

JOSÉ LUCIANO COSTA PACHECO

**ANÁLISE DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COM
OPERADORAS DO RIO DE JANEIRO**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Sistemas de Gestão da
Universidade Federal Fluminense como
requisito parcial para obtenção do Grau de
Mestre em Sistema de Gestão. Área de
Concentração: Sistema de Gestão da
Qualidade.**

Orientador:

Prof. Ruben Huamanchumo Gutierrez, D.Sc.

**Niterói
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOSÉ LUCIANO COSTA PACHECO

**ANÁLISE DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COM
OPERADORAS DO RIO DE JANEIRO.**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Sistemas de Gestão da
Universidade Federal Fluminense como
requisito parcial para obtenção do Grau de
Mestre em Sistema de Gestão. Área de
Concentração: Sistema de Gestão da
Qualidade**

Aprovada em 10 de maio de 2005.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Ruben Huamanchumo Gutierrez, D.Sc.
Universidade Federal Fluminense – UFF**

**Prof. Helder Gomes Costa, D.Sc.
Universidade Federal Fluminense – UFF**

**Prof^ª. Letícia Moreira Casotti, D.Sc.
Universidade Federal Fluminense - UFF**

Niterói

2005

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Ruben Gutierrez, pela sua capacidade de me orientar no sentido das escolhas das ferramentas de análise; na definição do escopo da pesquisa; pelo direcionamento objetivo; mas fundamentalmente, pela disponibilidade demonstrada.

Aos meus colegas de Mestrado Profissional que tanto contribuíram para uma visão mais holística das questões da administração, com suas experiências profissionais diversificadas e com formações tão distintas e ao mesmo tempo complementares, dos colegas filósofos, pedagogos, psicólogos, economistas, administradores e outros colegas engenheiros. O agradecimento especial aos amigos Carlos Veggi e Oscar Felizzola, que durante todo o curso estiveram juntos na jornada de preparação de trabalhos e resenhas. E ao amigo Cláudio Meirelles pela sua imensa solidariedade.

Aos meus clientes, que acreditaram na minha capacidade de análise e de solução de problemas, confiando-me questões de administração tão complexas e diversificadas, ao longo de mais de vinte anos, e desta forma contribuíram sobremaneira para a experiência profissional que detenho hoje.

Aos professores do mestrado profissional que enfrentaram o desafio de trocar experiências em sala de aula com uma turma altamente preparada no mundo empresarial e disposta a buscar sinergia com a academia.

A minhas queridas professoras de marketing que tanto me incentivaram a realizar este mestrado: Prof^a. Leticia Casotti e Prof^a. Ângela da Rocha.

Por fim, e muito especialmente, à minha esposa Alba Regina; às minhas filhas Luciana, Luana e Luiza; ao meu pai e melhor amigo; a minha mãe, a minha eterna incentivadora; e a minha irmã, com seu coração gigantesco, por tudo que representam para mim. Obrigado a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização de mais este sonho em minha vida.

RESUMO

Este estudo mostra, a partir da análise do processo de regulamentação dos planos de saúde, iniciado com a aprovação da lei 9656/98, no segundo semestre de 1998, análises realizadas nos períodos pré-regulamentação, de 1994 a 1998, e pós-regulamentação, de 1999 a 2004. A partir da análise das forças que governam o setor, onde a ferramenta das cinco forças de Porter foi utilizada, concluiu-se que o nível de atratividade do setor é baixo explicando em parte, a falta de interesse dos investidores internacionais pelo setor. Também foram analisados os comportamentos dos principais atores do sistema, onde ficou clara a falta de confiança entre operadoras e provedores de serviços médico-hospitalares e os reflexos negativos para toda a sociedade desta relação conflituosa e desgastada. Foi realizada análise comparativa entre o mercado sem regulamentação e o período pós-regulamentação, onde o pressuposto de que o mercado regulamentado traz mais aspectos positivos do que negativos foi confirmado. A partir dos principais sintomas e das análises das causas associadas aos aspectos conjunturais e estruturais, desenvolveu-se proposta de atuação, onde a sugestão central da proposta é a do redirecionamento estratégico das operadoras para a retenção de clientes, uma vez que o mercado de planos de saúde encontra-se em retração e com fraca demanda por novos consumidores. Outro aspecto relevante identificado nesta pesquisa, diz respeito às questões éticas. As operadoras precisam rever seus relacionamentos com provedores de serviço médico-hospitalares e com seus corretores, de modo a priorizar relacionamentos de longo prazo e dentre as ações propostas destaca-se a revisão do sistema de recompensas vigente com provedores de serviços e corretores.

Palavras chave: Qualidade em Serviços, Marketing, Estratégia, Planos de Saúde, Regulamentação, Ans, Ética.

ABSTRACT

The present study shows, based on the evaluation of the health plans regulation - which started after the approval of law 9656/98 in the second semester of 1998, analysis conducted from 1994 to 1998, before the regulation took place and after that, from 1999 to 2004. Based on the analysis of the strengths that rule that sector, where Porter's five-strength tool was used, it was concluded that its level of attractiveness is currently low, which partly explains the lack of interest from international investors. Behavior aspects of the system's main players were also analyzed and have revealed the existing lack of confidence among operators and medical/hospital service providers, as well as the negative consequences of this conflicting worn out relationship for the whole society. Comparative analysis between the unruly market and the post-regulatory period was also conducted and the assumption that the regulated market has brought more positive than negative aspects was confirmed. An action plan was developed starting from the analysis of the main symptoms and causes associated to both situational and structural aspects. The central suggestion calls for redirecting the operators' strategies for client retaining, once the health plan market finds itself in retraction, with weak demand for new consumers. Other relevant aspect identified in this research is related to ethical principals. Operators must revise their relationship with hospital/medical service providers and brokers in order to prioritise long term relationships and, among the suggested actions, reconsider existing rewarding policies towards them.

Key Words: Quality Services, Marketing, Strategy, Health Plans, Regulation, ANS (National Health Agency), Ethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Grau de Cobertura por Unidade Federativa – UF	16
Figura 2	Escala de Tangibilidade	24
Figura 3	Modelo Servuction	31
Figura 4	Elementos da Estrutura Industrial (PORTER)	53
Figura 5	Elementos da Estrutura do Setor de Planos de Saúde	71
Figura 6	Diagrama de Causa e Efeito do Setor	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil Econômico no Mundo	20
Tabela 2	Preços do Café no Varejo	29
Tabela 3	Evolução Anual de Registro/ Cancelamento de Operadoras na ANS	58
Tabela 4	Evolução do PIB e da renda per capita	69
Tabela 5	Comparativa antes e pós-regulamentação – Coberturas Assistenciais	75
Tabela 6	Comparativa antes e pós-regulamentação – Bases Contratuais	77
Tabela 7	Comparativa antes e pós-regulamentação – Segurança para “Stakeholders”	78
Tabela 8	Operadoras por Classificação	79
Tabela 9	Beneficiários por classificação de Operadoras	80
Tabela 10	Distribuição de beneficiários entre as Operadoras	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução Anual do Registro/Cancelamento de Operadoras na ANS	57
Gráfico 2	Evolução da variação do PIB e da renda per capita	69
Gráfico 3	Curva ABC da distribuição de beneficiários entre as operadoras	81
Gráfico 4	Participação percentual por UF	82
Gráfico 5	Média de Beneficiário por Operadora por UF	82
Gráfico 6	Cobertura Geográfica por UF	90

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ABRAMGE	Associação Brasileira das Medicinas de Grupo;
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CRM	“Customer Relationship Management” ou Gestão do Relacionamento com o Cliente
MAT/MED	Materiais e medicamentos utilizados durante a internação hospitalar;
PIB	Produto Interno Bruto
ROI	“Return On Investment” ou Retorno Sobre o Investimento
UF	Unidade Federativa do Brasil, compreende estados, territórios e o Distrito Federal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	SITUAÇÃO PROBLEMA	13
1.2	OBJETIVOS E ESCOPO.....	14
1.3	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	15
1.4	PRESSUPOSTOS	17
1.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	18
1.6	ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	MARKETING DE SERVIÇOS	20
2.2	PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE BENS E SERVIÇOS	24
2.3	SERVIÇOS COMO DIFERENCIAL	27
2.4	ÉTICA EM MARKETING DE SERVIÇOS	32
2.5	RETENÇÃO DE CLIENTES	42
2.6	O MODELO DAS CINCO FORÇAS DE PORTER	53
3	METODOLOGIA	55
4	ANÁLISE ESTRUTURAL DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE	57
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	57
4.2	AS CORRESPONDÊNCIAS DO SETOR COM O MODELO DE PORTER	58
4.3	A RIVALIDADE ENTRE AS OPERADORAS	59
4.4	PODER DE BARGANHA DOS FORNECEDORES E A VERTICALIZAÇÃO PARA FRENTE	61

4.5	PRODUTOS SUBSTITUTOS	63
4.6	AMEAÇA DE NOVOS ENTRANTES	64
4.7	PODER DE BARGANHA DOS COMPRADORES	65
4.8	ANÁLISES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SETOR	68
4.9	FORÇAS QUE GOVERNAM A COMPETIÇÃO NO SETOR	70
4.10	PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	72
5	ANÁLISE DOS PRINCIPAIS IMPACTOS (ANTES E PÓS- REGULAMENTAÇÃO), CONSEQÜÊNCIAS E SINTOMAS	75
5.1	PRINCIPAIS IMPACTOS	75
5.2	PRINCIPAIS CONSEQÜÊNCIAS	78
5.3	PRINCIPAIS SINTOMAS	84
5.4	PRINCIPAIS CAUSAS E RECOMENDAÇÕES	85
5.5	O FUTURO: PERÍODO 2005 A 2010	91
6	PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA O SETOR	94
6.1	MARKETING DE FREQUÊNCIA	95
6.2	“AFTERMARKETING”	96
6.3	GARANTIAS DE SERVIÇO	97
6.4	ADMINISTRAÇÃO DA DESERÇÃO	97
6.5	OPORTUNIDADES DE COMPRA DE CARTEIRAS	98
6.6	O CRM COMO INVESTIMENTO DE LONGO PRAZO	99
6.7	A QUESTÃO ÉTICA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	104
6.8	A REESTRUTURAÇÃO DOS RELACIONAMENTOS DAS OPERADORAS COM PROVEDORES DE SERVIÇO MÉDICO- HOSPITALARES E DESTES COM SEUS PACIENTES	106

6.9	A REESTRUTURAÇÃO DA FORÇA DE VENDAS	108
6.10	PRINCIPAIS RESULTADOS ESPERADOS	109
7	CONCLUSÕES	111
7.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
7.2	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	120
7.3	SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS	120
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICES	
	A - Roteiro de Entrevistas com Executivos do Setor	125
	ANEXOS	
	A – Lei 9656/98	128
	B – Lista de Alterações da Lei 9656	146
	C – Lista de Alterações das RNs	150
	D – Lista de Alterações da Lei 9961 – Criação da ANS	156
	E – Contrato de Gestão 2005	157

1 - INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a situação problema, objetivos, escopo e sua contextualização no cenário antes e pós-regulamentação onde é demonstrada a relevância do estudo, bem como os pressupostos que se originaram da experiência profissional do autor, que atuou como executivo em operadoras de saúde do mercado do Rio de Janeiro e São Paulo, no período de 1995 até 2001. As limitações encontradas para a realização do estudo e a organização do estudo, também compõe este capítulo.

1.1 - SITUAÇÃO PROBLEMA

A partir da segunda metade do século 20, os serviços começaram a desempenhar um papel cada vez maior na vida econômica dos países industrializados (HAKSEVER, 2000). No Brasil, o mercado de serviço de assistência médica privada nasceu e cresceu significativamente, entre as décadas de 60 e 90. Nestes 30 anos de existência, o sistema privado de assistência médica, que nasceu para ser complementar ao serviço público de saúde, apresentou demanda crescente até atingir a marca de 44 milhões de consumidores em 1998, segundo estimativas divulgadas no site da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) em 1999.

Durante o período inflacionário da década de 80 e início da década de 90, as operadoras de saúde auferiam a maior parte de seus lucros da receita financeira, proveniente, em grande parte, das receitas dos planos de pré-pagamento. Nossa proposta tem como questão central da administração a definição básica do que é marketing para Theodore LEVITT, como as operadoras devem estar atentas para a questão de atrair e manter clientes, de forma a que eles contribuam para um resultado operacional positivo. A regulamentação dos planos de saúde iniciou-se em janeiro 1999, quando a lei 9656/98 entrou em vigor. Com a nova lei, as operadoras passaram a ter que enfrentar de frente a questão dos custos médico-hospitalares e das elevadas taxas de sinistralidade.

O consumidor passava a contar com as garantias da nova lei para os novos planos, mas em contrapartida assistiu a elevação dos preços dos novos produtos.

O cenário macroeconômico era caracterizado pelo fim do ciclo de ganho do poder aquisitivo, promovido pelo Plano Real; de instabilidade econômica, onde o crescimento do PIB e da renda per capita do brasileiro variaram substancialmente de 1998 a 2004 e de aumento dos índices de desemprego e da economia informal.

Os novos consumidores de planos de saúde assistiram a elevação dos valores das mensalidades/prêmios dos planos novos e os antigos consumidores apresentavam dificuldades para migração para o plano regulamentado, principalmente pelos reajustes propostos pelas operadoras para a migração. Até o final de 2004, cerca de 50% dos beneficiários ainda possuíam planos não regulamentados (ANS/MS, 10/2004)

A percepção era a de que o mercado de saúde privada no Brasil operava em retração desde 1998, quando o crescimento do PIB nacional foi de 0,1 % e a renda per capita registrou a marca de -1,4%, em relação ao ano de 1997 (IBGE). Mas esta percepção do mercado não era demonstrada pelos números oficiais da ANS que apresentou em seus números oficiais crescimento de 2000 a 2003, representando controverso crescimento neste período.

Em 2004, pela primeira vez desde o início da regulamentação a queda do número de beneficiários no sistema foi verificada nos números oficiais da ANS. Segundo o cadastro de beneficiários – ANS/MS 12/2004, o número de beneficiários caiu de 34.473.206, em dezembro de 2003, para 33.710.876, em dezembro de 2004.

Se considerarmos a estimativa da ABRAMGE como válida, concluiremos que cerca de 11 milhões de consumidores deixaram o sistema de saúde privado, agravando ainda mais a crise por que passa o setor ¹.

1.2 - OBJETIVOS E ESCOPO

Estudar as principais transformações ocorridas no mercado de Planos de Saúde no Brasil, no período entre 1998 e 2004, visto que houve um processo de regulamentação pela Lei 9656/98, iniciada em janeiro de 1999, o que criou um separador de águas, entre a teoria e as práticas administrativas antes e pós-regulamentação.

A escolha deste objetivo soma-se as minhas expectativas profissionais neste setor, onde atuei como executivo por oito anos, sendo o responsável pelo lançamento do primeiro

¹ Este número foi obtido a partir da diferença entre a estimativa do número de beneficiários em 1999, pela ABRAMGE e as da ANS para dezembro de 2004

plano de saúde dentro da lei, cerca de catorze meses antes da concorrência; e continuo atuando como consultor empresarial. Procurei adicionar conteúdo prático-acadêmico com o curso de mestrado profissional às análises e às propostas desenvolvidas nesta dissertação de mestrado.

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a) Análise do setor de planos de saúde antes da regulamentação, de 1994 a 1998;
- b) Análise da regulamentação, lei 9656/98;
- c) Análise do setor de planos de saúde após a regulamentação, de 1999 a 2004;
- d) Análise comparativa dos principais impactos (antes e pós-regulamentação);
- e) Seleção dos impactos críticos para elaboração de proposta estratégica e tática orientada para as operadoras;
- f) Desenvolver uma proposta genérica na área de marketing de serviços orientada para as operadoras do setor.

1.3 - RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O sistema de planos de saúde privados no Brasil movimentou em 2003, somente em termos de receita das operadoras cerca de 27 bilhões de reais por ano e apresentou cobertura, em outubro de 2004, de cerca de 18% da população brasileira², com forte concentração na região sudeste e sul com destaque para São Paulo, conforme apresentado na figura 1.

Após seis anos de vigência da nova lei dos planos de saúde. Todos estes elementos contrapõem-se à necessidade das empresas de reduzirem custos, em ambiente macroeconômico de: flutuações cambiais; altas taxas de juros; inflação médica superior aos índices balizadores das metas de inflação governamental, o IPCA; queda da renda média do trabalhador brasileiro; e altas taxas de desemprego.

Sob a ótica das operadoras de saúde, os problemas vem se agravando desde a estabilização monetária com a entrada do plano real em 1994, fazendo com que as empresas fossem em busca de resultado operacional positivo, uma vez que as receitas financeiras provenientes das aplicações financeiras das mensalidades dos associados na modalidade de

² Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004 e População estimada por município 2004 - IBGE

pré-pagamento não eram mais suficientes para reverterem os resultados operacionais negativos.³

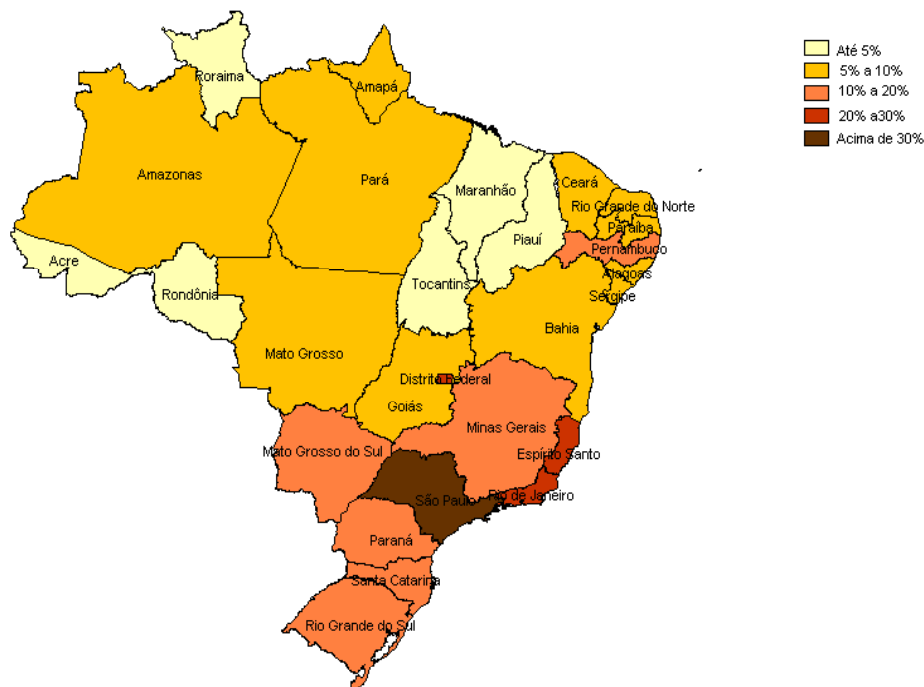


Figura 1: Grau de Cobertura por UF (*1)

Beneficiários de operadoras médico-hospitalares População estimada por município 2004 – IBGE

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004

Nota 1: grau de cobertura: percentual de beneficiários em relação a população.

Com a entrada em vigor da lei dos planos de saúde, em 1998, outra realidade se fez presente. Mesmo os planos mais simples oferecidos ao mercado não poderiam mais fazer as exclusões contratuais tais como: doenças infecto-contagiosas simples como internações provenientes de virose a epidemias de meningite, além é claro de AIDS e Câncer.

Nas exclusões relacionadas às internações, a situação era ainda mais complexa. Algumas operadoras limitavam o tempo de internação em 30 dias por ano e em 72h em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).⁴

Partindo do quadro caótico, onde a saúde pública recebia cada vez menos recursos em relação às suas necessidades e a iniciativa privada ajustava planos de saúde complementares à realidade do poder aquisitivo da população dita como média, as Classes C e D, saem do 8 para o 80, através de um ato do congresso nacional, a lei 9656/98, que tramitava há duas décadas

³ Informação obtida pelo autor quando desempenhava o papel de Diretor Regional do Estado do Rio de Janeiro na Golden Cross, e analisava demonstrativos de resultados.

⁴ A operadora de saúde MILLER praticava condições contratuais para o seu plano básico, limite de dias de internação de 72h. Fonte: Contrato de pessoa física da MILLER.

na Câmara dos Deputados. Todos os novos planos vendidos após a promulgação da lei deveriam oferecer coberturas tais como: todas as doenças, reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde; 365 dias de internação por ano, inclusive em UTI; no ato cirúrgico os pacientes passavam a ter cobertura para as próteses e órteses; a cirurgia de miopia passou a ser coberta e logo depois regulamentada para pacientes com mais de sete graus e os transplantes de Rins e Córnea, também foram incluídos nas coberturas (LEI 9656/98).

Com isto, os preços dos planos de saúde mudaram de patamar, ficando mais distantes do poder de compra da classe C e D e as vendas sofreram forte retração. A título de exemplo, a Golden Cross, chegou a vender 120 mil novos associados, em apenas um mês, somente no Rio de Janeiro e Grande Rio, isto ocorreu em Junho de 1995, em virtude do lançamento do produto Golden Saúde, produto popular que se destinava as classes C e D que começavam a aumentar o poder aquisitivo com a queda da inflação e os celulares ainda não eram objetos de desejo das classes C e D.³

Atualmente, uma operadora de planos de saúde que venda no Rio de Janeiro, 5 mil planos individuais ou familiares por mês, estará no topo da lista de maiores vendedoras. Além da queda do poder aquisitivo da população, as operadoras atestam o aumento das despesas comerciais e de marketing de conquista por novo associado.

Elevadas despesas para a conquista do novo beneficiário aliada aos altos índices de perda de clientes compõem o cenário preocupante para as operadoras do setor. Os índices de retenção parecem não se alterarem significativamente desde 1995, quando os índices da Golden Cross de confirmação de 5^a mensalidade girava em torno dos 70%, no SMB em 1997 era de 65% na terceira, e em empresa com forte concentração no mercado de planos para pessoa física, registrou, no primeiro trimestre de 2004, índice de confirmação de 4^a mensalidade em 64%.⁵

1.4 – PRESSUPOSTOS

Esta pesquisa, parte do pressuposto de que a ausência de marco regulatório é prejudicial para todas as partes envolvidas, especialmente em atividades econômicas de alto

⁵ Informações obtidas quando o autor desempenhou o papel de diretor comercial e de marketing do SMB Saúde.

grau de impacto para a sociedade e para o País de forma geral, como é a questão da saúde privada no Brasil.

Parte também do pressuposto, de que até o final de 2006, quando se encerrará o primeiro mandato do presidente Lula, nenhuma grande mudança será feita na regulamentação no sentido de flexibilização das coberturas assistenciais, ou em outros aspectos que venham permitir maior acessibilidade ao sistema por parte das populações de menor poder aquisitivo.

Com isto, foram sete os pressupostos para o desenvolvimento de uma proposta para as operadoras de saúde, onde foram considerados que :

- a) O mercado está maduro;
- b) Pouco ou nenhum interesse para novos investidores estrangeiros;
- c) Produtos caros comparativamente ao baixo poder aquisitivo da população brasileira para ingressar ou até mesmo para se manter no sistema;
- d) Baixa capacidade de financiamento do sistema, por parte das empresas contratantes de planos de pessoa jurídica;
- e) Baixa fidelidade a marca por parte dos beneficiários individuais e familiares;
- f) Sensibilidade a preços das empresas contratantes de planos de pessoa jurídica;
- g) Forte atuação da ANS, nas questões relativas a repasses de custos aos consumidores de planos individuais e familiares.

1.5 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Para o estudo ora proposto, alguns limites se apresentaram enunciados a seguir: Por se tratar de uma pesquisa documental, foram encontradas dificuldades na obtenção de dados confiáveis para o período pré-regulamentação e quase nenhuma oficial, uma vez que os números da ABRAMGE , representavam os interesses das operadoras ligadas a esta instituição, somente os dados da SUSEP, relativos as seguradoras podem ser considerados confiáveis, mas tratam a informação sob a ótica financeira e não quantitativa;

Em se tratando de mercado altamente competitivo, encontrei dificuldades de agendamento das entrevistas em empresas situadas entre as cinco maiores, bem como do fornecimento de números que não os fornecidos compulsoriamente à ANS, pelo fato do pesquisador, eu, ter atuado como executivo em diversas operadoras de saúde nos últimos dez anos e atualmente desempenhar papel de consultor de empresas. Com isto, as informações

obtidas junto aos executivos do setor, muitas vezes, não puderam ser citadas as fontes diretamente, por motivos da forte rivalidade entre as operadoras do setor.

1.6 – ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Para a consecução dos objetivos propostos, o estudo apresenta, no capítulo 2, o referencial teórico utilizado no desenvolvimento da dissertação, incluindo marketing de serviço, retenção de clientes, marketing de relacionamento, modelo de Porter e ética.

O capítulo 3 apresenta a metodologia utilizada pelo autor para o desenvolvimento de seus estudos e pesquisas e a consecução dos objetivos.

No capítulo 4, é apresentada a análise estrutural do setor de planos de saúde, onde estuda-se as forças que governam o setor e analisa-se o nível de atratividade da indústria. Para esta análise utilizou-se do modelo das cinco forças de Porter.

No capítulo 5, foram analisados os principais impactos provocados pela regulamentação, suas conseqüências e sintomas, onde, com a utilização do diagrama de causa e efeito, foram analisadas as causas para que se tenha o efeito positivo de um sistema de saúde com crescimento sustentável. Este capítulo apresenta de forma analítica um diagnóstico para o setor de planos de saúde.

O capítulo 6 é composto de propostas estratégicas para o setor cujas propostas passam por questões relativas a marketing de serviços, com proposições de programas de marketing de freqüência, “aftermarketing”, administração da deserção e de gestão do relacionamento com o cliente (CRM). Além destes aspectos, são abordados temas como oportunidades de crescimento através de compra de carteiras de clientes de outras operadoras, questões éticas dos principais atores, revisão do relacionamento das operadoras com seus parceiros e reestruturação da força de vendas. Fechando com os principais resultados esperados.

Finalmente, o capítulo 7 apresenta as conclusões do estudo, as considerações finais do autor, contribuições do estudo e sugestões de estudos futuros.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Para a elaboração desta pesquisa, além da lei 9656/98, medidas provisórias, resoluções normativas e instruções normativas, e dados do setor, fornecidos pela ANS, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os temas marketing de serviço, relacionamento com clientes, análise estrutural do setor e ética. Estes temas foram considerados relevantes a partir das entrevistas com os executivos que ora relatavam o baixo interesse das operadoras em manter relacionamento com seus clientes de pessoa física, ora denunciavam práticas antiéticas no setor. A busca deste referencial teórico veio a contribuir para o aprofundamento destas questões e para a elaboração de uma proposta de atuação para as operadoras.

2.1 – MARKETING DE SERVIÇOS

O mercado de serviços vem crescendo consistentemente nas últimas décadas, e a economia global de serviços está em rápido crescimento, fazendo com que o Produto Interno bruto, PIB, dos países industrializados venha apresentando maior composição originária dos serviços. Este crescimento não se deve exclusivamente aos setores tradicionalmente de serviços, tais como: de saúde, financeiros e de seguros. (HAKSEVER, 2000). Na medida em que as economias evoluem, cada vez mais suas atividades se concentram na produção de serviços (KOTLER , 2000). A Participação do setor de serviços no Produto Interno Bruto (PIB) vem aumentando (COWELL, 1986) atingindo no início do milênio a marca de 80% nos Estados Unidos da América, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – PERFIL ECONÔMICO DO MUNDO

País	Serviços PIB	Serviços Força de trabalho
Estados Unidos	80%**	NI
França	71%*	69%
México	69,7%**	28,8%
Reino Unido	67,0%	68,9%

Argentina	67%*	57%
Alemanha	65,8%	63,6%
Japão	60,0%	50,0%
Brasil	53,9%*	53%*
Venezuela	45%	64,0%

Fonte: The World Factbook (2000) (*2002)(**(2003) :
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>

A Participação do setor de serviços nos EUA vem crescendo de forma representativa (COWELL, 1986). Na década de 1970 representava 66% , em 1990, atingiu 76% e em 2003 , chega aos 80%. Quanto ao número de empregos no setor de serviços , a evolução foi dos 66% em 1970, a 76% em 1990 (HAKSEVER, 2000).

A importância dos serviços vem crescendo muito além do que foi denominado “Setor de Serviços” (GRÖNROOS,1990), ele chama atenção para um grande setor oculto de serviços. A título de exemplo o autor cita a indústria de elevadores, que na realidade, quando uma indústria realiza serviços de manutenção nos equipamentos produzidos por ela para seus clientes , e a natureza desta empresa é de manufatura, estes dados ficam ocultos sob o setor industrial. Serviços de pré e pós-venda normalmente engrossam estas estatísticas Levit (1985).

Para Haksever (2000), alguns dos principais motivos para o crescimento dos serviços são :

- O Aumento da eficiência da agricultura e da indústria, o que dispensa força de trabalho para os serviços;
- O aumento da renda per capita;
- O aumento da urbanização;
- Mudanças demográficas;
- Maior simbiose dos serviços com a indústria.

Mas segundo Cowell (1986):

- A Produtividade no setor industrial evoluiu mais rapidamente do que nos serviços;
- A Criação de empresas especializadas em serviços nascidas muitas vezes das próprias indústrias. Empresas de Consultoria, Projetos, Serviços de atendimento a clientes e software houses , são citadas como exemplos;

- Crescimento da demanda final por mais serviços.

Já Schoell e Ivy (1981) apresentam outras razões:

- Aumento da riqueza;
- Maior tempo livre;
- Maior participação das mulheres no mercado de trabalho;
- Maior expectativa de vida;
- Maior complexidade dos produtos;
- Complexidade crescente da vida;
- Maior preocupação com ecologia e com recursos escassos; e
- Número crescente de novos produtos.

Para Levitt (1972). Não existe algo como uma indústria de serviços, pois todas as indústrias têm componentes de serviços.

Podemos admitir que a distinção entre bens e serviços nem sempre é perfeitamente clara. Na verdade, é muito difícil fornecer um exemplo de um bem puro. Um bem puro implicaria que os benefícios recebidos pelo cliente não contivessem elementos fornecidos por serviço. Da mesma forma, um serviço puro não conteria bens tangíveis (HOFFMAN & BATESON, 2002).

No geral, bens podem ser definidos como objetos, dispositivos ou coisas, ao passo que serviços podem ser definidos como ações, esforços ou desempenho (BERRY, 1980).

Kotler (2000) identificou cinco categorias de ofertas com relação ao mix de bens e serviços do produto:

- Bem tangível – quando a oferta consiste basicamente de um bem tangível, não havendo nenhum tipo de serviço associado ao produto;
- Bem tangível associado a serviços – quando a oferta consiste em um bem tangível associado a um ou vários serviços;
- Híbrida – quando a oferta consiste em bens e serviços;
- Serviço principal associado a bens ou serviços secundários – quando a oferta consiste em um serviço principal com serviços adicionais ou bens de apoio;
- Serviço puro – quando a oferta consiste basicamente de um serviço.

Outra definição importante é a de que o termo “Produto”, tanto pode ser aplicado a bens, quanto a serviços. Para Cowell(1986), vindo do ponto de vista do marketing, tanto bens quanto serviços são produtos, segundo o qual “ produto é um conjunto de atributos tangíveis e intangíveis” (COWELL, 1986, p35), pois ambos fornecem benefícios e satisfação para os consumidores.

Levitt (1981) diz que é mais útil pensar em tangíveis e intangíveis do que em bens e serviços. Valorizando a questão da intangibilidade, o autor afirma que o marketing de intangíveis é diferente dos tangíveis e que sua aplicabilidade é que fará a diferença para as empresas fornecedoras de produtos.

Cowell (1986) parece concordar quando diz que se uma empresa, cujo produto tenha forte componente intangível, pode necessitar de adaptações em suas estratégias e táticas de marketing .

Para Gummesson (1994), o consumidor não compra bens ou serviços no sentido tradicional, mas uma oferta que proporciona serviços, os quais criam valor para ele.

Vários elementos compõem essa oferta e o valor, sendo alguns deles atividades (serviços) e outros, coisas (bens). Com esse raciocínio, a divisão tradicional entre bens e serviços perde seu sentido. E a nova questão passa a ser a entender os serviços sob a ótica do consumidor. Houve uma mudança de paradigma de foco em bens para serviços e as empresas precisam reconhecer que vivemos numa sociedade de serviços (GUMESSON, 1994).

Para Grönroos (1990), é um erro falar sobre gerenciamento na indústria de serviços, pois as indústrias de bens e a de serviço estão cada vez mais interrelacionadas. Para o autor, o termo “Indústria de serviços” foi cunhado em uma época na qual os fabricantes de bens consideravam os serviços como um apêndice de suas operações, sem importância estratégica.

Para Kotler (2000), os serviços apresentam quatro características principais que afetam a elaboração dos programas de marketing: Intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

Serviço é uma série de atividades ou processos, sendo portanto, intangível, o que torna difícil fazer marketing do modo tradicional (GRÖONROOS,1990). Embora os serviços geralmente incluam elementos tangíveis, o desempenho do serviço em si é basicamente intangível (LOVELOCK, 1991). Para Beko(2000), a intangibilidade é a razão mais provável para a variabilidade, inseparabilidade e perecibilidade do serviço.

2.2 - PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE BENS E SERVIÇOS

A principal diferença entre bens e serviços é a **intangibilidade** – ausência de substância física. É desta característica intrínseca ao serviço que nasceu a necessidade de estudarmos o marketing de serviço, na busca de resolver questões nem sempre bem solucionadas através do marketing relacionado a bens.

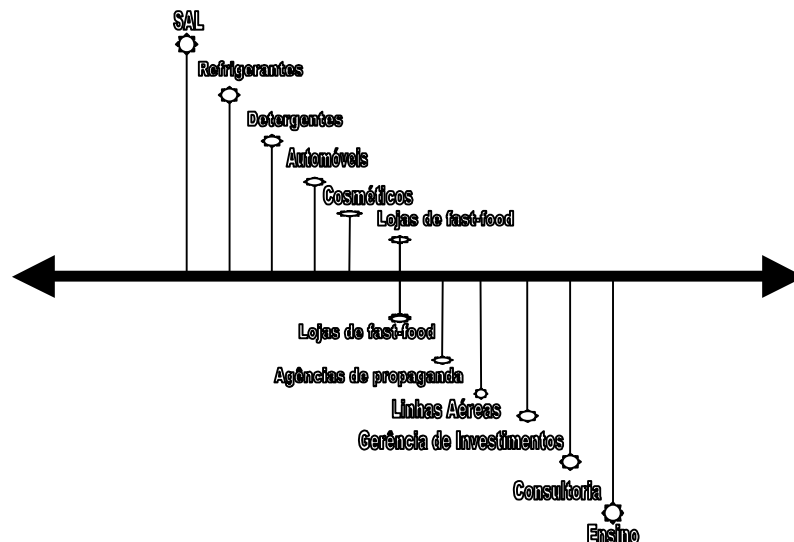


Figura 2 – Escala de Tangibilidade

Fonte: Adaptado de G. Lynn Shostack, “Breaking Free from Product Marketing”, *The Journal of Marketing* (abril de 1977), page 77.

Em contraste com bens, serviços possuem as propriedades físicas que podem ser sentidas pelos clientes antes da compra. Como resultado, alguns desafios de marketing tornam-se imediatamente evidentes:

- 1) Como fazer uma propaganda de um serviço que ninguém pode ver?
- 2) Como precificar um produto que não tem custo de mercadoria vendida – CMV?
- 3) Como estocar algo como serviço?
- 4) Como comercializar em massa um serviço que só pode ser feito por uma pessoa, no caso de um médico ou um dentista;

Estas são algumas das questões que nos fazem crer que o marketing de serviços precisa ser estudado separadamente, considerando-se suas particularidades e complexidades .

Wilson (1972) sugere que os serviços sejam divididos da seguinte maneira no que concerne as conceito de tangibilidade:

- serviços essencialmente intangíveis (ex. museus e sistemas de comunicação),
- serviços que fornecem valor adicionado a um produto tangível (ex. seguro);
- serviços que tornam disponível um bem tangível (ex. armazenagem e varejo);

Outra característica importante é a inseparabilidade, isto é , eles não podem ser produzidos para depois serem consumidos. Com isto, ao contrário dos bens materiais, eles não podem ser fabricados, estocados, distribuídos para depois serem consumidos (KOTLER, 2000)

Inseparabilidade refere-se a :

- Conexão física do provedor de serviços com o serviço prestado;
- O envolvimento do cliente no processo de produção do serviço;
- O envolvimento de outros clientes no processo de produção do serviço.

A Interação entre cliente e provedor de serviços define um incidente crítico (HOFFMAN & BATESON, 2002). GRÖNROOS chama este incidente crítico de “a hora da verdade”, como momentos que representam a maior oportunidade tanto para ganhos quanto para perdas no que concerne a satisfação e retenção do cliente.

A presença e o envolvimento do cliente no processo de produção do serviço afetam o resultado do serviço, fazendo com que a interação tenha papel fundamental no marketing de serviços (GRÖNROOS, 1990).

Já Haksever (2000) ressalta o fato de alguns serviços serem produzidos para um grande grupo de consumidores, a experiência de um consumidor não pode ser separada da experiência do grupo como um todo.

Uma das diferenças mais freqüentes enfatizadas entre bens e serviços é a falta de capacidade para controlar a qualidade do serviço antes que ele chegue ao cliente. Isto decorre do fato dos serviços serem produzidos de pessoas para pessoas e dependerem de onde e quando são fornecidos (KOTLER, 2000). Desta forma, o resultado do serviço vai depender da interação entre consumidor, prestador, local e do momento em que o serviço está sendo executado e da percepção do consumidor em relação a essa interação (HAKSEVER, 2000).

Por um lado, isto significa que uma pessoa forneça um mesmo serviço para um grupo de pessoas de maneira idêntica, diferentes níveis de satisfação poderão ser experimentados

por essas pessoas. Por outro lado, uma mesma pessoa realizando um mesmo serviço pode não desempenhá-lo de maneira idêntica a cada prestação de serviço.

Percibilidade é a quarta característica que distingue bens de serviços. A Percibilidade refere-se ao fato de que serviços não podem ser estocados. Ao contrário dos bens, que podem ser armazenados e vendidos depois, os serviços que não são vendidos quando disponíveis cessam de existir (KOTLER, 2000). Entretanto, Haksever (2000) ressalta que a percibilidade pode ser diferente do ponto de vista do consumidor. Embora o consumidor não possa levar com ele um serviço depois de produzido, ele pode aproveitar seus efeitos por um tempo depois de sua compra. Como exemplo, pode-se citar uma cirurgia cardíaca.

Além dessas quatro características apontadas por Kotler (2000), Cowell (1986) refere-se à propriedade como uma quinta. Segundo essa particularidade, ao contrário do que ocorre com bens materiais, a compra do serviço não resulta em sua posse, em transferência de propriedade. Haksever (2000) considera que essa característica decorre de outra, a intangibilidade.

Lovelock (1991) ressalta que essas quatro características são muito genéricas e que, cada vez mais, há o reconhecimento de que elas não são universalmente aplicáveis a todos os serviços. Por isso propõe um conjunto alternativo de sete características:

- Natureza do produto (performance ao invés de um objeto);
- Maior envolvimento do cliente na produção;
- Pessoa como parte do produto;
- Maiores dificuldades em controlar padrões de qualidade;
- Ausência de estoques;
- Maior importância do fator tempo e estrutura de canais de distribuição

Três pontos se mostram novos em relação a outros autores:

1. A maior importância do tempo : neste caso é preciso estar atento , em caso de indisponibilidade imediata do serviço, quanto tempo o cliente está disposto a esperar. Por exemplo: no caso de marcação de consulta médica, ou na realização de um exame, ou marcação de uma cirurgia eletiva, quanto tempo o cliente estará disposto a esperar.
2. Os diferentes canais de distribuição : Neste caso a localização e a qualificação dos diferentes médicos de uma rede credenciada poderá afetar de modo importante a prestação do serviço assistência médica.

3. A dificuldade de se manter um controle de qualidade dos serviços: Existe a dificuldade em se manter um padrão de controle de qualidade nos serviços decorrentes de suas características pelo fato de serem produzidos e entregues simultaneamente.

Ainda com relação a inseparabilidade, Zeithaml (1991) ressalta que o fato de o comprador geralmente participar da produção do serviço, a sua participação afetará a qualidade do mesmo. Além disso, a qualidade do serviço deve mudar no dia-a-dia, pelo fato do serviço ser fruto da interação de seres humanos. O Humor e a demanda do dia certamente afetaram a qualidade final do serviço.

Somado a esses fatores que afetam a qualidade dos serviços, Martim (1999) aponta ainda a dificuldade do consumidor em avaliá-la. O consumidor normalmente tem dificuldade de avaliar o que recebeu por seu dinheiro.

2.3 - SERVIÇOS COMO DIFERENCIAL

Produtores de bens duráveis e não duráveis tradicionais tais como: automóveis, computadores, eletrodomésticos, móveis, entre tantos outros, descobriram nos serviços uma forma de criarem um diferencial sustentável nos mercados em que atuam e também estão atentos às oportunidades para a geração de receita adicionais para as suas empresas.

Esta mudança de postura das indústrias tradicionais de bens pode ser facilmente verificada com uma rápida leitura das comunicações na mídia impressa e eletrônica de algumas empresas. As campanhas dos automóveis passaram a valoriza mais as baixas taxas de juros e os longos prazos de financiamento, do que os atributos tangíveis dos seus carros, tais como: potência dos motores, ar condicionado ou direção hidráulica. A Ford do Brasil chegou a anunciar como atrativos de vendas, no início deste milênio, taxas de juros “0” (zero) para o Ford KA e 0,49% para o FORD Fiesta. Outras montadoras, como a GM e a Volkswagen, seguiram o mesmo caminho e atualmente boa parte da receita destas montadoras advém de negócios financeiros e seguros. No caso da General Motors, este percentual chega a 20% da receita do grupo.

No setor de eletrodomésticos, meses antes da copa de 2002, a SEMP consolidou sua posição de parceria com a poderosa TOSHIBA, do Japão e ofereceu garantias estendidas até a copa do mundo de 2006. No setor de móveis, o alongamento dos prazos para pagamento, a

observância do valor da prestação mensal compatível com o baixo poder aquisitivo da população das classes C e D, praticados pelas Casas Bahia (TV GLOBO, 2004), aliados aos serviços de entrega e montagem vem garantindo a empresa destacada posição no mercado de varejo no Brasil.

Dando uma rápida busca no mercado norte americano, podemos citar a empresa Dial – A – Mattress, que faturava cerca de US\$ 70 milhões, em 2000, no mercado de varejo de colchões, com a proposta de compre seu colchão com total comodidade. A empresa que disponibilizou serviço gratuito por telefone para a aquisição de colchões, chega a levar para a casa de seus clientes dois colchões para que ele possa experimentar os produtos e fazer a sua escolha sem que tenha que sair de casa, e ainda garante a retirada do antigo colchão do cliente, isto tudo podendo ser feito em até duas horas, e com entregas sendo realizadas até a 01h00min da manhã. Parece exagero, mas isto certamente é um dos motivos do sucesso sustentado apresentado ao longo dos últimos anos (BERRY, 1999).

No geral, essa nova “era de serviços globais” (HOFFMAN & BATESON, 2002), se caracteriza por: indicadores de economias e forças de trabalho dominadas pelo setor de serviços; mais envolvimento do cliente em decisões estratégicas de negócios; produtos cada vez mais focalizados no mercado e muito mais responsivos às necessidades do mercado em mutação; desenvolvimento de tecnologias que ajudam clientes e funcionários no provimento de serviços; funcionários com mais autonomia para desenvolver soluções personalizadas para solicitações especiais de clientes e resolver as queixas dos clientes de imediato, com o mínimo de inconveniência; e surgimento de novas empresas de serviços e do imperativo de serviço, nos quais os aspectos intangíveis dos produtos estão se tornando características fundamentais que os diferenciam no mercado.

Na medida em que a sociedade vai ficando cada vez mais rica e a utilidade marginal de se ter bens diminui e os processos de produção de bens tecnologicamente passam a ficar assemelhados, os bens passam a ficar mais próximos do commodities, e uma das formas de se combater a armadilha da comoditização de produtos é através dos serviços acoplados ao bem e associados à imagem da empresa.

Vejamos o exemplo do café (PINE II & GILMORE 1999). O produto é negociado no mercado mundial de commodities, a preços na ordem de US\$ 100.00 a saca de 60 kg de café , segundo a Revista Dinheiro On line, 2000, o que hoje representaria cerca de US\$ 1.66 ou R\$ 4,98 por quilo. Quando este é processado e vendido nos supermercados em embalagens de 1 kg assumem valor de R\$6,73 , segundo a Associação Brasileira da Indústria de Café – Preço no varejo, Abril de 2004, ou cerca de US\$ 2,25 por quilo, representando uma elevação de

cerca de 35% e finalmente quando é servido nas mesas ou no balcão assume os mais variados preços dependendo do serviço percebido pelo cliente, como vemos na tabela 2.

Tabela 2 – Preços do Café no Varejo

Local	Preço de uma xícara (R\$) - Tipo	Preço em US\$(Taxa de R\$3,00)
Botequim no centro do Rio de Janeiro (Agosto 2004)	R\$ 0,50 - cafezinho	US\$ 0,06
Itaipú Café (Agosto 2004)	R\$1,40 - Espresso	US\$ 0,47
Restaurante Classe A do Rio de Janeiro (Agosto 2004)	Em torno de R\$2,50 - Espresso	US\$ 0,83
Starbuck's em NY	-	US\$ 5,00

Fonte : Verificado pelo próprio autor nos locais em tabela de preços dos estabelecimentos comerciais

No exemplo da tabela de preços da xícara de café, podemos verificar a progressão de um valor econômico como o grão de café sair de um commodities para a categoria de bens, daí para serviços e então para experiências. Neste exemplo, o café foi transformado de uma mercadoria bruta, valendo US\$ 1,66 por quilo a experiência requintada, de US\$ 5,00 a xícara. Se considerarmos apenas o exemplo do Itaipú Café, no exemplo do café expresso, utilizando-se do café arábico, ele salta dos mesmos R\$4,98 por quilo a saca, para R\$16,00 o quilo do grão, embalado à vácuo, preço para o varejista, que o transforma em cerca de 200 xícaras para serem servidas ao cliente no balcão, a preço de R\$1,40. Nesta cadeia de valor o café salta de R\$ 4,98 o quilo para R\$ 280,00 (o equivalente em xícaras) com valorização de 5622%.⁶

2.2.1 - EXPERIÊNCIA DE SERVIÇO

O Conhecimento do serviço é adquirido de modo diferente do conhecimento que diz respeito a bens. Por exemplo, clientes podem tocar em copos de cristal antes de comprá-los, ou tocar em uma toalha felpuda antes de levá-la para casa.

⁶ Entrevista em profundidade realizada com Sr. Wilson, sócio-diretor do Itaipu Café, em agosto de 2004.

Em contraste, os clientes não podem testar um ginecologista, um neurocirurgião, um filme, uma peça de teatro antes da experiência. Conseqüentemente, o conhecimento do serviço é obtido por meio da experiência de receber o serviço real.

Na realidade, todos os produtos entregam um pacote de benefícios ao cliente (BATESON, 1992). O conceito de benefício é a interiorização desses benefícios na mente do cliente. O coração do marketing de serviços e transcende todos os bens e serviços é o conceito da compra de benefícios pelo cliente.

No serviço é comum termos o cliente participando ativamente do processo da entrega do serviço. Quando um cliente vai a um restaurante, desde o serviço de estacionamento do veículo, se tem manobrista ou se tem vagas seguras próximas compõe o pacote de benefícios; passando pelo atendimento do garçom, se existem fumantes no recinto, se o nível de ruído promovido pelos outros clientes é adequado, se a conta vem impressa de forma detalhada e com fácil visualização são alguns dos elementos que vão muito além da qualidade do prato que será servido. Com tudo isto, as percepções da qualidade do serviço e do preço justo sofrem influência de todos estes elementos presentes no momento da prestação do serviço.

Um modelo especialmente simples, mas poderoso, que ilustra os fatores que influenciam a experiência de serviços.

O modelo SERVUCTION, Figura 3, é constituído de duas partes: a que é visível ao cliente e a que não é. A parte visível consiste de três aspectos: ambiente inanimado, provedores de contato pessoal/serviço e outros clientes. O componente invisível do modelo consiste na organização e nos sistemas invisíveis.

A) Ambiente Inanimado: abrange todas as características não-viventes presentes durante o encontro de serviço. Na ausência de um produto tangível todos os indícios tangíveis passam a servir de base para a avaliação do produto. No caso de um serviço médico as instalações do consultório médico contribuem para a formação da opinião sobre o serviço a ser prestado. A localização do consultório, a mobília, a iluminação, música ambiente, quadros pendurados nas paredes são alguns dos exemplos de indícios tangíveis.

B) Pessoal de contato: São os funcionários que interagem de maneira breve com o cliente, é o manobrista do estacionamento, o ascensorista, a recepcionista do médico e a moça que serve o café.

C) Provedores de serviço: São as pessoas que efetivamente irão prestar o serviço central. É o médico, a enfermeira ou o dentista.

D) Outros clientes: Para completar a parte visível do modelo SERVUCTION, temos o cliente A, que irá receber o pacote de benefícios e o cliente B, que representa todos os outros clientes que podem causar impacto à experiência de serviço ao cliente A.

A presença de crianças barulhentas em salas de espera, fumantes, outros pacientes aguardando serem atendidos, pacientes já atendidos, podem vir a provocar perturbações durante a prestação de serviços para o cliente A.

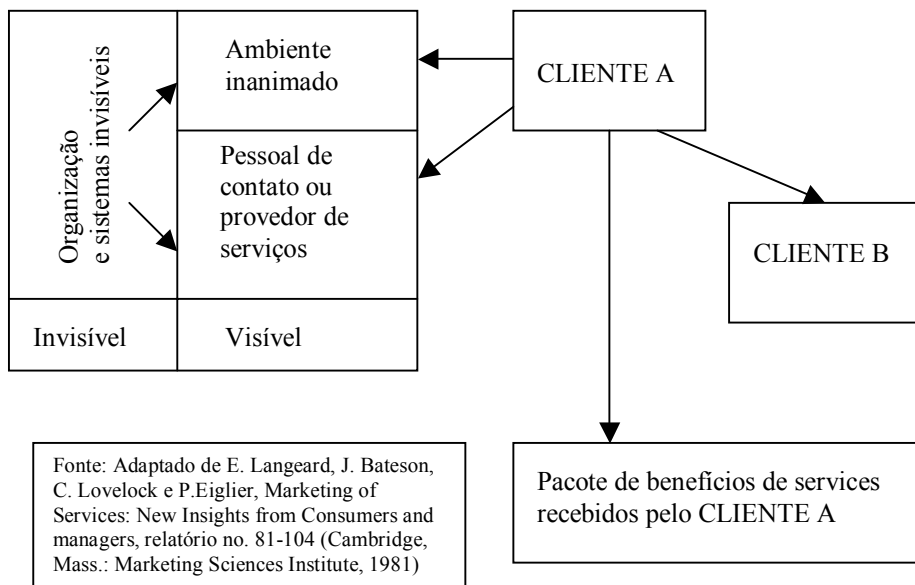


Figura 3 - Modelo Servuction

E) Organização e Sistemas Invisíveis

Os benefícios fornecidos aos clientes A, são derivados de um processo interativo que ocorre por toda a experiência de serviço. É claro que os componentes visíveis de empresas de serviços não podem existir isoladamente e, na verdade, eles têm de ser apoiados por componentes invisíveis.

O sistema SERVUCTION cria a experiência e a experiência cria o pacote de benefícios para o cliente. Talvez a mais profunda implicação do modelo seja a de demonstrar que os clientes são partes integrantes do processo de serviço. Sua participação pode ser ativa ou passiva, mas sempre estão envolvidos no processo de prestação do serviço. Isso tem um efeito significativo sobre a natureza do marketing de serviços e oferece alguns desafios que normalmente não são enfrentados por nenhum fabricante de bens.

Dois terços dos clientes que abandonam seus antigos fornecedores não fazem isso por causa do produto, mas por causa da indiferença e da falta de ajuda por parte da pessoa que presta o serviço. (SCHLESINGER, 1991)

2.4 - ÉTICA EM MARKETING DE SERVIÇOS

Na década de 90, integrar ética no currículo de negócios tornou-se comum entre educadores e profissionais de marketing. Originalmente, a ética de negócios era ensinada como um curso único; entretanto, muitas escolas de negócios agora acreditam que a ética de negócios deve ser ensinada durante todo o currículo e que os problemas éticos relacionados com cada tópico devem ser discutidos (NICASTRO, 1992).

Em Harvard, que recebe uma doação de 23 milhões de dólares do presidente da Securities and Exchange Commission (SEC) para financiar pesquisas nesta área, a partir do outono de 1988, ética nos negócios é matéria obrigatória para todos os estudantes de administração de empresas.

No setor de serviços ocorrem circunstâncias únicas que criam um ambiente ético que merecem exame e discussão.

São inúmeras as definições do que é ética. Citando a definição do Webster's New Ideal Dictionary podemos dizer que “ são os princípios da conduta moral que governam um indivíduo ou grupo”.

A ética nos negócios compreende princípios e padrões morais que orientam o comportamento no mundo dos negócios (FERREL & FRAEDRICH, 1993).

A distinção entre uma decisão comum e uma ética é que valores e julgamentos representam papel decisivo nas decisões éticas. Contrastando com isso, as decisões comuns são tomadas em geral utilizando-se um conjunto de regras aceitáveis pré-ordenadas (HOFFMAN & BATESON, 2002).

O campo da ética nos negócios é composto por um fluxo intrigante . As empresas precisam gerar lucros para sobreviverem. As empresas que sobrevivem pagam salários para seus funcionários e provedores de serviços, que mantêm suas famílias, provendo-lhes alimentação e educação, trazendo assim benefícios para a sociedade. Dos salários dos funcionários e das faturas dos provedores de serviços são descontados e recolhidos impostos que por sua vez sustentam os programas governamentais que provêm benefícios para toda a

sociedade. Apesar disto, os lucros dos negócios não devem ser obtidos por quaisquer meios.

Deve existir contrapartida entre o desejo de lucro da empresa e o que é bom para os indivíduos e a sociedade.

Cabe ressaltar que embora no presente trabalho a reflexão restrinja-se ao âmbito organizacional, não se desconhece o fato de que a ética empresarial ocorre no contexto da ética social e que também tem peso a ética pessoal de cada membro da organização. Pode-se dizer que a ética organizacional representa a confluência de uma mobilização de cidadania e de uma opção da consciência individual. Desde suas origens na Antiga Grécia a ética convida a forjar-se um bom caráter que leve a boas escolhas. O caráter que uma pessoa tem é decisivo para sua vida, pois, ainda que os fatores externos condicionem em um sentido ou outro o caráter, se a pessoa o assumir, é o centro último da decisão, pois a ética é uma prática irrenunciavelmente individual, intransferível e íntima. Porém, é oportuno lembrar que as organizações com seus valores influenciam neste processo decisório podendo facilitar as boas escolhas ou torná-las um ato heróico de quem assim queira agir, pois a ética pessoal assinala que existem situações nas quais é necessário confrontar o grupo ou a comunidade a que se pertence e atuar de maneira determinada sem importar-se com os interesses afetados. Portanto pode-se dizer que o primeiro sentido da ética é um saber que pretende orientar as pessoas na forja do caráter. (CORTINA, 1996) (SAVATER, 1998) (SROUR, 1998)

Para Cortina (1996), o desenho de uma ética nas organizações faz-se necessário: determinar o fim específico da atividade organizacional que é responsável por sua legitimação social; averiguar os meios adequados e os valores a serem incorporados no desempenho desta atividade específica; indagar pelos hábitos a ser adquiridos e ir forjando um caráter que permita deliberar e tomar decisões acertadas em relação às metas; discernir que relação deve ocorrer entre as atividades e as organizações; identificar quais são os valores éticos da sociedade na qual está inserida a organização e quais os direitos que essa sociedade reconhece às pessoas.

2.4.1 - MOTIVAÇÕES PARA O INTERESSE EM ÉTICA ORGANIZACIONAL

Ultimamente, o interesse ou a preocupação com a ética empresarial e de seus dirigentes e empregados, tem crescido, sendo alvo da mídia e da literatura sobre administração. Já se encontram, nos jornais, anúncios selecionando supervisores ou

consultores éticos, sinal de que a empresa está incluindo a preocupação com a ética formalmente em sua estrutura organizacional (ZOBOLI, 1999)

Na opinião de Cortina (1996) e Srour (1998) as motivações para todo este interesse quanto a ética empresarial resumem-se a :

- a) A urgência de recuperar a credibilidade na empresa;
- b) A responsabilidade a longo prazo é uma necessidade de sobrevivência e neste aspecto a ética constitui um fator importante para os ganhos;
- c) Uma mudança na concepção de empresa, de um terreno de homens sem escrúpulos movidos pela ganância e lucro em direção a uma instituição sócio-econômica que tem uma responsabilidade ética para com, a sociedade (os consumidores, os acionistas, os empregados e os provedores). A ética não é só individual, mas corporativa e comunitária. Assim, no mundo empresarial começa-se a esclarecer que não só os indivíduos são eticamente responsáveis, também o devem ser as empresas. Portanto, faz-se necessária e urgente uma ética das empresas, que começam a preocupar-se com o tipo de formação que dão a seus membros especialmente a seus dirigentes;
- d) As organizações, nos países pós capitalistas, são a célula do tecido social e a sua transformação está sendo considerada essencial no processo de construir uma sociedade mais inclusiva. A ética das empresas vai se mostrando indispensável a capacidade gerencial e, conseqüentemente, a figura do executivo que pouco a pouco vai se tornando um personagem central do mundo social atual. Para o entendimento dos processos de tomada de decisão é imprescindível a compreensão das finalidades da organização. Neste sentido, a educação e a preocupação com um atuar eticamente correto deverão formar parte do desenvolvimento da organização;
- e) A cultura do individualismo, característica da modernidade, é geradora de insatisfações. Como conseqüência os indivíduos buscam se integrar a uma comunidade ou corporação para recuperar seu “eu concreto”. Os seres humanos tornam-se pessoas dentro de comunidades, nas quais aprendem os valores éticos que vão seguir defendendo. A empresa pode ser entendida como uma comunidade que propõe a seus membros uma identidade, um sentido de pertença, valores a compartilhar, uma tarefa comum, um bem comum não distinto do bem de cada um dos seus integrantes e, até mesmo, um sentido de excelência que o “universalismo individualista”;
- f) As organizações sociais, hoje em dia, reclamam um atuar eticamente adequado, mas não querem que as pessoas sejam heróis. No entanto, ao pertencer a uma empresa, cujo desenho e funcionamento põem os resultados econômicos a curto prazo adiante ou da

satisfação da necessidade dos consumidores, tomar decisões eticamente corretas pode tornar-se um ato heróico, no qual trabalhador arrisca seu posto de trabalho;

g) A insistência na qualidade ética leva, por extensão, à qualidade em sentido mais amplo resultando em maior rentabilidade, contribui para a boa imagem da empresa, pois nenhuma das grandes e excelentes companhias distingue-se pela falta de princípios éticos, mas pela qualidade do produto que colocaram à disposição do mercado. As empresas têm uma imagem a resguardar, patrimônio essencial para a continuidade do próprio negócio. A dimensão ética é uma parte decisiva dentro do conceito de qualidade que a empresa apresenta à sociedade;

Resta, dentre as motivações para a preocupação com a ética nas empresas, levantar a questão do modismo. Gómez (1996) coloca este ponto como uma das razões para este crescente florescimento da ética dos negócios, já Cortina (1996) defende uma outra posição afirmando que a ética empresarial não consiste nem em uma moda passageira, nem em último intento de justificar relações injustificáveis, mas em uma nova forma de orientar a atividade empresarial e o desenho das organizações. Também segundo Ortiz-Ibarz (1995), mais que um modismo, a ética nas atividades empresariais e de qualquer organização é uma necessidade mais exigida à medida em que se aprofunda a complexidade do tecido social.

2.4.2 - OPORTUNIDADE PARA A CONDUTA ANTIÉTICA EM MARKETING DE SERVIÇOS

As oportunidades para a conduta antiética no setor de serviços podem ser atribuídas predominantemente às dimensões de intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade inerentes à prestação de serviços (ZEITHAML & BERRY,1985). As três dimensões contribuem para a vulnerabilidade do cliente e para a confiança na conduta ética do provedor de serviços durante a hora da verdade ou o encontro do serviço.

A vulnerabilidade do cliente à conduta antiética pode ser atribuída a várias fontes, segundo Zeithaml & Berry (1985):

a) Os serviços são caracterizados por poucos atributos de análise por conta da intangibilidade inerente aos serviços;

b) Os clientes muitas vezes baseiam sua decisão de compra em informações fornecidas pelo provedor de serviços;

- c) Os serviços são muitas vezes especializados e/ou técnicos;
- d) Muitos serviços não são entendidos com facilidade; conseqüentemente, dificultam a avaliação do cliente, fazendo com que muitas vezes a confiança no provedor de serviços se estabeleça por fatores que circundam o serviço, pelo boca a boca;
- e) Alguns serviços têm um lapso de tempo significativo entre o desempenho e a avaliação;
- f) A avaliação final de alguns serviços, como seguros, por exemplo, é feita somente em uma ocasião futura. Assim, os provedores de serviços antiéticos poderão maximizar seus ganhos de curto prazo à custa dos benefícios de longo prazo dos clientes;
- g) Muitos serviços são vendidos sem garantias nem segurança;
- h) Pouca segurança e garantia significativa, podem trazer aborrecimentos quando o cliente experimenta dificuldades com um provedor inescrupuloso;
- i) Muitas vezes os serviços são prestados por pessoal de serviço externo;
- j) Por causa da distância física entre o local da prestação dos serviços e o escritório, esses provedores de serviços muitas vezes não estão sob supervisão direta e podem agir de maneira incondizente com os objetivos organizacionais;
- k) A variabilidade no desempenho do serviço é comumente aceita;
- l) Muitos serviços são personalizados, exigindo habilidades diferentes do provedor de serviços e, freqüentemente, os clientes ficam expostos a provedores diferentes na mesma empresa, gerando a inevitável variabilidade de desempenho);
- m) Os sistemas de premiações muitas vezes são baseados em resultados e não em comportamentos. O sistema de recompensa ou premiações de uma organização muitas vezes determina o comportamento dos seus funcionários e não leva muito tempo para eles perceberem qual é o caminho mais curto para as maiores premiações, podendo desta forma encorajar a conduta antiética dos seus funcionários;
- n) Os clientes são participantes ativos do processo de produção. O envolvimento do cliente no processo de prestação de serviços permite que o provedor tente influenciá-lo usando medo ou culpa para que ele concorde com uma compra que de outra forma rejeitaria.

2.4.3 - PROBLEMAS QUE CRIAM CONFLITO ÉTICO

Segundo Ferrell e Fraedrich (1993), existe uma ampla lista de problemas típicos que não são exclusividade do setor de serviços, mas sim um mix entre produtos e serviços. A seguir foram selecionados alguns considerados mais convergentes com o escopo desta dissertação:

a) Conflito de Interesses : Situação em que um provedor de serviços se sente dividido entre a organização, o cliente e/ou o interesse pessoal do próprio provedor. Pela proximidade dos provedores de serviços com os clientes durante a prestação dos serviços, o provedor de serviços pode experimentar um conflito de interesses enquanto a prestação do serviço se desenvolve e amizades vão sendo formadas. Em tal situação, o provedor de serviços pode sentir-se dividido entre a organização, o cliente e/ou o interesse pessoal;

b) Relacionamentos Organizacionais: Provedores de serviços formam relacionamentos organizacionais de trabalho com uma variedade de parceiros, incluindo clientes, fornecedores , colegas, subordinados, supervisores e outros. As informações obtidas com esses relacionamentos muitas vezes são altamente confidenciais. Provedores de serviços antiéticos podem usar as informações adquiridas de relacionamentos organizacionais para ganho pessoal;

c) Honestidade: A Honestidade é a companheira da veracidade, integridade e fidedignidade. Comportamentos como: prometer alguma coisa ao cliente, mas sem ter a intenção de cumprir a promessa, ou afirmar que algum serviço foi executado, sem que isto seja verdade; são alguns exemplos de práticas antiéticas praticadas por provedores de serviços antiéticos. Executar serviços no prazo prometido, fornecer faturas corretas para cobrança dos serviços prestados ou fornecer aos clientes informações exatas mesmo que isso possa significar a perda da venda são alguns bons exemplos de provedores de serviço éticos.

Além destes problemas Ferrell e Fraedrich (1993) listam dezenas de outros tais como: problemas de marketing e propaganda; problemas ambientais; discriminação por idade, raça ou sexo; riscos e segurança do produto, relações com clientes; subornos; corrupção; saúde e segurança no ambiente de trabalho, relações com fornecedores e subcontratados; uso de informações exclusivas das empresas; relação com concorrentes; relações com representantes do governo entre muitas outras.

2.4.4 - FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Pessoas diferentes tomam decisões diferentes em situações éticas semelhantes. Os motivos para isto ocorrem de uma variedade de fatores que podem influenciar nossos julgamentos, tais como:

- a) Estágio do desenvolvimento moral cognitivo;
- b) Valores pessoais. Padrões pelos quais cada pessoa vive tanto na vida pessoal quanto na profissional. As decisões éticas são influenciadas também pelos valores pessoais de um indivíduo;
- c) Cultura corporativa. Filosofia geral de uma empresa que orienta as decisões, ações e políticas dessa empresa. As culturas corporativas orientam decisões, ações e políticas das organizações e são funções de: valores pessoais dos empregados da organização; procedimentos usados para realizar os negócios diários; e políticas adotadas para orientar a tomada de decisão. No geral, os procedimentos e políticas representam um papel mais importante na cultura corporativa do que os valores pessoais (HOFFMAN & BATESON, 2002);
- d) Diferenças culturais. Diferenças em padrões de comportamento de uma cultura para outra. Empresas de serviços que desenvolvem operações internacionais devem levar em consideração o desenvolvimento de políticas que ajudem a orientar a tomada de decisão ética em diferentes ambientes culturais;
- e) Estrutura organizacional. A estrutura organizacional de uma empresa pode também afetar a tomada de decisão ética de seus funcionários. Estudos anteriores indicaram que as organizações centralizadas tendem a ser mais éticas por causa do desenvolvimento e implementação de controles rígidos, como códigos de ética e outras políticas corporativas semelhantes (PELFREY & PEACOCK, 1991);
- f) Oportunidade. Oportunidade pode ser definida com ocasião que favorece o comportamento antiético. A oportunidade de se envolver e se beneficiar com comportamento antiético no setor de serviços é bastante preponderante. A oportunidade age como tentação e foi proposta como um melhor fator de previsão de comportamento do que as próprias crenças morais pessoais do indivíduo (FERREL & GRESHAM, 1985).
- g) Sistemas de recompensas. Métodos usados por uma organização para avaliar e recompensar funcionários. A conduta antiética também pode ser encorajada se for premiada (ou não punida) por um sistema de recompensas da empresa. O maior problema associado a esse tipo de sistema de recompensa é justamente o fato de que os funcionários são avaliados e recompensados com base em resultados (

conseqüências) e não em comportamentos utilizados para atingir resultados. O que o indivíduo realiza é julgado e a maneira como realiza raramente é examinada. Assim, os sistemas baseados em resultados tendem a focalizar os esforços do funcionário em atividades com benefícios imediatos, e não em comportamentos que constroem relacionamentos de longo prazo entre o provedor de serviços e o cliente. As empresas de serviços que desejam aprimorar o comportamento ético de seus funcionários devem pensar em implementar um sistema de recompensas baseado em comportamentos, que monitore as atividades dos funcionários e os avalie com base nos aspectos de seu trabalho sobre os quais eles exercem controle (CHURCHILL, 1985).

- h) Outras pessoas importantes. Supervisores, colegas, subordinados, clientes e outros que influenciam o comportamento de um provedor de serviços. As associações com outros que são antiéticos, combinada com a oportunidade de agir de maneira antiética, é uma grande influência sobre a tomada de decisão ética (FERRELL & FRAEDRICH, 1991).
- i) Ambiente competitivo. O ambiente competitivo no qual o indivíduo opera exerce impacto sobre o comportamento ético (HOFFMAN, 1991). Pressões de superiores e clima ético na indústria são citadas como motivos para o conflito ético. Além disso, quando os indivíduos sentem a pressão para ter sucesso e percebem o que deve ser feito para competir, eles tendem a comprometer os próprios padrões pessoais para alcançar as metas corporativas;
- j) Mudanças da tecnologia. Com o avanço da ciência, foram desenvolvidos muitos produtos e serviços que despertam um conjunto de considerações éticas. No campo do marketing e vendas, os novos recursos computacionais permitem ao provedor de serviços manipular as informações dos clientes, identificar seus perfis ótimos de clientes e rastrear históricos de compra e serviço (SHEPARD, 1990). A disponibilidade dessas informações e a facilidade de acesso a elas criam a oportunidade de usar os dados de maneira antiética e podem violar o direito do cliente à privacidade.

2.4.5 - EFEITOS DA CONDUTA ANTIÉTICA

As organizações de serviços devem enfatizar a importância da conduta ética dos funcionários por diversas razões. Em termos de responsabilidade social, as organizações de serviços devem atuar da melhor maneira para o interesse da sociedade; e os funcionários obrigados a lidar continuamente com problemas éticos com frequência sofrem de tensão, frustração, ansiedade, desempenho ineficaz (diminuição das vendas e dos lucros), intenção de rotatividade e pouca satisfação com o trabalho, todos relacionados com o emprego (WALKER & CHURCHILL & FORD, 1979).

Além dos efeitos pessoais da conduta antiética, a organização como um todo sofre. As impropriedades éticas também foram ligadas à insatisfação do cliente (perda de vendas), publicidade boca a boca desfavorável para a organização e uma imagem pública negativa para todo o setor (VINSON ,1991).

2.4.6 - CONTROLANDO A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Os efeitos adversos da tomada de decisão antiética podem levar as empresas de serviços a tentar controlar de várias maneiras o comportamento ético de seus funcionários.

Hoffman & Bateson (2002) sugerem:

- a) Socialização dos funcionários. A socialização do funcionário refere-se ao processo pelo qual um indivíduo se adapta e vêm apreciar os valores, normas, padrões de comportamento exigidos em uma organização;
- b) Padrões de conduta. Como parte do processo de socialização, os padrões formais de conduta podem ser apresentados para funcionários de serviços por meio de um código de ética que podem ajudar na definição de comportamento organizacional apropriado. Pesquisas indicam que os funcionários desejam códigos de ética para ajudá-los a definir o comportamento apropriado, reduzindo dessa forma o conflito e a ambigüidade de papéis (PELFREY & PEACOCK, 1991);
- c) Controle corretivo. A aplicação do código de ética pode ser realizada por meio do controle corretivo, o uso de recompensas e punições. Provedores de serviço que são recompensados (ou não punidos) por comportamento antiético continuarão a praticá-lo;

- d) Treinamento de liderança. Líderes devem ser exemplos de padrões de conduta ética. Eles precisam entender que os funcionários que enfrentam uma tomada de decisão ética muitas vezes imitam o comportamento de seus supervisores;
- e) Conhecimento do serviço ou produto. Empresas de serviços precisam constantemente treinar todos os funcionários considerando os detalhes com relação a que o serviço pode e não pode oferecer. As empresas de serviços não podem permitir-se presumir que os funcionários entendem totalmente as ramificações do desenvolvimento de um novo serviço ou produto. Algumas indústrias de serviços entendem a responsabilidade social de manter os funcionários informados. Por exemplo, a indústria de seguros dos EUA, atualmente exige treinamento contínuo de seus agentes de vendas (KING, 1990);
- f) Monitoramento do desempenho dos funcionários. A medição do desempenho ético do funcionário envolve comparar comportamentos usados na obtenção de níveis de desempenho contra padrões éticos organizacionais. Os resultados obtidos do monitoramento devem ser discutidos com os funcionários para aliviar quaisquer ambigüidades na mente deles as atitudes adequadas a tomar quando surgirem situações questionáveis;
- g) Criação de relacionamento de longo prazo com clientes. Os provedores de serviços precisam criar relacionamentos de confiança entre eles mesmos e seus clientes, para promover relações mutuamente benéficas de longo prazo. As práticas éticas de marketing fornecem as bases para a formação desses relacionamentos alicerçados na confiança. Muitas decisões antiéticas tomadas enfatizam os benefícios de curto prazo que a decisão proporciona. As empresas de serviço cujos funcionários são orientados para um relacionamento de longo prazo com o cliente podem minimizar a frequência de tomadas de decisão antiéticas (CROSBY & EVANS & COWLES, 1990).

2.5 - RETENÇÃO DE CLIENTES

A competição é intensa e a diferenciação entre bens e serviços concorrentes é mínima (VAVRA, 1992). Atualmente, não há grande diferença entre produtos, sejam companhias de seguros, bancos ou exames oftalmológicos. Por causa da relativa paridade na escolha, o risco do consumidor na mudança de marca tem sido drasticamente diminuído. Por exemplo, os clientes podem ficar indiferentes à empresa que tem sua apólice de seguro de carro.

Consequentemente, muitos deles abrem mão da fidelidade de marca e optam pelo melhor valor – o melhor produto pelo menor preço.

Infelizmente, quase todos os profissionais de marketing têm reagido a esse novo ambiente de “paridade de marcas” e “fidelidade sem marca” buscando sistematicamente novos clientes. Isso tem levado as empresas a se empenharem no **marketing de conquista**, cujas técnicas típicas são oferecer descontos e reduções de preço e desenvolver promoções para encorajar novos negócios. Os resultados são, em geral, bem-sucedidos a curto prazo, pela falta de fidelidade do cliente à marca.

Até hoje, muitas empresas gastam a maior parte de seus esforços de marketing para atrair clientes, em vez de manter os que já tem. A longo prazo, no entanto a lucratividade de empresas que adotam o marketing de conquista é altamente questionável (HOFFMAN & BATESON, 2002).

O foco principal dos programas de marketing tem sido fazer com que os clientes comprem, não se importando se são clientes antigos ou novos. Uma parcela menor - as vezes apenas marginal do orçamento de marketing tem sido dirigida explicitamente a clientes antigos e ao gerenciamento dos relacionamentos já estabelecidos com os clientes (GRÖNROOS, 2002).

Considerando-se os custos para ganhar novos clientes, a única maneira de se ter lucro e evitar o ciclo contínuo dos descontos de preços é aumentar a vida útil dos clientes existentes na empresa. “A retenção do cliente é, portanto, muito mais importante do que a atração do cliente” (VAVRA, 1992). Levando em conta que Levitt define marketing como sendo “...o processo de atrair e manter o cliente” (ROCHA & CHRISTENSEN, 1995), não pode-se deixar de atentar para a importância relativa de atrair e manter clientes, considerando-se o momento em que a empresa se encontra.

2.5.1 - A IMPORTÂNCIA DA RETENÇÃO DO CLIENTE

A retenção do cliente cresceu de importância por causa de várias mudanças no ambiente de marketing. Segundo VAVRA (1992), os mercados de consumo nos Estados Unidos estão estagnados. Prevê-se que a população norte-americana crescerá, nos próximos 50 anos, com metade da taxa do período de 1965 a 1990. Como resultado, haverá menos clientes novos circulando. Simultaneamente, com o decréscimo demográfico, a taxa de crescimento econômico, que já foi vibrante, subitamente começou a declinar. Em suma há menos clientes que antigamente e os que existem estão gastando menos.

Segundo Grönroos (2002), a tendência geral era uma orientação para o marketing de massa e para facilitar trocas. E essa não era uma estratégia má para a maioria das empresas da época, porque os mercados estavam crescendo e a demanda, muitas vezes, era maior do que a oferta e havia menos concorrência do que hoje.

A abordagem de marketing de massa é atualmente menos efetiva e menos lucrativa. Mais e mais mercados estão maduros e com excesso de oferta. Novos clientes estão cada vez mais difíceis de encontrar. Portanto está se tornando cada vez mais importante reter clientes da empresa. Em muitos negócios os clientes se tornam lucrativos somente após terem permanecido como clientes por algum tempo. Por exemplo, para alguns serviços no ramo de seguros pode demorar vários anos até que um cliente se torne lucrativo. Ao mesmo tempo os clientes estão mais bem informados. Ficou muito mais fácil obter informações sobre as opções existentes no mercado. Os clientes também estão, de modo geral, mais sofisticados e com frequência exigem mais do que antes.

O aumento substancial do custo do marketing de massa, ferramenta primordial dos profissionais de marketing de conquista, também contribui para a importância da retenção de clientes. Um comercial de televisão em 1965, por exemplo, custava cerca de US\$19,700; em 1991 o mesmo comercial de 30' era vendido por US\$106,400 (HOFFMAN & BATESON, 2002).

Uma política de preço baixo pode prender o cliente por algum tempo, mas no longo prazo vendas e marketing orientados para fazer com que o cliente se interesse por mais trocas não será muito eficaz (GRÖNROOS, 2002).

Outros motivos para a importância da retenção do cliente entre os profissionais de marketing, hoje, são: o aumento da concorrência, o crescimento das alternativas on-line e as informações de mercado acessíveis a mais empresas diminuindo assim as vantagens de informação privilegiada entre empresas concorrentes.

2.5.2 - BENEFÍCIOS DA RETENÇÃO DO CLIENTE

Especialistas acreditam que a retenção de clientes tem maior efeito sobre os lucros do que a participação de mercado, economias de escala e outras variáveis comumente relacionadas com a vantagem competitiva. De fato, estudos indicaram que até 95% dos lucros se originaram de clientes de longo prazo, e são derivados das vendas, custos operacionais reduzidos e recomendações (LOWENSTEIN, 1993).

Lucro derivados da vendas

Um dos maiores benefícios da retenção do cliente é o das vendas repetidas. Além do lucro básico derivado das vendas, há lucros originados pela maior frequência de compras. Um bônus adicional da retenção de clientes é que eles estão dispostos a pagar mais pela oferta da empresa. Estudos mostram que um aumento de 5% no índice de retenção pode traduzir-se em lucro 85% maior para uma filial de banco, 50% maior para um corretor de seguros e 30% maior para uma cadeia de oficinas de automóveis (REICHHELD & SASSER, 1990).

Lucros Proveniente de Custos Operacionais reduzidos

Pesquisas indicam que conservar um cliente é de três a cinco vezes mais barato do que obter um cliente novo (FARBER & WYCOFF, 1991). O relacionamento de confiança que se desenvolve entre os clientes e a empresa torna-se mais receptivos aos esforços de marketing; é mais fácil, portanto, vender-lhes novos serviços. Por sua vez, isso diminui o custo da empresa com as ações de marketing. Em geral o custo de manutenção dos clientes antigos tende a ser menor. Clientes se acostumam com funcionários e procedimentos da empresa, portanto fazem menos perguntas, têm menos problemas e exigem menos atenção.

Lucros provenientes de recomendações

Outro benefício da retenção do cliente é o boca a boca da propaganda positiva de clientes satisfeitos. Eles recomendam empresas a seus amigos e família, que por sua vez, reforçam as próprias decisões. Para que uma empresa desenvolva reputação que atraia novos negócios, ela precisa de clientes habituais. As fontes pessoais de informações são particularmente importantes para clientes de serviços, por causa da intangibilidade e da percepção do crescente risco associado a suas compras. (REICHHELD & SASSER, 1990).

Segundo Reichheld & Sasser (1990), Dois terços dos clientes desertam porque acham que as empresas não estão genuinamente preocupadas com seu bem-estar. Empresas que, efetivamente, comunicam a retenção do cliente como objetivo principal são notadas, e seus esforços nesse sentido a diferenciam, com sucesso, das concorrentes.

2.5.3 - NOVOS PROGRAMAS DE RETENÇÃO DO CLIENTE

O surgimento de vários programas de marketing caracteriza o recente interesse na estratégias de retenção do cliente, como marketing de frequência, “aftermarketing”, garantias de serviço, administração de deserção e marketing de relacionamento.

Marketing de Frequência

Segundo Barlow (1990), o objetivo principal do marketing de frequência é fazer com que os clientes gerem mais receitas para a empresa. Conseqüentemente, a retenção do cliente é nele um componente decisivo. O programa combina coleta de dados, meios de comunicação, de reconhecimento e recompensas para criar relacionamentos de longa duração. Baseia-se na determinação de seu nível de relacionamento com a empresa, isto é, o número de diferentes serviços que o cliente adquire. O marketing de frequência mais bem sucedido de todos os tempos talvez seja o dos programas de milhagem das companhias aéreas, criados para recompensar seus viajantes freqüentes.

“Aftermarketing”

Segundo Vavra (1992) o “aftermarketing” dá ênfase à importância dos esforços de marketing após a venda inicial. Suas técnicas abrangem o seguinte:

- Identificar clientes e criar um banco de dados para que eles possam ser facilmente contatados depois da venda realizada;
- Medir a satisfação do cliente e aprimorar continuamente a prestação de serviço, com base em suas opiniões;
- Estabelecer programas formais de comunicação com o cliente;
- Criar, por toda a empresa, uma cultura que reforce a importância de manter um relacionamento com o cliente depois da venda inicial.

Uma indústria que tem dado grandes passos em “aftermarketing” é a automobilística.

Garantias de Serviço

Uma das mais inovadoras e interessantes estratégias de retenção do cliente, desenvolvida nos últimos anos, é a garantia do serviço (HART & SCHLESINGER & MAHER, 1992). Embora as garantias por si mesmas não sejam particularmente novas, elas inovam no que diz respeito a serviços, sobretudo profissionais. No geral, as garantias de serviço parecem facilitar três objetivos:

- Reforçar a fidelidade do cliente;
- Ganhar participação de mercado;
- Obriga a empresa que oferece a garantia a melhorar sua qualidade geral do serviço.

A garantia de serviços diminui o risco, em geral assumido por clientes de serviço, “superando as dúvidas do cliente sobre o máximo valor em troca de dinheiro”.

Administração da Deserção

Outro meio de aumentar o índice de retenção dos clientes é reduzir as deserções. O conceito de administração da deserção tem raízes no movimento de gerenciamento da qualidade total (GQT). A administração da deserção é um processo sistemático de retenção de clientes para evitar que eles desertem. Envolve o acompanhamento dos motivos pelos quais ocorre a deserção de clientes e o uso das informações assim obtidas para melhorar continuamente o sistema de prestação de serviço.

“O corte das deserções pela metade dobra a taxa média de crescimento da empresa. Além disso, a redução da taxa de deserção em até 5% pode aumentar os lucros de

25% a 85%, dependendo do tipo de indústria. Na indústria de cartão de crédito, 75%; na corretagem de seguros, 50%; e na rede de oficinas de automóveis, 30%.

As empresas normalmente perdem de 15% a 20% de clientes a cada ano. A redução das deserções de clientes está relacionada a desembolsos imediatos. Na indústria de cartões de crédito, por exemplo, um decréscimo de 2% nas deserções tem o mesmo efeito líquido sobre os lucros que um decréscimo de 10% no custo. (REICHHELD & SASSER 1990, p.110)”

Outra razão para o monitoramento das deserções de clientes ser importante é a perturbadora possibilidade das taxas de deserção não estarem diretamente associadas com as taxas de satisfação do cliente. Poder-se-ia pensar que clientes satisfeitos são retidos mais facilmente. Embora a idéia seja intuitivamente atraente, receber altos índices de satisfação dos clientes atuais não se traduz necessariamente em fidelidade eterna. Em média, 65% a 85% dos desertores dizem que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com seu antigo provedor (SELLERS, 1993).

Os clientes desertam por vários motivos (DeSOUZA, 1992). Os *desertores de preço* mudam para os concorrentes em busca de bens e serviços mais baratos e, provavelmente, são os menos fiéis dentre os clientes. Muitas empresas, que adotam uma filosofia de retenção do cliente, estão dispostas a sacrificar os desertores de preço para evitar constantes descontos em seus produtos e serviços.

Os *desertores de produto* mudam para concorrentes que oferecem bens e serviços melhores; e são os mais difíceis de trazer de volta. O segredo para diminuir os descontos de produtos é não ficar satisfeito com os sucessos de hoje e não ignorar as necessidades em constante mutação dos clientes. Inovação e melhorias permanentes são decisivas na batalha pela retenção dos desertores de produto.

Os *desertores de serviço* repudiam o serviço ao cliente de baixa qualidade. Pessoal inadequadamente formado, promessas não cumpridas e comportamento inaceitável dos funcionários são razões típicas para os clientes fugirem para a concorrência. Falhas de serviço como essas, combinadas com reações inadequadas a elas, por parte dos funcionários, podem resultar em deserções.

Desertores de mercado são aqueles que saem do mercado por causa de mudança de residência ou saída da empresa do mercado.

Desertores tecnológicos mudam para produtos que estão fora da indústria. Como no caso das deserções de produto, as deserções tecnológicas podem decorrer da

autocomplacência da empresa. Empresa de sucesso muitas vezes têm um falso sentido de segurança, e falham em reagir ao desenvolvimento tecnológico de fora da própria indústria.

Desertores organizacionais resultam de clientes que vão embora por causa de considerações políticas na empresa, como arranjos comerciais recíprocos.

2.5.4 - GERENCIANDO RELACIONAMENTOS COM CLIENTES

“ Todo Negócio é baseado em relacionamentos. A Empresa somente tem de torná-los visíveis e significativos para seus clientes – contanto que eles queiram.” (GRÖNROOS 2002, p. 57)

O termo Marketing de Relacionamento foi introduzido na literatura do gerenciamento de serviço por Leonard Berry em 1983. Marketing de relacionamento, e uma ênfase sobre o gerenciamento de relacionamento com clientes nos negócios, não é um fenômeno novo. Essa perspectiva tem sido discutida na literatura do marketing desde os 1985-1990 (GRÖNROOS, 1990).

Historicamente, negociação e comércio eram orientados mais para relacionamento do que para qualquer outra coisa. A orientação para relacionamento é provavelmente tão antiga quanto a história dos negócios e do comércio.

Em seguida à revolução industrial, contudo, a perspectiva de relacionamento perdeu muito de sua posição. A era industrial mudou o esquema do jogo e os intermediários ficaram mais poderosos na cadeia de distribuição. Quando a produção em massa tornou-se possível graças a novos métodos de fabricação, e o aumento da riqueza da crescente classe média levou ao consumo de massa, a distribuição em massa, o marketing para produtos em massa tornou-se necessário. A abordagem de marketing de transação, baseada em troca, fundamenta-se em uma noção de mercados de consumo em massa nos quais os clientes são individualmente anônimos (GRÖNROOS, 2002).

A meta é fazê-los escolher uma determinada marca entre marcas concorrentes. Isso cria uma situação de competição entre a empresa vendedora e o cliente. O ponto de partida é que o cliente não quer comprar ; ele precisa ser persuadido a fazê-lo. Esse quadro de referência parece caracterizar o marketing de transação em um grau impressionantemente alto.

Em comparação, no marketing de relacionamento, que é baseado na criação de valor através de interações entre o fornecedor ou provedor de serviço e o cliente, a cooperação é

requerida para criar o valor que o cliente está buscando. Isso não significa que não existam conflitos; todavia, a força propulsora é a cooperação e não conflitos.

No marketing de relacionamento, no qual existem interações e cooperação em algum nível, o cliente e o fornecedor ou provedor de serviço não estão totalmente isolados um do outro. A escolha do que comprar numa situação de relacionamento depende, até certo ponto, de influências mútuas nas interações. Há uma interdependência entre as duas partes. O valor para os clientes é criado pelo cliente durante todo o relacionamento, parcialmente em interações entre ele e o fornecedor do serviço.

“Na perspectiva de relacionamento, o foco do marketing é facilitar e apoiar os processos de consumo e utilização pelos clientes durante todo o relacionamento no qual o valor para os clientes é criado pelos clientes, em interações com o fornecedor ou provedor de serviço. Isso significa que o marketing é inerente à maioria das funções de negócios envolvidos nesse processo.” (GRÖNROOS 2002, p.39)

Para Grönroos (1996), existem três requisitos estratégicos que estabelecem a base para uma gestão de relacionamento bem-sucedida :

- Redefinir o negócio como um negócio de serviço e o elemento-chave competitivo como concorrência por serviço;

Um requisito chave numa estratégia de relacionamento é conhecer melhor as necessidades e desejos de longo prazo de seus clientes e oferecer valor agregado além das soluções técnicas embutidas nos bens de consumo, em equipamentos ou em serviços. Os clientes não buscam somente bens e serviços, eles demandam uma oferta de serviço muito mais holística, incluindo tudo que compraram desde como utilizar melhor o produto, a entrega, instalação, atualização, reparos, manutenção e soluções corretivas. E exigem que tudo isso, e muito mais, seja entregue de maneira amigável, confiável e a tempo.

- Ver a organização a partir de uma perspectiva de gerenciamento de processos e não de uma perspectiva funcional;

Uma relação constante com clientes na qual eles buscam valor na completa e total oferta de serviço requer colaboração interna entre departamentos. Toda a cadeia de atividades deve ser coordenada e gerenciada como um processo total. Além disso, do ponto de vista da lucratividade e produtividade, somente atividades que produzem valor para os clientes devem ser executadas.

- Estabelecer parcerias e uma rede para cuidar de todo o processo de serviço.

Como o marketing de relacionamento está baseado na cooperação, as empresas não verão uma às outras de um ponto de vista ganha-perde, mas irão se beneficiar de uma situação ganha-ganha na qual as partes envolvidas se sairão melhor se forem parceiras. É muito caro adquirir o conhecimento e os recursos adicionais necessários para que elas mesmas produzam todos os elementos requeridos da oferta. Por conseguinte, pode ser mais eficaz e lucrativo encontrar um parceiro que possa oferecer os elementos complementares da oferta, necessários para desenvolver um relacionamento bem-sucedido com um cliente. Evidentemente isso demanda a existência de um componente-chave de marketing de relacionamento: confiança entre as partes de um network.

Além dos elementos estratégicos apresenta três elementos táticos do marketing de relacionamento (GRÖONROOS 2002, p. 42 e 43)

- **Buscando contatos diretos com os clientes**

O marketing de relacionamento é baseado em uma idéia de cooperação confiante com clientes conhecidos. Por conseguinte, as empresas devem tratar de conhecer seus clientes muito melhor do que normalmente tem sido o caso. A moderna tecnologia de comunicação provê à empresa amplas oportunidades para desenvolver maneiras de mostrar a um cliente que ele é conhecido e valorizado.

- **Desenvolvendo um banco de dados**

O marketing opera tradicionalmente com limitadas e incompletas informações de clientes. Para poder seguir uma estratégia de marketing de relacionamento, uma empresa não pode permitir que tal ignorância perdure. Um banco de dados consistindo em arquivos de informações de clientes tem de ser montado (VAVRA, 1994). Em tais casos, é necessário um arquivo de informações de clientes bem preparado, atualizado, fácil de acessar e ler para possibilitar ao funcionário realizar um contato orientado para relacionamento com o cliente. Ademais, um bom banco de dados será um suporte efetivo para vendas cruzadas e a oferta de novos produtos.

- **Criando um sistema de serviço orientado para o cliente**

O marketing de relacionamento bem-sucedido requer que a empresa defina seu negócio como um negócio de serviço e entenda como criar e gerenciar uma oferta total de serviço, isto é, gerenciar a concorrência por serviço. Quatro tipos de recursos são centrais para o desenvolvimento de um sistema de serviço bem-sucedido: funcionários, tecnologia, clientes e tempo.

O sucesso do marketing de relacionamento depende intensamente das atitudes, do compromisso e do desempenho dos funcionários. Se eles não estiverem comprometidos em seus papéis como verdadeiros funcionários de serviço e não estiverem motivados para agir de um modo orientado para o cliente, a estratégia fracassará. O marketing de relacionamento é, portanto, extremamente dependente de um processo de marketing interno, “endomarketing”, bem organizado, constante e contínuo. Os clientes tem de sentir que o tempo gasto no relacionamento com um fornecedor ou uma empresa de serviço não é desperdiçado. Tempo mal administrado cria custos extras para todas as partes envolvidas no relacionamento.

- **Confiança, compromisso e atração**

Confiança em uma pessoa pode ser descrita, por exemplo, como a experiência de uma pessoa por um lado, de que a outra parte se comportará de um certo modo previsível em uma dada situação. Se a outra parte não se comportar do modo esperado, a parte confiante (por exemplo, o cliente) experimentará resultados mais negativos do que experimentaria não fosse esse o caso (SCHURR & OZANNE, 1985).

A confiança depende parcialmente de experiências anteriores de interações com uma outra parte e parcialmente de outros fatores como contratos, regulamentações e normas sociais de um lado e fatores de personalidade de outro lado. Independente da razão que inspire a confiança em uma situação específica, quando ela está presente em um relacionamento é uma espécie de seguro contra riscos, ou comportamento inesperado no futuro. Ao adotar uma estratégia de marketing de relacionamento, o fornecedor ou provedor de serviço deve ter em mente o bem-estar de seus clientes (BUTTLE,1996). A empresa vendedora deve querer atender, e de preferência exceder, às expectativas de seus clientes, e almejar ajudá-los a encontrar as melhores soluções para seus problemas.

Compromisso significa que uma empresa ou pessoa, como parte de um relacionamento sente-se, até certo ponto, motivada a fazer negócios com um outro participante. Compromisso também tem sido definido como um desejo permanente de manter um relacionamento revestido de valor (ZALTMAN & DESHPANDÉ, 1992).

Atração significa dizer que deve haver algo que torna um fornecedor interessante para um dado cliente ou o contrário. Como exemplo, a atração pode ser baseada em fatores financeiros, tecnológicos ou sociais.

Relacionamentos de longo prazo devem aumentar o volume de negócios entre as duas partes. Contudo, não está claro que esse seja sempre o caso. Relacionamentos de longo prazo também podem ter efeitos negativos que fazer com que clientes procurem soluções alternativas (GRÖNNRROS, 2002).

2.5.5 - A PERSPECTIVA DO RELACIONAMENTO

Gummensson (2000) destaca alguns dos aspectos centrais da perspectiva do relacionamento dizendo que o marketing de relacionamento “ é marketing baseado em redes e interações, reconhecendo que o marketing está embutido no gerenciamento total da rede da organização vendedora, do mercado, e da sociedade. É dirigido a relacionamentos de longo prazo no formato ganha-ganha com clientes individuais e outros interessados, e o valor é criado conjuntamente entre as partes envolvidas. Ele transcende as fronteiras entre funções especializadas e disciplinas”. Exige um estado de espírito de marketing através e por toda a organização.

O que não é marketing de relacionamento? Primeiramente, não é apenas um conjunto de ferramentas. Não é uma nova maneira de usar mala direta ou marketing direto. Não é um programa de fidelidade ou loyalty. Todos podem ser meios úteis para implementar uma estratégia de marketing de relacionamento. Infelizmente, na prática, a utilização dessas ferramentas, e nada mais, é com frequência rotulada de marketing de relacionamento. Isto até certo ponto desacreditou o marketing de relacionamento. (FOURNIER, 1998)

Muitas vezes parece haver uma lacuna vazia entre marketing de relacionamento como uma nova perspectiva ou uma teoria, é o modo como ele é praticado. (KAVALL & FOURNIER, 1998)

A filosofia do marketing de relacionamento apoia-se na cooperação e em uma relação de confiança com o cliente e outros interessados, e parceiros de rede, e não em uma abordagem confrontativa em relação aos clientes; em colaboração dentro da empresa em vez de papéis especializados e divisão do trabalho somente; e na noção de marketing como uma abordagem gerencial orientada para o mercado com profissionais de marketing em tempo

parcial – os marqueteiros de plantão espalhados por toda a organização e não como um papel isolado somente para especialistas no assunto.

2.6 – O MODELO DAS CINCO FORÇAS DE PORTER

“A essência da formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma companhia ao seu meio ambiente (PORTER 1986, p. 22)”.

A intensidade da concorrência em uma indústria não é uma questão de coincidência ou de má sorte. Ao contrário, a concorrência em uma indústria tem raízes em sua estrutura econômica básica e vai além do comportamento dos atuais concorrentes. O grau da concorrência em uma indústria depende de cinco forças competitivas básicas, que são apresentadas na figura 4.

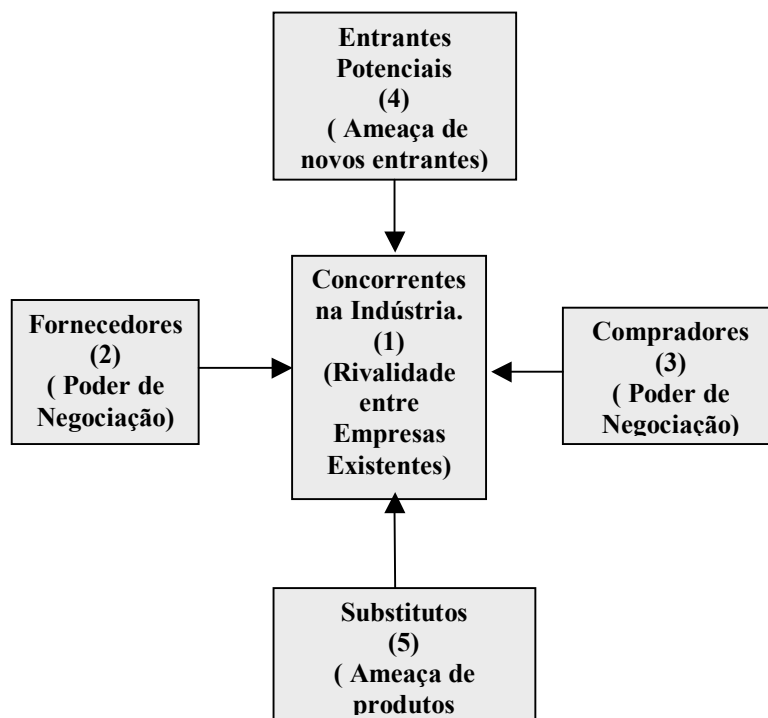


Figura 4 – Elementos da Estrutura Industrial

Fonte: Extraído do Livro Vantagem Competitiva, de Michael Porter, 1997. Pág. 5

Em qualquer que seja a indústria, seja ela doméstica ou internacional, produza um produto ou um serviço, as regras da concorrência estão englobadas em cinco forças competitivas: a entrada de novos concorrentes, a ameaça de substitutos, o poder de

negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores e a rivalidade entre os concorrentes existentes.

As cinco forças de Porter determinam a rentabilidade da indústria porque influenciam os preços, os custos e os investimentos necessários das empresas em uma indústria – os elementos do retorno sobre o investimento.

O primeiro determinante fundamental da rentabilidade de uma empresa é a atratividade da indústria (PORTER, 1997).

A concorrência em uma indústria age continuamente no sentido de diminuir a taxa de retorno sobre o capital investido na direção da taxa competitiva básica de retorno, ou o retorno que poderia ser obtido pela indústria.

Todas as cinco forças competitivas em conjunto determinam a intensidade da concorrência na indústria, bem como a rentabilidade. Mesmo sem produtos substitutos e com a entrada de novas empresas bloqueada, a intensa rivalidade entre os concorrentes existentes limitará os retornos potenciais. O caso extremo da intensidade competitiva é a indústria em concorrência perfeita, na definição dos economistas, onde a entrada é livre, as empresas existentes não têm poder de negociação em relação a fornecedores e clientes, e a rivalidade é desenfreada porque as numerosas empresas e produtos são tão semelhantes.(PORTER, 1986)

3 – METODOLOGIA

Este estudo qualitativo e exploratório realizou uma análise do setor de planos de saúde a partir das seguintes fontes: Dados nacionais fornecidos pela ANS; entrevistas com executivos e ex-executivos de operadoras nacionais e regionais com sedes no Rio de Janeiro e São Paulo; lei 9656/98 aprovada no segundo semestre de 1998, MPs, RNs e INs que regulamentaram o setor; e a experiência do autor que atuou como executivo do setor.

Como métodos de coleta de informações foram realizadas pesquisas em sites oficiais da ANS, IBGE, ABRAMGE entre outros; realizadas entrevistas com cinco executivos de operadoras de planos de saúde e a experiência profissional do próprio autor.

O período considerado foi de 1994 a 2004, e a análise teve como foco principal as operadoras de planos de saúde.

O estudo de caso é uma exploração de um sistema delimitado ou um caso (ou vários casos) ao longo do tempo através de uma coleta de dados detalhados e em profundidade envolvendo fontes múltiplas de informação ricas em contexto (CRESWELL,1998). Segundo o autor, o sistema é delimitado por tempo e espaço e é o caso que está sendo pesquisado. Com relação as fontes múltiplas de informação, elas incluem observações, entrevistas e documentos. A profundidade e o detalhamento de informações obtidos pelo estudo de caso são praticamente impossíveis de serem alcançados através de outro método de pesquisa (GIL,1988). O Estudo de caso é singular em sua habilidade de lidar com uma grande variedade de evidências, como documentos e observações (YIN,1994).

A pesquisa realizada pode ser assim classificada:

- Quanto aos fins – a pesquisa foi exploratória e explicativa. Exploratória, porque não há evidência teórica de análises de mercado regulado na área de saúde privada que se apliquem ao modelo brasileiro. E Explicativa, porque o estudo pretende explicar quais são os fatores determinantes da regulamentação, e de que forma estes podem impactar e de que forma podem ser gerenciados;
- Quanto aos meios – a pesquisa foi bibliográfica, documental e estudo de caso. Bibliográfica, uma vez que será feita uma revisão da literatura existente para a fundamentação teórico-metodológica de marketing de serviços, retenção de clientes e análise estrutural da indústria. Documental, porque foram utilizados documentos tais

como : a lei 9656/98, as Medidas provisória que revalidam a aplicação da lei e as suas complementares instruções normativas para a consecução do objeto de estudo. Estudo de caso, porque a pesquisa de campo se restringiu aos cinco executivos entrevistados.

O estudo, aqui realizado, partiu da experiência profissional do autor para definir os pressupostos que nortearam esta pesquisa, para então realizar levantamento de dados detalhado sobre a Lei 9656/98 e as Resoluções Normativas (RN), e dados do setor fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Após esta fase, foi elaborado roteiro de entrevista com executivos de operadoras de forma a identificar oportunidade de melhorias no sistema de gestão atual.

As entrevistas realizadas com os cinco executivos, de áreas funcionais distintas e de cinco diferentes operadoras, seguiu roteiro pré-estabelecido e por solicitação dos mesmos, não serão divulgadas as fontes, apenas um quadro resumo do perfil da empresa e da operadora entrevistada, conforme a seguir:

Entrevistas	Perfil do Executivo	Perfil da Operadora
Entrevista 1	Diretor Presidente	Entre as dez maiores operadoras do País de atuação Nacional, com sede no Rio de Janeiro.
Entrevista 2	Diretor Médico	Entre as dez maiores operadoras do País de atuação Nacional, com sede no Rio de Janeiro.
Entrevista 3	Gerente Médico	Entre as dez maiores operadoras do País de atuação Nacional, com sede em São Paulo.
Entrevista 4	Diretor Comercial e de Marketing	Operadora de médio porte , de atuação regional, com sede no Rio de Janeiro.
Entrevista 5	Gerente de Atendimento a Clientes	Operadora de médio porte , de atuação regional, com sede no Rio de Janeiro.

4 - ANÁLISE ESTRUTURAL DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

4.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Considerando-se as estimativas populacionais do IBGE para os períodos em questão, constatamos que a cobertura da população brasileira possuidora de planos de saúde já foi de 30,9%, em 1998, contra os 21,3%, obtidos através do número de beneficiários informados pela ANS e a estimativa populacional do IBGE para outubro de 2003. Em outubro de 2004, a cobertura da população brasileira foi ainda menor, estimada em 18,3%.⁷ Estima-se que cerca de onze milhões de usuários podem ter deixado o sistema de saúde suplementar, de 1998 a 2004, agravando ainda mais a situação do sistema público de saúde e comprometendo um setor onde a massa crítica é mandatório para a estabilidade e perenidade das empresas.

De outubro de 2003 a outubro de 2004, o número de beneficiários reduziu-se de 37.748.499 beneficiários para 33.239.754, apresentando queda de cerca de 12% (ANS/MS, 10/2004).

Em outubro de 2004, segundo Cadastro de Beneficiários da ANS/MS,10/2004, 49,6% dos beneficiários ativos, praticamente a metade, permanecia em planos não regulamentados, podendo indicar correlação entre poder aquisitivo da população e demanda por produtos regulamentados.

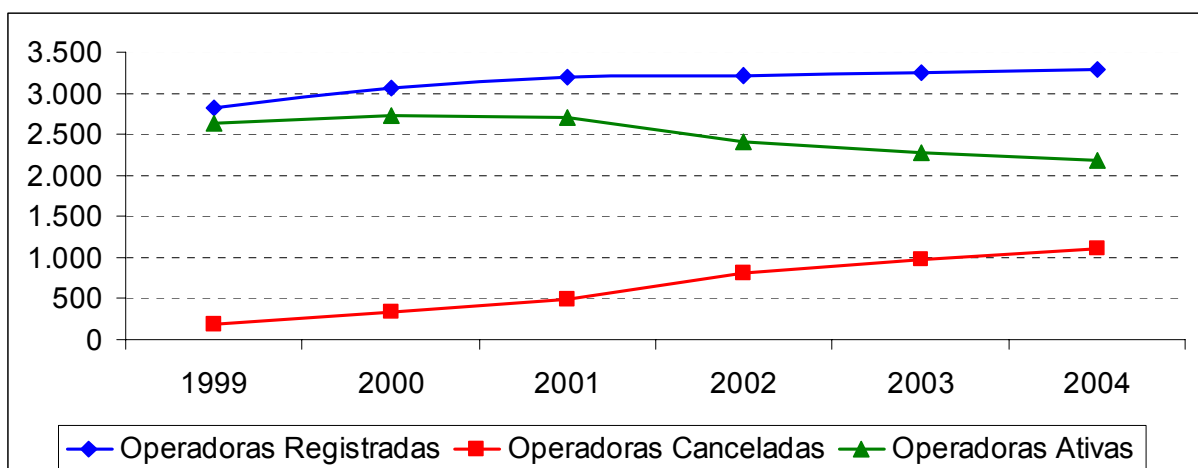


Gráfico 1 - Evolução Anual do Registro/Cancelamento de Operadoras na ANS

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 16/12/2004

⁷ Percentual obtido a partir da quantidade de beneficiários de 33.239.754, para uma população estimada de 181.581.024 (Fonte: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 10/2004 e População estimada por município 2004 - IBGE).

O número de operadoras registradas em outubro de 2004 era de 3287, enquanto 2183 eram as operadoras que possuíam beneficiários, o menor número desde 1999, conforme apresentado na Tabela 3 e no Gráfico 1. De 1999 até 2004, foram 1104 operadoras canceladas. E a tendência deste número é de concentração no médio-longo prazo, uma vez que apenas 24,9% das operadoras com beneficiários, possuem mais de 10.000 beneficiários⁸.

Tabela 3 - Evolução Anual do Registro/Cancelamento de Operadoras na ANS

Ano	Operadoras Registradas	Operadoras Canceladas	Operadoras Ativas
1999	2.825	186	2.639
2000	3.060	337	2.723
2001	3.203	494	2.709
2002	3.220	813	2.407
2003	3.255	982	2.273
2004	3.287	1.104	2.183

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 16/12/2004

4.2 – AS CORRESPONDÊNCIAS DO SETOR COM O MODELO DE PORTER.

“A Estrutura Industrial é relativamente estável, mas pode modificar-se com o passar do tempo à medida que a indústria se desenvolve (PORTER 1997, p.6)”.

Neste estudo, estaremos referindo-se a indústria como setor e aos clientes de planos individuais ou familiares e as empresas contratantes como compradores, que com seu poder de barganha influenciam os preços que as operadoras podem cobrar. Da mesma forma que a ameaça de produtos ou serviços substitutos influenciam. Os serviços de saúde pública, financiados pelo SUS, e os cartões de descontos, que ficaram fora da regulamentação do setor pelo fato da ANS ter entendido que este produto não se constitui planos de saúde, foram considerados como produtos ou serviços substitutos, apesar da saúde privada ser considerada complementar a pública.

⁸ Apesar de não existir consenso entre os especialistas de mercado quanto a um número de beneficiários considerado massa crítica mínima, considera-se operadoras abaixo de 10mil beneficiários como sendo de pequeno porte e de grande risco, exceto para operadoras de atuação geográfica regionalizada.

O poder de negociação dos fornecedores determina os custos dos produtos e serviços fornecidos por eles, tais como: Valor de consulta médica, valor de diárias e taxas hospitalares, preço dos medicamentos, próteses e órteses, preços dos exames e procedimentos, entre outros. Foram considerados como fornecedores: médicos, dentistas, hospitais, clínicas, centros médicos, indústria farmacêutica, laboratórios de análises clínicas e serviços de diagnósticos por imagem entre outros.

A ameaça de novos entrantes coloca um limite nos preços e modula o investimento exigido para deter entrantes.

A intensidade da rivalidade entre as operadoras influencia os preços, os custos assistenciais, desenvolvimento de produtos, investimentos em publicidade e força de venda.

No caso da força de vendas de planos de saúde ela foi quase sempre terceirizada, no período analisado e operou simultaneamente com diversos produtos de empresas concorrentes.

“O vigor de cada uma das cinco forças competitivas é uma função da estrutura industrial, ou das características técnicas e econômicas subjacentes de uma indústria (PORTER 1997, p.4)”.

4.3 - A RIVALIDADE ENTRE AS OPERADORAS

A indústria de planos de saúde no Brasil operou por mais de três décadas sem qualquer tipo de regulamentação por parte do governo brasileiro. As empresas tinham total liberdade para lançarem novos produtos no mercado, para redesenharem suas redes credenciadas, praticarem reajustes por faixas etárias, conforme suas conveniências, bem como reajustes de preços anuais sem estarem sujeitas a qualquer sanção a não ser a do próprio mercado. O que mais chamava a atenção era a heterogeneidade dos produtos comercializados (MELLO,2000). Podiam também, cancelar contratos unilateralmente, independentemente do tempo de contribuição do associado ou até mesmo da sua condição de alta hospitalar. Além de praticarem aceitação de risco, baseado em declarações de saúde, que impediam que os pacientes portadores de patologias graves ingressassem no sistema de saúde privado. Esta prática foi inicialmente utilizada pelas seguradoras e depois adotada por grande parte das operadoras.

Outro fator importante foi o aumento da demanda provocada em parte pelo crescimento do poder aquisitivo da população de classe média baixa, alcançado pela

introdução do plano real, principalmente entre 1994 e 1995, quando o crescimento do PIB brasileiro foi de 5,9% e 4,2% ,respectivamente. (IBGE),

O mercado dos grandes centros econômicos do Brasil estava em franca expansão. A Golden Cross lançou, em 1995, o produto Golden Saúde, no Rio de Janeiro, com preços populares e conquistou cerca de 120 mil novos associados, apenas no Rio e Grande Rio. As verbas publicitárias chegaram a 5% da receita bruta em empresas como a Golden Cross e a AMIL.⁹

Apesar da demanda aquecida, as operadoras passaram a se rivalizar mais intensamente. Nesta ocasião, por volta de 1995-1996, a AMIL iniciava sua atuação com força de vendas terceirizada, pois desde a sua criação, na década de 80, trabalhava no mercado, exclusivamente, com equipes próprias de vendas. Motivada pelas oportunidades de crescimento rápido e pelos rumores de que a sua principal rival atravessava importante crise financeira, resolveu atuar agressivamente junto a força de vendas terceirizada.

As comissões de vendas prometidas para os associados que desistissem da Golden e passassem para a AMIL chegavam ao dobro do pago pela concorrente.

A rivalidade entre estas duas empresas, duas das maiores do Brasil, ambas localizadas no Rio de Janeiro, chegou a tal ponto que a AMIL lançou campanha de vendas, em grande festa para milhares de corretores em uma grande casa de festas da zona norte da cidade do Rio de Janeiro, sob o tema: eliminação do inimigo dourado, fazendo alusão ao significado da palavra em inglês, GOLDEN.

“O ano de 1997 foi o ano de menor crescimento na história da Amil, as seguradoras tiveram resultados operacionais negativos”, disse um dos mais respeitados executivos do mercado de saúde em 1998.¹⁰

Com o acelerado crescimento de vendas das principais empresas operadoras atuantes no mercado do Rio de Janeiro ocorreu a elevação das despesas comerciais e dos custos assistenciais. Como consequência direta destes fatos, os resultados operacionais de muitas das operadoras ficaram comprometidos e pela inexistência de provisionamentos para pagamentos aos prestadores de serviços passou a haver falhas nos prazos de pagamentos a fornecedores. É importante ressaltar que apenas as seguradoras estavam subordinadas a SUSEP, portanto sujeita às regras de constituição de reservas técnicas. Algumas importantes operadoras

⁹ As empresas Golden Cross e Amil possuíam intensa rivalidade na ocasião e as empresas investiam maciçamente em mídia eletrônica. Fonte: o Autor ocupava posição de diretoria na Golden Cross.

¹⁰ Comentário feito por Antonio Jorge Kropf, Diretor Técnico da Amil, durante conferência no seminário “O Impacto da Regulamentação nas Operações de Seguros”, realizado pela Fundação Nacional Escola de Seguros, no Rio de Janeiro, em 20 de maio de 1998,

passaram por forte aperto financeiro, acarretando em atrasos de pagamentos a fornecedores e renegociação de valores, deixando a impressão de insolvência nos credores.

Neste momento o setor perde a sua estabilidade e o governo federal vê uma oportunidade política para aprovar a lei que tramitava a muitos anos na câmara dos deputados. A lei 9656/98 é então aprovada, entrando em vigor, em Janeiro de 1999, mudando completamente a estrutura do setor.

Com a queda da demanda por planos de saúde, possivelmente motivada pela combinação de amplas e novas coberturas assistenciais dos planos regulamentados, e com o baixo poder aquisitivo da população brasileira, a rivalidade entre as operadoras aumentou a disputa pelos canais de distribuição e o aproveitamento do tempo de contribuição em planos concorrentes, as populares compras de carências, foi intensamente verificada neste período. Segundo a ANS, o setor só veio apresentar queda anual do número de beneficiários no sistema, entre outubro de 2003 e 2004.



4.4 - PODER DE BARGANHA DOS FORNECEDORES E A VERTICALIZAÇÃO PARA FRENTE

Os fornecedores de serviços médico-hospitalares do Rio de Janeiro e Grande Rio, pareciam apresentar baixo poder de barganha. As exceções eram os serviços hospitalares considerados, pelo mercado, como diferenciados, tais como: Samaritano, Pró-Cardíaco, Clínica São Vicente da Gávea, Rede D'or, entre outros. Foram estes hospitais que conseguiram obter alto poder de barganha junto às operadoras, mas mesmo assim, somente nos planos de saúde orientados para um público alvo da classe sócio-econômica A.

A gestão do custo assistencial passou a ser vital para as operadoras de saúde após o controle dos índices inflacionários, iniciado em 1994 com a introdução do plano real. Medicamentos de última geração, próteses e órteses de custos elevados fornecidos por poucas indústrias, ausência de limites de dias e valor para a internação, fizeram com que as operadoras buscassem alternativas de custo final menor. A importância destes insumos para as operadoras elevou o poder de barganha para quem possuía serviços diferenciados, mas esta condição ficou restrita a poucos fornecedores. A realidade da grande maioria dos fornecedores de serviços médico-hospitalares e diagnósticos não era esta.

Foi verificado em uma pesquisa realizada, em 1998, pelo SMB Saúde ¹¹, um sintoma importante de que a oferta de consultas médicas estava superior a demanda. Esta conclusão foi tirada a partir de pesquisa, quando constatou-se que em 47% dos consultórios médicos e clínicas localizados nos municípios da Baixada Fluminense e São Gonçalo, o valor da consulta cobrado dos pacientes particulares era menor ou igual ao valor pago para o mesmo procedimento pelas operadoras

O aumento da oferta parece não ter se restringido as consultas médicas, pois os laboratórios de análise clínica e de diagnóstico por imagem passaram a oferecer significativos descontos em troca de demanda, estes descontos chegavam, em alguns casos, a 50% do valor da tabela da AMB. Com o aumento da oferta de serviços verificada, principalmente na última década, também quanto ao maior número de leitos, inclusive em UTI, os fornecedores de serviços médico-hospitalares, em sua grande maioria, foram perdendo poder de barganha.

Importantes operadoras de saúde no Brasil, conhecidas como Medicinas de Grupo, nasceram desta verticalização para frente.

No Rio de Janeiro, o ASSIM, que completou 16 anos de existência em 2004, organizou-se acionariamente com cerca de 15 hospitais, estrategicamente, distribuídos pela cidade do Rio de Janeiro, aos quais comunica ao mercado como sendo a operadora com a maior rede própria do Estado. A RIOMED, com cerca de 10 anos, também foi criada a partir do Hospital Santa Marta. A AMIL também teve seu início centrado em um pequeno hospital em Caxias e hoje conta com quase uma dezena de hospitais próprios.

Em São Paulo, a Medial Saúde foi estruturada com base na sua rede de hospitais e centros médicos Alvorada.

¹¹ Pesquisa quantitativa realizada pelo Instituto de pesquisa ligado a UERJ, a pedido do SMB Saúde em 1998. Esta pesquisa partia da hipótese de que os tempos de atendimento das diversas especialidades variam significativamente e possuíam valores distintos nos consultórios particulares, não conveniados.

Na periferia e no interior do Estado do Rio de Janeiro, surgiram muitos planos como ASES em Campos, PLANMED em Resende, PLAME em Macaé, e AMIGO em São Gonçalo, entre tantos outros, mesmo na cidade do Rio de Janeiro. Planos como ADDRESS, MILLER, COG, que surgiram e cresceram muito rapidamente deste movimento, hoje não existem mais como operadoras.

As Unimed, categorizadas como Cooperativas médicas, também nasceram deste movimento de verticalização, inicialmente para geração de demanda para consultórios médicos, mas atualmente várias delas contam com hospitais próprios e outros serviços.

A implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é a nova demanda dos fornecedores. A CBHPM, que já começa a ser adotada, resultou de trabalho técnico - hierarquizado intra e interespecialidades. Trabalho desenvolvido ao longo de três anos pela Associação Médica Brasileira - AMB, Conselho Federal de Medicina - CFM e Sociedades de Especialidade, com assessoria da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE). A idéia da criação de uma lista referencial tecnicamente defensável que contasse com o aval das entidades médicas nacionais surgiu em março de 2000, na reunião de planejamento estratégico AMB/CFM. Antes de ser oficialmente lançado, no dia 15 de julho de 2003, em Vitória/ES, o texto foi publicado para consulta pública na internet e, depois, aprovado pelas plenárias do CFM e AMB. Em sua última etapa antes da impressão, a CBHPM foi debatida no Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), realizado em maio de 2003, em Brasília. Ali foi anunciada a edição de uma resolução normativa do CFM, tornando-a referencial ético para a remuneração de honorários médicos - resolução essa publicada em 7 de agosto de 2003, sob o nº 1.673/2003. (www.remuneracaomedica.org.br).



Extraído da Figura 4 – Modelo do Porter

Obtido a partir de análise do autor.

4.5 - PRODUTOS SUBSTITUTOS

O setor de planos de saúde é tratado como suplementar, a assim definido no corpo da própria lei 9656/98 e no nome da sua agência reguladora, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parte da premissa que exista um serviço público aparelhado para atender plenamente a população brasileira, com atendimento primário, secundário e terciário, principalmente, para a população de menor poder aquisitivo. A aquisição de um plano de saúde para o brasileiro seria uma questão de se obter o algo mais: conforto, acesso mais rápido e qualidade superior. Entretanto a realidade brasileira parece não ser esta. O brasileiro residente no Rio de Janeiro ou de São Paulo, para citar os dois maiores PIBs Nacionais, que não tiver um plano de saúde corre sérios riscos de não ter nenhuma espécie de atendimento.

Apesar dos serviços públicos de saúde não apresentarem a população, oferta de qualidade e nem suficiente, os consumidores de planos de saúde de menor poder aquisitivo, podem vir a desertar de suas operadoras e retornarem a estes serviços e optarem pela eliminação desta importante despesa mensal em seu orçamento, que chega a 5,35% do gasto per capta nacional, segundo pesquisa da Fecomércio-SP e consultoria Tendências.

Entretanto, os controversos cartões de desconto, que ficaram de fora da lei 9656/98 e aparentemente, também da fiscalização da ANS, vêm ganhando espaço junto às classes C e D, principalmente no mercado de São Paulo e poderão, em breve, constituírem-se em alternativa para as populações de grandes centros urbanos.

**Substitutos
(5)
(Ameaça de
produtos**

Substitutos:

- **Cartão de descontos;**
- **Serviços Públicos.**

Extraído da Figura 4 – Modelo do Porter

Obtido a partir de análise do autor.

4.6 - AMEAÇA DE NOVOS ENTRANTES

O movimento das grandes seguradoras internacionais que se iniciou na década de 90, também foi estancado. Citando alguns exemplos temos: A Golden Cross que assinara contrato

de gestão com a Cigna, encerrou este em 1999, e a CIGNA retirou-se inteiramente do mercado de saúde com a efetivação da venda da AMICO para a DIX, empresa do grupo AMIL; a AETNA que havia firmado parceria com uma das gigantes do setor, a Sul América, também deixou o mercado. Atualmente a ING possui 49% das ações da Sul América. O HSBC que adquiriu o Bamerindus, também se desfez da sua carteira de saúde.

Na realidade, a lei 9656/98, que entrou em vigor, em janeiro de 1999, foi apenas o marco regulatório, pois a ANS continuou regulamentando o setor através das Resoluções Normativas, RNs e o governo federal com as reedições de medidas provisórias. Com as regras ainda sendo construídas ao longo do tempo, as incertezas quanto aos limites da regulação do setor, principalmente para as empresas internacionais, podem ter contribuído para a redução da ameaça de novos entrantes. A curva de aprendizagem para operação de novos entrantes, num cenário de regulamentação em andamento, parece também ter influenciado a decisão de saída do mercado de algumas empresas estrangeiras.

Outro ponto a ser considerado, é a forte atuação da ANS na regulação dos direitos dos beneficiários de planos individuais ou familiares como política governamental. A definição dos limites máximos de reajustes anuais para os planos individuais e familiares, juntamente com a baixa economia de escala deste segmento de mercado, motivadas pelos altos preços dos novos produtos regulamentados e a baixa capacidade de pagamento da população brasileira, parecem ter contribuído sobremaneira para a redução da ameaça de novos entrantes.

**Entrantes
Potenciais
(4)
(Ameaça de
novos entrantes)**

**Seguradoras Nacionais;
Operadoras Internacionais:**

- HMOs
- PPOs

Extraído da Figura 4 – Modelo do Porter

Obtido a partir de análise do autor.

4.7 - PODER DE BARGANHA DOS COMPRADORES

4.7.1 - DOS PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

No campo da saúde, o principal objeto de regulação é o sistema de saúde como um todo, uma vez que a saúde é considerada, constitucionalmente, como um bem essencial e de relevância pública. Neste sentido, a formulação de políticas de saúde e seu respectivo controle são responsabilidades do governo (ANDREAZZI, ANDREAZZI, PINHEIRO & SICSÚ, 2003).

A regulamentação dos planos de saúde trouxe para o consumidor novas garantias, tais como: inexistência de limites para internação, ou seja, 365 dias por ano, inclusive em UTI; no ato cirúrgico os pacientes passariam a ter cobertura para as próteses e órteses; a cirurgia de miopia passou a ser coberta e logo depois regulamentada para pacientes com mais de sete graus e os transplantes de Rins e Córnea, também foram incluídos nas coberturas. A cobertura para todas as doenças relacionadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cobertura para doenças mentais, e a limitação dos prazos de carência em seis meses para internação, e dez meses para parto, foram importantes conquistas dos consumidores de planos de saúde.

Estas foram algumas das principais vantagens oferecidas pela nova lei na ocasião, além da padronização de faixas etárias que permitiu ao consumidor comparar preços entre as ofertas, então, mais homogêneas.

Os compradores de planos individuais e familiares estão sem poder aquisitivo para entrarem ou até mesmo para manterem-se no sistema. Em outubro de 2004, segundo Cadastro de Beneficiários da ANS/MS-10/2004, 49,6% dos beneficiários ativos, praticamente a metade, permaneciam em planos não regulamentados, basicamente pelo aumento inevitável do valor da mensalidade.

Com o impedimento de a operadora recorrer à concordata e de seus credores pedirem a sua falência o usuário poderá se sentir um pouco mais seguro, uma vez que, agora, uma operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS.

O consumidor vem apresentando crescentes níveis de informação sobre seus direitos e expectativas em relação aos serviços prestados, principalmente, após quinze anos de código do consumidor lei 8078/90, e após seis anos de vigência da nova lei dos planos de saúde, que recentemente através de resoluções da ANS: incorporou o estatuto do idoso, proibindo qualquer espécie de reajuste para associados com mais de 60 anos de idade e a exigência de que as operadoras assinem contratos com todos os seus prestadores de serviços, garantindo desta forma, maior garantia quanto à continuidade do tratamento do usuário.

Os reajustes máximos dos planos individuais e familiares também passaram a ser definidos pela ANS, o que passou a significar índices mais próximos da inflação medida pelo governo.

Com carências menores e produtos com pouca diferenciação em termos de rede credenciada, serviços e preços, o custo de mudança ficou menor para o consumidor de planos de pessoa física.

4.7.2 - DOS PLANOS EMPRESARIAIS

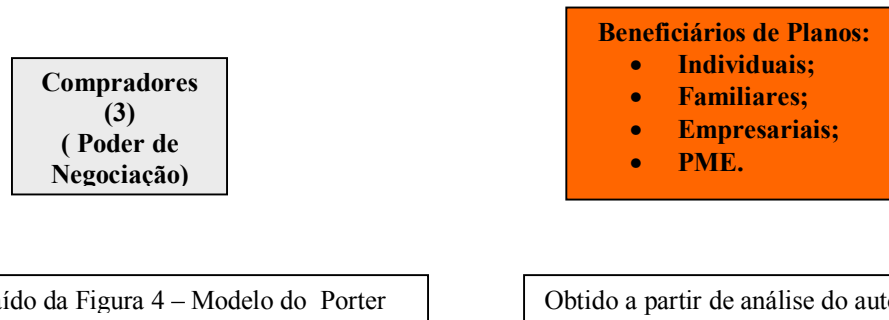
Quem ganhou maior poder de barganha após a lei 9656/98 foram às empresas contratantes de planos empresariais. Cerca de 74% dos planos dentro da lei são planos empresariais (ANS/MS-10/04). As duas maiores seguradoras especializadas em saúde, a Bradesco Saúde e a Sul América Saúde tomaram a decisão estratégica de desestimular a venda para planos individuais e estão atuando, praticamente, exclusivamente no segmento de planos empresariais. As grandes empresas contratantes percebem o aumento do seu poder de barganha, devido ao seu volume e até mesmo as ameaças de mudança para planos administrados ou até mesmo de integração para trás, onde grandes companhias instaladas no Brasil adotaram o modelo de autogestão. Com isto, os negociadores destas grandes empresas passaram a exigir de suas operadoras: relatórios sintéticos e analíticos que demonstrem a utilização de serviços médico-hospitalares, ações preventivas e “case management”, instalação de ambulatório médico em suas plantas, entre outros serviços, que visam mais qualidade e minimização de reajustes de preços.

Além disto, os antigos patamares de 70% de sinistralidade, previsto em contratos, que há muito, serviram de base para aplicação dos reajustes anuais, visando o equilíbrio técnico-actuarial, estão sendo revistos em intervalos entre 75% e 85%. O que vem contribuindo para o achatamento das margens das operadoras.

A concorrência por beneficiários de planos de pessoa jurídica esta bastante acirrada o que contribuiu sobremaneira para o aumento do poder de barganha dos compradores deste tipo de produto.

4.7.3 – DOS PLANOS PME

Outro segmento de mercado bastante cobiçado pelas operadoras é o do PME, plano para a pequena e média empresa. São, em geral, para empresas com até 49 beneficiários. Nesta categoria de beneficiários, por exemplo, é permitido a operadora praticar preços por faixa etária, como nos planos individuais. A sinistralidade deste tipo de plano tem se mostrado rentável nas operadoras pesquisadas. Porém este é um segmento que é muito suscetível ao desenvolvimento econômico brasileiro e não possui cultura de concessão deste tipo de benefício para seus empregados. Apesar do baixo poder de barganha deste tipo de comprador ele conta atualmente com muitas ofertas de diferentes perfis de operadoras.



4.8 - ANÁLISE DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SETOR

A crise tem perfil conjuntural, e os agentes deste sistema lidam com as forças que governam a concorrência e suas conseqüências:

- As empresas contratantes dos planos empresariais, maiores financiadores do sistema, não suportam mais, sofrerem, periodicamente, reajustes a título de recomposição do equilíbrio técnico-atuarial;
- Os prestadores de serviços médico-hospitalares, não recebem reajustes das operadoras, em sua maioria, desde o início da regulamentação e se organizam para a implantação da CBHPM em todo o território nacional (www.remuneracaomedica.org.br)
- As operadoras apresentam resultados operacionais declinantes, com elevados índices de sinistralidade;
- A ANS, agência reguladora se vê obrigada por força dos indicadores a autorizar reajustes anuais acima da inflação, medida pela FIPE Saúde, desagradando aos

institutos de defesa dos consumidores e ao próprio Ministério da Saúde e a cada novo contrato de gestão que assina com o Ministério da Saúde tem sido mais flexível em suas metas relacionadas, por exemplo, a migração para planos regulamentados.

Além destes aspectos, temos que considerar os aspectos macroeconômicos que não vem ajudando o setor, tais como:

- A instabilidade da economia brasileira, com flutuações nas taxas de crescimento do PIB e apresentando forte correlação com a renda per capita do brasileiro, conforme pode-se se verificar na tabela 4 e no gráfico 2;

Tabela 4 - Evolução do PIB e da renda per capita

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
PIB	5,9	4,2	2,7	3,3	0,1	0,8	4,4	1,3	1,9	0,5	5,2
Renda	4,2	2,6	1,1	1,7	-1,4	-1,7	2,8	-0,2	0,4	-0,9	3,7

Fonte: IBGE

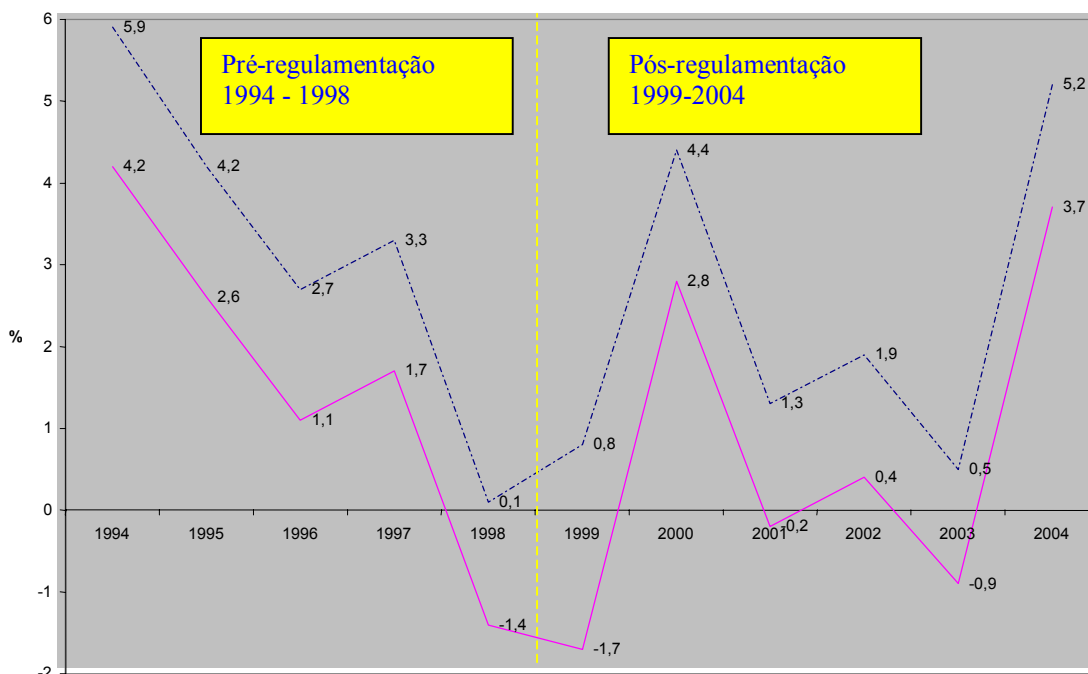


Gráfico 2 - Evolução da Variação do PIB e da Renda per Capita

- Os baixos níveis do rendimento médio nominal habitualmente recebido no trabalho principal que em fevereiro de 2004, segundo pesquisa PME do IBGE, ficou em R\$857,70 para as pessoas ocupadas e em R\$677,50 para os trabalhadores por conta própria, que representavam, em dezembro de 2003, 43,0% da população ocupada;
- Deterioração dos serviços público de saúde; e
- Falta de interesse por parte de investidores nacionais e estrangeiros.

4.9 - FORÇAS QUE GOVERNAM A COMPETIÇÃO NO SETOR

A atratividade da indústria em 2004 apresentou-se baixa, e é melhor compreendida através das forças que governam o setor, conforme apresentado na Figura 5.

Apesar da ameaça de novos entrantes e a de produtos substitutos serem baixas, o poder dos compradores e a rivalidade entre as operadoras estão em alta, sendo que o poder dos fornecedores apresenta-se em transformação.

No segmento de planos empresariais o poder de barganha dos compradores tem se mostrado alto. O mercado tem verificado que o poder de barganha é crescente uma vez que a grande maioria das operadoras ativas objetiva em seus planos de metas crescimento neste segmento de mercado, fundamentalmente pela livre negociação entre as partes, sem interferência na fixação de reajustes máximos pela ANS. O mercado de PME (Planos para pequenas e médias empresas) é almejado pelas operadoras, em virtude das atrativas taxas de sinistralidade e relativo baixo poder de barganha, mas este mercado só virá a se constituir em termos de demanda consistente com o crescimento sustentado da economia brasileira.

No segmento de planos individuais e familiares, há uma enorme preocupação por parte das operadoras quanto à interferência política da ANS na regulação de índices máximos de reajustes anuais, inclusive para planos não regulamentados.

Outra preocupação das operadoras refere-se às posições adotadas pela justiça brasileira, em seu entendimento de que alguns benefícios conquistados pelos consumidores de planos regulamentados possam ser estendidos aos beneficiários de planos anteriores a nova lei. A meu ver, este tipo de posicionamento da justiça vem contribuindo para, apenas, cerca da metade dos beneficiários estarem em planos regulamentados.

As duas maiores seguradoras especializadas em saúde, a Sul América e o Bradesco desestimulam suas forças de venda para a venda do produto para pessoa física. A Sul América, em 2004, comissionava as vendas de planos individuais ou familiares em apenas 1%, percentual considerado simbólico pelos corretores de saúde.

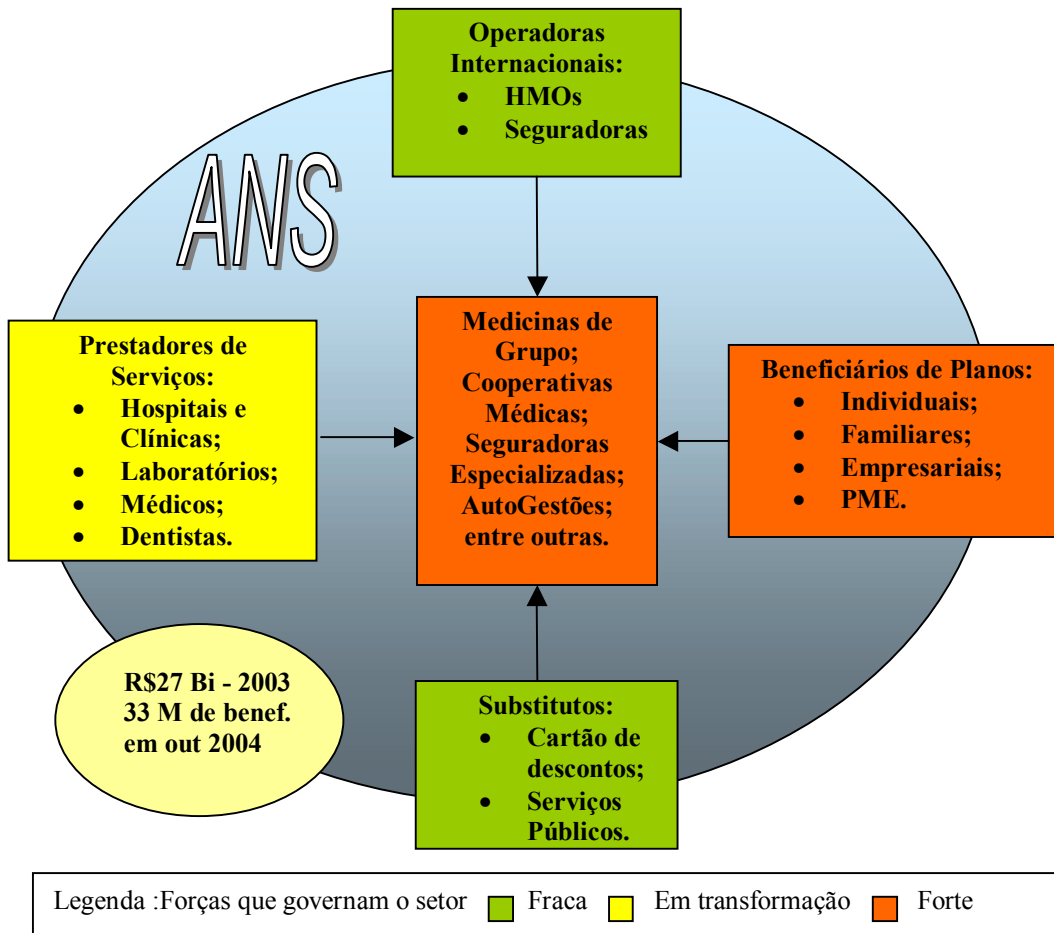


FIGURA 5 – Elementos da Estrutura do Setor de Planos de Saúde e a caracterização das forças que governam o setor, segundo o autor.

A rivalidade do setor continua em alta num mercado onde se comparando outubro de 2003 a 2004, houve queda de 12% do número de beneficiários. Esta queda é a primeira oficialmente divulgada pela ANS. O mercado entende que a queda pode estar acontecendo desde 1998, e ter sido de cerca de 11 milhões de ex-beneficiários, contribuindo para a queda de cobertura de cerca de 30 %, em 1998, para 18%, em outubro de 2004, da população brasileira, se considerarmos as estimativas da ABRAMGE em 1998 e da ANS em 2004.

Este mercado apresenta-se em queda de beneficiários apesar do representativo montante auferido de receita das operadoras em 2003, de R\$27 bi (FIP/DIOPS - 4ºTRI/2003).

Com o mercado em queda, o número de operadoras ativas se reduz. De 1999 até 2004, foram 1104 operadoras canceladas com tendência de concentração, uma vez que 75,1% das operadoras cadastradas possuem menos de 10.000 beneficiários e cerca de 50% dos beneficiários estão em apenas 43 operadoras. Em fevereiro de 2005, apenas 1283 operadoras possuíam beneficiários de planos de saúde com ou sem odontologia, segundo Cadastro de Beneficiários ANS/MS – 12/2004 e Cadastro de Operadoras ANS/MS – 02/02/2005.

Outro ponto que contribui para o acirramento da concorrência é o aumento das barreiras de saída, impostas pela regulamentação.

A Grande transformação, em termos de forças, que a indústria passa é o poder de barganha dos fornecedores. Com ativos especializados, como é o caso de hospitais, laboratórios e indústria farmacêutica, portanto com altas barreiras de saída da indústria, os fornecedores começam a se organizar, inclusive politicamente, e começam a pressionar as operadoras de forma efetiva para repasses de reajustes e inclusão de novos procedimentos médicos, a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Esta é com certeza a nova bandeira dos fornecedores de serviços médico-hospitalares. Algumas saídas parecem já terem sido encontradas pelos fornecedores para recomporem suas margens. As diárias hospitalares achatadas com os baixos reajustes, foram aos poucos perdendo importância no faturamento dos Hospitais. Novos itens de cobrança, tais como diversas taxas hospitalares, os MAT/MED, gases medicinais, entre outros passaram a ter maior representatividade. Atualmente os altos custos com colocação de próteses e órteses, têm chamado a atenção das operadoras.

O que chama atenção para este momento da indústria são as práticas, às vezes antiéticas, pela sobrevivência dos principais atores do setor. É preciso estar atento para esta questão porque no longo prazo, todos, sem exceção, estarão perdendo caso a estrutura da indústria sofra alterações irreversíveis neste sentido.

4.10 – RESUMO DAS PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

A Estrutura do setor que era relativamente estável no período pré-regulamentação tornou-se instável a partir de 1998 tendo como principais motivos:

- A instabilidade da economia brasileira, com flutuações nas taxas de crescimento do PIB e apresentando forte correlação com a renda per capita do brasileiro;
- Novas regras impostas pelas Resoluções Normativas continuam regulamentando o setor;
- O número de operadoras de saúde com beneficiários ativos de planos de saúde com ou sem plano odontológico vem caindo, atingindo seu nível mais baixo em fevereiro de 2005, com 1283.
- A tendência de concentração é verificada onde apenas 43 operadoras detinham cerca de 50% dos beneficiários ativos em dezembro de 2004;
- Cerca de 50 % dos beneficiários ativos, encontra-se em planos não regulamentados, sujeitos a decisões judiciais que ferem condições contratuais firmadas entre as partes;

Esta pesquisa constatou que o nível de atratividade do setor de planos de saúde encontra-se baixo, devido a vários motivos:

- Baixo poder aquisitivo dos consumidores de planos individuais ou familiares;
- Esgotamento da capacidade de financiamento por parte da grande maioria das empresas;
- Falta cultura nas pequenas e médias empresas para contratação do benefício saúde e há baixa capacidade de financiamento das mesmas;
- Forte pressão da sociedade organizada ligada a classe médica e dos hospitais para implantação de nova lista de procedimentos médicos que impactarão sobremaneira os custos assistenciais do setor;
- Aparente insensibilidade da ANS quanto a reclamada necessidade de repasse do aumento dos custos para o consumidor final;

No início de 2005, podemos ressaltar o momento de transformação por que passa o poder de barganha dos fornecedores de serviços médico-hospitalares, saindo de médio para forte, o que certamente virá a impactar nos custos assistenciais das operadoras de saúde e consequentemente em pressão política sobre a ANS, para que permita os repasses destes custos para o consumidor final.

Os compradores de planos empresariais, com seu poder de barganha em alta, provavelmente continuaram a exigir cada vez mais das suas operadoras e a prática de buscar

cotações no mercado pode vir a ser mais freqüente do que vinha sendo praticada até o momento.

Com a demanda de novos beneficiários em baixa, as operadoras precisam estar atentas a tendência de concentração de operadoras, pois desta situação poderão vir a surgir grandes oportunidades de expansão do número de beneficiários. Também devem atentar para a importância estratégica de toda a organização estar voltada para a retenção de clientes.

5 - ANÁLISE DOS PRINCIPAIS IMPACTOS (ANTES E PÓS-REGULAMENTAÇÃO), CONSEQÜÊNCIAS E SINTOMAS.

5.1 – PRINCIPAIS IMPACTOS

O mercado de planos de saúde sofreu grande transformação com o processo de regulamentação. Cada um dos agentes foi impactado direta ou indiretamente com a regulamentação do setor.

Os beneficiários de planos de saúde individuais e familiares passaram a contar com uma lei que passou a lhes garantir coberturas assistenciais que antes somente algumas poucas empresas ofereciam ao mercado, vide tabela 5.

O consumidor passava a contar com as garantias da nova lei para os novos planos, tais como: inexistência de limites para internação, ou seja, 365 dias por ano, inclusive em UTI; no ato cirúrgico os pacientes passariam a ter cobertura para as próteses e órteses; a cirurgia de miopia passou a ser coberta e logo depois regulamentada para pacientes com mais de sete graus e os transplantes de Rins e Córnea, também foram incluídos nas coberturas. A cobertura para todas as doenças relacionadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi o principal impacto em termos de coberturas assistenciais.

Tabela 5 – Tabela comparativa antes e pós-regulamentação – Coberturas Assistenciais

Principais Aspectos da Regulamentação	Antes da lei 9656/98	Após a Regulamentação
Coberturas Assistenciais		
Todas doenças reconhecidas pela OMS	A Critério da Empresa	Obrigatório
Exemplos:		
	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Aids	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Câncer		
	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Procedimentos de Alta Complexidade	A Critério da Empresa	Obrigatório
Exemplos:		
	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Cirurgia Cardíaca	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Transplantes de Rim e Córnea		
	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras

Fornecimento de prótese e órtese(no ato cirúrgico)	A Critério da Empresa	Obrigatório
Exames de alta tecnologia	A Critério da Empresa	Obrigatório
Exemplos:		
Ressonância Magnética	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Tomografia Computadorizada	Coberto por alguns Planos/seguros	Todas as operadoras
Litotripicia	Coberto por alguns Planos/seguros	Todas as operadoras
Densitometria Óssea	Coberto por Poucos Planos/seguros	Todas as operadoras
Cirurgia de Miopia (> 7 graus)	A Critério da Empresa	Obrigatório
Fontes :	Anotações do autor	Lei 9656/98 e RNs

Quanto as bases contratuais os beneficiários após a regulamentação passaram a contar com prazos de carências bem menores e os limites de dias de internação acabaram, como também a possibilidade de interrupção da internação sem alta médica, vide tabela 6.

Os prazos máximos de carência reduzidos para seis meses, em caso de necessidade de internação, e para dez meses, em caso de parto, foram alguns dos principais impactos sobre as operadoras de saúde. Mas nada teve tanta influência no resultado operacional das operadoras, quanto os limites máximos de reajuste anuais, definidos pela ANS para os planos individuais e familiares combinados com a impossibilidade de exclusão unilateral, por parte da operadora. Este índice, segundo a ANS, tem como base a média dos reajustes de preços conseguidos pelas operadoras junto as empresas contratantes, os planos empresariais. E devido ao grande poder de barganha deste tipo de comprador, eles têm obtido ótimas negociações, o que tem afetado indiretamente o resultado das carteiras de planos individuais.

Ainda na questão reajuste de preços, temos a questão de para uma operadora ser autorizada a aplicar reajustes técnicos, visando o equilíbrio técnico-atuarial a operadora precisa demonstrar através de planilhas a real necessidade deste reajuste e isto somente se aplica a dados históricos sem qualquer tipo de projeção de novos custos, retardando desta maneira a sua aplicação o que pode vir a comprometer ainda mais os resultados operacionais das operadoras.

Sem a possibilidade de limitar dias de internação ou até mesmo número de consultas ou exames por período, por exemplo: uma ressonância magnética por ano, doze sessões de fisioterapia, seis consultas por ano, entre outras limitações praticadas anteriormente as operadoras precisaram desenvolver outros mecanismos de moderação da utilização, como por exemplo a co-participação e a franquia passaram a ser amplamente utilizados.

Tabela 6 – Tabela comparativa antes e pós-regulamentação – Bases Contratuais

Principais Aspectos da Regulamentação	Antes da lei 9656/98	Após a Regulamentação
BASES CONTRATUAIS		
PRAZOS DE CARÊNCIA	A Critério da Empresa	Regulamentado
Consultas e Exames simples	Variava de isenção a 6 meses	Sem carências
Internações (exceto parto)	Variava entre 18 e 24 meses	6 meses
Internações (parto)	Variava entre 10 e 18 meses	10 meses
REAJUSTE DE PREÇOS		
Planos individuais e familiares		
Por faixa etária	A Critério da Empresa	Faixas padrão
% reajuste	Definido em contrato	Pré-aprovado pela ANS
Variação de custo	Definido pela empresa	Limite máx definido pela ANS
Revisão técnica	Definido pela empresa	Avaliação e aprovação pela ANS
Planos empresariais		
	Livre negociação	Livre negociação
CONTRATOS		
	registrados em junta comercial	planos aprovados na ANS
Validade	A Critério da Empresa	12 meses e após indeterminado
Possibilidade de rescisão unilateral pela empresa contratada (para planos individuais e familiares)	SIM	Somente em cada de inadimplimento por prazo superior a 60 dias por ano.
Interrupção da internação (sem alta médica)	Permitido	Não permitido
Limites de consultas e exames por período	Praticado por alguns planos	Não permitido
Limites de dias de internação por período		
Enfermaria/Quarto	Média de 30 a 90 dias por ano	Sem limites
UTI	Média de 72h a 60 dias por ano	Sem limites
Fontes :	Anotações do autor	Lei 9656/98 e RNs

Estas foram algumas das principais garantias contratuais oferecidas pela nova lei na ocasião, além da padronização das faixas etárias que permitiria, a partir de então, ao consumidor de plano de pessoa física, comparar preços entre as ofertas, então, mais homogêneas.

O sistema ficou mais seguro com a impossibilidade de uma operadora de saúde vir a pedir falência ou concordata, ficando neste caso sujeita a direção fiscal e técnica da ANS; com a constituição de reserva técnica e a publicação de balanços auditados por auditores independentes, vide tabela 7.

Sob a ótica dos beneficiários que conseguiram se manter no sistema de saúde privado, os benefícios são muitos. Porém, cerca de onze milhões de beneficiários deixaram o sistema privado de saúde e provavelmente foram para o Sistema Único de Saúde, o SUS. Segundo estimativas da ABRAMGE e de informações oficiais da ANS, o nível de cobertura da

população brasileira caiu de cerca de 30% em 1998, para 18% em outubro de 2004, nestes seis anos de regulamentação, vide tabela 7.

Tabela 7 – Tabela comparativa antes e pós-regulamentação – Segurança p/ Stakeholders

Principais Aspectos da Regulamentação	Antes da lei 9656/98	Após a Regulamentação
Segurança para os associados/segurados e stakeholders		
Pedido de concordata/falência	Sujeito a lei de falência e concordata	Direção fiscal e técnica - ANS
Contratos com prestadores de serviço	Não era exigido	Obrigatório (normativa) Obrigatória a manutenção do padrão contratado
Manutenção de rede credenciada	Possibilidade de redução	
Publicação de balanço auditados por auditores independentes	Exigido somente para seguradoras	Obrigatório
Constituição de reserva Técnica e índices de solvência	Exigido somente para seguradoras	Regra de transição até 2007
Constituição de operadora de plano de saúde	Sujeito a regras de empresas de serviço	Necessita de autorização da ANS
Número de beneficiários		
Pessoa Física e Jurídica	Cerca de 44 milhões. Fonte: Abramge	33.239.754 em outubro de 2004. Fonte: ANS
Cobertura da população brasileira	Cerca de 30,9%. Fonte: ABRAMGE e IBGE	Cerca de 18,3%. Fonte: ANS/MS 10/2004 e IBGE
Número de operadoras	Cerca de 3 mil (estimativas de mercado)	1285 operadoras com beneficiários em 10/2004.
Fontes :	Anotações do autor	Lei 9656/98 e RNs

A relação operadora com provedor de serviço médico-hospitalar raramente contava com o suporte de um contrato que estabelecesse regras e condições de fornecimento de serviços, garantias e condições de pagamentos e principalmente de reajuste e condições rescisórias. O processo de regulamentação prevê este tipo de relação.

5.2 – PRINCIPAIS CONSEQÜÊNCIAS

Existem oito segmentos de mercado registrados junto a ANS, são eles: Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Seguradoras especializadas em saúde, Administradora, Autogestão, Filantropia, Odontologia de grupo e Cooperativa Odontológica, conforme apresentado na Tabela 8. Após seis anos de regulamentação o principal destaque é para o

quantitativo de operadoras atuantes exclusivamente no segmento odontológico, se somarmos o número de empresas das classificações Odontologia de grupo e Cooperativa odontológica, constaremos que cerca de 35% das operadoras, mais de 1/3 encontram-se neste segmento.

Tabela 8 - Operadoras por Classificação

Classificação da Operadora	Total	%
Medicina de Grupo	745	34,13%
Odontologia de Grupo	444	20,34%
Cooperativa Médica	369	16,90%
Autogestão	325	14,89%
Cooperativa Odontológica	167	7,65%
Filantropia	107	4,90%
Seguradora Especializada em Saúde	14	0,64%
Administradora	12	0,55%
Total	2.183	

Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 16/12/2004

Nota: Operadoras ativas

Porém a ANS, somente disponibiliza o número de beneficiários de operadoras médico-hospitalares com ou sem odontologia, conforme tabela 9. Portanto quando a ANS refere-se a 33.201.903 beneficiários em outubro de 2004, a Agência refere-se a beneficiários que possuam cobertura médico-hospitalar e dentre estes estão beneficiários que possuam também cobertura odontológica. Mas a ANS não disponibiliza isoladamente o número de beneficiários que possui apenas cobertura odontológica, segmentação permitida pela Agência.

Conforme se pode observar na tabela 9, as Medicinas de Grupo possuem cerca de 39% do quantitativo de beneficiários e 34% do de número de operadoras ativas.

As Cooperativas Médicas que além dos serviços dos seus próprios cooperados, operam também com os convênios médico-hospitalares, ocupam o segundo lugar em participação de beneficiários com 27,96%, mas com cerca de 9 milhões de beneficiários. Segundo recentes comerciais veiculados em 2003, pela Bandeira das Unimed, eles possuíam cerca de 12 milhões de beneficiários em todo o Brasil. Este total de 9 milhões refere-se ao total de beneficiários em cooperativas médicas. Nesta categoria enquadram-se as diversas Unimed espalhadas pelo país, sendo que, cada Unimed constitui-se em uma operadora perante a ANS, e cooperativas rivais.

Tabela 9: Beneficiários por Classificação de Operadora
Beneficiários de operadoras médico-hospitalares com ou sem odontologia

Classificação	Beneficiários	%
Medicina de Grupo	12.957.402	39,03%
Cooperativa Médica	9.283.685	27,96%
Autogestão	5.228.197	15,75%
Seguradora Especializada em Saúde	4.426.002	13,33%
Filantropia	1.297.334	3,91%
Administradora	4.913	0,01%
Não Identificado	4.370	0,01%
Total	33.201.903	100%

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004
Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 10/11/2004

As Autogestões são sistemas fechados com público específico, normalmente vinculado às empresas públicas ou privadas. Esta segmentação, normalmente, utilizada por empresas, com grande número de empregados, ou sindicatos ou associações. Ocupam o terceiro lugar com 15,75% de participação.

As Seguradoras além da característica do reembolso de despesas médico-hospitalares, podem atuar, também, na forma de convênios. Estão em quarto lugar em quantidade de beneficiários com apenas 13,33%, com forte concentração em apenas duas, a Sul América e a Bradesco.

Das 2183 operadoras ativas, apenas 1285 operadoras médico-hospitalares possuem beneficiários e apenas 3,5% das operadoras, ou 45 empresas, detêm cerca de 50% do número de beneficiários, conforme apresentado na tabela 10 e no gráfico 3.

Outro dado que chama a atenção é o de que as duas maiores operadoras, são duas seguradoras especializadas em saúde, a Bradesco e a Sul América que sozinhas detêm cerca de 10% dos beneficiários. E justamente estas duas operadoras estão com práticas comerciais desestimulante para a conquista de clientes de planos individuais e familiares, concentrando-se na prospecção de contas de planos empresariais.

O quantitativo de 1285 operadoras médico-hospitalares com beneficiários, em outubro de 2004, já representa importante concentração de mercado, mas a tendência é de que esta concentração se acentue, devido ao elevado número de operadoras ativas com menos de 10 mil beneficiários e a continuidade da diretriz da ANS de elevar a confiabilidade e a credibilidade institucional e a melhoria do indicador acompanhamento econômico-financeiro das operadoras.

Tabela 10 : Distribuição de Beneficiários entre as Operadoras
Beneficiários de operadoras médico-hospitalares com ou sem odontologia

Beneficiários	Percentual acumulado de beneficiários	Operadoras	Percentual acumulado de operadoras
3.419.674	10,3%	2	0,2%
6.498.790	19,6%	6	0,5%
10.104.208	30,4%	14	1,1%
13.391.529	40,3%	25	1,9%
16.715.092	50,3%	45	3,5%
19.984.030	60,2%	79	6,1%
23.280.284	70,1%	132	10,3%
26.592.074	80,1%	220	17,1%
29.891.033	90,0%	388	30,2%
33.208.601	100%	1.285	100%

Nota * : Existem 31.153 beneficiários ativos em 8 operadoras inativas.
Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 10/11/2004
Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004

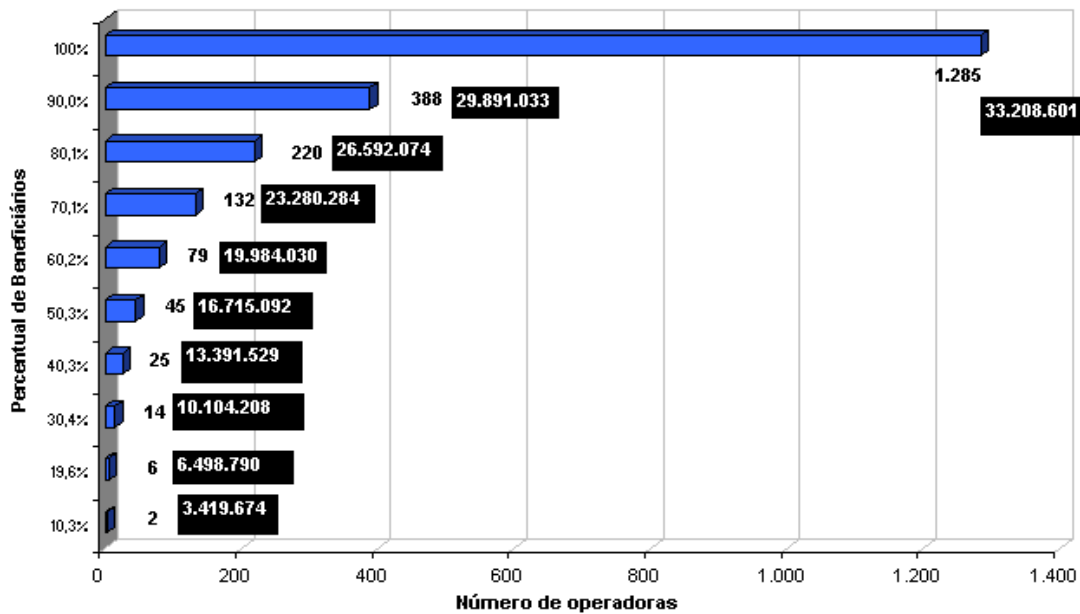


Gráfico 3: Curva ABC da distribuição de Beneficiários entre as Operadoras

Beneficiários de operadoras médico-hospitalares com ou sem odontologia

Curva C: 1.285 operadoras (100% do total) detêm 100 % dos beneficiários.

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004

Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 10/11/2004

Nota * : Existem 31.153 beneficiários ativos em 8 operadoras inativas.

Curva A: 220 operadoras (17,1% do total) detêm 80% dos beneficiários.

Curva B: 388 operadoras (30,2% do total) detêm 90% dos beneficiários.

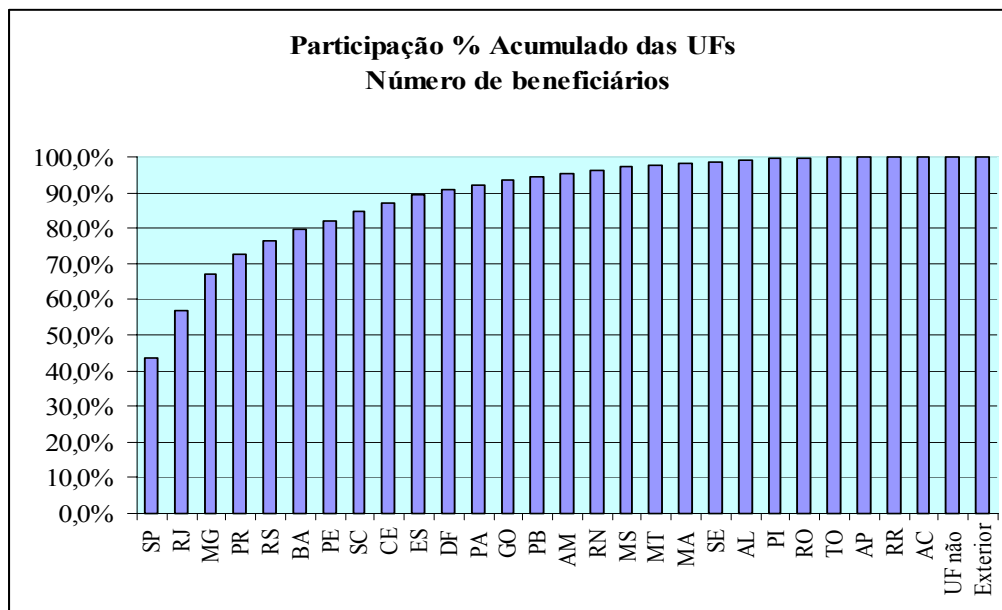


Gráfico 4 - Participação % Acumulada das UFs
Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004

Outro fato que chama a atenção é a forte concentração de beneficiários na região sudeste, apenas em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, concentram-se 2/3 dos beneficiários, conforme apresentado no gráfico 4.

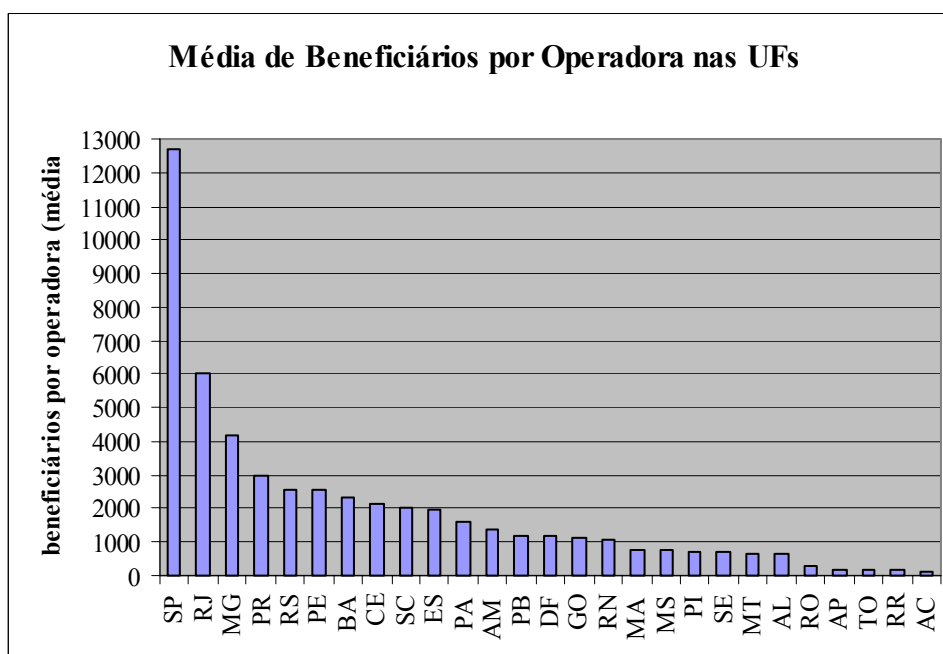


Gráfico 5 – Média de beneficiários por operadora nas UFs

Nota: Uma operadora pode possuir beneficiários em mais de uma UF, portanto o total de operadoras não corresponde à soma das quantidades de operadoras em cada UF.

Censo Demográfico estimativa 2004 - IBGE
Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004
Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 16/12/2004

Com elevado número de operadoras ativas em todo o território nacional, podemos observar distorções quanto ao número médio de beneficiários por operadora, apresentadas no gráfico 5.

A atratividade do mercado encontra-se baixa e os dados de concentração de mercado mostram que apesar da maior participação percentual das operadoras, maior “market share”, os números de beneficiários demonstram um mercado em retração e em transformação.

Segundo, Adriano Londres, presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Rio de Janeiro (SINDHRIO) e vice-presidente da Associação Nacional dos Hospitais (ANAHP) cerca de 50% das operadoras de planos de saúde estão em dificuldades financeiras, enquanto que os prestadores de serviços, aí incluídos hospitais e clínicas, estão há anos sem reajustes enfrentam sua mais importante crise. E a ANS não parece encontrar alternativas para a crise. Investir em prestação de serviços de saúde deixou de ser um bom negócio. A segurança que deveria vir da isenção e do caráter técnico de decisões regulatórias parece ter sido ofuscada por questões de justiça alternativa ou alternativa à Justiça. Complementa Londres, “É hora de garantir às operadoras e prestadores o necessário equilíbrio às suas atividades, sendo este o único meio de se garantir a efetiva defesa dos interesses do consumidor usuário (paciente)”.

O resultado prático dessa situação é que todos estão descontentes. As operadoras porque não conseguem repor as suas margens. Os médicos e os outros prestadores de serviços, porque vêem seus honorários aviltados a cada ano. Os hospitais, porque são descredenciados, ou porque não conseguem receber em dia o pagamento de seus serviços. E não se pode deixar de lado uma questão básica, a ética. Vem se verificando no setor práticas nada recomendáveis, sob o ponto de vista ético, que só afastam os dois lados de uma solução duradoura. A prática verificada, em alguns consultórios médicos e ambulatoriais, tem sido a de emissão de recibos desmenbrados para a consecução de reembolsos por parte dos associados junto as seguradoras, e até mesmo a cobrança de consultas ou procedimentos inexistentes . Em procedimentos cirúrgicos, os materiais ocupam cada vez mais, relevância nos custos finais de uma cirurgia. Fabricantes de próteses e órteses nacionais e internacionais, vem investindo no treinamento de médicos e junto desta fidelização recaem fortes indícios de favorecimentos mútuos. Algumas operadoras por sua vez, praticam cada vez mais o instrumento da glosa , como ferramenta de equilíbrio de sinistralidade.

Parece que os dois lados encontram dificuldades na solução deste impasse: Aumento de coberturas, procedimentos médicos mais avançados tecnologicamente, com rígido controle

de repasse de custos por parte da ANS e conseqüentemente da operadora aos seus prestadores de serviço, mas certamente, a solução duradoura não passará por práticas antiéticas.

O potencial de mercado para os planos/seguros saúde no Brasil é enorme, se compararmos com o índice de cobertura americano. Nos E.U.A . cerca de 73% da população americana até 65 anos, possui Private Health Insurance (Seguros de saúde privado), outros 11% são assistidos pelo programa do governo, para população de baixa renda , o MEDICAID, e apenas 16% da população americana, com até 65 anos, não possui cobertura de programas de seguro saúde.

No Brasil, no final da década de 90, quando a população brasileira , principalmente as classes média e a média baixa (as Classes C e D), conquistou melhor poder aquisitivo, estima-se que o nível de cobertura chegou a ultrapassar os 30% e atualmente. Outro dado relevante é o crescimento da proporção de trabalhadores por conta própria e de empregados sem registro na carteira de trabalho, que em dezembro de 2003 representavam 43,0% da população ocupada. Há um ano atrás esta participação era de 40,5% (Indicadores PME Dez 2003 – IBGE).

Como no mercado americano, a maior parcela de cobertura deve-se a planos empresariais, mas no Brasil, em virtude do crescimento da economia informal e da importante participação das micro e pequenas empresas, que ainda não oferecem este benefício a seus trabalhadores, o maior potencial de mercado está nesta fatia de mercado.

5.3 – PRINCIPAIS SINTOMAS

Delimitando a crise enfrentada pelo setor através de seus principais sintomas temos:

- a) Queda da cobertura da população brasileira, apresentando segundo a ANS, cerca de 18% em outubro de 2004 na média nacional, onde apenas as UFs de São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Espírito Santo apresentaram percentuais de cobertura superiores a média nacional;
- b) Forte concentração de beneficiários na região sudeste, nos três maiores PIBs Nacionais, onde os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais detém cerca de 2/3 do número de beneficiários, ou 67,3% do total de beneficiários (ANS/MS-10/2004);

- c) Apenas cerca de 50% dos beneficiários possuem planos regulamentados, após seis anos do início da regulação do setor;
- d) Baixos índices de retenção de clientes, principalmente nos planos individuais;
- e) Pouco ou nenhum interesse em vender planos individuais, verificado nas duas principais seguradoras do país;
- f) Esgotamento da capacidade de financiamento do sistema por parte das empresas contratantes com aumento do poder de barganha das grandes e redução das margens neste tipo de contrato;
- g) Em importantes operadoras a sinistralidade vêm apresentando níveis acima dos desejáveis;
- h) Forte pressão dos fornecedores de serviços médico-hospitalares pela implantação da CBHPM e conseqüente reajuste dos valores dos serviços prestados;
- i) Cerca de 36% das operadoras ativas, ou 784 empresas, possuem menos de 10 mil beneficiários e apenas 2,7% das operadoras ativas possuem mais de 100 mil beneficiários;
- j) Baixa atratividade do setor para novos entrantes, principalmente para novas operadoras internacionais;
- k) Insatisfação dos principais agentes do sistema, tais como: operadoras, prestadores de serviço médico-hospitalares, corretores de saúde, consumidores finais, órgãos de defesa do consumidor e a própria ANS.

5.4 – PRINCIPAIS CAUSAS E RECOMENDAÇÕES

Para identificação dos principais fatores para a geração do efeito desejável de se ter um sistema de saúde suplementar com crescimento sustentado, foram destacados os aspectos conjunturais e os estruturais, e os três principais agentes do setor: ANS, Operadora de Saúde e Prestadores de Serviços e Consumidor, conforme apresentado na figura 6.

Esta pesquisa nos sugere que a conjuntura econômica do País tem correlação com o número de beneficiários no sistema de saúde suplementar.

Analisando os números de beneficiários dos três maiores PIBs do Brasil, encontramos correlação máxima, ou seja, os três primeiros colocados em número de beneficiários, também ocupam a mesma posição em termos de PIBs Nacionais.

Outro aspecto verificado foi o de que no início da implementação do plano real, houve crescimento do PIB e da renda per capita brasileira e o mercado apresentava vitalidade. A partir do momento em que houve queda da renda per capita e flutuações nas taxas de crescimento do país, o mercado enfrentou dificuldades para crescer e até mesmo para se manter.

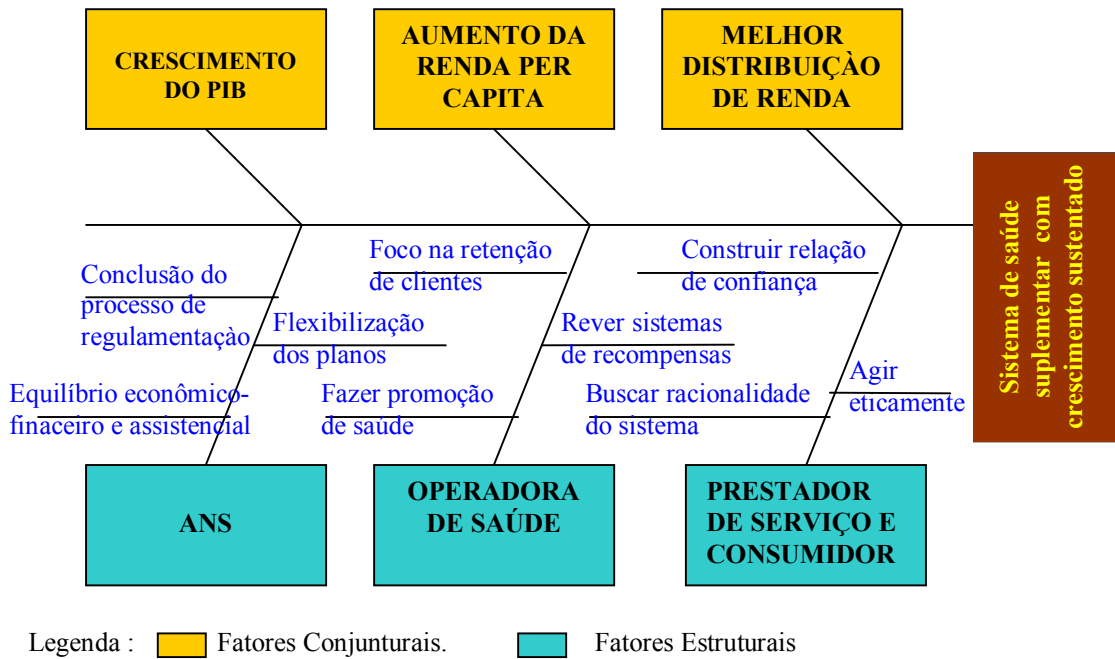


Figura 6 – Diagrama de Causa e Efeito do Setor

Uma das principais causas diretas do elevado percentual de beneficiários em planos não regulamentados, quase metade do total de beneficiários, e das elevadas taxas de deserção de clientes em planos individuais e familiares é o baixo poder aquisitivo da população brasileira. A população de menor poder aquisitivo depende total ou parcialmente da economia informal, na maioria das grandes cidades brasileiras.

O aumento do “gap” entre os 73% de fatia do mercado americano, para beneficiários até 65 anos que possuem algum tipo de cobertura de saúde e os atuais 18,3% do mercado brasileiro pode ser utilizado para estimar o grande potencial do mercado brasileiro, mas fica salientado nesta pesquisa que sem crescimento econômico sustentado do país, dificilmente haverá redução significativa deste “gap”.

Com a regulamentação do setor de planos de saúde, o mercado passou e passa por importantes transformações estruturais. A estrutura da indústria que dava sinais de estabilidade até 1997, vem passando por mudanças estruturais significativas.

Com as novas coberturas regulamentadas as operadoras passaram a lidar com novos custos assistenciais e não obtiveram a equivalência do lado da receita, fazendo com que a sinistralidade das operadoras se elevasse danosamente para muitas operadoras, principalmente para aquelas que não estão suportadas por redes próprias.

Além da cobertura para novas doenças, as operadoras lidam permanentemente com os avanços da medicina que quase sempre implicam em novos custos de diagnóstico e de tratamento. A Inflação médica no Brasil, apesar deste índice não ser medido no Brasil, tem dado sinais de elevação superior aos índices médios de inflação. No mercado americano, nas últimas décadas, este índice tem se mostrado superior ao da inflação média daquele país. Desta forma os custos assistenciais que pressionam a sinistralidade tendem a continuar crescendo, caso não se mude a prática vigente quase que exclusivamente curativa e sob demanda.

Apesar de a regulamentação ter criado a possibilidade das operadoras venderem planos por segmentação de cobertura Ambulatorial, Hospitalar com e sem obstetria, Odontológico e o referêcia, os consumidores tem demonstrado sua preferência pelos planos que conjugam a cobertura ambulatorial mais a hospitalar , em outubro de 2004, esta participação entre os planos regulamentados era de 53,2% do total de planos novos (ANS/MS 10/2004), e pelo que tudo indica as operadoras também preferem vender planos com as coberturas hospitalar e ambulatorial juntas.

a) PLANOS AMBULATORIAIS

Do lado das operadoras, a venda do plano com cobertura exclusivamente ambulatorial que conceitualmente deveria cobrir o pequeno risco, após a regulamentação passou a ter que , obrigatoriamente, a cobrir parte do grande risco. Com a cobertura das doze primeiras horas, em caso de emergência, hemodiálise para tratamento de pacientes renais crônicos, cobertura psiquiatria, entre outros riscos considerados importantes pelas operadoras, o preço destes produtos ficaram muito próximos dos planos hospitalares com a cobertura ambulatorial, devido a parte desta cobertura já estar contida na cobertura hospitalar. Algumas operadoras preferiram não ofertar este tipo de plano ao mercado.

Por outro lado, se os preços do plano ambulatorial estão próximos dos planos com cobertura ambulatorial e hospitalar, os consumidores não vêm vantagens em adquirir este tipo de plano, apenas 4,2% do total de planos novos (ANS/MS, 10/2004), estão na segmentação ambulatorial.

Somente com uma revisão por parte da ANS, da extensão das coberturas dos planos ambulatoriais, este produto poderá vir a tornar-se interessante para ambos o lado, consumidor e operadora.

b) PLANOS HOSPITALAR, COM OU SEM OBSTETRÍCIA, E AMBULATORIAL

Os planos com cobertura hospitalar e ambulatorial é o mais procurado pelos consumidores de planos individuais ou familiares 53,2% (ANS/MS, 10/2004). Na realidade, o consumidor deste tipo de plano busca atender às suas necessidades atuais e futuras. Principalmente junto as classes sociais de menor poder aquisitivo, tem se verificado, no mercado, que a opção pela compra de um plano de saúde, advém, em grande parte, da necessidade de tratamento de saúde. Analogamente ao seguro de automóvel, corresponderia a um segurado procurar uma seguradora após a ocorrência do sinistro.

As operadoras passaram a enfrentar esta dificuldade de forma mais intensa após a forte redução de carências ocorrida com a regulamentação. As carências para internação antes da regulamentação oscilavam entre 18 e 24 meses, e após a regulamentação passaram para 6 meses, na grande maioria dos casos, exceto para partos e doenças pré-existentes.

As operadoras objetivando o crescimento de suas carteiras e reconhecendo esta necessidade do mercado de planos individuais e familiares oferecem produtos com direito a atendimento imediato para o pequeno risco e reduções de prazos para as demais carências, para os associados que deserdam de outros planos. Esta prática tem sido importante na conquista de novos clientes, mas sabe-se lá a que preço, ou melhor, dizendo, “a que custo”.

As mudanças ocorridas com a regulamentação, principalmente, nos planos individuais e familiares, foram drásticas em vários aspectos e o mercado ainda não conseguiu se ajustar plenamente.

Massa crítica e equilíbrio técnico-atuarial são condições básicas para a perenidade de uma operadora no mercado. A meu ver, as operadoras vêm buscando obter massa crítica, quase que exclusivamente, através da conquista de novos clientes, mas a consecução dos dois fatores, simultaneamente, de massa crítica e equilíbrio técnico-atuarial, somente serão alcançados através da combinação das técnicas de atrair e manter clientes.

C) PLANOS ODONTOLÓGICOS

Este tipo de plano que na primeira versão aprovado na Câmara dos deputados em 1998, apresentava a opção de um plano mínimo com condições apenas preventivas e que por isso mesmo, começou a ser comercializado com preços altamente atraentes, na faixa de R\$2,00 por beneficiário no plano empresarial, tomou forma de plano referência e atualmente é comercializado na faixa de preço de cinco a seis vezes o valor inicial.

A regulamentação deu passos importantes, acabando com a total anarquia que existia anteriormente. Porém, cabe a ANS viabilizar regras mínimas e não máximas para o mercado. Desta forma, seria de grande valia para todos, principalmente para os consumidores de poder aquisitivo menor, que a ANS voltasse a permitir a venda do “Plano Mínimo”, com coberturas profiláticas e para procedimentos de baixa complexidade. Desta forma, a Agência estaria dando condições de acesso ao sistema para uma parcela muito maior da população brasileira.

Os modelos vigentes das operadoras estão voltados, preferencialmente, para o tratamento de doenças. Talvez isto se explique através do histórico de formação das atuais operadoras de saúde. As principais medicinas de grupo com rede própria na sua origem, foram constituídas com o objetivo de geração de demanda para seus estabelecimentos de saúde; assim como um dos objetivos centrais das cooperativas médicas foi a geração de demanda para seus profissionais médicos; e o das seguradoras, que tem como vocação a gestão do sinistro, com uma visão, quase que exclusivamente financeira do risco.

As operadoras do pós-regulamentação ainda não possuem de forma disseminada a cultura organizacional da promoção da saúde, onde sem prevenção e gestão de casos ou de doenças “Case Management e Disease Management” enfrentaram enormes dificuldades para conterem a escalada da sinistralidade.

As referências para pagamentos de honorários médicos, em muitos casos, ainda é a tabela da AMB-90. Isto significa dizer que todos os novos procedimentos cirúrgicos ou de diagnósticos que surgiram nos últimos 15 anos não estão contemplados nesta tabela. A nova CBHPM se implantada plenamente e num só momento traria impactos significativos nos custos das operadoras, que para manterem o equilíbrio econômico-financeiro, necessitariam repassar estes custos imediatamente para os beneficiários. Mas acredito que como das outras vezes, esta nova classificação deverá ser implantada gradativamente. Desta forma os impactos poderão ser diluídos ao longo do tempo.

O mais importante deste processo é o de que operadoras e prestadores de serviços pratiquem a empatia. Os dois lados precisam entender as diversidades do momento vivido por cada empresa e esqueçam ressentimentos do passado em prol da construção de uma relação de parceria. Operadoras e prestadores de serviço precisam um do outro para atender ao

consumidor final. O papel da ANS neste caso deve ser o de entender os reais impactos sobre os custos assistenciais das operadoras e zelar pelo equilíbrio técnico-atuarial das operadoras, de forma a minimizar o repasse de custos para os consumidores de planos individuais e familiares.

A concentração de mercado a meu ver, tem sido mais lenta do que previa-se quando da implantação da lei 9656/98, porém deverá continuar acontecendo nos próximos anos. A lentidão, em parte, deve-se as flexibilizações feitas pela ANS, principalmente para as operadoras de pequeno porte, e a pulverização de operadoras por todo o País, a uma época, anterior ao da regulamentação, onde para se abrir uma operadora de planos de saúde bastava cumprir exigências comuns de qualquer tipo de empresa no Brasil, sem qualquer tipo de exigência para constituição de reservas ou de patrimônio.

Em outubro de 2004, segundo dados da ANS, cerca de 784 operadoras possuíam menos de 10 mil beneficiários. A UF que possuía menos operadoras era a de Roraima, mesmo assim com 98 operadoras com uma média de 176 beneficiários por operadora, média ainda superior a do Acre que possuía apenas 126 beneficiários por operadora, conforme apresentado no Gráfico 6.

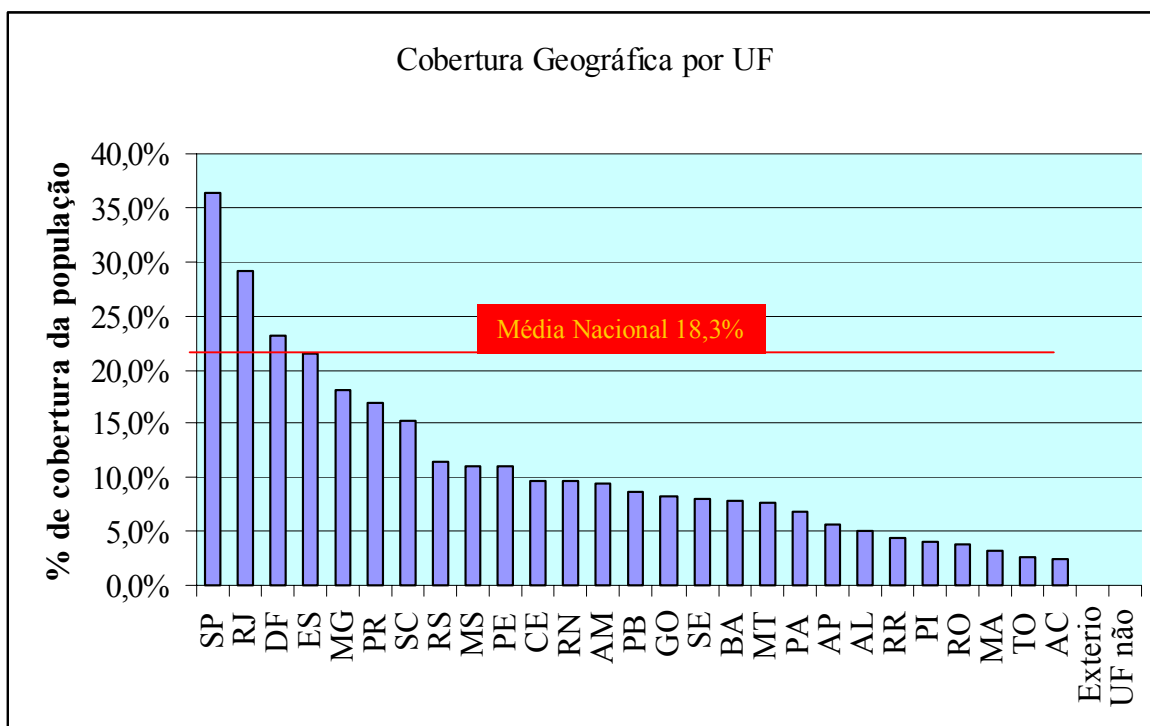


Gráfico 6 - Cobertura Geográfica Por UF

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 10/2004

População estimada por município 2004 – IBGE

Mas mesmo nos três maiores estados, em número de beneficiários, a relação beneficiários por operadora parece ser muito baixa, em São Paulo, 12.680; no Rio de Janeiro, 6.045; em Minas Gerais, 4.195.

Até 2007, quando a ANS deverá exigir 100% das condições econômico-financeiras, em empresas de pequeno porte, muitas oportunidades de aquisição de carteira direta ou através de leilão de carteiras, provavelmente, ocorrerão e poderão vir a configurar-se em boas oportunidades de obtenção de massa crítica para algumas operadoras.

Um dos motivos do desinteresse das empresas estrangeiras em investirem no mercado de planos de saúde no Brasil, está relacionado a forte tendência de atuação da Agência para as questões assistenciais, por vezes deixando para segundo plano a questão do equilíbrio técnico-atuarial das operadoras e as constituições de reservas.

O Papel da Agência deve ser de regulação do mercado nos dois campos, o que inicialmente na aprovação da Lei parecia ter sido resolvido com a criação do CONSU com as questões assistenciais, subordinado ao Ministério da Saúde e da parte econômico-financeira sob a responsabilidade do CNSP, que estava ligado ao Ministério da Fazenda.

5.5 – O FUTURO : PERÍODO 2005 A 2010

Como já ressaltado nesta pesquisa, a conjuntura econômica do País tem forte correlação com o número de beneficiários no sistema de saúde suplementar.

Este período compreenderá o ano de 2005, que se traduzirá por enormes desafios do governo brasileiro para demonstrar a capacidade de crescimento sustentado da economia brasileira com sua política de juros altos para conter a inflação e aposta no mercado internacional, como forma de aumentar reservas e reduzir a influência de crises internacionais, e queda de braço com empresários para redução da carga tributária que não deverá ocorrer. No Congresso nacional a eleição de Severino Cavalcante parece que irá atrapalhar a agenda de votação do governo, citando o exemplo da rejeição da MP22, que reajustava a tabela do imposto de renda em 10%, mas teria como compensação maior arrecadação de tributos, principalmente das empresas prestadoras de serviço. O ano de 2006 será um ano de eleições e se levarmos em consideração os crescimentos do PIB nas últimas duas eleições presidenciais, verificaremos que mesmo com a demanda gerada a partir da

própria eleição, esta não tem sido suficiente gerar resultados significativos seja do PIB ou da renda per capita.

Trabalhando com um cenário de crescimento discreto da economia brasileira, na média de 2 a 3%a.a nos próximos dois anos e com pequena recuperação da renda per capita do brasileiro podemos supor que não teremos expressivos crescimento da demanda, com fraca entrada de novos consumidores no sistema de planos de saúde.

Quanto aos aspectos estruturais, podemos ressaltar que para 2005 as metas do contrato de gestão, assinado entre a ANS e o Ministério da Saúde, não prevêem sequer crescimento da participação do número de beneficiários em planos regulamentados.

A Agência deve continuar atuando de forma intensa na contenção dos repasses de aumento de custos assistenciais para os preços e regulando fortemente o mercado de planos individuais e familiares. Além disto , conforme descrito no contrato de gestão 2005, no anexo II, quadro I, no que se refere a diretriz básica : Elevar a confiabilidade e credibilidade institucional, e o indicador: Índice de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, a ANS tem como meta atingir 100% deste índice nas grandes operadoras, 75% nas de médio porte e 50% nas de pequeno porte em 2005, contribuindo desta forma, gradativamente para a maior concentração do mercado.

Outro aspecto importante, é o da não flexibilização das coberturas mínima dos planos regulamentados, até 2006, por parte da ANS.

Para o período de 2006 a 2010 o cenário mais provável, apontado pelas pesquisas de intenção de votos (março de 2005), é de que o atual presidente Lula terá um segundo mandato.

Com menores pressões para gerar condições favoráveis a sua reeleição e de governadores, deputados e senadores, por parte da sua equipe de governo e do seu partido, o PT, e com a insegurança provocada pelo primeiro mandato do PT reduzida, acredito que o Brasil entrará em ritmo mais consistente de crescimento econômico.

Trabalhando com um cenário de crescimento consistente da economia brasileira, na média de 4 a 5%a.a para o período espera-se significativa recuperação da renda per capita do brasileiro , entre 2 a 2,5%a.a. e melhor distribuição de renda. Podemos, então supor que voltaremos a ter significativo crescimento da demanda, com entrada de novos consumidores no sistema de planos de saúde.

Com uma nova composição política e a recuperação do comando do Congresso Nacional, junto aos seus aliados políticos, o governo poderá vir a incentivar a flexibilização de regras na regulamentação de forma a gerar novas demandas para os planos de saúde. Com

o aumento da pressão da sociedade para baixar os juros e a carga tributária, o governo deverá estar mais atento a questão dos gastos públicos. Com a verba mais reduzida para atender as demandas sociais das questões da saúde, o governo talvez enxergue na saúde privada uma saída para trabalhar de forma conjunta na solução para a população de menor poder aquisitivo e das pequenas e médias empresas contratantes.

A Flexibilização das condições dos planos regulamentados, permitindo a criação de planos que sejam mínimos, principalmente no plano ambulatorial e odontológico, poderá trazer novos consumidores para o sistema de forma expressiva. Esta flexibilização poderá ocorrer, principalmente nos planos Hospitalar e Ambulatorial.

Com o aumento da renda média per capita do brasileiro e conseqüentemente do poder aquisitivo da população brasileira, maior parcela dos beneficiários poderão vir a migrar para planos regulamentados ou até mesmo adquirir novos planos de outras operadoras.

A concentração de mercado se intensificará e o mercado deverá ficar com taxa de atratividade maior, fazendo com que novas operadoras surjam e o capital internacional se interesse pelo setor. Neste cenário a participação de operadoras com mais de 100 mil vidas deverá ser maior do que os atuais 2,7% (ANS/MS-10/2004), trazendo mais estabilidade ao setor.

6 - PROPOSTAS ESTRATÉGICAS PARA O SETOR

A análise da situação atual do setor de planos de saúde, sugere que o setor enfrenta importante crise afetando os agentes deste sistema. Neste capítulo será apresentada propostas de atuação para as operadoras de planos de saúde.

Quando a competição é intensa e a diferenciação entre bens e serviços concorrentes é mínima, (VAVRA, 1992) e o contexto é de fraca demanda de novos consumidores, a atuação estratégica das operadoras de saúde deve ser a de retenção de clientes e de estar atenta as oportunidade de conquista de novos clientes de outras operadoras, seja através de aquisição de carteiras ou leilões.

Outro ponto importante é o de que as operadoras devem estar atentas a construção de imagem de empresa socialmente responsável, de atuação ética que demonstre realmente a sua atenção às necessidades de longo prazo dos seus clientes, preparando-se para quando o mercado voltar a oferecer condições de expansão de beneficiários.

Neste negócio, os clientes tornam-se lucrativos somente após terem permanecido como clientes por algum tempo. No negócio de planos de saúde individuais e familiares onde a pratica vigente de mercado tem sido a utilização de corretores de saúde terceirizados com pagamento de altas comissões concentradas nas primeiras mensalidades e o aproveitamento do tempo de contribuição de outros planos, a tradicional compra de carências, algumas operadoras só atingem o ponto de equilíbrio após o primeiro ano de contrato. Esta situação é agravada sobremaneira se considerarmos os atuais índices de deserção de clientes individuais e familiares, chegando em algumas operadoras a apenas 60% no final de 12 contribuições pagas.

Ao mesmo tempo, os clientes de planos de saúde estão mais bem informados, conhecendo seus direitos e detalhes das ofertas de valor das principais operadoras da sua região geográfica. Os consumidores de planos de saúde estão também, de modo geral, mais sofisticados e com freqüência exigem mais do que antes.

Com o aumento substancial do custo do marketing de massa, ferramenta primordial dos profissionais de marketing de conquista, as empresas precisam agir na direção da retenção de clientes.

A política de preços baixos tem sido importante para atrair o cliente, mas as operadoras precisam estar atentas aos seus cálculos técnico-atuariais em virtude da ANS não permitir facilmente repasses de custos aos consumidores de planos individuais e familiares.

Outra ação que deve ser estimulada a partir de um programa de retenção de clientes é a estimulação da indicação de um amigo ou parente. Esta prática vem sendo utilizada por bons corretores de saúde, mas deveria ser uma ação da operadora, que deve cada vez mais assumir seu papel de prestador de serviços e não apenas mais um intermediário.

6.1 - MARKETING DE FREQUÊNCIA

Segundo Barlow (1990), o objetivo principal do marketing de frequência é fazer com que os clientes gerem mais receitas para a empresa. No caso das operadoras de planos de saúde parece que o marketing de frequência se aplica às avessas, porque o interesse é o de que o cliente permaneça saudável e não necessite utilizar os serviços médico-hospitalares, mas não é só isso. Na verdade, segundo os entrevistados da área médica, para não adoecer ou para que o beneficiário se mantenha com qualidade de vida, faz-se necessário, que o beneficiário utilize-se de serviços de forma adequada, rotineira e sistemática em determinados casos. Como exemplo de ações que levam a prevenção ou a detecção de doenças precocemente e com maiores chances de cura podemos citar:

- a) o exame ginecológico periódico para mulheres;
- b) o exame da próstata, anualmente para homens acima dos 40 anos de idade;
- c) aferição da taxa de açúcar para pessoas com história de casos na família;
- d) a consulta mensal ao pediatra no primeiro ano de vida do bebê;
- e) pré-natal para as gestantes;
- f) vacinas para as crianças e idosos.

Também se aplica o marketing de frequência para o “case management” ou “disease management”, principalmente em patologias crônicas como o da hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, asma entre outros.

Estes programas devem combinar coleta de dados no ato da venda, no primeiro contato da operadora com os beneficiários, e durante todo o relacionamento com a operadora e/ou seus provedores de serviço; com meios de comunicação, tais como informativos mensais

e comunicação direta com o associado; de reconhecimento e recompensas para criar relacionamentos de longa duração.

A outra ponta deste programa baseia-se na determinação do nível de relacionamento com a empresa, isto é, o número de diferentes serviços utilizados pelo cliente.

Nem sempre o cliente consegue avaliar o serviço que está sendo prestado a ele, principalmente, quando estes serviços, na maioria das vezes estão sendo prestados por terceiros.

No caso de planos de saúde, o incentivo é pelo não uso de serviços de alto custos evitáveis, tais como internações e procedimentos de alta complexidade, consultas e exames desnecessários, e pela total valorização dos serviços prestados, quando realmente necessários. Enfim, o sistema precisa recompensar quem procede de forma adequada e se mantém saudável. Para isto, as operadoras precisam orientar e informar aos seus provedores de serviço e aos seus beneficiários sobre a importância e a recompensa por participar destes programas.

6.2 – “AFTERMARKETING”

Segundo Vavra (1992) o “aftermarketing” dá ênfase à importância dos esforços de marketing após a venda inicial. Suas técnicas abrangem o seguinte:

- Identificar clientes e criar um banco de dados para que eles possam ser facilmente contatados depois da venda realizada. Este problema é verificado em quase totalidade das operadoras que atuam focadas em força de vendas terceirizadas.
- Medir a satisfação do cliente e aprimorar continuamente a prestação de serviço, com base em suas opiniões quanto aos serviços oferecidos diretamente pela operadora e por seus terceirizados, incluindo: corretor e prestadores de serviços médico-hospitalares;
- Criar, por toda a empresa, uma cultura que reforce a importância de manter um relacionamento com o cliente depois da venda inicial.

Segundo o entrevistado da área de atendimento a clientes, é comum verificar em operadoras de saúde, departamentos orientados para o cliente, mas que não contam com o apoio dos demais departamentos para solucionar a necessidade do cliente.

6.3 - GARANTIAS DE SERVIÇO

Uma das mais inovadoras e interessantes estratégias de retenção do cliente, desenvolvida nos últimos anos, é a garantia do serviço (HART & SCHLESINGER & MAHER, 1992). Embora as garantias por si mesmas não sejam particularmente novas, elas inovam no que diz respeito a serviços, sobretudo profissional.

A garantia de serviços diminui o risco, em geral assumido por clientes de serviço, “superando as dúvidas do cliente sobre o máximo valor em troca de dinheiro” e obriga a empresa que oferece a garantia a melhorar sua qualidade geral do serviço.

Atualmente a responsabilidade pelos serviços prestados pelos credenciados já é entendida pela justiça como sendo de forma solidária com as operadoras. Porém algumas operadoras tratam esta questão como um passivo oculto, porém esta questão pode vir a se tornar um diferencial no serviço prestado pela operadora. A ANS já exige que a operadora possua contrato com seus prestadores de serviços e pode ser uma boa oportunidade para que as responsabilidades de cada um sejam declaradas e se for o caso, resseguradas, visando garantir a qualidade do serviço ao cliente.

6.4 - ADMINISTRAÇÃO DA DESERÇÃO

A administração da deserção é um processo sistemático de retenção de clientes, procurando evitar a perda do cliente.

Nas operadoras entrevistadas, os índices de deserção estão acima da média de outros segmentos, e conta com a agravante do consumidor de plano de saúde individual e familiar não precisar cancelar o contrato formalmente junto a operadora, bastando para isto, ficar inadimplente por sessenta dias no período de um ano. Este tipo de prática, introduzido pela regulamentação do setor, enfraquece o vínculo do beneficiário com a operadora e dificulta a ação da mesma na administração da deserção.

Este processo envolve o acompanhamento dos motivos pelos quais ocorre a deserção de clientes e o uso das informações assim obtidas para melhorar continuamente o sistema de prestação de serviço. Mas no setor de planos de saúde pode-se fazer mais do que simplesmente tabular os motivos de deserção dos clientes. Com base em um sistema de CRM,

o operador de telemarketing ativo poderá identificar os clientes inadimplentes, há menos de sessenta, e pesquisar seu relacionamento com a operadora, e a partir destas informações selecionar quais clientes devem receber um contato telefônico no sentido de identificar as causas da inadimplência e da intenção de deserção, para então propor um alternativa que permita a permanência do cliente.

Os clientes desertam por vários motivos (DeSOUZA, 1992). As operadoras de planos de saúde devem estar atentas, principalmente aos *desertores de preço*, que são os menos fiéis; aos *desertores de produto* que mudam para concorrentes com ofertas de planos e serviços melhores e são os mais difíceis de trazer de volta; e aos *desertores de serviço* que repudiam o serviço ao cliente de baixa qualidade, ao pessoal inadequadamente formado, às promessas não cumpridas e aos comportamentos inaceitáveis dos funcionários.

6.5 - OPORTUNIDADES DE COMPRA DE CARTEIRAS

Caso as previsões de maior concentração do mercado se confirmem, haverá boas oportunidades de crescimento neste período, através da aquisição de carteiras de empresas.

Estas oportunidades precisam ser garimpadas. Como analisado nesta pesquisa 35,9% das operadoras ativas possuem menos de 10 mil beneficiários. Certamente entre estas 784 empresas, haverá empresas com atuação geográfica na área de interesse da operadora compradora, que sofram quase que exclusivamente de massa crítica. Muitas destas oportunidades poderão vir a representar ampliação geográfica de atuação e para isto se faz necessário um prévio estudo da região, da imagem da operadora, do relacionamento com provedores de serviço e especial atenção aos passivos que possam vir a ser assumidos pela nova operadora.

Outra oportunidade interessante para as operadoras diz respeito aos leilões promovidos pela ANS em caso de direção fiscal. Estas oportunidades podem representar poder de negociação junto a Agência, uma vez que o interesse da ANS é o de não deixar sem solução os beneficiários do plano que será liquidado.

Para poder aproveitar estas oportunidades a operadora deverá estar com suas finanças em dia e com suas reserva constituídas, caso contrário a solução poderá vir a se transformar num problema sem solução.

6.6 – O CRM COMO INVESTIMENTO DE LONGO PRAZO

A Gestão do Relacionamento com o Cliente deve ser encarada pelas operadoras como um investimento de longo prazo. Apesar da geração de demanda de novos clientes, as operadoras devem continuar com seu foco na retenção de clientes, buscando a construção de relacionamentos de longo prazo.

As empresas que passarem pelo longo período de baixa demanda no mercado com uma imagem de empresa atenta às necessidades e desejos dos consumidores de planos de saúde, obterão certamente mais vantagens competitivas do que seus concorrentes e obterão melhores resultados na conquista de novos clientes e também na retenção.

Se no período 2005-2006 a ação de retenção de clientes estava concentrada em ações de marketing de frequência, “aftermarketing”, garantias de serviço e administração da deserção, para este período o foco é o do relacionamento. Mas isto não significa dizer que as ações aqui propostas devem ser iniciadas apenas em 2007. Na realidade elas devem ser iniciadas já, pois serão necessários que se defina quem é o cliente, os objetivos da estratégia, os elementos da estratégia e a parte mais delicada, sua implementação. (GREENBERG, 2001). Em muitas operadoras, será necessária a reestruturação da operadora por processos, montagem de um “business case”, para que se proponha parâmetros e medidas. Será através deste estudo formal que será possível calcular o retorno sobre o investimento (ROI), e implementar os indicadores chave de desempenho. O CRM é uma estratégia apoiada na tecnologia, que abrange a empresa em suas dimensões verticais e horizontais. E como esta estratégia baseada no cliente, é fundamental a definição de quem é este cliente: Beneficiário de pessoa física ou de pessoa jurídica, provedor de serviço médico, corretor de saúde e funcionário. A Operadora precisa, segundo Greenberg, ter uma visão unificada do cliente, que deve estar acessível a vários departamentos, a partir de diversos meios de comunicação.

A perspectiva do marketing de relacionamento vem sendo utilizada com sucesso por algumas operadoras de saúde nos planos empresariais, mas raramente é utilizada na gestão dos planos individuais. Como cerca de 74% dos planos novos, após a lei 9656/98, são coletivos, ou seja praticamente 3 em cada 4 beneficiários sendo de planos empresariais, esta prática disseminada já apresenta resultados, mas o grande desafio das operadoras, principalmente para as que possuem forte penetração no mercado de planos individuais, será o de implementar esta perspectiva no plano individual e familiar.

A abordagem de marketing de transação, baseada em troca, deve ser trocada pela do relacionamento duradouro, motivada, principalmente, sob a ótica da lucratividade de um beneficiário que somente ocorre, na média, após o primeiro ano de contrato.

Segundo Grönroos (2002), na perspectiva de relacionamento, o foco do marketing é facilitar e apoiar os processos de consumo e utilização pelos clientes durante todo o relacionamento no qual o valor para os clientes é criado pelos clientes, em interações com o fornecedor ou provedor de serviço. Isso significa que o marketing é inerente à maioria das funções de negócios envolvidos nesse processo.

6.6.1- OS REQUISITOS ESTRATÉGICOS

- a) Redefinir o negócio como um negócio de serviço e o elemento-chave competitivo como concorrência por serviço

Um requisito chave numa estratégia de relacionamento é conhecer melhor as necessidades e desejos hoje para construir o relacionamento de longo prazo com seus clientes e oferecer valor agregado além das coberturas contratadas no plano.

Segundo o entrevistado da área de atendimento a clientes, os clientes não buscam somente cobertura para os riscos ou uma rede credenciada, eles parecem demandar uma oferta de serviço mais holística, incluindo tudo o que compraram desde como utilizar melhor o plano, receber carteirinhas no prazo contratado, receber as lâminas de pagamento com antecedência mínima para pagamento, opções de débito automático, informações sobre alterações na rede credenciada, informações sobre prevenção de doenças, novos avanços da medicina, informações sobre os serviços utilizados entre outros, isto tudo entregue de maneira amigável, confiável e a tempo.

- b) Reestruturar-se por processos e não sobre uma perspectiva funcional;

Uma relação constante com clientes na qual eles buscam valor na completa e total oferta de serviço requer colaboração interna entre departamentos. Toda a cadeia de atividades deve ser coordenada e gerenciada como um processo total. Além disso, do ponto de vista da lucratividade e produtividade, somente atividades que produzam valor para os clientes devem ser executadas. Os departamentos tidos como

administrativos, de análise de contas médicas, financeiro, enfim, todos devem estar orientados para o cliente final, seja ele beneficiário, prestador de serviço médico-hospitalar, ou corretor . O colaborador deverá ter uma função a desempenhar onde este enxergue o cliente externo.

- c) Estabelecer parcerias duradouras, criando e mantendo uma rede de serviços médico-hospitalares e odontológicos para cuidar de todo o processo de serviço, inclusive da venda do plano de saúde.

Como o marketing de relacionamento está baseado na cooperação, as empresas não verão uma às outras de um ponto de vista ganha-perde, mas irão se beneficiar de uma situação ganha-ganha na qual as partes envolvidas se sairão melhores se forem parceiras.

As coberturas mínimas dos planos novos são tão amplas que, mesmo para uma medicina de grupo, com hospitais e ambulatórios próprios, prestar todos os serviços demandados pelos clientes sem a parceira de outros prestadores de serviço é praticamente inviável. Dentro de um hospital, mesmo próprio de uma operadora, é comum termos diversos serviços terceirizados tais como: ultrassom, ressonância magnética, laboratório de análises clínicas, alimentação parenteral e enteral etc. Por conseguinte, pode ser mais eficaz e lucrativo encontrar um parceiro que possa oferecer os elementos complementares da oferta, necessários para desenvolver um relacionamento bem-sucedido com um cliente. Evidentemente isso demanda a existência de um componente-chave de marketing de relacionamento: confiança entre as partes. E este é justamente um dos aspectos que em muitos casos deixou de existir na relação entre prestadores de serviço e operadoras. Esta confiança é fator determinante para o sucesso na fidelização do cliente junto a operadora.

6.6.2 - OS ELEMENTOS TÁTICOS

- a) Buscar contatos diretos com os beneficiários de planos de saúde

O marketing de relacionamento é baseado em uma idéia de cooperação confiante com clientes conhecidos. Por conseguinte, as operadoras devem tratar de conhecer seus clientes muito melhor do que normalmente tem sido o caso. A moderna tecnologia de

comunicação provê à empresa amplas oportunidades para desenvolver maneiras de mostrar a um cliente que ele é conhecido e valorizado.

b) Investimento em Tecnologia

Os departamentos de marketing operam tradicionalmente com limitadas e incompletas informações de clientes. Para poder seguir uma estratégia de marketing de relacionamento, uma empresa não pode permitir que tal ignorância perdure e precisa investir em tecnologia. Um banco de dados consistindo em arquivos de informações de clientes tem de ser montado. Em tais casos, é necessário um arquivo de informações de clientes bem preparado, atualizado, fácil de acessar e ler para possibilitar ao colaborador realizar um contato orientado para relacionamento com o cliente. Esta informação deve passar a ser estruturada em banco de dados de modo a permitir a sua referência cruzada. Este sinistro deve ser analisado também sob a ótica da saúde do beneficiário. Oferecer melhor orientação a este associado quanto a que serviços procurar; possibilitar o armazenamento de informações nosológicas importantes para montagem de um prontuário eletrônico do beneficiário, e se possível, com armazenamento de resultados de exames ao longo da vida do paciente. Estes são alguns dos serviços agregados de grande valor para o beneficiário, que poucas operadoras atualmente oferecem. Recursos tecnológicos já estão disponíveis no mercado para isto, mas pelo que tudo indica a prioridade dos investimentos em tecnologia tem sido, quase sempre, no sentido da compra de novos equipamentos de ressonâncias e outros de alta tecnologia médica, esquecendo-se da montagem de informações básicas para a gestão do seu cliente.

As informações de sinistro também precisam ser armazenadas e cruzadas com a receita do beneficiário, de modo a permitir a avaliação da rentabilidade individual de cada beneficiário, mas também devem ser cruzadas com as do corretor de saúde, de modo a se fazer avaliações periódicas do seu desempenho da contribuição em termos de resultados financeiros trazido por eles.

c) Criar um sistema de serviço orientado para o cliente

Atualmente o que se vê, na maioria das operadoras são os Serviços de Atendimento ao Cliente, os conhecidos SACs. Em algumas empresas, estes serviços encontram-se

terceirizados para empresas com custo operacional menor, e que se limitam a questões meramente administrativas, sem nenhum ou pouco valor agregado para o cliente. O serviço, por exemplo, de liberação de senha para realização de exames ou para uma internação transforma-se em verdadeiro calvário para o beneficiário, que precisa esperar por longo tempo do outro lado da linha e quase sempre em serviços 0300 ou de ligações pagas pelo beneficiário.

Mas a visão de cliente precisa ser estendida além do beneficiário final. Nas empresas contratantes as operadoras precisam criar serviços orientados ao responsável pela área de recursos humanos que possui necessidades bem diferentes dos funcionários que utilizam o plano. Os prestadores de serviço médico precisam ser tratados com dignidade e respeito no que refere-se a entrega de suas contas médicas, durante o processo de análise destas contas, na liberação para pagamento e nas revisões de glosas. Estes provedores de serviço precisam ser tratados como clientes, pois no final da linha dos serviços estes serão provavelmente os mais importantes colaboradores de toda a cadeia de prestação de serviço. Os corretores, bastante discriminados na maioria das operadoras, por em geral não possuírem formação superior, precisam ser sistematicamente informados sobre tudo que se relaciona com os produtos e a operadora que ele representa no ato da venda, e precisam de total transparência sobre as condições de pagamento de mensalidades dos beneficiários de sua carteira de clientes. Estes colaboradores precisam ser permanentemente treinados e motivados, pois são estas pessoas que estarão representando a operadora no primeiro momento de verdade do cliente com a operadora.

O marketing de relacionamento bem-sucedido requer que a empresa defina seu negócio como um negócio de serviço e entenda como criar e gerenciar uma oferta total de serviço.

Quatro tipos de recursos são centrais para o desenvolvimento de um sistema de serviço bem-sucedido: pessoas, tecnologia, clientes e tempo.

O sucesso do marketing de relacionamento depende intensamente das atitudes, do compromisso e do desempenho das pessoas que realizam o momento da verdade.

Na prestação de serviços para um beneficiário de um plano de saúde, lidamos com diferentes papéis que são desempenhados em algumas vezes por um funcionário da operadora, mais em muitas outras situações por terceiros.

Se eles não estiverem comprometidos em seus papéis como verdadeiros colaboradores de serviço e não estiverem motivados para agir de um modo orientado para o cliente, a estratégia fracassará. O marketing de relacionamento é, portanto, extremamente dependente de um processo de marketing interno bem organizado, constante e contínuo. Os clientes têm de sentir que o tempo gasto no relacionamento com um fornecedor ou uma empresa de serviço não é um desperdício de tempo.

6.7 – A QUESTÃO ÉTICA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A ética nos negócios compreende princípios e padrões morais que orientam o comportamento no mundo dos negócios (FERREL & FRAEDRICH, 1993).

Ultimamente, o interesse ou a preocupação com a ética empresarial e de seus dirigentes e empregados, tem crescido, sendo alvo da mídia e da literatura sobre administração. A partir da opinião de Cortina (1996) e Srour (1998) identifiquei algumas motivações para o interesse das organizações do setor de planos de saúde, incluindo dentre elas operadoras de saúde, prestadores de serviço médico-hospitalares, indústria farmacêutica, laboratórios de análises clínicas, centros de diagnóstico por imagem e corretoras de saúde.

- a) A urgência de recuperar a credibilidade de todos os agentes deste setor;
- b) A responsabilidade de longo prazo com o cliente de uma operadora de saúde é uma necessidade de sobrevivência e neste aspecto, a ética constitui um fator importante para os ganhos ao longo do tempo;
- c) Uma mudança na concepção de empresa, para uma instituição sócio-econômica que tem uma responsabilidade ética para com a sociedade (os consumidores, os acionistas, os empregados e os provedores de serviço);
- d) A ética não é só individual, do corretor, do médico, do atendente da central de atendimento telefônico, do cirurgião, do vendedor de próteses, mas corporativa e comunitária. Assim, no mundo empresarial começa-se a esclarecer que não só os indivíduos são eticamente responsáveis, também o devem ser as empresas. Portanto, faz-se necessária e urgente uma ética das empresas, que começam a preocupar-se com o tipo de formação que dão a seus membros especialmente a seus dirigentes;
- e) A insistência na qualidade ética leva, por extensão, à qualidade em sentido mais amplo resultando em maior rentabilidade;

- f) Colocar a satisfação dos consumidores no longo prazo como prioridade, aumenta a rentabilidade no longo prazo e reduz os atos heróicos, no qual o colaborador arrisca seu posto de trabalho;
- g) Contribui para a boa imagem da empresa, pois nenhuma das grandes e excelentes companhias distingue-se pela falta de princípios éticos, mas pela qualidade do produto que colocaram à disposição do mercado.

As operadoras de saúde devem estar atentas às enormes oportunidades para a conduta antiética no setor, que podem ser atribuídas, predominantemente, às dimensões de intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade inerentes à prestação de serviços, segundo Zeithaml & Berry, 1985. As três dimensões contribuem para a vulnerabilidade do cliente e para a confiança na conduta ética do provedor de serviços durante a hora da verdade ou o encontro do serviço. Quando o cliente assume o papel de paciente e busca solução para o seu problema as vulnerabilidades se acentuam.

Tomando como referência Zeithaml & Berry (1985), atribuo a vulnerabilidade do cliente à conduta antiética na saúde às seguintes fontes:

- a) Os serviços médico-hospitalares são caracterizados por poucos atributos de análise;
- b) Por conta da intangibilidade inerente aos serviços, os clientes muitas vezes baseiam sua decisão de compra de um plano de saúde, em informações fornecidas pelos prestadores de serviços, seja pelo médico de sua confiança ou pelo corretor de saúde;
- c) Os serviços médico-hospitalares são muito especializados e/ou técnicos. Muitos serviços não são entendidos pelos pacientes e conseqüentemente, dificultam a avaliação do mesmo. Fazendo com que muitas vezes a confiança no provedor de serviços se estabeleça por fatores que circundam o serviço, pelo boca a boca. “ouvir dizer que o doutor fulano de tal é muito bom” ou “fui num médico ótimo”;
- d) O tratamento médico-hospitalar tem um lapso de tempo significativo e relativo entre o desempenho e a avaliação;
- e) A avaliação da qualidade de um plano de saúde é feita somente em uma ocasião futura, possibilitando assim aos provedores de serviços antiéticos maximizarem seus ganhos de curto prazo à custa dos benefícios de longo prazo dos clientes;
- f) Não existem garantias, nem segurança em tratamento de saúde no Brasil; a intangibilidade e a heterogeneidade dos profissionais médicos e dos estabelecimentos de saúde são enormes. Poucos são os hospitais com acreditação hospitalar; muitos dos profissionais médicos credenciados sequer fizeram residência médica; e poucos

- profissionais se mantêm atualizados com os novos avanços da medicina. Apesar de tudo isto, estima-se que ainda são poucas as ações na justiça motivadas pela má prática médica, comparativamente com o mercado americano;
- g) Quase sempre o provedor do serviço é um terceirizado, com pouco ou nenhum controle sobre a qualidade do serviço prestado por parte da operadora;
 - h) A variabilidade no desempenho do serviço é comumente aceita e o paciente acaba por procurar outro profissional ou estabelecimento, gerando novos custos para o sistema;
 - i) Os sistemas de recompensas quase sempre são baseados em quantitativos de consultas, procedimentos, em detrimento do grau de resolução e desempenho do profissional ou do estabelecimento. No caso do corretor de saúde, também ocorre o mesmo, a comissão é paga pela conquista do cliente de plano individual. Esta comissão é paga de forma concentrada nos primeiros meses de contrato, onde não se leva em conta o tempo de permanência do cliente na operadora;
 - j) O sistema de recompensa dos corretores de saúde certamente estimula práticas antiéticas, fazendo com que este profissional busque o caminho mais curto para maiores premiações, como a oferta periódica de uma nova operadora para o cliente, contribuindo sobremaneira para as baixas taxas de retenção de clientes e a redução da rentabilidade.
 - k) Os clientes são participantes ativos do processo e por isso, não raramente influenciam os profissionais médicos no sentido da solicitação de exames, por vezes, desnecessários e onerosos ou solicitam desmembramentos de recibos, visando aumento do reembolso junto às operadoras;
 - l) O envolvimento do cliente no processo de prestação de serviços permite que o provedor de serviços médico-hospitalares, tente influenciá-lo usando medo ou culpa para que ele concorde com um procedimento de tratamento ou cirúrgico oneroso e de maior complexidade do que condutas mais conservadoras;

6.8 – A REESTRUTURAÇÃO DOS RELACIONAMENTOS DAS OPERADORAS COM PROVEDORES DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALARES E DESTES COM OS SEUS PACIENTES

A relação médico-paciente parece estar mudando para pior. Com a sistemática desvalorização dos profissionais médicos pelo sistema de saúde público e privado no Brasil, ao longo dos anos, as relações de parceria também foram se deteriorando e as práticas antiéticas se proliferaram de ambos os lados, conforme já relatado neste trabalho.

Em 2005 a principal bandeira da classe médica é a implantação da CBHPM, que procura em síntese atualizar os procedimentos médicos mais modernos, inexistentes em tabelas da AMB e aproveita para rever algumas hierarquias, principalmente de valores de remuneração. Na realidade, esta parece ser a forma de remuneração que perdurará ainda por muito tempo.

Na opinião do autor deste estudo, enquanto a sistemática de recompensa dos profissionais da saúde estiver, exclusivamente, relacionada ao procedimento realizado, ou seja, quanto mais consultas; quanto mais exames; quanto mais procedimentos cirúrgicos; e quanto mais próteses forem feitas, maior será a recompensa do profissional de saúde, o sistema continuará a enfrentar problemas éticos e os custos assistenciais continuarão subindo.

O relacionamento médico-paciente precisa ser recuperado. Ele é fundamental para a reversão da situação atual. Acredito que com o resgate do importante papel do clínico, que possui uma visão holística do paciente e com os encaminhamentos aos especialistas por este profissional, poderemos voltar a ter racionalidade no sistema. Existem na realidade três profissionais chaves: O clínico geral, o ginecologista e o pediatra. Estas três especialidades deveriam ser vistas de forma diferenciada pelas operadoras, e compreendida pelos conselhos de classe que defendem a categoria de forma cega no sentido de evitar qualquer espécie de privilégio ou diferenciação.

Para isto as operadoras precisam ter a coragem de mudarem seus modelos de gerenciamento da saúde de seus pacientes e repensarem os seus modelos de remuneração. Talvez uma solução transitória para a situação vigente seja a de se criar modelos híbridos, onde as operadoras centralizem em grupos de profissionais médicos o atendimento primário do cliente, não de forma exclusiva ou obrigatória, mas de forma que o cliente perceba mais valor nesta oferta.

Os desperdícios com exames desnecessários e pagamento de múltiplas consultas a diversos especialistas, nos remete a figura de ser esquartejado onde cada um fica com a sua parte, mas não se tem mais a visão do todo, o ser integral.

6.9 – A REESTRUTURAÇÃO DA FORÇA DE VENDAS

Na maioria das operadoras a venda de planos de saúde ocorre em grande parte por corretores de saúde terceirizados. A experiência tem mostrado que quando o mercado não demonstra capacidade de crescimento, e as vendas das operadoras basicamente se resumem a conquista de clientes de outras operadoras de saúde, o corretor de saúde, que atua a algum tempo no mercado, e possui uma boa carteira de clientes, é sem dúvida a melhor fonte de resultados de curto prazo. Porém, as baixas taxas de retenção de clientes têm correlação com a prática dos corretores de oferecerem novas alternativas de operadoras ao seu cliente, seja por maus serviços prestados pela operadora, por descredenciamento de médicos ou de laboratórios ou de hospitais, ou por simplesmente oferecer uma opção melhor ou mais econômica para o seu cliente. Este contato pode ocorrer ativa ou passivamente, ou seja, em certas circunstâncias o corretor faz um trabalho de telemarketing junto a sua base de clientes e em outras o próprio cliente o aciona no sentido de buscar uma nova alternativa.

Como as operadoras praticamente não fazem nenhum investimento para conhecer o seu novo beneficiário quando de seu cadastramento e os corretores não tem nenhum interesse nesta ação, na grande maioria das empresas o único relacionamento por parte da operadora com seu associado é através do envio do boleto bancário para pagamento. Não é raro, as informações cadastrais dos beneficiários terem sido informadas intencionalmente erradas, com dados do próprio corretor, de modo a permitir, a ele, corretor, a oportunidade de relacionamento mensal com seus clientes. Distorções como estas devem eliminadas prioritariamente.

O beneficiário precisa enxergar a sua operadora e se relacionar com ela. Diferentemente do sinistro de automóvel, onde o corretor pode prestar serviços administrativos relevantes para o segurado, na saúde o papel do corretor de planos individuais tem sido nulo. Este relacionamento corretor-beneficiário, na visão da operadora caracteriza-se como uma parceria ganha-perde, pelo fato de ser atribuído ao corretor grande parcela de responsabilidade pelos altos índices de cancelamento de planos, pois quando o beneficiário demonstra qualquer tipo de insatisfação com a operadora atual, o mesmo se sente motivado a oferecer outra operadora devido ao sistema de recompensa vigente no mercado.

A questão da venda do plano de saúde individual por corretores terceirizados precisa ser revista e necessariamente passa pelo sistema de recompensa vigente que estimula as práticas antiéticas. A montagem de um banco de dados poderá vir a fornecer, em dois anos, informações relevantes para que as operadoras separem o joio do trigo.

6.10 - PRINCIPAIS RESULTADOS ESPERADOS

Este estudo foi elaborado, partindo da teoria de que a retenção de clientes tem maior efeito sobre os lucros do que a participação de mercado, economias de escala e outras variáveis comumente relacionadas com a vantagem competitiva.

Com a melhoria dos índices de retenção de clientes, as operadoras de saúde poderão melhorar seus lucros a partir da redução dos custos operacionais e das recomendações geradas por seus clientes. Um bônus adicional desta retenção de clientes é que eles estarão dispostos a pagar mais pela oferta da empresa e desta forma contribuirão mais para o resultado. O corte das deserções pela metade poderá vir a dobrar a taxa média de crescimento da empresa, em casos de perda de deserção de cerca de 20%a.a.. Além disso, a redução da taxa de deserção em até 5% pode aumentar os lucros em cerca de 50%, se considerarmos os ganhos das corretoras estudadas por Reichheld & Sasser (1990). As empresas normalmente perdem de 15% a 20% de clientes a cada ano e no setor de saúde os números minimamente estão na casa dos 20%a.a. Com a redução das deserções de clientes também melhorará o fluxo de caixa das operadoras de saúde.

O relacionamento de confiança que se desenvolve entre, os clientes e as operadoras tornarão os beneficiários mais receptivos aos esforços de marketing das operadoras. É mais fácil, portanto, vender-lhes novos serviços, novas coberturas, mudança no padrão de conforto, contribuindo para o aumento da receita per capita. No caso de plano empresarial, este relacionamento poderá propiciar a construção de barreiras de entrada importantes para os concorrentes, uma vez que com o fortalecimento da confiança e do comprometimento, aliados a cada novo produto atendido pela operadora será menos uma oportunidade de entrada para o concorrente. Por sua vez, isso diminui o custo da empresa com as ações de marketing. Em geral o custo de manutenção dos clientes antigos tende a ser menor. Clientes se acostumam com funcionários e procedimentos da empresa, portanto fazem menos perguntas, têm menos problemas e exigem menos atenção.

Outro benefício da retenção do cliente é o boca a boca da propaganda positiva de clientes satisfeitos. Eles recomendam empresas a seus amigos e família, que por sua vez, reforçam as próprias decisões. Para que uma operadora desenvolva reputação que atraia novos negócios, ela precisa de clientes habituais. As fontes pessoais de informações são particularmente importantes para clientes de serviços, por causa da intangibilidade e da

percepção do crescente risco associado a suas compras. Segundo Reichheld & Sasser (1990), dois terços dos clientes desertam porque acham que as empresas não estão genuinamente preocupadas com seu bem-estar. Empresas que, efetivamente, comunicam a retenção do cliente como objetivo principal são notadas, e seus esforços nesse sentido a diferenciam, com sucesso, das concorrentes.

Com a estratégia de retenção de clientes, traduzidas em atitudes e convertidas em programas que envolvam toda a companhia e não apenas departamentos, tido como de relacionamento com clientes, os resultados de aumento de carteira poderá vir a ser consequência natural deste esforço.

O aumento da cobertura da população brasileira só voltará a patamares de 30% ou 40%, em duas situações não excludentes e desejavelmente complementares: a primeira delas é a flexibilização das coberturas e exigências para planos individuais, principalmente no que se refere aos planos ambulatorial e odontológico, conforme já apresentado nesta proposta. Acredita-se que os 4,2% de participação na segmentação ambulatorial (ANS/MS 10/2004), poderia dobrar em dois anos, caso houvesse a retirada da cobertura da necessidade de internação nas primeiras horas; e a segunda questão passa pelo crescimento sustentado da economia brasileira, e o consequente aumento da renda per capita e a tão desejada distribuição de renda. Somente com a ocorrência destes dois fatores é que o nível de cobertura da população brasileira poderia atingir cerca de 40%, até 2010.

7 – CONCLUSÕES

A proposta desta pesquisa partia do pressuposto de que a ausência de marco regulatório seria prejudicial ao setor de planos de saúde. A análise realizada no capítulo 5 - Análise dos Principais Impactos (Antes e Pós-Regulamentação) e suas Principais Conseqüências, nos sugeriu muitos benefícios trazidos pela regulamentação para o consumidor final quanto às coberturas assistenciais, bases contratuais e segurança para os “stake holders” que foram analisadas comparativamente do antes e pós-regulamentação. Os ganhos para quem conseguiu se manter no sistema parecem justificar o processo de regulamentação. Porém conforme demonstramos nesta pesquisa, cerca de onze milhões de beneficiários já deixaram o sistema de planos de saúde e em sua grande maioria devem atualmente estar sendo atendidos pelo caótico sistema único de saúde.

Os benefícios da regulamentação parecem não ter sido, ainda, totalmente auferidos pelos provedores de serviço que sofrem com a falta de contrato entre eles e as operadoras, ainda em andamento pela regulamentação, mas já se beneficiam da menor interferência por parte das operadoras nas práticas médicas. Portanto, se os provedores de serviços médico-hospitalares e os consumidores recebem mais benefícios do que anteriormente, já poderíamos avaliar como positiva a regulamentação para o setor.

Porém, se para alguns intermediários deste sistema, operadoras e corretores de saúde, aparentemente, os benefícios da regulamentação ainda não foram totalmente absorvidos, isto pode se deve, em parte, a baixa capacidade de adaptação que apresentaram às novas regras.

No sentido das condições contratuais e de segurança a ANS tem sido bastante flexível quanto aos prazos para adaptação, principalmente junto às operadoras de porte pequeno, que são ainda a grande maioria neste mercado.

Caso as condições previstas neste estudo de confirme, a partir de 2007, as mudanças impostas pela regulamentação do setor, trará benefícios para todos os atores que adotarem postura ética e que efetivamente possuem padrão de qualidade adequados às exigências atuais do mercado brasileiro.

A análise realizada, neste estudo, sugere que enquanto o processo de regulamentação do mercado estiver em andamento, com mudanças constantes das regras, e não houver crescimento sustentado da economia brasileira: com geração de novos empregos e aumento da renda per capita; o nível de atratividade do setor tenderá a continuar baixo e poderá haver pouco interesse de novos entrantes, principalmente de HMOs, ou PPOs estrangeiras.

Outro ponto a se destacar, é de que enquanto a ANS, não sinalizar no sentido da flexibilização dos planos, os produtos poderão continuar caros relativamente ao poder de consumo do brasileiro e das empresas brasileiras. Esta flexibilização poderia vir a surtir grande efeito, caso fosse feita em relação aos planos ambulatoriais e odontológicos. Conforme apresentada neste estudo, o número de operadoras exclusivamente para a segmentação odontológica, é de cerca de 1/3 do total de operadoras. Caso a cobertura mínima deixasse de ser tão abrangente e permitisse a cobertura preventiva e profilática, o mercado que já dispõe de operadoras especializadas em serviços odontológicos, poderia rapidamente viabilizar maior adesão de consumidores para este tipo de plano, com reflexos positivos, até mesmo na saúde geral do consumidor, uma vez que a saúde bucal tem fator preponderante na saúde do ser humano. Já o produto ambulatorial, conforme está regulamentado, não interessa nem a operadora e nem ao consumidor final. A oferta total ao consumidor parece ser incompleta e com baixa relação custo/benefício. Para que ele se torne atraente, precisaria ser revisto de modo a possuir exclusivamente coberturas de baixo risco e conseqüentemente possa ser ofertado com preços mais atraentes para o consumidor. As populações de menor poder aquisitivo, podem vir a ser os maiores consumidores potenciais deste tipo de produto.

Com a forte redução dos prazos de carências, impostas pela lei 9656/98, em alguns casos de 24 meses para seis meses, conforme analisado neste estudo; e a prática de aproveitamento do tempo de contribuição, a popular compra de carências, o consumidor de plano de saúde tem sido atraído por estas ofertas e tende a mudar de um perfil de fidelidade a operadora para considerar, mais objetivamente, sobre a possibilidade de troca, uma vez que as ofertas pós-regulamentação ficaram muito mais homogêneas e com maiores possibilidades de comparação entre ofertas.

Outro ponto que parece permanecerá vigente, pelo menos até 2006, é o da forte interferência da ANS, nas questões de repasses de custos aos consumidores finais. Desta forma, menos operadoras poderão se sentir atraídas para a venda de planos individuais, a exemplo das duas principais seguradoras especializadas em saúde do país e que ocupam os dois primeiros lugares no ranking de operadoras, a Sul América e a Bradesco.

Quanto ao processo de regulamentação, iniciado pela lei 9656/98 precisa ser concluído logo para que a instabilidade gerada por ela cesse e o nível de atratividade possa ter chances de melhora. A regulamentação, na realidade, está em andamento há seis anos, e pelo que tudo indica poderá continuar a sofrer alterações.

A lei 9656/98 quando aprovada previa em seu texto original, de junho de 1998, a normalização dos aspectos econômico-financeiros das empresas. Esta questão estava

subordinada ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) sob a supervisão da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e a formatação de produtos, subordinado ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), que emitia as normas assistenciais e era subordinado ao Ministério da Saúde. Com a unificação destas delegações ao Ministério da Saúde, as questões econômico-financeiras, aparentemente foram colocadas em segundo plano. A segregação das questões assistenciais e econômico-financeiras parece ser de vital importância para a vitalidade do mercado.

A tendência de concentração do mercado ficou demonstrada neste estudo, uma vez que com o mercado em retração, o número de operadoras ativas se reduziu e cerca de 75% das operadoras cadastradas possuem menos de 10.000 beneficiários e cerca de 50% dos beneficiários estarem em apenas 43 operadoras, segundo Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 12/2004 e Cadastro de Operadoras ANS/MS – 02/02/2005. As operadoras devem estar atentas as oportunidades de compras de carteiras e leilões promovidos pela ANS.

A Estrutura do setor que era relativamente estável no período pré-regulamentação tornou-se instável a partir de 1998. E os compradores de planos empresariais, com seu poder de barganha em alta, provavelmente continuaram a exigir cada vez mais das suas operadoras e a prática de buscar cotações no mercado pode vir a ser mais frequente do que vinha sendo praticada até o momento.

Com a fraca demanda de novos beneficiários, as operadoras precisam estar atentas a importância estratégica de toda a organização estar voltada para a retenção de clientes.

Os principais impactos provocados pela regulamentação, que foram segmentados em coberturas assistenciais, dentre as quais destacam-se em relevância a cobertura para todas as doenças reconhecidas pela OMS, os procedimentos de alta complexidade, o fornecimento de próteses e órteses no ato cirúrgico e exames de alta tecnologia ; nos aspectos das novas bases contratuais, destacam-se os novos prazos reduzidos de carências, o fim dos limites de dias para internação e para quantidade de consultas ou exames ou procedimentos, bem como as novas condições para reajustes de preços; e nos aspectos de segurança para os “stake holders”, a constituição de reservas técnicas por parte das operadoras e a manutenção do padrão da rede credenciada contratada.

Outro ponto a ser destacado nesta pesquisa, diz respeito às práticas, às vezes antiéticas, pela sobrevivência dos principais atores do setor. É preciso estar atento para esta questão, porque no longo prazo, todos, sem exceção, estarão perdendo caso a estrutura da indústria sofra alterações irreversíveis neste sentido. Como consequência direta do aumento de coberturas e da restrição de repasses de custos para os preços as operadoras buscam

maneiras de reduzir a sinistralidade com práticas nem sempre éticas. A prática das glosas e o não reajuste dos provedores de serviço, tem gerado bastante atrito entre as partes. Fica clara a dificuldade que os dois lados, operadora e provedores de serviços médico-hospitalares, encontram na solução deste impasse: Aumento de coberturas , procedimentos médicos mais avançados tecnologicamente, com rígido controle de repasse de custos por parte da ANS e consequentemente da operadora aos seus provedores de serviço, mas certamente, a solução duradoura não passará por práticas antiéticas.

Num cenário onde a competição é intensa, com mínima diferenciação entre produtos e serviços concorrentes, fraca demanda por novos consumidores, altos índices de deserção de clientes, crescente nível de informação dos consumidores quanto aos seus direitos e ofertas do mercado, maior nível de exigência de empresas contratantes, e aumento do custo do marketing de massa, a proposta de atuação estratégica das operadoras de saúde deve ser a de retenção de clientes e devem estar atentas às oportunidades de conquista de novos clientes de outras operadoras, sejam através de aquisição de carteiras ou leilões.

Outro ponto importante é o de que as operadoras devem estar atentas a construção de imagem de empresa socialmente responsável, de atuação ética que demonstre realmente a sua atenção às necessidades dos seus clientes, preparando-se para quando o mercado voltar a oferecer condições de expansão de beneficiários.

O foco estratégico de atuação das operadoras deve ser o da retenção de cliente e para isto foram propostas diferentes técnica de marketing para o desenvolvimento de programas eficazes tais como o marketing de frequência, “aftermarketing”, garantias de serviço e administração da deserção.

As flexibilizações das condições dos planos regulamentados, principalmente no plano ambulatorial e odontológico, poderão trazer novos consumidores para o sistema. A concentração de mercado se intensificará e o mercado deverá ficar com taxa de atratividade maior, fazendo com que o capital internacional volte a se interessar pelo setor. Neste cenário a participação de operadoras com mais de 100 mil vidas deverá ser maior do que os atuais 2,7% (ANS/MS, 10/2004), trazendo maior estabilidade para o setor.

Apesar da geração de demanda de novos clientes, as operadoras devem continuar com seu foco na retenção de clientes, buscando a construção de relacionamentos de longo prazo.

Foram três os requisitos estratégicos propostos neste estudo para a gestão do relacionamento com o cliente: redefinir o negócio como um negócio de serviço e o elemento-chave competitivo como concorrência por serviço; reestruturar-se por processos e não sobre uma perspectiva funcional; estabelecer parcerias duradouras, criando e mantendo uma rede de

serviços médico-hospitalares e odontológicos para cuidar de todo o processo de serviço, inclusive da venda do plano de saúde.

Como elementos táticos, foram sugeridos: buscar contatos diretos com os beneficiários de planos de saúde; investir em tecnologia da informação; e criar um sistema de serviço orientado para o cliente efetivo.

Neste estudo, foram identificadas diversas motivações para o interesse das organizações do setor de planos de saúde, entre elas destaco a urgência de recuperar a credibilidade de todos os agentes deste setor; a responsabilidade de longo prazo com o cliente; a necessidade de melhoria da rentabilidade no longo prazo através da satisfação dos consumidores; e a melhoria da imagem da empresa e do setor.

E foram apresentadas fontes para a vulnerabilidade dos clientes que devem ser analisadas e, conforme o caso, minimizadas ou eliminadas, tais como:

- a) Poucos atributos de análise nos serviços médico-hospitalares;
- b) Forte intangibilidade inerente aos serviços prestados;
- c) Decisões de compra baseadas em informações subjetivas e fornecidas por terceiros;
- d) Baixo entendimento por parte do cliente e baixa capacidade de avaliação dos serviços prestados;
- e) Não existência de garantias, nem segurança em tratamento de saúde no Brasil;
- f) Variabilidade no desempenho do serviço é comumente aceita e o paciente acaba por procurar outro profissional ou estabelecimento, gerando novos custos para o sistema;
- g) Os sistemas de recompensas quase sempre são baseados em quantitativo de consultas, procedimentos, em detrimento do grau de resolução e performance do profissional ou do estabelecimento;
- h) O atual sistema de recompensa dos corretores de saúde vigente no mercado certamente estimula práticas antiéticas;
- i) Os clientes são participantes ativos do processo e por isso, não raramente influenciam os profissionais médicos no sentido da solicitação de exames, por vezes, desnecessários e onerosos ou solicitam desmembramentos de recibos, visando aumento do reembolso junto as operadoras;
- j) o envolvimento do cliente no processo de prestação de serviços permite que o provedor tente influenciá-lo usando medo ou culpa para que ele concorde com um procedimento de tratamento ou cirúrgico oneroso e de maior complexidade do que condutas mais conservadoras;

As soluções não são de fácil aplicação e demandam tempo para isto, mas a solução parece estar no enfrentamento destas questões éticas para que o sistema de saúde privado no Brasil possa apresentar crescimento sustentado e de qualidade superior.

O relacionamento médico-paciente parece ter se deteriorado e precisa ser recuperado. Este relacionamento parece ser fundamental para a reversão do quadro atual. Com o resgate do importante papel do “seu” médico, que possui uma visão holística do paciente e com os encaminhamentos aos especialistas por este profissional, quando necessário, quem sabe poderemos voltar a ter racionalidade no sistema. Para isto as operadoras precisam ter a coragem de mudarem seus modelos de gerenciamento da saúde de seus pacientes e repensarem os seus modelos de remuneração.

O relacionamento corretor-beneficiário, na visão da operadora tende a ser caracterizado como sendo uma parceria ganha-perde, pelo fato de ser atribuído ao corretor grande parcela de responsabilidade pelos altos índices de cancelamento de planos, pois quando o beneficiário demonstra qualquer tipo de insatisfação com a operadora atual, o mesmo se sente motivado a oferecer outra operadora devido ao sistema de recompensa vigente no mercado, segundo experiência do autor.

A questão da venda do plano de saúde individual por corretores terceirizados precisa ser revista e necessariamente passa pelo sistema de recompensa vigente que estimula práticas antiéticas. A inclusão do corretor na visão de CRM da empresa, onde passará a ser identificado como cliente. Poderá vir a fornecer, em curto prazo de tempo, informações relevantes para que as operadoras separem o joio do trigo.

7.1 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assunto tratado aqui, nesta dissertação de mestrado, encontra-se no espírito da base do desenvolvimento sustentável, apresentado em 1987, na Assembléia Geral das Nações Unidas, que pressupõe a interdisciplinaridade, do chamado Triple Bottom line , onde aspectos ambientais, econômicos e sociais, precisam estar harmonizados.

Os aspectos sociais parecem ter merecido maior atenção da Agência reguladora , a ANS, e as operadoras parecem ter firmado suas posições, quase que, exclusivamente, nos aspectos econômicos-financeiros. A solução parece estar na busca do equilíbrio destas questões, onde os agentes precisam entender a relevância que cada um tem para o sistema.

Com as dificuldades enfrentadas, pelas operadoras, tais como: pouco sucesso no repasse de custos junto às empresas contratantes; índices máximos de reajustes concedidos pela ANS insuficientes para os planos individuais; elevados índices de sinistralidade e resultados operacionais insatisfatórios, podemos supor que o impasse, entre operadoras e prestadores de serviço não terminará tão cedo.

Detentores da mesma conclusão, os prestadores de serviço se mobilizam através das instituições, tais como: Conselhos de Classe, Associações Médicas, Sindicatos e Associações dos Hospitais, no sentido de defenderem seus interesses pelos canais legais, sejam eles municipais, estaduais ou federais. E então, o sistema depara-se com uma nova demanda, a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) que por si só, aumentará o valor dos honorários e incluirá novos procedimentos na lista de serviços, o que trará ainda mais pressão para novos reajustes nos planos de saúde.

Ainda existem os movimentos de suspensão do atendimento e descredenciamentos em massa, em localidades específicas e focado em algumas operadoras. Todos estes movimentos e mais o dos consumidores que conseguem liminares dando-lhes o direito a tratamento para coberturas não contratadas, são movimentos legítimos na busca dos seus interesses, mas nem sempre éticos.

A solução parece não estar simplesmente na implementação de novas listas de procedimentos, autorizados pela ANS, ou reajustes de valores de consultas para valores de R\$30,00 ou R\$40,00. A questão está na capacidade de financiamento do sistema. Se não houver consumidor com poder de compra das novas tecnologias, não haverá provedores de soluções. Por mais que a ANS possa ceder as pressões dos órgãos de defesa do consumidor, do Ministério da Justiça e até mesmo dos próprios prestadores de serviços, no sentido da ampliação da lista de procedimentos e das coberturas de contratos antigos; o sistema não terá seu desenvolvimento de forma sustentada, se não houver equilíbrio entre aspectos sociais e econômicos.

Ninguém discute os avanços alcançados pela regulamentação do setor, quanto aos seus aspectos assistenciais, mas é preciso reconhecer, que o mercado brasileiro parece não possuir financiadores capazes de financiar os permanentes avanços tecnológicos e a crescente lista de novos procedimentos. Talvez seja hora de dar um passo atrás, para não se perder o muito que já foi alcançado. Até mesmo, porque, o próprio Governo não disporia de recursos adicionais para investir na saúde pública, caso o sistema de saúde suplementar caminhasse para sua degradação.

Do lado das operadoras, cabe questionar seus modelos de relacionamento com prestadores de serviço e do atendimento a seus associados, onde os aspectos econômicos são praticamente os únicos a serem levados em consideração. A qualidade e o grau de resolução de um médico perderam importância no sistema atual, em detrimento de valores de consulta mais baixo ou de descontos em tabelas. Como consequência, os tempos médios de consultas das especialidades médicas sofreram importantes reduções, comprometendo a sua qualidade. Este modelo parece ter esgotado sua capacidade de redução de custos médico-hospitalares.

Parece ser factível inovar em prol de uma nova realidade, com responsabilidade social e ética com foco em resultados. É preciso também, reconhecer os obstáculos culturais da organização e as mudanças, ainda, frequentes no processo de regulação do setor, que caminha para a maturidade em 2007, antes da elaboração do plano de trabalho, pois estes serão determinantes no ritmo em que ocorrerão as mudanças.

A visão de futuro pode ter sido, temporariamente, deslocada no sentido da viabilização de cenário de sobrevivência, o qual sobrepõe-se ao planejamento estratégico de médio ou longo prazo, mas em breve este cenário deverá ser outro, e apenas as empresas que se mobilizarem no sentido de promoverem as mudanças necessárias e se prepararem para o cenário de crescimento econômico sustentado, poderão vir a aproveitar as novas oportunidades de mercado que advirão da maturidade do processo de regulação.

Sem um programa eficaz de retenção de clientes as operadoras continuarão desembolsando verbas milionárias em despesas comerciais e de marketing no intuito de atrair novos clientes e estarão desperdiçando a oportunidade de manter em sua carteira o cliente já tratado, com demandas por tratamento médico-hospitalares já atendidas, para ir em busca de um novo consumidor com demanda reprimida, que trará consigo novos custos assistenciais.

O investimento em Gestão do Relacionamento com o Cliente, parece ser vital para a sobrevivência das operadoras. Através de cruzamentos de dados da base de dados de utilização de serviços, a operadora poderá eleger os beneficiários candidatos aos programas de prevenção de doenças, de “Case Management” ou de “Disease Management”.

O sistema atual de co-participação na utilização de serviços considerados pequeno risco e o de franquia para os atendimentos de emergência, por exemplo, já demonstraram sua eficiência na otimização da utilização de serviços médico-hospitalares, e devem ser condição necessária para a gestão do risco.

Outra ponta importante na gestão da informação, está na rastreabilidade dos contratos vendidos pelos corretores de saúde terceirizados e até mesmo da força própria de vendas. O sistema de recompensa do corretor de planos/seguro saúde, deve ser revisto de forma a reduzir

o desembolso concentrado nas primeiras mensalidades e atrelar os ganhos dos corretores ao resultado de sua carteira de clientes ao longo do relacionamento deste com a operadora.

Estas mudanças propostas no modelo de gestão atual, não são simples nem rápidas de serem implementadas, principalmente porque podem vir a demandar uma mudança de posicionamento estratégico, bem como de mudança de estrutura organizacional funcional para orientada para processos. Somente quando toda a operadora estiver voltada para o objetivo estratégico de reter clientes, é que os resultados começarão a surgir. As áreas técnica, operacional, administrativa, a financeira, de relacionamento com provedores de serviços, a de relacionamento com clientes, a de marketing e assim por diante, devem trabalhar integradas e suportadas por sistemas informatizados que permitam a gestão total do cliente.

Os sistemas de recompensa precisam ser revistos, de modo a incentivar a consecução da nova proposta estratégica de uma relação ganha-ganha, porque caso contrário, os colaboradores das operadoras, os corretores terceirizados, os provedores de serviços médico-hospitalares, e até mesmo os beneficiários contribuirão para uma relação onde todos saíam perdendo no longo prazo.

Com a estratégia de retenção de clientes e com a mudança de percepção do cliente, de que a sua operadora de saúde está genuinamente preocupada com o seu bem-estar, os resultados de aumento de carteira poderão vir a ser consistentes já nos dois primeiros anos de aplicação dos programas aqui propostos, desde que estes sejam traduzidos em atitudes e propostas que envolvam toda a companhia e não apenas alguns departamentos.

O aumento da cobertura da população brasileira poderá chegar a patamares de 30% ou chegar a 40%, caso duas situações não excludentes e desejavelmente complementares aconteçam: a primeira delas é com a flexibilização das coberturas e exigências para planos individuais, principalmente no que se refere aos planos ambulatorial e odontológico; e a segunda questão passa pelo crescimento sustentado da economia brasileira, e o conseqüente aumento da renda per capita e da tão desejada distribuição de renda. Somente com a ocorrência destes dois fatores é que o nível de cobertura da população brasileira poderá variar significativamente, de forma positiva.

7.2 - CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Como ex-executivo de empresas do setor de saúde onde atuei nas áreas operacionais, comercial, marketing e, até mesmo, na presidência de uma operadora de saúde, espero ter apresentado neste estudo quadro analítico das principais transformações sofridas, neste mercado, com a regulamentação do setor; e ter desenvolvido proposta de atuação centrada em ações diferenciadas com referencial teórico em marketing de serviços, retenção de clientes, e ética, de modo a contribuir com sugestões para mudanças no modelo de gestão das operadoras para que estas possam enfrentar os novos desafios de um mercado maduro, altamente competitivo e regulamentado.

7.3 – SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Nesta pesquisa alguns aspectos identificados como relevantes para o setor poderão vir a ser aprofundados em estudos futuros, dentre eles ressalto os seguintes:

- Realização de pesquisa quantitativa quanto aos índices de deserção de planos individuais, tanto para os contratos novos, como de contratos anteriores a lei 9656/98. Este estudo poderia contribuir sobremaneira para o cálculo do ponto de equilíbrio de uma operadora de atuação focada em planos individuais ou familiares e nortear os objetivos de um programa de gestão do relacionamento com o cliente;
- Realização de estudos quanto aos custos médico-hospitalares de patologias crônicas e do perfil do beneficiários e dos resultados alcançados com práticas gerenciais de gestão de casos ou de doenças. Estas informações alimentariam o programa de marketing de frequência com parâmetros e indicadores chaves de desempenho;
- Um estudo da cadeia de valor de fornecedores poderia vir a dar elementos para uma análise mais objetiva do processo de geração de valor para o beneficiário.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <http://www.ans.org.br> . Acesso em: Dezembro de 2004.

ANDREAZZI, Marco A . R . de; ANDREAZZI, Maria de F. S. de; PINHEIRO, Márcia C. C.; M., SICSÚ, Bernardo. **Mercado de Saúde Suplementar: Amplitude e Limites na Arena da Regulação**. Disponível em : <http://www.ans.gov.br> . Acesso em: Dezembro de 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE CAFÉ: Disponível em: <http://www.abic.com.br>. Acesso em: Junho de 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS MEDICINAS DE GRUPO. Disponível em: <http://www.abramge.com.br> . Acesso em: Junho de 2004.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

BARLOW, Richard. Building Customer Loyalty through Frequency Marketing. **The Bankers Magazine**. London: maio-junho de 1990, p.73-76.

BATESON, John E.G. **Managing Services Marketing**. Fort Worth, Tex.: The Dryden Press, 1992.

BERRY, L. L. **Emerging Perspectives on Services Marketing**. Chigaco: American Marketing Association, 1983.

BERRY, L. L. Relationship Marketing of Services – Growing Interests, Emerging Perspectives. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Georgia, 23 (4), 1995, pp. 237-245.

_____ ; PARASURAMAN, A. Building a New Academic Field – the Case of Services Marketing. **Journal of Retailing**, Massachusetts, 69 (1), 1993, pp. 13-60.

_____. **Descobrimo a Essência do Serviço**. Rio de janeiro: Qualitymark Editora, 2001.

_____. Services Marketing is Different. USA: **Business Magazine**, maio-junho 1980.

BIERRENBACH, Júlio de A. A quem interessa a destruição do sistema privado de saúde? FUNENSEG; **Cadernos de seguro**, Rio de Janeiro, 18(88): 47-50, jan./fev. 1998.

BITNER, M. J. Building Service Relationships: It's All about Services. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Georgia, 23 (4), 1995, pp. 57-71.

CASTIGLIONE, Luiz Roberto. **Quem É Quem No Seguro Saúde**. Disponível em : <http://www.segs.com.br/artigos/quemequemnosegurosaude.htm>. Acesso em: Dezembro de 2004

CBHPM . Disponível em: [http:// www.remuneracaomedica.org.br](http://www.remuneracaomedica.org.br) . Acesso em: Dezembro de 2004.

CHRISTOPHER, Martin; PAYNE, Adrian; BALLANTYNE, David. **Relationship Marketing**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.

CHURCHILL G.A., Jr.; FORD N.M.; HARTLEY S.W.; e WALKER O.C. Jr.. The Determinants of Salesperson Performance: A Meta-Analysis. **Journal of Marketing Research** , USA, 22, nº 2 , 1985, 103-118.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamel S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORTINA A; CONILL J.DOMINGO-MORATALLA A; GARCIA-MARZÁ VD. **Ética de la empresa**. 2a ed. Madrid: Trotta,1996.

CROSBY L.A., EVANS K.R. e COWLES D.. Relationship Quality in Services Selling: Interpersonal Influence Perspective. **Journal of Marketing**, USA, (julho de 1990), 68-81.

DeSOUZA, Glenn. Design a Customer Retention Plan. **The Journal of Business Strategy**, USA, março-abril de 1992, 24-28.

FERRELL O.C.; FRAEDRICH J.. **Business Ethics**. Boston: Houghton Mifflin; 1991.

_____ ; GRESHAM L.G.; A Contingency Framework for Understanding Ethical Decision Making in Marketing; **Journal of Marketing**, USA, Verão de 1985.

FOURNIER, S.; DOBSCHA, S.; MICK, D. G.. Preventing the Premature Death of Relationship Marketing. **Havard Business Review**, Boston, janeiro-fevereiro de 1998, pp.42-51.

GREENBERG, Paul. **CRM na Velocidade da Luz**. Rio de Janeiro: Ed Campus, 2001.

GRIFFITHS, A. **The Structure of all Industry and Services**. Em Blois , K.(ed), The Oxford Textbook of marketing. Oxford : Oxford University Press, 2000, pp.68-102.

GRÖNROOS, C. A. **Marketing de Serviços**. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 377p.

_____. **Service Management and Marketing**. Managing Moments of Truth in Service Competition; Lexington, MA: Lexington Books, 1990.

_____. **Marketing: Gerenciamento e Serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

GUMMENSSON, E. **Internal Marketing in the Light of Relationship Management and Virtual Organizations**. Londres: Routledge, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: Dezembro de 2004.

HAKSEVER, C.. Service Management and Operations. **Prentice-Hall**, New Jersey, 2000.

HART, Christopher W. L.; SCHLESINGER, Leonard A.; MAHER, Don. Guarantees Come to Professional Service Firms. **Sloan Management Review**, USA, primavera de 1992, 19-29.

HOFFMAN K.D.; SIGUAW J.A.. Incorporating Ethics into the Services Marketing Course: The Case of the sears Auto Centers. **Marketing Education Review**, Las Cruces, NM 3, nº3 (1993), 26-32.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E. G.. **Princípios de Marketing de Serviços – Conceitos, Estratégias e Casos**. São Paulo: Pioneira, 2002.

LACZNIAK G.R.; MURPHY P.E . **Ethical Marketing Decisions**. Mass.: Allyn & Bacon, 1993.

LANGHEARD, E.; BATESON, J.; LOVELOCK, C.; EIGLIER, P.. **Marketing of Services: New Insights from Consumers and Managers**. Cambridge, Mass: Marketing Sciences Institute, 1981.

LOVELOCK, Christopher. **Serviços, marketing e gestão**. São Paulo: Negócios, 2003. 416p.

LOWENTEN, Michael W. The Voice of the Customer. **Small Business Reports**. MW, 18, dezembro de 1993, pp 57-58.

MELLO, Gustavo Tavares da Cunha Mello. **Fotografia do Mercado de Saúde Suplementar (Privada) no Brasil**. Disponível em : <http://www.ans.gov.br> . Acesso em: Dezembro de 2004

MESQUITA, Maria A F. **A Regulamentação da Assistência Suplementar à Saúde: Legislação e Contexto Institucional**. Disponível em : <http://www.ans.gov.br> . Acesso em: Dezembro de 2004

MOORMAN, C.; ZALTMAN, G.; DESHPANDÉ, R.. **Relationships Between Providers and Users of Market Research: The Dynamics of Trust Within and Between Organizations**. Journal of Marketing Research, USA, 29, agosto de 1992, pp. 314-329.

NICASTRO, M.L.. **Infuse Business Ethics into Marketing Curriculum**. Marketing Educator Quartely, USA, Vol. 11, nº1,1992, p.1.

ORTIZ-IBARZ J.. **La hora de la ética empresarial**. Madrid: Mc Graw-Hill, 1995.

PACHECO, Luciano. **Nem 8, Nem 80**. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

PINE II, Joseph B.; GILMORE, James H.. **The Experience Economy**. Boston: Harvard Business School Press, 1999.

PORTER, Michael E.; **Estratégia Competitiva**: Técnica para Análise de Indústrias e da Concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, Michael E.. **Vantagem Competitiva**: Criando e Sustentando um Desempenho Superior. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

REICHHELD, Frederick F.; SASSER, W. Earl Jr.. Zero Defections: Quality Comes to Services. **Harvard Business Review**, Boston, setembro-outubro de 1990, pp. 105-111.

REVISTA DINHEIRO ON LINE (2000): Disponível em: <http://www.revistadinheiro.com.br>. Acesso em: Dezembro de 2004.

SAVATER F.. **La dimensión ética de la empresa**. Santafé de Bogotá: Sigilo del Hombre Editores/Fundación Social; 1998. (Conversacionnes)

SCHLESINGER, Leonard A; HESKETT, James L.. The Services-Driven Service Company. **Harvard Business Review**, Boston, September de 1991.

SHEPARD D..**The New Direct Marketing**: How to Implement a Profit-Driven Database Marketing Strategy. Illinois: Homewood Ill.; Business One Irwin, 1990.

SHOSTACK, G. Lynn. Breaking Free from Product Marketing. **The Journal of marketing** , USA, April de 1977.

SROUR. **RH. Poder, cultura e ética nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

STONE, Merlin; Woodcock, Neil; Machtynger, Liz. **CRM – Marketing de Relacionamento com os Clientes**. São Paulo: Futura, 2002. 273p.

THE WORLD FACT BOOK (2000). Disponível em: <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html> . Acesso em: Outubro de 2004.

VAVRA, Terry G.. **Aftermarketing**: How to Keep Customers for Life through Relationship Marketing. Illinois: Homewood Ill.; Business One Irwin, 1992.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2003.

WEBSTER`S. **New Ideal Dictionary**. Springfield, Mas.: G. & C. Merriam Co., 1973.

YIN, R. K.. **Applications of case study research**. Newbury Park: Sage, 1994. pp.1-17.

ZEITHAML V.A.; PARASURAMAN A.; BERRY L.L.. Problems and Strategies in Services Marketing; **Journal of Marketing** , USA, 49, nº 2 ,1985, pp. 33-46.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM EXECUTIVOS DO SETOR

ROTEIRO DE ENTREVISTA QUALITATIVA

Data:
Nome:
Cargo :
Tempo no Cargo:
Tempo de empresa:
Operadora:
Local da Sede da Operadora:

PRIMEIRA FASE DA ENTREVISTA:

1. Como estão os negócios ?.
2. Os resultados da empresa foram afetados após a regulamentação ? e de que forma?
3. Como tem se comportado os custos assistenciais e a sinistralidade pós-regulamentação ?
4. Como você percebe a atuação da ANS ? no que tange a definição dos reajustes máximos para planos individuais ou familiares ?
5. Quais tem sido os índices de retenção de clientes de pessoa física ? e o da jurídica ?

SEGUNDA FASE DA ENTREVISTA:

1. Qual é a estratégia da sua empresa em termos de mercado alvo ?
2. Quem são seus principais concorrentes ?
3. E os seus principais parceiros comerciais ?
4. A sua venda de planos é terceirizada ? a de pessoa física e jurídica ?
5. Qual é a política de comissionamento vigente ?
6. Como você avalia a qualidade e a efetividade de sua força de vendas ?
7. A sua empresa possui algum instrumento formal de medição da qualidade da venda ? quanto a tempo de permanência no plano ? quanto a rentabilidade da carteira do corretor ? ou da concessionária ?
8. Como está o relacionamento com provedores de serviço médico ? hospitalar ? laboratórios ? Conselho regional de medicina ?

9. A sua empresa pratica algum tipo de direcionamento médico ? para generalistas e posteriormente para especialistas ?

10. Na opinião, como anda a qualificação do profissional médico ? e a relação médico-paciente ?

11. A sua empresa pratica alguma espécie de medicina preventiva ? e de Case management ?

12. Se pratica, quais são os resultados e onde eles aparecem ?

13. A sua empresa possui central de atendimento a clientes ? a empresa considera como clientes quem ? existe tecnologia da informação baseada em banco de dados que suporte este serviço ? A sua empresa utiliza CRM ? Foi realizado algum business case antes da escolha da ferramenta de CRM ?

GUIA DE APLICAÇÃO DA ENTREVISTA

1. Quem entrevistar

Procurar escolher profissionais que ocupem funções chave na organização de nível gerencial ou diretoria . Procurar entrevistar candidatos de diferentes áreas da empresa, tais como: médica, comercial e atendimento a clientes.

2. A situação da entrevista

Entende-se que o entrevistado deva aceitar, de livre e espontânea vontade, participar da entrevista, sem quaisquer constrangimentos; e que deva ser informado que a entrevista será mantida no anonimato.

Sugere-se que o ambiente tenha um mínimo de privacidade, possibilitando a concentração e a garantia de que não haja interrupções.

Recomenda-se que tanto o entrevistador quanto o entrevistado tenha disponibilidade de tempo para a realização da entrevista. Trata-se de conversa profunda, a qual e não pode ser realizada apressadamente.

3. Como entrevistar

Promover uma conversa inicial, explicando:

- os motivos da escolha da empresa e daquele entrevistado;
- os objetivos da pesquisa;
- a garantia de anonimato;

Observa-se que o roteiro é apenas um guia da conversa a dois. A forma de se perguntar tem de ser adaptada a cada entrevistado e à situação da entrevista. O roteiro não tem de ser necessariamente cumprido à risca, pois algumas questões não se aplicarão ao perfil do entrevistado ou da operadora.

5. O número de entrevistas

Estão previstas cinco entrevistas em cinco operadoras diferentes. Preferencialmente , duas deverão ser operadoras entre as dez maiores do País , duas em operadoras de porte médio e um de porte pequeno.

ANEXO A - Lei 9656/98**LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998.**

MEDIDA PROVISÓRIA N.º 2.177- 44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

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

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III – Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de

direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

Art. 2º. **Revogado**

Art. 3º. **Revogado**

Art. 4º. **Revogado**

Art. 5º. **Revogado**

Art. 6º. **Revogado**

Art. 7º. **Revogado**

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

I – registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II – descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III – descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV – especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V – demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII – especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

- I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
- II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII – **Revogado**
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Artigo incluído pela Lei nº 10.223, de 15.5.2001)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.

§ 3º **Revogado**

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º **Revogado**

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de

emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e *e-mail*; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); e

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.

Parágrafo único. **Revogado**

Art. 28. **Revogado**

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterà, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo.

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Redação dada pelo Decreto nº 4.044, de 6.12.2001)

I - da Justiça, que o presidirá;

II - da Saúde;

III - da Fazenda; e

IV - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota

técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros, Pedro Malan, Waldeck Ornélas e José Serra

ANEXO B - LISTA DE ALTERAÇÕES DA LEI 9656

Lei 9656	Ementa	Data de Publicação no D.O.U.
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1665</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	6/6/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-01</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	29/6/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-02</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	29/7/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-03</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	27/8/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-04</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	25/9/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-05</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	26/10/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1685-06</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	25/11/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1730-07</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	7/12/1998
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1730-08</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	6/1/1999
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1801-09</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	28/1/1999
<u>Lei 9.656 combinada com a MP 1801-10</u>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	25/2/1999
	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	25/3/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1801-11](#)

[Lei 9.656 combinada com a MP 1801-12](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

22/4/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1801-13](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

20/5/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1801-14](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

17/6/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-15](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

29/6/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-16](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

28/7/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-17](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

27/8/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-18](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

24/9/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-19](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

26/10/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1908-20](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

25/11/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-21](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

10/12/1999

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-22](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

11/1/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-23](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

9/3/2000

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

9/3/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-24](#)

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-25](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

6/4/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-26](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

4/5/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-27](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

1/6/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-28](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

29/6/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-29](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

28/7/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-30](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

28/8/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-31](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

27/9/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-32](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

26/10/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-33](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

23/11/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 1976-34](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

21/12/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-35](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

27/12/2000

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-36](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

26/1/2001

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

23/2/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-37](#)

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-38](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

27/3/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-39](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

26/4/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-40](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

24/3/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2097-41](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

21/6/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2177-42](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

28/6/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2177-43](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

27/7/2001

[Lei 9.656 combinada com a MP 2177-44](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

24/8/2001

[Lei 9.656 Original](#)

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

3/6/1998

ANEXO C - LISTA DE ALTERAÇÕES DAS RNS

RN	Ementa	Data de Publicação no D.O.U.
RN/01	Pagamento de Taxa de Saúde Suplementar (TSS) não recolhida por força de decisão judicial.	13/2/2002
RN/02	Altera a RDC 85, que institui o SIP.	25/2/2002
RN/03	Revisão do Plano de Contas Padrão.	19/4/2002
RN/04	Parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS, além do ressarcimento ao SUS. Alterada pela RN 18.	22/4/2002
RN/05	Processos de ressarcimento ao SUS relativos aos beneficiários de operadoras com atendimentos identificados, anteriores à sistemática prevista na RDC 62.	22/4/2002
RN/06	Envio de dados operacionais pelas seguradoras especializadas em saúde.	29/4/2002
RN/07	Arrecadação de Receitas da ANS.	16/5/2002
RN/08	Critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados e altera RDC 24, que trata das penalidades às operadoras.	27/5/2002
RN/09	Atualização do Rol de Procedimentos Odontológicos. Altera Resolução CONSU 10, que elabora o Rol de Procedimento.	27/6/2002
RN/10	Altera o Regimento Interno da ANS. Alterada pela RN 22.	5/7/2002
RN/11	Institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS	23/7/2002
RN/12	Altera a TUNEP. Revogada pela RN 13.	9/9/2002
RN/13	Revoga a RN 12, que altera a TUNEP.	27/9/2002
RN/14	Margem de Solvência das sociedades seguradoras e altera a RDC 77, que institui critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras.	25/10/2002
RN/15	Atualização do elenco de procedimentos e do reajuste de valores da TUNEP. Aprovada pela Resolução RDC 17. Alterada pela RN 23.	4/11/2002
RN/16	Medidas normativas a serem adotadas pelas operadoras relativas aos materiais publicitários de caráter institucional.	6/11/2002

RN/17	Novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras. Revoga a RDC 3. Alterada pela RN 37, que institui a Nota Técnica de Registro de Produto.	13/11/2002
RN/18	Altera a RN 4, que trata do parcelamento de débitos tributários e não tributários, além do ressarcimento ao SUS.	22/11/2002
RN/19	Revisão Técnica dos planos privados.	13/12/2002
RN/20	Condições gerais para elaboração dos formulários de declaração de saúde vinculados aos contratos de planos privados.	13/12/2002
RN/21	Proteção das informações relativas à condição de saúde do consumidor e altera a RDC 24.	13/12/2002
RN/22	Regimento Interno da ANS. Revoga a RN 10, que trata do mesmo assunto.	20/12/2002
RN/23	Atualização do elenco de procedimentos e do reajuste de valores da TUNEP. Altera a RN 15, que trata da atualização do elenco de procedimentos e do reajuste de valores da TUNEP. Alterada pela RN 31.	31/12/2002
RN/24	Sanções às infrações que produzam efeitos de natureza coletiva. Altera a RDC 24, que trata da aplicação de penalidades às operadoras.	17/1/2003
RN/25	Cadastro e demais providências que regem as pessoas jurídicas que operam com sistema de desconto.	30/1/2003
RN/26	Critérios para registro e avaliação contábil de títulos e valores mobiliários para as seguradoras e para as operadoras.	3/4/2003
RN/27	Revisão do Plano de Contas Padrão.	3/4/2003
RN/28	Plano de Contas aplicável às seguradoras.	3/4/2003
RN/29	Instituição da versão 2.0 do DIOPS.	3/4/2003
RN/30	Cancelada pela RN 34.	7/4/2003
RN/31	Atualização do elenco de procedimentos e ajuste de valores da TUNEP. Altera RN 23, que atualiza o elenco de procedimentos e do reajuste de valores da TUNEP.	7/4/2003
RN/32	Prorrogação do prazo para solicitação de cadastro das pessoas jurídicas que operam com sistema de desconto.	8/4/2003
RN/33	Definição do responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).	14/4/2003
RN/34	Cancelamento da RN 30, referente a atualização do elenco de procedimentos e ao ajuste de valores TUNEP. Cancela RN 30.	14/4/2003

RN/35	Prorrogação do prazo para a alienação de carteira das operadoras. Altera a RDC 84, que trata da alienação da carteira das operadoras.	14/4/2003
RN/36	Critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados.	22/4/2003
RN/37	Altera RN 17, que trata das novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras.	7/5/2003
RN/38	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	29/5/2003
RN/39	Prorroga o prazo para envio das informações do primeiro trimestre de 2003 previstas na Resolução RDC nº 85, de 21 de setembro de 2001, que instituiu o Sistema de Informações de Produtos - SIP.	30/5/2003
RN/40	Veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências. (Republicada)	10/6/2003
RN/41	Dispõe sobre a definição de responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.	13/6/2003
RN/42	Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.	7/7/2003
RN/43	Dispõe sobre a atualização da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.	28/7/2003
RN/44	Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	28/7/2003
RN/45	Dispõe sobre a prorrogação do prazo previsto na alínea "d" das Observações Adicionais ao item 2.1 e a faculdade de utilização de algumas alíneas dos Registros Auxiliares constantes do item 6, do Capítulo I - Normas Básicas, do Anexo II da RN n.º 27, de 1º de abril de 2003.	28/7/2003
RN/46	Dispõe sobre a consolidação dos créditos decorrentes das multas administrativas pecuniárias aplicadas pela ANS.	8/9/2003

RN/47	Aprova o Programa Transmissor de Arquivos - PTA entre Operadoras de planos privados de assistência à saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para transmissão dos arquivos da base de dados econômico-financeira e contábil das sociedades seguradoras especializadas em saúde, Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) e Sistema de Informações de Produtos (SIP).	15/9/2003
RN/48	Dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	23/9/2003
RN/49	Acrescenta parágrafo único no art. 3º da Resolução - RN nº 42, de 04 de julho de 2003, estabelecendo prazo para aditivo contratual que complemente a obrigatoria qualificação específica de entidade hospitalar.	4/11/2003
RN/50	Acrescenta inciso no art. 4º da Resolução - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, para estabelecer penalidade para infração às normas que regulamentam a relação das operadoras de planos de saúde com os prestadores de serviço.	4/11/2003
RN/51	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e altera o Anexo I da Resolução RN N.º 38, de 28 de maio de 2003.	18/11/2003
RN/52	Dispõe sobre os Regimes Especiais de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e das Seguradoras Especializadas em Saúde.	19/11/2003
RN/53	Altera o art. 4º da Resolução Normativa n.º 17, de 11 de novembro de 2002, e o Anexo I da Resolução Normativa n.º 37, de 05 de maio de 2003.	18/11/2003
RN/54	Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais.	1/12/2003
RN/55	Dispõe sobre o processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de doença e lesão preexistente pelo consumidor contratante ou beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	3/12/2003
RN/56	Cria o Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.	4/12/2003
RN/57	Dispõe sobre a margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.	19/12/2003
RN/58	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	19/12/2003

RN/59	Dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.	22/12/2003
RN/60	Altera dispositivo da Resolução Normativa - RN nº 42, de 4 de julho de 2003, e revoga a Resolução Normativa - RN nº 49, de 31 de outubro de 2003.	22/12/2003
RN/61	Altera dispositivos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 85, de 21 de setembro de 2001, que institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.	22/12/2003
RN/62	Acrescenta e altera dispositivos da Resolução Normativa – RN nº 40, de 6 de junho de 2003, que veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.	23/12/2003
RN/63	Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.	23/12/2003
RN/64	Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003.	23/12/2003
RN/65	Define o Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.	30/12/2003
RN/66	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.	5/2/2004
RN/67	Dispõe sobre a diversificação dos ativos das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para aceitação como garantidores e dá outras providências.	5/2/2004
RN/68	Altera o Anexo I da Resolução Normativa - RN N.º 38, de 28 de maio de 2003.	16/2/2004
RN/69	Revoga o § 6º do art. 1º da RN nº 26, de 3 de abril de 2003, que estabelece critérios para registro e avaliação contábil de títulos e valores mobiliários para as Seguradoras Especializadas em Saúde e para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.	20/2/2004
RN/70	Altera o art. 19 e os Glossários dos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 64, de 23 de dezembro de 2003.	20/2/2004
RN/71	Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.	18/3/2004

RN/72	Dispõe sobre a instituição do Programa de Transmissão de Arquivos - PTA, entre Operadoras de planos privados de assistência à saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para transmissão dos arquivos de dados de todos os sistemas que não possuem mecanismo de envio próprio ou para os que não possuem um sistema específico.	25/3/2004
RN/73	Altera o Anexo I da Resolução Normativa - RN N.º 68, de 13 de fevereiro de 2004.	8/4/2004
RN/74	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações Pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.	11/5/2004
RN/75	Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.	11/5/2004
RN/76	Define o Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	1/6/2004
RN/77	Define o Diretor responsável pela Diretoria de Gestão	1/6/2004
RN/78	Altera os arts. 5º e 19 da Resolução Normativa - RN nº 64, de 22 de dezembro de 2003.	29/6/2004
RN/79	Altera os artigos 2º e 3º da Resolução - RN nº 71, de 17 de março de 2004, estabelecendo novo prazo e outras providências.	1/9/2004
RN/80	Altera os prazos para manifestação dos consumidores definidos nos arts. 5º e 19 da Resolução Normativa - RN nº 64, de 22 de dezembro de 2003 e determina seu comunicado.	2/9/2004
RN/81	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.	3/9/2004
RN/82	Estabelece o Rol de Procedimentos que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999.	29/9/2004
RN/83	Cria o Comitê Editorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	25/10/2004
RN/84	Dispõe sobre a atualização do elenco de procedimentos e o ajuste de valores da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela RDC nº 17, de 30 de março de 2000, e alterada pelas Resoluções - RN nº 15, de 30 de outubro de 2002, RN nº 23, de 27 de dezembro de 2002, RN nº 31, de 4 de abril de 2003 e RN nº 43, de 17 de julho de 2003.	8/11/2004
RN/85	Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.	9/12/2004

RN/86	Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2005 e dá outras providências.	21/12/2004
RN/87	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.	20/12/2004

ANEXO D – LISTA DE ALTERAÇÕES DA LEI 9961

Lei 9961	Ementa	Data de Publicação no D.O.U.
Lei 9.961 combinada com a MP 1.976-33	<p>Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza. A Lei foi alterada por Medidas Provisórias e aguarda consolidação pelo Congresso Nacional. Disponível na versão atual, com as alterações introduzidas por Medidas Provisórias já incorporadas.</p>	23/11/2000
Lei 9.961 combinada com a MP 2.097-36	<p>Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza. A Lei foi alterada por Medidas Provisórias e aguarda consolidação pelo Congresso Nacional. Disponível na versão atual, com as alterações introduzidas por Medidas Provisórias já incorporadas.</p>	26/1/2001
Lei 9.961 combinada com a MP 2.097-40	<p>Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza. A Lei foi alterada por Medidas Provisórias e aguarda consolidação pelo Congresso Nacional. Disponível na versão atual, com as alterações introduzidas por Medidas Provisórias já incorporadas.</p>	24/5/2001
Lei 9.961 combinada com a MP 2.177-44	<p>Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.</p>	24/8/2001
Lei 9.961 Original	<p>Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.</p>	28/1/2000

ANEXO E - CONTRATO DE GESTÃO 2005**CONTRATO DE GESTÃO 2005****AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, E A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.**

A União, por intermédio do Ministério da Saúde, doravante denominado MS, inscrito no CGC/MF sob o n o 00394544/0127-87, neste ato representado por seu titular, o Ministro de Estado Humberto Costa, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, doravante denominada ANS, autarquia especial, instituída pela Lei n o 9.961, de 28 de janeiro de 2000, inscrita no CNPJ/MF sob o n o 03.589.068.001-46, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, neste ato representada por seu Diretor-Presidente, Fausto Pereira dos Santos, portador da carteira de identidade n o 1.052.686-SSP/GO e CPF n o 341.674.631-72, e os Diretores, José Leoncio de Andrade Feitosa, portador da carteira de identidade 52.198-07-7, CRM/RJ e CPF n o 311.058.747-53, Maria Stella Gregori, portadora da carteira de identidade n o 8.956.549-SSP/SP e CPF n o 153.266.718-32, Gilson Caleman, portador da carteira de identidade 6.183.262- SSP/SP e CPF n o 725.932.888-68 e Alfredo Luiz de Almeida Cardoso, portador da carteira de identidade n o 04943529-0-IFP/RJ e CPF n o 735 105 647-15, para efeito do disposto nos artigos 14, 15 e 36 da Lei n o 9.961, de 2000, resolvem firmar o presente CONTRATO DE GESTÃO regido pelas Cláusulas e condições que se seguem.

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO DA FINALIDADE**

O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a pactuação de resultados com a finalidade de permitir a avaliação objetiva do desempenho da ANS, mediante o estabelecimento de diretrizes estratégicas, ações e indicadores constantes dos Anexos I e II, respectivamente.

**CLÁUSULA SEGUNDA
DAS OBRIGAÇÕES DA ANS**

A ANS, por este CONTRATO DE GESTÃO, obriga-se a:

- I - observar, na sua ação administrativa, as diretrizes estratégicas estabelecidas no Anexo I;
- II - utilizar os indicadores relacionados no Anexo II para a avaliação de seu desempenho;
- III - encaminhar ao MS os relatórios gerenciais de atividades, na forma e prazo definidos pelas partes;
- IV - elaborar e submeter aos órgãos competentes, o relatório anual da execução deste CONTRATO DE GESTÃO e a prestação anual de contas da ANS;
- V - assegurar suporte à realização das atividades voltadas ao acompanhamento e à avaliação do cumprimento deste CONTRATO DE GESTÃO;
- VI - avaliar periodicamente a pertinência e a consistência dos indicadores de desempenho constantes do Anexo II, propondo ao Ministério da Saúde alterações e inclusões que entender necessárias, com as devidas justificativas.

**CLÁUSULA TERCEIRA
DAS OBRIGAÇÕES DO MS**

São obrigações do MS, por este CONTRATO DE GESTÃO:

I - proceder ao acompanhamento e à supervisão do desempenho da ANS e à avaliação da execução deste CONTRATO DE GESTÃO;

II - apresentar, com antecedência de 60 dias antes do término de sua vigência, parecer conclusivo quanto à renovação do contrato, conforme disposto na Cláusula Sexta;

III - empenhar-se para viabilizar a inclusão, no Orçamento Geral da União, de recursos a serem destinados à ANS, que permitam o atingimento das metas estabelecidas no Anexo II, garantindo-lhe plena execução, na forma do artigo 37, §8º, da Constituição Federal;

IV - repassar à ANS, os recursos financeiros necessários ao financiamento das suas atividades, garantindo compatibilidade com o plano de metas e com a programação financeira estabelecida junto ao Ministério da Saúde;

V - empenhar-se para viabilizar a constituição do Quadro Permanente de Pessoal da ANS, necessário ao cumprimento de sua finalidade institucional.

CLÁUSULA QUARTA DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

Para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO serão disponibilizados para a ANS, os recursos estabelecidos anualmente no Orçamento Geral da União, disponibilizados na unidade orçamentária n o 36.213 – Agência Nacional de Saúde Suplementar provenientes do Tesouro Nacional e da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar.

Subcláusula Primeira - Os recursos provenientes da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar serão geridos de forma autônoma pela ANS, ao abrigo do disposto nos artigos 18 a 23 da Lei n n o 9.961, de 2000, observados os princípios e critérios da legalidade, celeridade, finalidade, razoabilidade, impessoalidade, imparcialidade, publicidade, moralidade e economicidade..

CLÁUSULA QUINTA DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO

Para o cumprimento da obrigação estabelecida na Cláusula Terceira, o MS instituirá, mediante portaria ministerial, Comissão de Acompanhamento e Avaliação, para subsidiá-lo no acompanhamento e na avaliação da execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

Subcláusula Primeira - A Comissão será coordenada por representante do MS e será integrada por representantes da ANS e poderá contar, também, em sua composição, com representantes de outros ministérios e especialistas de reconhecida competência na área de atuação da ANS.

Subcláusula Segunda - No prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, serão definidas, conjuntamente pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, a sistemática de acompanhamento e avaliação e a periodicidade de reuniões da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

Subcláusula Terceira - A Comissão reunir-se-á, periodicamente, em data previamente definida e acordada entre as partes, cabendo-lhe a apresentação ao MS de relatório sobre a execução deste CONTRATO, apresentando sugestões e recomendações, inclusive quanto à revisão e à renegociação das obrigações pactuadas, sempre que julgar necessário.

Subcláusula Quarta – Ao término da vigência, a Comissão de acompanhamento e Avaliação apresentará ao MS parecer conclusivo sobre a execução deste Contrato de Gestão.

Subcláusula Quinta - A Comissão, no acompanhamento e avaliação da execução deste CONTRATO DE GESTÃO, levará em conta a edição de normas e a disponibilização de recursos orçamentários, financeiros e humanos à ANS.

Subcláusula Sexta - Cada órgão representado na Comissão de Acompanhamento e Avaliação arcará com seus respectivos custos, cabendo à ANS o apoio logístico necessário à realização dos trabalhos da Comissão.

Subcláusula Sétima – A ANS encaminhará à Comissão, por ocasião das reuniões de avaliação e ao término da vigência deste CONTRATO DE GESTÃO, relatório referente à execução das metas estabelecidas para as ações desenvolvidas, de acordo com as diretrizes estratégicas, constantes do Anexo I deste CONTRATO DE GESTÃO.

CLÁUSULA SEXTA DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

O presente CONTRATO DE GESTÃO vigorará até 31 de dezembro de 2005 e poderá ser renovado, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável do MS, quanto à avaliação do desempenho da ANS.

Subcláusula Primeira - A repactuação, parcial ou total deste CONTRATO DE GESTÃO, formalizada mediante termo aditivo e necessariamente precedida de justificativa do MS e da ANS, poderá ocorrer:

- I - por recomendação constante de relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, com parecer favorável do MS;
- II - para adequação a novas políticas governamentais que promovam alterações nas condições ora pactuadas que impactem a execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- III - para adequação às metas e obrigações da Lei Orçamentária Anual.

Subcláusula Segunda - A renovação deste CONTRATO DE GESTÃO será proposta pela ANS, com antecedência de até 90 (noventa) dias do término de sua vigência e será baseada na pactuação de resultados a partir de indicadores e metas que permitam a avaliação objetiva do desempenho da ANS.

CLÁUSULA SÉTIMA DAS PENALIDADES

O descumprimento do presente CONTRATO DE GESTÃO, por parte da ANS, por não observância, ainda que parcial, das cláusulas deste CONTRATO DE GESTÃO, decorrente de má gestão, culpa, dolo, ou violação da lei por parte da Diretoria da ANS, será reportado pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação, mediante a emissão de relatório, o qual será devidamente atestado pelo MS.

Subcláusula Primeira - Atestado o descumprimento do CONTRATO DE GESTÃO, o MS encaminhará pedido de justificativa à ANS, a qual ficará obrigada a respondê-lo de forma fundamentada, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do seu recebimento.

Subcláusula Segunda - Na hipótese de não aceitação da justificativa pelo MS, devidamente fundamentada, o Ministro de Estado da Saúde submeterá ao Presidente da República proposta de exoneração de dirigentes, conforme disposto nos artigos 8º e 15 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

CLÁUSULA OITAVA DA PUBLICIDADE

O presente CONTRATO DE GESTÃO e seus aditivos serão publicados pelo MS na íntegra no Diário Oficial da União e pela ANS, na forma de extrato, em 2 (dois) jornais de circulação nacional, até o quinto dia útil do mês subsequente ao de sua assinatura.

Subcláusula Única - A ANS providenciará ampla divulgação, por meios físicos e eletrônicos, dos relatórios anuais sobre a execução deste CONTRATO DE GESTÃO, bem como dos respectivos relatórios e parecer da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

Brasília, 31 de dezembro de 2004.

HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA Ministro do Estado da Saúde

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS Diretor-Presidente da ANS

JOSE LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA Diretor da ANS

GILSON CALEMAN Diretor da ANS

MARIA STELLA GREGORI Diretora da ANS

ALFREDO CARDOSO Diretor da ANS

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

ANEXO I. DIRETRIZES ESTRATÉGICAS PARA A GESTÃO DA ANS

1. A qualificação da Saúde Suplementar:
 - Promoção da saúde e prevenção das doenças;
 - Controle de acesso e qualidade da assistência;
 - Acompanhamento e fiscalização de cobertura e dos aspectos sanitários e epidemiológicos;
 - Consolidação da ação regulatória da ANS, a partir da implantação de agendas transversais para o desenvolvimento de estudos e projetos que promovam a integração das ações e informações do setor / ANS.
2. A integração do Setor de Saúde Suplementar com o Setor Público de Saúde visando à melhoria das condições de saúde da população:
 - Aperfeiçoar o processo de ressarcimento ao SUS;
 - Construção de agendas integradas setoriais;
 - Integração dos Sistemas de Informação da ANS aos Sistemas de Informação do SUS.
3. A indução da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar, zelando pela manutenção da estabilidade do setor e estabelecendo e controlando padrões de entrada, operação e saída das operadoras.
 - Regularização do registro de produtos;
 - Concessão de autorização de funcionamento de operadoras.
4. garantia da confiabilidade e da credibilidade institucional, promovendo o acesso, o direito e a defesa dos interesses dos usuários, no tocante à assistência privada à saúde.
5. A construção de uma relação usuário / serviço que se direciona pelo direito à saúde e do consumidor;.Identificação única dos usuários vinculados ao Setor de Saúde Suplementar;
6. Acompanhamento e fiscalização de operadoras e prestadores de serviços nos aspectos assistenciais e econômico-financeiros.

QUADRO I
CONTRATO DE GESTÃO 2005
CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

	DIRETRIZES ESTRATÉGICAS	INDICADOR / FÓRMULA DE CÁLCULO	ÍNDICE 2004	META 2005
DIPRO	A indução da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar	Taxa de regularização do registro de plano de saúde $\frac{\text{Quantidade de análises concluídas de solicitações de regularização de registros de planos de saúde no exercício}}{\text{Quantidade de solicitações de regularização de registros de planos de saúde no exercício}} \times 100$	-	50%
	A qualificação da saúde suplementar	Índice de acompanhamento da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar $\frac{\text{Quantidade total das operadoras ativas que enviaram o SIP e que tiveram seus relatórios analisados pela GGTAP no período}}{\text{Total de operadoras ativas que enviaram o SIP no período}} \times 100$	25%	75%
	Indução da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar	% de conclusão de processos de solicitações de reajustes de contraprestação pecuniária para os planos contratados por pessoa física posteriormente à lei 9.656/98 $\frac{\text{Quantidade de solicitações concluídas}}{\text{Quantidade de solicitações recebidas}} \times 100$	100%	100%
DIGES	A qualificação da saúde suplementar	Efetividade no recolhimento da taxa de saúde suplementar $\frac{\text{Operadoras que recolheram a TPS}}{\text{Operadoras c/ exigibilidade de recolhimento da TPS}} \times 100$	78%	84%
	A qualificação da saúde suplementar	Realização de pesquisa de aferição do grau de satisfação dos atores envolvidos quanto ao papel da ANS Cumprimento dos percentuais correspondentes a cada uma das atividades de execução	-	Pesquisa Divulgada
	A qualificação da saúde suplementar	Concurso público $\frac{\text{Nº cargos preenchidos}}{\text{Nº total de cargos*}} \times 100$ Onde * Total de cargos = 310	-	100%

	A qualificação da saúde suplementar	EFETIVIDADE NO ORÇAMENTO $\frac{\text{Execução orçamentária do ano corrente}}{\text{Dotação orçamentária do ano corrente}} \times 100$	92%	95%
DIFIS	A garantia da confiabilidade e da credibilidade institucional.	Realização e divulgação de pesquisa sobre o grau de satisfação dos usuários com os serviços prestados pelas operadoras Cumprimento dos percentuais correspondentes a cada uma das atividades de execução	-	Pesquisa Divulgada
	A garantia da confiabilidade e da credibilidade institucional.	Ações de fiscalização reativa $\frac{\text{Total de denúncias apuradas}}{\text{Total de denúncias recebidas no período}} \times 100$	81%	100%
	A garantia da confiabilidade e da credibilidade institucional.	Ações de fiscalização planejada $\frac{\text{Total de fiscalização realizada}}{\text{Total de fiscalização programada}} \times 100$	100%	100%
DIDES	A integração do setor de saúde suplementar com o setor público de saúde.	Índice de ressarcimento $\frac{\text{Quantidade de AIH's pagas}}{\text{Quantidade de AIH's cobradas*}} \times 100$ *Total de AIH's identificadas subtraída das AIH's deferidas e das AIH's em análise	19,00%	25%
	A integração do setor de saúde suplementar com o setor público de saúde.	Índice de partilha $\frac{\text{Valor total recebido no período}}{\text{Total de recursos efetivamente partilhados no período}} \times 100$	93%	96%
	A integração do setor de saúde suplementar com o setor público de saúde.	Taxa de adesão de operadoras de grande porte ao TISS $\frac{\text{Somatório de operadoras de grande porte aderentes}}{\text{Total de operadoras de grande porte existentes}} \times 100$	-	30%

DIOPE	A indução da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar	<p>Índice de atualização cadastral das operadoras</p> $\frac{\text{Nº de operadoras com cadastro atualizado}}{\text{Nº de operadoras com registro concedido}} \times 100$	100%	<p>100% das operadoras de grande porte 75% das operadoras de médio porte e 50% das operadoras de pequeno porte</p>
	A indução da sustentabilidade do mercado de saúde suplementar	<p>Índice de concessão de autorização de funcionamento de operadoras</p> $\frac{\text{Nº de concessão de autorização de funcionamento}}{\text{Total de registros provisórios}} \times 100$	50%	<p>100% das operadoras de grande porte; 75% das operadoras de médio porte e 50% das operadoras de pequeno porte</p>
	Elevar a confiabilidade e a credibilidade institucional.	<p>Índice de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras</p> $\frac{\text{Operadoras acompanhadas}}{\text{Operadoras ativas - Autogestões patrocinadas}} \times 100$	100%	<p>100% das operadoras de grande porte; 75% das operadoras de médio porte e 50% das operadoras de pequeno porte</p>

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)