas muito especiais.

As pessoas usam aparências para julgar realidades; é o que recomenda o bom senso e o que confirmam pesquisas de comportamento.

Todos dependem, até certo ponto, das aparências, das impressões externas. Tampouco a importância das impressões é limitada somente ao produto genérico em si. Os produtos oferecidos serão julgados em parte

por quem pessoalmente o oferece – não apenas quem é o vendedor da empresa, mas quem representa esta empresa¹.

A natureza dos produtos intangíveis exige número elevado de pessoas em sua produção e comercialização.

Quanto maior o número de pessoas envolvidas em um produto, mais espaço existe para discricão pessoal, contradições, erros e delongas. Um cliente já convencido pode facilmente mudar de idéia como consequência de suas expectativas não terem sido plenamente satisfeitas.

Um produto tangível, fabricado sob estreita supervisão geralmente entregue através de uma rede ordenada de distribuição, tem muito mais probabilidade do que um produto intangível de cumprir a expectativa prometida².

Levitt observa que para a produção de *intangíveis*, considerando a grande quantidade de pechas envolvidas,

há um problema enorme de controle de qualidade.

¹ LEVITT, Theodore. The marketing imagination. New York: The Free Press, 1990

² LEVITT, Theodore. Op. cit.

Este controle é sob alguns aspectos automático, embutido no sistema. Se uma porta azul é presa a uma geladeira branca, alguém na linha imediatamente o questionará.

Mas se um mecânico omite uma característica importante do funcionamento de um automóvel de corrida, ou não o apresenta bem, sua falha talvez nunca seja encontrada, ou será tarde demais³.

2.2.5. Heterogeneidade

Com freqüência é difícil obter padronização de produção nos serviços, devido à especificidade de cada "unidade".

A prestação de um serviço pode ser diferente de outras "unidades". Além disso, não é fácil assegurar um mesmo nível de produção do ponto de vista da qualidade. Do mesmo modo, do ponto de vista dos clientes também é difícil julgar a qualidade com antecedência à compra.

³ LEVITT, Theodore. Op. cit.

2.2.6. Perecibilidade

Os serviços são suscetíveis de perecer e não se podem armazenar. Por outra parte, para alguns serviços uma demanda flutuante pode agravar as características de perecibilidade do serviço.

As decisões chaves se devem tomar sobre que máximo nível de capacidade deve estar disponível para fazer frente à demanda antes que sofram as vendas de serviços. Igualmente terá que emprestar atenção às épocas de baixos níveis de uso, à capacidade de reserva ou à opção de políticas de curto prazo que equilibrem as flutuações de demanda.

Tomemos o caso, por exemplo, na capacidade de um hotel versus uma empresa manufatureira: esta última tem maior flexibilidade para fazer frente a aumentos na quantidade demandada de bens e pode, em geral, aumentar os turnos de produção para fazer frente a ela. Mas, o que ocorre no caso de um hotel quando o número de hóspedes aumenta além do número de apartamentos que possui?, o que ocorre quando são muitos menores os que vão ao hotel?

2.2.7. Propriedade

A falta de propriedade é uma diferença básica entre uma indústria de serviços e uma indústria de produtos, porque um cliente somente pode ter acesso a utilizar um serviço determinado. O pagamento se faz pelo uso, acesso ou arrendamento de determinados elementos.

2.3. A Qualidade no setor de serviços

A diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço.

Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade, muitas vezes esta diferença implica até mesmo em "estado de espírito do cliente" no momento da prestação do serviço. As pessoas possuem padrões diferentes de qualidade.

Para Gianesi⁴:

a ênfase passa, portanto, da inspeção do resultado do processo para o controle do processo propriamente dito. A produção e o consumo do serviço ocorrem freqüentemente de forma simultânea. Na maioria dos casos, não há como produzir um serviço antes e inspecionar sua qualidade depois.

Além disso, o processo de prestação de serviços é praticamente tão importante na formação da percepção de qualidade do cliente quanto o próprio resultado final.

⁴ GIANESI, Irineu G. N. & CORRÊA, Henrique Luiz. Administração estratégica de serviços. São Paulo: Atlas, 1996.

2.3.1. Princípios da qualidade no setor de serviços

As estratégias características de ambientes de serviços é apresentado, a nível teórico de forma original, por Sasser⁵. De acordo com o seu modelo, três elementos relacionam-se nas bases da estruturação da qualidade: o conceito de serviço, o sistema de entrega do serviço, e níveis de serviços.

De acordo com esta concepção, o serviço é definido pelo sistema de entrega, e possibilita-se a criação de níveis de serviços da forma como serão percebidos pelo consumidor.

É, porém, Davidow⁶, quem sistematiza essas características, no que ele denomina de "elementos do serviço": estratégia, liderança, pessoal, infraestrutura e medidas.

1º A estratégia é a base sobre a qual se organizam todos os outros elementos do serviço. As estratégias bem sucedidas segmentam claramente clientes de acordo com suas necessidades de serviço, a fim de concentrar-se em apenas alguns segmentos, intimamente relacionados.

2º A liderança torna a estratégia uma realidade cotidiana. Ao invés de regras e regulamentos, os funcionários têm que confiar numa estrutura forte,

⁵ SASSER, W. E. & OLSEN, R. P. & WYCKOFF, D. D. Management of service operations. Boston: Allyn & Bacon, 1978.

⁶ DAVIDOW, William H. & UTTAL, Bro. Total customer service - the ultimate weapon. New York: Harper & Row, 1991.

voltada para o serviço e para guiá-los na tomada de decisões. Esta estrutura tem as formas e valores moldados pelos líderes.

3º Os líderes de nada valem se não tiverem seguidores eficazes. Grande parte do serviço ao cliente é suprida em encontros pessoais entre funcionários e clientes. As empresas que percebem a estreita relação entre funcionários-clientes, investem maciçamente em pessoal e proporcionam verdadeiros planos de carreira.

4º O projeto limita o serviço ao cliente tanto quanto a estratégia. Produtos e serviços que não tenham sido projetados, desde o início, de modo a permitir uma manutenção fácil e eficaz, destroem a capacidade da companhia de satisfazer os clientes a um custo razoável.

5º Embora sejam essenciais, principalmente em serviços de pós-venda, as infra-estruturas tendem a ser extremamente caras. Líderes de serviços às ampliam de acordo com o crescimento das vendas e usam tecnologia avançada para cortar os custos infra-estruturais e melhorar o desempenho.

6º As medidas de avaliação da qualidade fecham o ciclo que começa com a estratégia, mostrando aos gerentes os pontos fortes e fracos de outros elementos do serviço. Empresas que levam o serviço a sério, avaliam constantemente seu próprio desempenho através de três tipos de medidas:

Medidas de avaliação do processo que comprovam o trabalho realizado pelos funcionários com os padrões de qualidade e quantidade. Avaliação do produto mostra se este trabalho vem produzindo o resultado desejado. As medidas de satisfação analisam até que ponto os clientes estão satisfeitos com o serviço que lhes foi fornecido.

Dentro deste raciocínio, o processo de qualidade dos serviços deve ter um gerenciamento cuidadoso. Não existe, particularmente no Brasil, uma cultura bem estabelecida, tanto em termos de buscar prestar um bom serviço, como de exigir um bom serviço pelo qual o consumidor paga.

De acordo com Garvin⁷, são motivos para essa baixa qualidade da indústria de serviços:

• freqüentemente os trabalhadores da indústria de serviços são considerados mão-de-obra 'temporária' e, como tal, merecedores de baixos

níveis de atenção gerencial para motivação e treinamento;

• excessiva ênfase em cortes de custos e busca míope por produtividade de recursos causa degradação no nível de personalização e qualidade de atendimento;

• clientes, em geral acostumados com um nível pobre de serviços, não tem o hábito de exigir mais;

• é normalmente difícil padronizar serviços, principalmente os intensivos em mão-de-obra, pela variabilidade de clientes, de prestadores de serviço e de situações que tipicamente ocorrem em situações reais;

• a qualidade do pacote de serviços ofertada é freqüentemente e, em grande parte, intangível e, portanto difícil de medir e controlar.

Considerando-se a importância da formação das expectativas do cliente para a avaliação que fará da qualidade do serviço que irá comprar, deve-se desenvolver formas prioritárias de se conhecer os próprios desejos do cliente.

⁷ GARVIN, David A. Gerenciando a Qualidade - a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

Não são incomuns as empresas de serviços que, a despeito de se preocuparem com a qualidade, dirigem seus esforços em uma direção diversa daquela desejada pelo próprio cliente.

Segundo L. Pierpoint, presidente da *Summit Health Limited*, uma empresa com mais de 5.000 leitos hospitalares, em cinco estados do sudoeste dos Estados Unidos da América observa: “Qualidade em assistência médica significa o fornecimento especializado e eficiente de serviços de saúde, não apenas no sentido técnico, mas pessoal também. Portanto a Summit concentrou-se em programas de educação e treinamento de empresas que enfatizam o relacionamento com os pacientes.

3. METODOLOGIA

Identificado o questionamento, foram delineados os objetivos e a partir do embasamento da revisão de literatura antecedente e através do referencial metodológico a seguir, a pesquisa fora desenvolvida.

A pesquisa foi realizada, no setor de prestação de serviços de saúde em função da familiaridade que esta pesquisadora têm com o assunto e outros motivos impulsionaram a realização desta, um deles a mutação ambiental, a acirrada competitividade do setor e também em virtude das transformações constantes oriundas das políticas e regulamentações governamentais adotadas.

GIL (1995), define pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos, sendo desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos.

A abordagem metodológica adotada no presente estudo foi à qualitativa e exploratória, segundo RICHARDSON (1989), a pesquisa qualitativa usa uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, os estudos que empregam este método podem descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interação de certas variáveis, compreende e classifica processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo no processo de mudanças de determinado grupo e possibilita o atendimento das particularidades de comportamento dos indivíduos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram coletados a partir de dados secundários em pesquisa exploratória qualitativa.

De acordo com YIN (2001), as fontes de evidência utilizadas por esta pesquisa foram observações diretas, observações participantes e consulta a documentação. Segundo o autor não há uma vantagem indiscutível de uma fonte em relação às outras, elas são complementares e um bom estudo utiliza um maior número possível de fontes, como o utilizado para a realização deste estudo.

4. COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.1 A ANS e os Planos de Saúde

De acordo com a legislação brasileira, há duas modalidades de assistência médica privada: Seguro Saúde e Plano de Saúde.

O Plano de Saúde é contratado através de acordo entre as partes (empresa e cliente-beneficiário). A empresa não sofre nenhuma forma de fiscalização dos órgãos governamentais. Por isso, é importante para o cliente analisar detalhadamente o conteúdo do contrato antes de assiná-lo.

A diferença prática entre "seguro" e "plano" está, em princípio, na abrangência. Os "seguros" proporcionam aos associados livre escolha de profissionais, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais.

O objetivo específico com que se lida aqui é a obrigação à qual se vincula alguém, de dar cobertura financeira ao tratamento das enfermidades e acidentes físicos e seus respectivos danos sofridos por outrem que, em contrapartida, compromete-se ao pagamento mensal de uma certa quantia.

Tanto nos "seguros" quanto nos "planos", trata-se de uma prestação de serviços, securitários ou assemelhados, que configura a Relação de Consumo. De acordo com Bustamente⁸,

a relação de consumo formada de um lado por um fornecedor de serviços, que é a empresa seguradora ou administradora, nos exatos

⁸ BUSTAMANTE, Ricardo (org.) Ensaio Jurídico - o Direito em Revista. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Atualização Jurídica, v. 2, 1998.

termos do Art. 3º, § 2º do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/90 (“§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista”), e, de outro lado, por um consumidor destinatário final de tais serviços, de acordo com o Art. 2º (“Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”). Assim, essa relação é regida, provavelmente, pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, que são de ordem pública e interesse social (Art. 1º), e inderrogáveis pela vontade das partes.

A partir de 2005, os planos de saúde terão de obter junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que fiscaliza e regulamenta o setor, sua autorização de funcionamento. Caso não seja efetuado este registro junto a ANS, as empresas de saúde suplementar (operadoras) ficam sujeitas à transferência compulsória da carteira e ao cancelamento do registro provisório que atualmente possuem.

Esta situação é resultado da Lei 9.656/98, no qual as operadoras de planos privados de assistência à saúde passariam a estar sujeitas a

autorização para atuar no mercado nacional. As empresas deverão apresentar todos os documentos descritos no Anexo IV – Condições Gerais para a Concessão da Autorização de Funcionamento às operadoras com registro provisório, esclarecendo que mencionado rol refere-se a regularidade jurídica, atuarial e contábil, abrangendo a comprovação da integralização do capital mínimo ou a constituição da provisão para operação, incluindo a provisão de risco, inventário das instalações, recursos administrativos e estrutura gerencial para operação de planos de assistência à saúde e, quando for o caso, das instalações e equipamentos da rede própria para a prestação dos serviços de assistência à saúde, nota técnica atuarial de provisões, apresentando descrição da metodologia adotada pelo atuário responsável pelo cálculo da provisão de eventos ocorridos e não avisados, para a aprovação da ANS, entre outros documentos.

Além de todos esses documentos, para a obtenção do registro ainda se faz necessário parecer de auditoria independente, inventário e nota técnica. A ANS verificará se a operadora possui pelo menos um produto-referência registrada e ativa na ANS por cada modalidade de contratação que opere (contrato individual e ou familiar, contrato coletivo empresarial e contrato coletivo por adesão), se procedeu à indicação de coordenador médico de informações em Saúde e se enviou o Documento de Informação de Operadoras (DIOPS) e o Sistema de Informação de Produto (SIP), referente ao trimestre anterior ao período de solicitação da autorização de funcionamento.

Segundo Toro da Silva⁹

Estima-se que cerca de 35% das operadoras atualmente no mercado não conseguirão cumprir todos os requisitos, principalmente com referência a integralização de capital social mínimo e provisões necessárias. Saliente-se que em igual prazo as operadoras que detêm registros provisórios de seus planos (produtos = contratos) deverão complementar os dados de registro de acordo com as novas exigências contidas na mencionada resolução e em instrução normativa baixada pela Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO).

Por um lado, há as questões normativas e legais que se colocam na obtenção de tais registros. Por outro, a influência, cada vez mais crescente, da ANS, no cotidiano das empresas que oferecem planos de saúde, chegando mesmo a dificultar a oferta de produtos e serviços diferenciados aos clientes.

Veja-se o primeiro ponto, a questão legal. Segundo Toro da Silva¹⁰,

existem muitas questões que precisam ser mais bem esclarecidas pela ANS, bem como até a presente data não foram baixados atos com o intuito de "aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução",

⁹ TORO DA SILVA, José Luiz. Planos de saúde e suas autorizações. Gazeta Mercantil/Legal & Jurisprudência. São Paulo, 12/3/2005. p. 1

¹⁰ TORO DA SILVA, José Luiz. Op. cit.

como descrito em seu artigo 37, sendo que o prazo está correndo e, segundo informações, a ANS não irá prorrogá-lo.

Obviamente, depois de esclarecidos os aspectos supra mencionados, as operadoras necessitarão de mais prazo para a sua adequação ou então serão forçadas a discutir judicialmente tais exigências, a fim de permanecerem no mercado.

Ou seja, há questionamentos legais importantes a serem feitos, em relação à exigência de documentos feita pela ANS. Além disso, porém, há uma série de questões de funcionamento das operadoras de planos de saúde, que são influenciadas pela ANS.

O êxito de uma empresa como as operadoras de planos de saúde depende fundamentalmente da demanda de seus clientes. Eles são os protagonistas principais e o fator mais importante que intervém no jogo dos negócios. Se a operadora de planos de saúde não satisfizer as necessidades e desejo de seus clientes terá uma existência muito curta. Todos os esforços devem estar orientados para o cliente, porque ele é o verdadeiro impulsor de todas as atividades da empresa.

De nada serve que o produto ou o serviço seja de boa qualidade, a preço competitivo ou esteja bem apresentado, se não existem compradores. O mercado já não se assemelha em nada ao dos anos passados, que era tão previsível e compreensível. A preocupação era produzir mais e melhor, porque

havia suficiente demanda para atender. Hoje a situação se transformou de uma forma dramática.

A pressão da oferta de bens e serviços e a saturação dos mercados obrigam às empresas de saúde suplementar a pensar e atuar com critérios distintos para captar e reter a esses "clientes escorregadios" que não mantêm "lealdade" nem com as marcas nem com as empresas.

Muitos empreendedores insistem em que a experiência pode ser aplicável a qualquer situação e se dá conta tarde que sua empresa não está sofrendo uma recessão passageira, mas sim estão ficando fora do negócio. O principal objetivo de todo empresário é conhecer e entender tão bem aos clientes, que o produto ou serviço possa ser definido e ajustado a suas necessidades para poder satisfazê-lo.

Levitt¹¹ diz que o fim de qualquer negócio é fazer e conservar aos clientes. Em uma situação de mercados cada vez mais segmentados, conseguir a diferenciação mediante o desenho, a qualidade, a embalagem ou o preço, demonstra-se como cada vez mais difícil de conseguir.

Só vendo o cliente como aliado, como um sócio que se envolverá em nosso negócio haverá possibilidade de ampliação do mercado, sobretudo, em tempos de crise. A atenção ao cliente através do pessoal de contato procura, no fundo, melhorar as técnicas com o cliente no momento da compra e venda. A atenção ao cliente entendida desta forma se converte assim em uma poderosa ferramenta de marketing, representando um meio

extraordinariamente rentável e em muitos casos o único disponível para lutar contra competidores.

Porém, quando consideramos as ações da ANS no setor de serviço suplementar de saúde, vemos uma ação que inibe os movimentos das empresas e, da mesma forma, uma padronização de condutas que dificulta a luta por clientes, o oferecimento de diferenciais, a apresentação de novas propostas.

Desde o final de 1998, por exemplo, com a entrada em vigor da Lei 9656, que regulamenta o setor, os planos individuais passaram a ser reajustados anualmente por um índice fixado pela ANS. O valor determinado para 2004 foi de 11,75%. Isso significa afirmar que essa valorização foi de 6,37 pontos percentuais acima do IGP-M. Porém, se forem considerados os últimos quatro anos, esta relação apresenta uma defasagem de 26,63% em relação à inflação¹². Essa diferenciação tem uma argumentação por parte da ANS no seguinte modo: os cálculos de reajustes ao consumidor são feitos com base nas negociações de preços entre operadoras de planos de saúde e empresas. Assim, como o poder de negociação das empresas é maior, os benefícios desta negociação seriam repassados ao consumidor final, como uma vantagem.

Porém, o resultado que se obtém pode ser exatamente o oposto. Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), essa

¹¹ LUCA NETO, D. D. Vamos nos comunicar com nossos clientes? Revista T&D. Desenvolvendo talentos, v. 7, nº 84, dezembro 1999.

¹² LIMA, Aline. Operadoras decretam: clientes individuais dão pouco lucro e não são mais bem-vindos. IstoÉ dinheiro. São Paulo, 4 de dezembro de 2004.

diferença de preço entre os planos individual e empresarial não se dá devido a uma ação supostamente “maquiavélica” das operadoras de saúde suplementar. Mas sim pelo fato de que, em uma negociação em grande escala, como acontece com as indústrias, o valor tem condições de ser menor.

O resultado? O crescente desinteresse das operadoras de planos de saúde pelo consumidor individual. Este está se tornando muito caro para as empresas. Ou seja: a ANS, ao invés de regulamentar o setor, auxiliar a disputa por mercado, promover a concorrência, determina certas regras e atitudes que emperram o sistema de saúde suplementar e impede que benefícios cheguem aos próprios consumidores.

Como afirma Lima¹³, em reportagem na revista IstoÉ dinheiro:

“O plano individual deixou de ser um produto lucrativo”, atesta Francisco Galiza, sócio da consultoria Rating de Seguros. Sendo assim, muitas empresas simplesmente aumentam para valer os preços dos novos planos, sem medo de afastar sua freguesia. Murilo do Rego Lins, diretor da área de saúde da Marítima Seguros, nega que a companhia tenha deixado de oferecer planos individuais, mas diz que “os produtos têm seu preço fixado de acordo com a realidade da seguradora”. Há na ANS, no momento, dois grupos de especialistas estudando a

¹³ LIMA, Aline. Op. cit.

introdução da variação dos custos médicos e hospitalares no cálculo do reajuste das mensalidades – uma antiga reivindicação das operadoras de plano de saúde.

4.2. As empresas de saúde suplementar e a legislação

O Código de Defesa do Consumidor desenvolveu conotações próprias e quando se fala em boa fé no âmbito das relações de consumo, não há que se perquirir o aspecto subjetivo.

Para o CDC a boa fé é objetiva, é conduta a ser seguida imperativamente pelos protagonistas da relação jurídica, considerando-se o fornecedor como a parte mais forte e organizada, conhecedor que é ou que deve ser de tudo a respeito do que se propõe colocar no mercado de consumo.

Nesse sentido, a regra básica de interpretação dos contratos de consumo é a do Art. 47, segundo a qual as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, ressaltando-se que tal regra não diz respeito, apenas, aos casos de dúvida, mas sim que se constitui em parâmetro obrigatório de aplicação dos princípios configurados no objetivo da norma do Art. 4º.

Este dispositivo fixa finalidades, obrigações de resultado, balizando a interpretação e a aplicação de todo o Código aos casos sob sua regência.

Determina a interpretação das outras normas de conduta e de organização, cuja aplicação há de guardar estreita adequação aos princípios nela enunciados.

Estes princípios podem ser aglutinados em três: o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor, a transparência e harmonização dos interesses dos participantes da relação de consumo, e a coibição e repressão eficiente dos abusos.

O Art. 4º condiciona a incidência e a aplicação das normas do Código a estes princípios/objetivos, que passam a ser finalidades jurídicas prioritárias. Por isso que é uma 'norma objetivo'.

Dado ao caráter imperativo das regras do Código, o Art. 4º vincula o intérprete aos resultados pretendido o qual fica na contingência de aplicar a lei teleologicamente, não por sua opção mas por determinação da própria lei¹⁴.

Através das regras que impregnam as relações de consumo das noções de boa fé, transparência, harmonia, vinculando o aplicador à interpretação mais favorável ao consumidor, visando à proteção da sua vida, saúde, dignidade e dos seus interesses econômicos, ou seja,

a proteção à sua incolumidade físico-psíquica, à sua incolumidade econômica, e a facilitação da implementação dos seus direitos, o Código de Defesa do Consumidor dá expressão concreta ao Art. 3º, I, da Constituição Federal de 1988 que preconiza como objetivo fundamental da República, a construção de uma sociedade livre, justa, e solidária¹⁵.

Para as empresas de planos de saúde, e dentro das características próprias da relação com o CDC, dois elementos tornam-se bastante delicados nas relações contratuais com os clientes: a carência dada conforme contrato, as diferenciações de preços para os diferentes tipos de clientes e as relações de obrigação que devem ser definidas dentro das doenças pré-existentes.

O art. 6º do CDC exige, como direito básico, a

proteção da vida e da saúde contra os riscos e práticas decorrentes do fornecimento de serviços, bem como direito à efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais, morais, individuais, coletivos e difusos.

Segundo Menezes¹⁶,

¹⁴ GRAU, Eros "Interpretando o Código de Defesa do Consumidor; algumas notas", Rev. de Dir. do Consumidor, vol. 5, Ed. RT, jan/mar-1998.

¹⁵ GRAU, op. cit.

¹⁶ MENEZES, Carlos Alberto. "O Consumidor e os Planos Privados de Saúde", Rio de Janeiro, Revista Forense, v. 90, n. 328, p. 312-316, out./dez. 1994.

não pode haver dúvida quanto à aplicação do Código do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor, alertando tratar-se de um contrato de adesão, isto é, aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo, obrigando, em qualquer caso, que as cláusulas que impliquem limitação de direito do consumidor sejam redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

São muitas as ações propostas contra planos de saúde. Em casos de partos prematuros, discute-se a validade de prazo de carência, tendo a jurisprudência assentada que essa cláusula deve ser interpretada em razão das finalidades de garantia, observada a boa-fé dos contratantes no momento do ajuste.

4.2.1. Carência

Carência é um período de tempo estabelecido contratualmente, no qual o beneficiário do plano não poderá se valer dele, não poderá usá-lo.

São cláusulas que operam uma limitação na eficácia do contrato: para determinadas doenças ou espécie de tratamentos; a responsabilidade da contratada somente irá ter início a partir do transcurso de um lapso temporal. Operam uma limitação de tempo na responsabilidade da fornecedora quanto à cobertura de determinados eventos

Este período poderá ser no máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo, de 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos e de 24 (vinte e quatro horas) para cobertura dos casos de urgência e emergência.

Os períodos de carência são aqueles estabelecidos pelo artigo 12, inciso V da Lei 9656/98.

Considera-se carência um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o consumidor não usufrui os serviços oferecidos pelo plano de saúde. Os prazos de carência podem variar em cada operadora, porém não podem ser maiores que os limites determinados na Lei.

4.2.2. Doenças pré-existentes

Doenças pré-existentes são aquelas que pré-existem na pessoa, doença que ela já possui no momento em que realiza o contrato. São aquelas que o consumidor saiba ser portador ou sofredor à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Este tema gerou conflitos entre prestadora de serviço e consumidor, mas hoje com a lei regulamentando expressamente sobre o assunto, isto cessou. As empresas deverão ter o cuidado de analisar e especificar as doenças pré-existentes que procura tratar. Pois não serão aceitos, de acordo com a legislação, doenças pré-existentes os sintomas ou doenças não sabidas no ato da contratação.

4.3. Tabela 1 - Implicações decorrentes da regulamentação da A.N.S.

Na tabela abaixo, são apresentadas de forma sistemática algumas características dos serviços, conforme pesquisa bibliográfica onde esta pesquisadora, através de observações e coleta de informações, pode identificar uma alteração nos parâmetros de qualidade na prestação de serviços de saúde anterior e posterior a regulamentação da ANS, conforme segue:

Tabela 1: Implicações decorrentes da regulamentação da A.N.S.

Características dos Serviços	Especificação das Características dos Serviços de Saúde	Variáveis	Parâmetros de Qualidade Anterior a ANS	Parâmetros de Qualidade Posterior a ANS
Intangibilidade	Qualidade e prontidão no atendimento.	Valor intrínseco – “manutenção da vida”	<i>Rapidez</i>	<i>Rapidez</i>
Heterogeneidade	Singularidade dos problemas de saúde de cada cliente	Multiplicidade de opções	<i>Diversidade</i>	<i>Igualdade</i>
Perecibilidade	Atendimento a um problema momentâneo, ou de prazo relativamente limitado	Respostas aos exames	<i>Qualidade no atendimento; solução dos problemas.</i>	<i>Morosidade na solução de problemas</i>
<i>Propriedade</i>	<i>Atendimento a uma causa específica</i>	<i>Atendimento personalizado</i>	<i>Confiança; respostas.</i>	<i>Desconfiança</i>

Fonte: Dados Primários

Mediante descrição na tabela acima, pode-se analisar que a rapidez no atendimento continuou sendo o mesmo, porque se trata da “manutenção da vida”, portanto é item indispensável. Além de que, podemos destacar neste item um aspecto positivo, pois apesar da regulamentação da A.N.S. ter implicado em tantas imposições às operadoras, a questão da prontidão no atendimento, principalmente nos casos de urgência e emergência continuou da mesma forma, ou seja, com excelência no atendimento, nos casos hospitalares propriamente dito.

Porém na multiplicidade de opções, a ANS dificultou a oferta de produtos, porque anterior ao processo da regulamentação havia um leque maior de planos, com valores que estavam dentro da provisão orçamentária

familiar brasileira, ou seja, havia por exemplos *planos ambulatorias* a R\$35,00 *per capita*, onde pessoas de qualquer nível ou categoria social poderiam estar adquirindo um plano de saúde. Posterior a A.N.S. verifica-se um “encolhimento” na opção de planos, poucos e a preços individuais mais elevados não menos que R\$ 80,00, isto fez com que os planos de saúde ficassem restritos as classes A e B.

Em relação à solução de problemas tornou-se mais morosa devido à burocracia imposta pela A.N.S., através da exigência de relatórios, formulários e controles exigida rigorosamente junto às operadoras. Como por exemplo: saber o número exato de usuários titulares, dependentes, número de exames, consultas, número de prestadores; bem como situação financeira e contábil das operadoras, fazendo com que o processo técnico torne-se mais lento.

Bem como os clientes tornaram-se mais receosos no ato da contratação do plano, principalmente devido própria divulgação e alerta da A.N.S., os mesmos exigem muito mais das operadoras de saúde, fazendo com que as mesmas estejam melhor preparadas e qualificadas no setor de atendimento interno. Num aspecto positivo é válido ressaltar que para o cliente, o mesmo tornou-se mais determinado e consciente dos seus direitos.

Numa análise sucinta, verifica-se que após a regulamentação da ANS as operadoras de saúde foram obrigadas a investir cada vez mais na qualidade dos serviços de saúde privada. Para o cliente uma das grandes vantagens foi ter direito a exames que anteriormente não eram contemplados no seu plano contratual. Devido aos itens citados acima este processo levou a uma disputa mais acirrada entre as operadoras, melhores atendimentos resultarão em maior

número de clientes, conseqüentemente isto gera maior competitividade dentro do mercado de planos de saúde privada.

4.4. Os planos de saúde no Brasil

A entrada dos planos de saúde no Brasil é o resultado, por um lado, da deterioração dos serviços públicos e, por outro, da chegada ao território brasileiro de um tipo de prestação de serviços comuns no exterior (e que, em vários outros países de economia desenvolvida, não substituem mas disputam mercado com a saúde pública).

Surgem os planos privados de seguro de saúde no Brasil e as pessoas começam a contratar estes serviços – para muitos, a única solução de saúde na atualidade. A matéria está tão disseminada no comportamento da sociedade que agora já encontramos até planos de saúde para animais.

Hoje, no Brasil, existem cerca de 870 empresas prestando serviços nesse setor, com cerca de 41 milhões de associados. Longe de significar confiança no sistema, esse elevado número apenas demonstra o descaso de que é alvo a saúde pública no país.

Conforme divulgado por conceituadas revistas de circulação nacional, o faturamento dessas empresas é um dos mais destacados da economia nacional, com índices de lucratividade superiores a qualquer outra atividade lícita. Muitas ainda são tidas dentro das questões legais, como "entidades sem fins lucrativos", usufruindo de isenções tributárias.

O Conselho Federal de Medicina, atualmente, responde por uma série de normas e determinações que regulam, no país, as ações destas empresas.

Segundo o CFM, é de responsabilidade destas empresas garantir:

- ñ ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;
- ñ justa e digna remuneração profissional pelo trabalho médico;
- ñ ampla e total liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e pelo médico.

A obrigação constitucional de atendimento universal é dever do Estado, não do setor privado. Assim, é entendimento dominante que as doenças que preexistem ao contrato de saúde devem ser vistas com cuidado, pois é difícil determinar com precisão as suas características e natureza, valendo a declaração firmada de que não se é portador de doença, se realmente não se tinha conhecimento dela.

4.4.1. Os tipos de saúde privada no Brasil

Apenas para delimitar a área sob análise, o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza contratual das relações. Segundo entre atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo. De acordo com os dados da pesquisa realizada pela CIEFAS¹⁷

o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão

¹⁷ CIEFAS. Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), 1998.

da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita.

A estrutura fundamental básica é o pagamento pela utilização dos serviços relacionados à saúde. Nisso, estabelece-se uma relação de compra. Esses contratos envolvem indivíduos ou famílias a empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras.

É necessário, neste momento, definir o que é plano de saúde.

Um Plano Privado de Assistência à Saúde, segundo a Medida Provisória 1976-31 de 27 de setembro de 2000, é a

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora

contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador¹⁸.

O plano de saúde tem natureza especial, de caráter segurador, e sua operação é uma solidariedade, mutualista e distributiva. Embora ele tenha caráter segurador, do conceito é necessário estabelecer a distinção entre plano de saúde e o seguro, uma vez que ambos fornecem a cobertura de custos, de assistências médicas.

Uma diferença básica é que enquanto no seguro o valor, ou melhor, aquilo que se compra é limitado, é pré-determinado, no plano de saúde ele é ilimitado, não tem limite financeiro.

Embora existam planos diferentes, uns oferecendo mais ou menos vantagens, qualquer um deles tem que arcar com a despesa que for dentro dos serviços contratados.

Não há limite de valor, mas sim de serviço. Ocorre que muitas vezes nem esse limite existe, pois o médico e o hospital não podem se omitir a prestar assistência.

Depois dos planos de saúde serem obrigados a cumprir a nova legislação que regulamenta o setor a situação ainda preocupa os órgãos de defesa do consumidor, as principais queixas dos consumidores contra os planos de saúde estão principalmente ligadas aos reajustes e às negativas de cobertura a doenças pré-existentes.

¹⁸ Medida Provisória 1976-31 de 27 de setembro de 2000

É necessário dizer que alguns avanços foram feitos a partir da Lei 9656/98, como vedar a participação do usuário em função de sua idade, doença pré-existente ou deficiência (embora permita o aumento da mensalidade, o que é considerado pelas entidades representativas dos usuários como uma "exclusão pecuniária"), mas ainda não conseguiu garantir as totais expectativas e necessidades dos consumidores.

A nova legislação restringiu credenciamento de prestadores, hospitais, clínicas e laboratórios, só o aceitando quando em substituição por outro do mesmo nível e obrigando o credenciado a concluir o tratamento daqueles já internados.

Os planos assinados antes de janeiro/99 não estão adaptados à lei 9656/98, porém cabe ao contratante do plano optar ou não pela adaptação, sendo vedado à empresa de plano de saúde obrigar o consumidor a trocar de plano sem sua livre e espontânea vontade.

A diferença prática entre "seguro" e "plano" está, em princípio, na abrangência. Os "seguros", que são fiscalizados pela SUSEP-Superintendência de Seguros Privados, proporcionam aos associados livre escolha de profissionais, estabelecimentos hospitalares e laboratoriais.

Nos "planos", não há fiscalização e o associado fica, em tese, restrito aos profissionais e estabelecimentos credenciados pela entidade administradora, em listas periódicas. No entanto, ambos lidam com o mesmo objetivo, e a relação que se forma com o associado é da mesma natureza.

Desde o dia 03 de dezembro de 1999 as empresas de assistência médica estão sendo obrigadas a oferecer aos consumidores, com os quais já possui vínculo contratual, uma proposta de plano-referência.

Este plano inclui atendimento ambulatorial e atendimento hospitalar, incluindo o procedimento obstétrico. A assistência odontológica não é obrigatória. A lei garante o direito da manutenção do contrato antigo, ou seja, o portador do plano, ao renovar o contrato, tem todo o direito de optar pela permanência das normas do contrato anterior, não sendo obrigado a adotar as normas pertinentes à nova legislação.

Os principais direitos assegurados pela nova lei:

- a) É proibida a interrupção da internação hospitalar, mesmo em UTI;
- b) É proibida a suspensão ou o cancelamento do contrato, salvo em caso de inadimplência por mais de sessenta dias durante o ano ou fraude do consumidor;
- c) O aumento de preço para maiores de sessenta anos só pode ser feito com autorização prévia da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
- d) Isenção de reajustes por mudança de faixa etária para pessoas com mais de sessenta anos e, no mínimo, com dez anos de plano;
- e) Aumento de preço para contratos individuais, se for acima da inflação acumulada no período de doze meses, só pode ser feito com autorização prévia da ANS;

- f) Redução dos prazos de carência para no máximo dez meses em caso de parto e seis meses para outros tratamentos e doenças.

Planos previstos pela nova lei:

- Plano-referência (o mais completo; obrigatório desde de 03/12/1999);
- Plano ambulatorial;
- Plano hospitalar;
- Plano hospitalar com obstetrícia;
- Plano odontológico.

A lei permite que os novos planos sofram aumento por mudança de faixa etária.

Essas faixas são:

- 0 – 17 anos;
- 18 – 29 anos;
- 30 – 39 anos;
- 40 – 49 anos;
- 50 – 59 anos;
- 60 – 69 anos;
- 70 anos em diante.

O limite para esses aumentos é que a mensalidade da última faixa (setenta anos em diante) seja, no máximo, seis vezes o valor da primeira (até dezessete anos).

Está proibido o aumento por faixa etária, se o consumidor, além de já ter completado sessenta anos tiver contrato com a mesma empresa há mais de dez anos.

As formas em que aparecem os seguros saúde no Brasil são diversas, e apresentam características próprias – contratuais, administrativas, de clientela, preços, etc. – para cada um dos casos¹⁹.

Seguro tradicional: proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns.

Assim, as companhias de seguro reembolsam ao segurado do gasto efetuado com assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos. Entretanto, de maneira geral, as modalidades disponíveis no mercado combinam função de seguro com a de prestação de serviços, o que evidencia que, no plano operacional, a diferenciação é apenas retórica.

Medicina de Grupo: constituída por empresas médicas, administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. Esta é a principal forma em que a medicina privada aparece no Brasil.

¹⁹ Essa divisão é proposta por MÉDICI, A. C. A medicina de grupo no Brasil. - Brasília (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas, n.1): OPAS/Representação do Brasil, 1991.

Cooperativas Médicas: os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um. A mais conhecida destas empresas no Brasil é a Unimed, e representa a quase totalidade desse segmento do mercado, e apresentou importante crescimento no final da década de 80, com difusão em todo o território nacional e representações regionais.

Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deve ser realizado em instalações de cooperados ou credenciados, porém, mais recentemente, algumas cooperativas têm investido na aquisição, construção de estruturas propriamente para este tipo de serviço.

Planos Próprios das Empresas: as empresas administram programas de assistência médica para seus funcionários.

Na maior parte dos casos das empresas e instituições estatais e da administração pública os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos.

Seguro-Saúde: neste item, há a intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato.

Os produtos das seguradoras são apólices, que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato.

A medicina de grupo, as cooperativas e o seguro-saúde são financiados por meio de sistemas de pré-pagamento por cada um dos segurados. Por outro lado, no caso de indivíduos que contratam diretamente seus planos de saúde com seguradoras ou operadoras, pagando do próprio bolso, o valor é calculado segundo uma análise do risco do indivíduo e seus dependentes. Itens que são levados em consideração são sexo, idade, patologia conhecida pré-existente (individual ou familiar), etc.

As empresas que administram seus próprios planos também utilizam o sistema de pós-pagamento, no qual o valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizada, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano.

De maneira geral, todas as modalidades, em maior ou menor medida, prestam assistência por meio de serviços tanto próprios quanto credenciados, assim como reembolsam a despesa efetuada pelo usuário com prestador de sua livre escolha segundo valores estabelecidos em tabela ou um teto anual por usuário.

Contudo, no que toca à atenção hospitalar de alta complexidade, internações de longo prazo, doenças crônicas, em razão das restrições impostas pelos planos, acaba por ser prestada mesmo pelo setor público, principalmente naqueles casos em que o paciente não tem condições financeiras de bancar o custo adicional por seus próprios meios.

Todos os tipos de planos de saúde apresentados, porém, tratam de uma prestação de serviços, securitários ou assemelhados, que configura a

RELAÇÃO DE CONSUMO formada de um lado por um fornecedor de serviços que é a empresa seguradora ou administradora, nos exatos termos do Art. 3º, § 2º do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8078/90, e, de outro lado, por um consumidor destinatário final de tais serviços, de acordo com o Art. 2º.

Assim, essa relação é regida, especialmente, pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, que são de ordem pública e interesse social.

4.5. A expansão dos mercados de seguros-saúde

A difusão e expansão do setor dos planos de saúde está relacionada com a queda no nível da qualidade dos serviços públicos de saúde.

Esse processo tem origem nos anos 70 e, com a unificação administrativa e a uniformização da assistência em torno à Previdência Social, teria sido reiterado com a concomitante universalização e agravado com a reforma sanitária na década de 80, que retira da demanda da esfera pública os extratos de médio e alto poder aquisitivo, que são absorvidos pelo setor privado.

Segundo Médici²⁰,

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos.

²⁰ MÉDICI, op. cit.

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde dos trabalhadores conformam um mosaico no qual podem ser observadas, coexistindo, múltiplas situações de trabalho caracterizadas por diferentes estágios de incorporação tecnológica, diferentes formas de organização e gestão e relações e formas de contrato de trabalho que se refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer dos trabalhadores.

Essa diversidade de situações de trabalho e padrões de vida e de adoecimento tem se acentuado em decorrência das conjunturas política e econômica. O processo de reestruturação produtiva, em curso acelerado no País a partir da década de 90, tem conseqüências, ainda pouco conhecidas, sobre a saúde dos trabalhadores, decorrentes da adoção de novas tecnologias e de métodos gerenciais e da precarização das relações de trabalho.

A precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais; a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como conseqüência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado com a exclusão social e com a deterioração das condições de saúde.

A adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais facilita a intensificação do trabalho que aliada à instabilidade no emprego modificam o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos - LER -, também denominadas de Distúrbios Ósteo-Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental; e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho. Configuram, portanto, situações que exigem mais pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção.

Embora as inovações tecnológicas tenham reduzido a exposição a alguns riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, contribuindo para tornar o trabalho nestes ambientes menos insalubre e perigoso, constata-se que, paralelamente, outros riscos são gerados. A difusão dessas tecnologias avançadas na área da química fina, na indústria nuclear e nas empresas de biotecnologia que operam com organismos geneticamente modificados, por exemplo, acrescenta novos e complexos problemas para o meio ambiente e a saúde pública do País. Esses riscos são ainda pouco conhecidos, sendo, portanto, de controle mais difícil.

Com relação aos avanços da biologia molecular, cabe destacar as questões éticas decorrentes de suas possíveis aplicações nos processos de seleção de trabalhadores, através da identificação de indivíduos suscetíveis a diferentes doenças. Essas aplicações geram demandas no campo da ética,

que os serviços de saúde e o conjunto da sociedade ainda não estão preparados para atender, constituindo questões concretas para a saúde do trabalhador nas próximas décadas.

Uma realidade distinta pode ser observada no mundo do trabalho rural. Os trabalhadores do campo, no Brasil, estão inseridos em distintos processos de trabalho: desde a produção familiar em pequenas propriedades e o extrativismo, até grandes empreendimentos agro-industriais que se multiplicam em diferentes regiões do País. Tradicionalmente, a atividade rural é caracterizada por relações de trabalho à margem das leis brasileiras, não raro com a utilização de mão-de-obra escrava e, freqüentemente, do trabalho de crianças e adolescentes. A contratação de mão-de-obra temporária para os períodos da colheita gera o fenômeno dos trabalhadores bóias-frias, que vivem na periferia das cidades de médio porte e aproximam os problemas dos trabalhadores rurais aos dos urbanos.

Por outro lado, questões próprias do campo da saúde dos trabalhadores, como os acidentes de trabalho, conectam-se intrinsecamente com problemas vividos hoje pela sociedade brasileira nos grandes centros urbanos. As relações entre mortes violentas e acidentes de trabalho tornam-se cada vez mais estreitas. O desemprego crescente e a ausência de mecanismos de amparo social para os trabalhadores que não conseguem se inserir no mercado de trabalho contribuem para o aumento da criminalidade e da violência.

As relações entre trabalho e violência têm sido enfocadas em múltiplos aspectos: contra o trabalhador no seu local de trabalho, representada pelos acidentes e doenças do trabalho; a violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e de crianças; a violência decorrente da exclusão social agravada pela ausência ou insuficiência do amparo do Estado; a violência ligada às relações de gênero, como o assédio sexual no trabalho e aquelas envolvendo agressões entre pares, chefias e subordinados.

No Brasil, as bases do sistema de seguros privados passaram a ser criadas com um desenvolvimento das próprias empresas de planos de saúde, e atualmente, além do já citado Conselho Federal de Medicina, há:

- ñ Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP);
- ñ Superintendência de Seguros Privados (SUSEP);
- ñ Instituto de Resseguros do Brasil (IRB).

Estimulados pela demanda do setor produtivo - em expansão e que se apresentava com uma clientela potencial crescente e diversificada - e legitimados pelo Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo²¹ quanto as cooperativas médicas²¹.

²¹ OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. F. (Im)previdência social - 60 anos de história da previdência social no Brasil.- Rio de Janeiro:Vozes/ABRASCO, 1996.

Estão vinculados não apenas às políticas de recursos humanos das empresas, mas cada vez mais integram as pautas de negociação salarial, entrando como moeda de troca para salários mais baixos ou *congelados*, isto é, como salário indireto.

Entretanto, nem sempre os planos de saúde próprios do empregador foram criados na esteira dos fundos de pensão, como no caso da PETROBRÁS, cujos

planos próprios de saúde antecedem os fundos de pensão e são oferecidos aos seus empregados desde a criação da empresa, em 1953, enquanto a entidade de previdência complementar foi reconhecida em 1970, mantendo-se o programa para empregados e dependentes separado da Previdência Social²².

Ainda, de acordo com Médici,

no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora e, posteriormente, abdicou das funções

mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem sem intervenção e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las²³.

Concretamente, pode-se afirmar que, com a universalização da assistência institucionalizada com a criação do SUS, amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados.

A prestação de serviços de assistência médica pelo mercado privado está relacionada a uma concepção de proteção social, que vincula o valor da contribuição aos benefícios.

O acesso aos serviços dá-se por meio de esquemas de socialização de riscos; e a prestação de serviços é efetuada por profissionais de algum modo pré-determinados por meio dos serviços referidos.

²² MÉDICI, A. C. A Saúde e o custo e envelhecer. Como vai? População Brasileira, Brasília, IPEA/IBGE, ano II, n.2, p.23-4, 1997.

²³ MÉDICI, op. cit.

4.6. O atendimento ao cliente de planos de saúde a partir do marketing de serviços

A compreensão da situação econômica e social dos planos de saúde apresentada nos capítulos anteriores nos leva a uma pergunta: de que forma os planos de saúde devem se orientar para atingir um atendimento de qualidade para com o cliente?

A resposta a esta questão está, essencialmente, no marketing de serviços. Neste capítulo, portanto, veremos como o marketing de serviços relaciona-se aos planos de saúde; a seguir, buscaremos compreender como as orientações governamentais impedem um pleno desenvolvimento das estratégias de marketing.

5. Conclusões e Recomendações

Procurou-se demonstrar, nesta monografia, uma relação de dificuldades que as empresas de planos de saúde têm enfrentado em relação aos aspectos legais que se apresentam diante, especificamente, das regras impostas pela ANS.

As relações entre os aspectos legais e administrativos, neste caso, são dificilmente separáveis. As ampliações das ações dos planos de saúde, por um lado, e as condições próprias da legislação que procura, cada vez mais, controlar as ações dos planos de saúde.

O consumidor que realiza um contrato com um plano ou seguro de saúde, não poderá ter o seu tratamento negado em razão da alegação, por parte da empresa, que os instrumentos ou meios necessários para a prestação dos serviços não estão previstos ou não podem ser cobertos pelo plano. É o exemplo das doenças pré-existentes, ou seja, o fornecedor que nega tratamento ao seu associado em razão deste possuir uma doença pré-existente está desrespeitando uma norma constitucional que garante o direito à vida e a saúde.

Porém, o fato de se manter, ainda, lucrativos, demonstram a realidade de uma convivência em relação à legislação existente e a manutenção das estruturas administrativas dos planos de saúde.

As condições em que o Brasil vem tratando os planos de saúde demonstra que este mercado, em forte expansão, trabalha dentro de uma estrutura de administração que deve agir dentro de um conjunto legal que se

modifica rapidamente, e exige uma constante modificação dos contratos, ordem de lucros, estrutura de atendimento.

Porém, as regras, se devem servir para regulamentar o setor, não devem ter a intenção de podá-lo: tanto na sua capacidade financeira quanto na própria criação de novos serviços aos clientes. Em um determinado momento, as regras que deveriam normatizar o setor passam a afogá-lo. E o Brasil, que já tem dificuldades reconhecidas em relação à assistência pública de saúde, passará a ter, igualmente, problemas com as empresas de saúde suplementar.

A contribuição deste trabalho será de grande valia, se a própria A.N.S. verificar junto às operadoras de planos de saúde, quais seriam suas opiniões para reestruturação e adequações pertinentes aos seus clientes. Pois atualmente as operadoras estão sujeitas a imposições, impedindo que as mesmas participem do processo. A A.N.S tem sua existência alicerçada para defender os direitos de clientes que adquirem planos de saúde privada; portanto seria de coerência que as operadoras participem do processo, pois também elas, para sua própria subsistência no mercado, necessitam de clientes e elas são cômicas de manter sobremaneira os direitos dos mesmos.

Este estudo não tem caráter definitivo, abrindo assim possibilidades de novas pesquisas que venham de encontro ao assunto abordado nesta monografia.

6. Referências bibliográficas

BUSTAMANTE, Ricardo (org.) Ensaio Jurídico - o Direito em Revista. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Atualização Jurídica, v. 2, 1998.

CHURCHILL, G.A.JR. PETER J.P. Marketing criando valor para os clientes. São Paulo: Saraiva, 2000.

CIEFAS. Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS), 1998.

DAVIDOW, William H. & UTTAL, Bro. Total customer service - the ultimate weapon. New York: Harper & Row, 1991.

GARVIN, David A. Gerenciando a Qualidade - a visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GIANESI, Irineu G. N. & CORRÊA, Henrique Luiz. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GRAU, Eros "Interpretando o Código de Defesa do Consumidor; algumas notas", Rev. de Dir. do Consumidor, vol. 5, Ed. RT, jan/mar-1998.

GRONRÖOS, Christian. Marketing – gerenciamento e serviços. São Paulo: Campus, 1993.

KOTLER, Philip & Armstrong, G. Princípios de Marketing. Rio de Janeiro LTC, 1999.

LEVITT, Theodore. The marketing imagination. New York: The Free Press, 1990.

LIMA, Aline. Operadoras decretam: clientes individuais dão pouco lucro e não são mais bem-vindos. IstoÉ dinheiro. São Paulo, 4 de dezembro de 2004.

LUCA NETO, D. D. Vamos nos comunicar com nossos clientes? Revista T&D. Desenvolvendo talentos, v. 7, nº 84, dezembro 1999.

MÉDICI, A. C. A medicina de grupo no Brasil. - Brasília (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas, n.1): OPAS/Representação do Brasil, 1991.

MENEZES, Carlos Alberto. "O Consumidor e os Planos Privados de Saúde", Rio de Janeiro, Revista Forense, v. 90, n. 328, p. 312-316, out. /dez. 1994.

OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. F. (Im) previdência social - 60 anos de história da previdência social no Brasil.- Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1996. MÉDICI, A. C. A Saúde e o custo e envelhecer. Como vai? População Brasileira, Brasília, IPEA/IBGE, ano II, n.2, p.23-4, 1997.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SASSER, W. E. & OLSEN, R. P. & WYCKOFF, D. D. Management of service operations. Boston: Allyn & Bacon, 1978.

TORO DA SILVA, José Luiz. Planos de saúde e suas autorizações. Gazeta Mercantil/Legal & Jurisprudência. São Paulo, 12/3/2005.

YIN, Robert K. Estudo de caso planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.