

Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil

Procedures and perceptions of professionals and groups acting in the Brazilian health plan market

José Mendes Ribeiro ¹

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato ²

Jeni Vaitsman ¹

Luis Otávio Farias ³

Maurício Vasconcellos ⁴

Eliane Hollanda ¹

Carla Pacheco Teixeira ⁵

Abstract *This study analyzes the mechanisms used in Brazil by health plan and insurance operators, hospitals and physicians for organizing the access to health care services and their strategies towards cost reduction and decision-making. The study is based on the literature about regulation of the health services, with special focus on micro-management and managed care. From an intentional sample of health care organizations selected according to the number of beneficiaries, organizational modality and geographic criteria we selected probabilistic samples of doctors and hospital services. Data were collected through questionnaires applied to key informants from health care operators and affiliated doctors and hospitals. Results suggest that the relationships between health care organizations, physicians and hospitals follow basically patterns inherited from the former social security system, mainly with fixed pricing and open account payments. More complex financing mechanisms, risk sharing and efficiency strategies are of minor interest. Mechanisms for risk reduction and encouragement of adequate use of technologies are weak. Cost control is mainly based on co-payment and barriers to access to the services. We conclude that in Brazil managed care is still in its beginning.*
Key words *Health plans, Private health insurance, Managed care*

Resumo *O objetivo do estudo é analisar o modo como, no Brasil, operadoras de planos e seguros de saúde, serviços hospitalares e médicos organizam o acesso aos serviços de saúde, e que mecanismos utilizam para economia de custos e de decisões. A análise faz uso da literatura de regulação em saúde e da estratégia do managed care. A partir de uma seleção intencional de operadoras baseada em número de beneficiários, modalidade organizacional e abrangência geográfica, foram selecionadas amostras probabilísticas de médicos e de serviços hospitalares. Os dados foram obtidos através de questionários com representantes das operadoras, médicos e hospitais a elas credenciados. Os resultados sugerem que as relações entre operadoras, médicos e hospitais se estabeleceram em bases herdadas do antigo sistema previdenciário, com pagamento predominante de serviços por tabelas fixas e contas abertas. Mecanismos mais complexos de financiamento, de compartilhamento de riscos e de busca pela eficiência são pouco experimentados. São frágeis os mecanismos de redução de agravos, assim como os incentivos ao uso adequado das tecnologias. Fatores moderadores de consumo ou barreiras de acesso são o meio mais comum de controle de custos. Pode-se concluir que a agenda do managed care é incipiente no caso brasileiro.*
Palavras-chave *Planos de saúde, Saúde suplementar, Atenção gerenciada*

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. ribeiro@ensp.fiocruz.br

² Centro de Estudos Sociais Aplicados, Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense.

³ Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁵ Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Introdução

O acesso a serviços de saúde no Brasil é altamente diversificado segundo segmentos de renda e região. Isto se deu apesar de disposições constitucionais resultantes do processo de democratização da década de 1980 apontarem para a montagem de um vigoroso sistema público nacional de caráter universal de base fiscal. Novas configurações na oferta pública, características evolutivas do Sistema Único de Saúde (SUS), diversificação de fundos de empresas estatais, expansão do financiamento por empresas privadas e a oferta de pacotes individuais por parte de cooperativas médicas, seguradoras e empresas médicas se situam entre os fatores que contribuíram para o atual mosaico de perfis de titularidade e de acesso a serviços que caracterizam o quadro brasileiro. Além do acesso a serviços de saúde por mecanismos de pagamento direto, cuja expansão não está adequadamente documentada no país, o que se observou no Brasil ao longo de quatro décadas foi um crescimento acelerado das atividades econômicas relacionadas aos diversos tipos de grupos e empresas que prestam serviços privados diretos ou compram estes serviços para seus beneficiários. Na maioria das situações observadas, os mecanismos de financiamento envolvem a atuação de empresas de pré-pagamento.

Estes mercados operaram em acelerada expansão sob regime de quase-autoregulação até o advento de uma reforma setorial ao final dos anos 1990, a qual mudou as suas características para o ambiente de mercado regulado. As duas principais causas para tais mudanças se relacionam a danos perceptíveis a direitos dos consumidores e ao ambiente político favorável à Reforma do Estado. O novo marco regulatório pode ser resumido pelo conjunto das Leis nº 9.656/1998 (regulamentação dos mercados), 9.961/2000 (criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) e 10.185/2001 (formalização da seguradora especializada de saúde). Neste contexto, destaca Montone¹, as operadoras (empresas) passaram de uma legislação do tipo societário de “livre atuação” para uma “atuação controlada”, sujeitas a normas de autorização, padronização contábil, riscos de liquidação e exigência de garantias financeiras. Com relação aos produtos, as mudanças removeram a livre determinação contratual de coberturas, carências e reajustes de preços, substituída pela padronização de pacotes de serviços, controle da seleção de risco, controle de reajustes e proibição de rescisão unilateral dos contratos.

A estrutura destes mercados se alterou após o novo regime regulatório, embora seu impacto não esteja adequadamente analisado. A dinâmica das mudanças observadas nestes mercados tem características adaptativas e responde a novos incentivos introduzidos no sistema. Para Costa e Castro², no novo ambiente regulatório, os requisitos de entrada nestes mercados devem ser analisados devido aos incentivos à decisão de investimentos das empresas. Mudanças de rentabilidade e a natureza das novas barreiras de entrada podem afetar os cálculos estratégicos das empresas e a ação dos reguladores pode afetar a estrutura de incentivos do setor em termos de maior ou menor competitividade. Para Ribeiro³, os problemas observados nestes mercados podem ser remetidos aos aspectos contratuais, às estratégias de integração (maior ou menor verticalização das empresas) e aos mecanismos de governança (no âmbito dos grupos ou empresas e entre a ANS e o conjunto dos agentes do sistema). As estratégias de reguladores e regulados respondem principalmente à redução dos custos de transação (incluindo os custos políticos e administrativos) associados aos contratos em particular e ao tipo de governança dos mercados regulados em geral.

Segundo dados da ANS⁴, o conjunto de planos privados cobre 44,7 milhões de beneficiários e envolve cerca de duas mil empresas operadoras. O número de beneficiários vem crescendo e a cobertura nacional passou de 20,8% (2000), para 23,9% (2006). O dinamismo do setor pode ser constatado pelo fato de cerca de 8,5 milhões de beneficiários terem aderido ao seu plano de saúde há menos de um ano. A distribuição percentual de beneficiários segundo modalidade de operadora mostrou para 2006 um predomínio da medicina de grupo (38,5%), seguida de perto pela cooperativa médica (32,3%) e depois por autogestão patrocinada (12,1%), seguradora especializada em saúde (11,0%), filantropia (3,5%) e autogestão não patrocinada (2,5%). Grupos e segmentos que têm apresentado crescimento especialmente destacado incluem cooperativas médicas, planos exclusivamente odontológicos e planos coletivos.

Neste estudo, enfatizamos o modo como operadoras de planos e seguros de saúde, serviços hospitalares e médicos organizam o acesso aos serviços de saúde e os mecanismos que utilizam em termos de economia de custos e de decisões. A espiral de custos crescentes na atenção médica é fato conhecido e de impacto sobre os orçamentos públicos e privados em todos os países industria-

lizados. Igualmente, a capacidade cada vez maior de novos medicamentos, meios diagnósticos e intervenções clínico-cirúrgicas em resolver problemas individuais aumentam a demanda por serviços e a pressão por financiamentos sobre governos e empresas. A expansão do consumo por serviços médicos gera custos que são repartidos ou assumidos por terceiros pagadores (governos ou empresas) na medida em que o impacto das despesas tende a ser catastrófico para os orçamentos familiares. O modo como riscos e custos são compartilhados entre beneficiários, empresas, prestadores, governos e profissionais de saúde reflete a estrutura de proteção social e regime regulatório de cada país. Uma abordagem ao modo como acesso e riscos estão estruturados em cada sistema consiste em conhecer os arranjos regulatórios. Estes arranjos interferem no modo como os governos determinam condutas ou como delegam aos mercados a busca de equilíbrios econômicos próprios onde os diferentes interesses estejam acomodados.

Problemas regulatórios são tratados em vasta literatura, enfatizando principalmente a dinâmica das informações, os custos de transação e os aspectos político-administrativos⁵. Esquemas regulatórios podem se ajustar às diferentes estruturas de mercados, na forma de regulação responsiva⁶. Neste modelo regulatório, as agências intervêm na forma de uma pirâmide a partir de uma base composta por processos de solução normativa imediata e que escalonam a sua intervenção sobre os mercados até o pico, onde ocorre a punição.

As principais abordagens seguem variações de modelos neoclássicos, com ênfase no risco moral, na seleção adversa e na dinâmica entre mercados competitivos e concentrados. Por outro lado, em virtude da crescente complexidade e das interfaces tecnológicas, escolas institucionalistas têm orientado o foco das pesquisas para os mecanismos de governança que regem os contratos e as relações entre agentes e empresas. Teorias de custos transacionais, fundadas na noção de racionalidade limitada – incapacidade dos indivíduos em processarem mentalmente as informações de modo a produzirem escolhas racionais em ambientes de maior complexidade tecnológica – têm oferecido alternativas explicativas aos modelos exclusivamente orientados à noção de racionalidade, contratos completos e assimetria informacional^{7,8}. Nestas abordagens, as soluções adotadas por empresas e indivíduos em termos de integração vertical de atividades nas empresas ou a terceirização decorrem dos

custos transacionais envolvidos nestas atividades. A dinâmica da agência reguladora de mercados de planos de saúde e as decisões das empresas em termos de aquisição de planos, e das operadoras em termos de desenvolvimento de redes próprias ou credenciamento de profissionais ou serviços, são analisados segundo soluções que reduzam o atrito entre os interesses. Desta forma, o foco se situa em mecanismos de governança flexíveis e repactuados ao longo do tempo como o modo principal de resolução de conflitos. Um ponto relevante em mercados de saúde e em políticas públicas setoriais se refere ao papel da profissão médica. Os médicos detêm a prerrogativa de definir o consumo no setor em diferentes fases. Desde meios diagnósticos e uso de medicamentos até a determinação de internação e alta hospitalar. Os mecanismos de controle de custos no setor envolvem algum nível de controle sobre elementos da autonomia médica e o conflito com a profissão é a norma quando se tratam de reformas abrangentes. A literatura destaca aspectos históricos da profissão médica, onde a experiência e a subjetividade estariam preservadas em função de laços de confiança entre médicos e pacientes na forma de um neo-hipocratismo⁹. O predomínio da independência técnica como um atributo necessário das atividades nos setores de serviços foi apontado na literatura sociológica¹⁰. Por outro lado, autores com abordagens estruturalistas chamam a atenção para a perda progressiva de domínio e exclusividade dos médicos quanto ao seu conhecimento e suas técnicas. Este fator, associado ao assalariamento decorrente da empresa e da expansão do Estado e de suas políticas, levaria à proletarianização dos médicos e redução de sua base de controle cognitivo^{11,12}). Outro tipo de abordagem sociológica influente é a de Freidson^{13,14}, que ressalta o predomínio da autonomia profissional mesmo em ambientes de forte presença das organizações públicas e privadas, especialmente pelo próprio processo de decisão clínica e preservação da autoridade médica na decisão sobre as principais etapas da atenção à saúde.

A literatura das décadas de 1980 e 1990 enfatizou as estratégias organizacionais de revisão da decisão médica para efeitos de custos e o desenvolvimento de mecanismos de restrição de acesso de clientela conhecido como *managed care*¹⁵. As HMO (*Health Maintenance Organizations*) representaram a face mais visível das estratégias de controle de custos médicos por meio de integração de parte de suas rotinas à dinâmica destas organizações, que incluíram a substituição dos pagamen-

tos por serviços prestados pelos pagamentos prospectivos, revisão da decisão médica e controle sobre o acesso aos especialistas. Robinson e Steiner¹⁶ apontam as diferenças essenciais entre os modelos de livre escolha (com riscos inflacionários) e o das HMO (com riscos para a qualidade). Na livre escolha por pacientes, a autonomia médica é acentuada, os honorários são definidos entre médicos e pacientes (*fee-for-service*), as práticas ocorrem em bases individuais ou por pequenos grupos de especialistas e a associação profissional controla habilitação e atuação dos médicos. No modelo das HMO, a clientela é definida por filiação ao plano de saúde, existe um rol definido de serviços, os pagamentos são fixos e independentes da utilização de serviços, os orçamentos são prospectivos, a HMO negocia os pagamentos aos médicos (terceiro pagador), existem restrições de escolha entre provedores, os riscos financeiros estão na HMO e/ou são compartilhados com os médicos e há controle sobre prática médica (revisões de utilização).

Ao resumir os processos reformadores e os pontos críticos do sistema de atenção à saúde nos Estados Unidos ao longo do tempo, Porter e Teisberg¹⁷ identificam três grandes ciclos de objetivos observados nas reformas setoriais e apontam para uma desejável agenda de curto prazo. A agenda predominante no passado recente se deu na redução ou corte custos médico-assistenciais. No presente, as reformas têm enfatizado a garantia de escolhas e a redução de erros. Assinalam que as reformas de um novo ciclo devem estar orientadas a agregar valor aos procedimentos. Desta forma, o foco deve se voltar à competição ao nível das doenças e condições de saúde; a incentivos para agregar valor em vez de transferir custos; a escolhas dos consumidores e a informações sobre resultados e preços dos provedores.

No Brasil, a agenda política para estes mercados (saúde suplementar) envolve racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custos. Na experiência internacional, o aprendizado organizacional e governamental sobre o controle de custos tem sido disseminado seja em países dotados de sistemas universais, como no Canadá, ou naqueles fragmentados pela especialização dos gastos públicos, como nos Estados Unidos.

Microgestão, gestão clínica e controle de custos

Este estudo analisa mecanismos utilizados nos

mercados de planos de saúde no Brasil frente ao novo regime regulatório e aos diversos interesses em jogo. Estratégias que combinem eficiência econômica e orientação à qualidade em mercados de planos de saúde têm sido perseguidas, de modo mais típico, na experiência norte-americana. A disseminação de empresas intermediárias (entre consumidores e prestadores de serviços) e o estabelecimento de porta de entrada e integração vertical formam parte das conhecidas estratégias de *managed care*¹⁸. O conhecimento da matriz norte-americana de planos de saúde é relevante para compreender as estratégias observadas no Brasil. A assistência à saúde nos Estados Unidos, ao contrário da maioria dos países de alta renda, se caracteriza por elevada participação de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços, embora a participação governamental seja substantiva. O aprendizado institucional a partir desta experiência é relevante ao ambiente de saúde suplementar no Brasil. Na Europa, tecnologias de gestão clínica e de controle de custos têm sido disseminadas no setor público na forma de atenção primária¹⁸.

Nos Estados Unidos, os programas públicos estão concentrados no sistema *Medicare-Medicaid*, embora existam programas federais voltados a segmentos específicos como veteranos e populações indígenas. O *Medicare* é financiado pelo governo federal e voltado para a população acima de 65 anos de idade e incapacitados permanentes. Existe co-participação financeira dos associados (elegíveis) conforme o padrão de utilização dos serviços. A cobertura hospitalar representa um direito decorrente de pagamentos pelos assalariados para o seguro social. Com relação aos demais serviços, o grupo formado pelas despesas com médicos, tratamento extra-hospitalar, entre outros, é coberto por prêmios mensais dos associados e aportes federais anuais. As despesas médicas geram abatimentos fiscais. Os médicos podem cobrar dos pacientes no *Medicare* acima da tabela negociada e muitos beneficiários compram seguros complementares para cobrir estes gastos adicionais, cujas despesas geram também abatimentos fiscais. O *Medicaid*, focalizado na população de baixa renda, definida por testes de capacidade financeira, é financiado e administrado pelos governos estaduais (com participação financeira federal). Os critérios de elegibilidade e padrão de implementação diferem bastante entre os estados da Federação. Os médicos credenciados, neste caso, não costumam cobrar acima de tabelas pré-estabelecidas. Um número bastante variado de formas

organizacionais povoam a estrutura de acesso aos serviços e uma tipologia organizacional é difícil de ser precisada. As tecnologias de microgestão foram altamente fortalecidas e difundidas a partir de inovações introduzidas principalmente pelos programas públicos.

Os custos crescentes no setor, associados à difusão em larga escala de inovações tecnológicas, atenção especializada e novas terapias, estimularam um vigoroso reordenamento organizacional que atingiu a provisão pública e privada de serviços de saúde, conhecido, em termos gerais, como *managed care* e fortemente associado ao advento das HMO, principalmente a partir da década de 1980. Estes planos (que remontam à década de 20) ganharam incentivos governamentais especialmente a partir de 1970 e o termo HMO foi cunhado por Paul Ellwood para designar um modelo alternativo ao pagamento direto por serviços (*fee-for-service*). Diversas variantes povoam estes mercados e combinam o uso de médicos de atenção primária (*gatekeepers*) para comandar as referências a especialistas e hospitais. Com o tempo, seu conceito originário foi ampliado e passou a incorporar inclusive planos de reembolso de pagamentos diretos (seguros indenizatórios) quando acompanhados de técnicas de controle médico, como revisão de utilização, perdendo a conotação inicial de gerenciamento de planos baseados na capitação¹⁹. A exigência de autorização por médicos de atenção primária para o acesso a serviços de maior complexidade reduz o escopo da livre escolha pelos beneficiários.

Em 1994, cerca de 77% dos médicos já possuíam contratos de atenção gerenciada dos quais retiravam mais de um terço de sua renda. Em 1996, as HMO se tornaram a principal modalidade, contando com cerca de 65 milhões de associados em 1996. Estas organizações praticam técnicas de comparação entre procedimentos médicos para resultados e custos e *guidelines* (protocolos clínicos) para tratamentos adotados. Os médicos podem ser assalariados, pagos na base do *fee-for-service* ou por capitação. São frequentes os incentivos financeiros para reduzir volume de serviços prestados. Dentro de cada arranjo específico, existem diferenças com relação às formas de pagamento de prêmios e co-pagamento, às modalidades de remuneração dos médicos e aos mecanismos de acesso dos beneficiários aos serviços. No plano micro-organizacional, certos controles são exercidos diretamente sobre as decisões médicas. As tecnologias utilizadas visam reduzir a variabilidade da decisão médica e se

observa uma ênfase crescente das operadoras no estímulo à prevenção de doenças e a intervenções precoces para reduzir as mais custosas e tardias. Estudo de Robinson & Steiner²⁰ revelou menor utilização de hospitais, maiores taxas de atenção preventiva e níveis comparáveis de qualidade para HMO com relação à atenção médica provida exclusivamente com base no pagamento por serviço. Por outro lado, a satisfação dos pacientes mostrou-se inferior em um número maior de estudos realizados. O *managed care* pode ser considerado como uma resposta de mercado à espiral de custos crescentes na atenção à saúde, mas devido às características especiais destes mercados, estas forças falham em produzir uma alocação eficiente e equitativa dos recursos de atenção à saúde²¹. Com relação aos médicos, em função da persistência de esferas de autonomia e independência técnica, o custo da regulação de seu processo decisório se mostra muito elevado e com impacto, muitas vezes, sobre a qualidade.

Flynn & Williams²² destacaram a utilidade da teoria do custo de transação por chamar atenção para os processos de contratualização e para as estruturas de governança que orientam as escolhas estratégicas das organizações. No núcleo desta discussão, emergem considerações sobre os elevados custos de transação que envolvem a compra e a venda de serviços ou a produção de bens públicos por terceiros. Como assinalam Appleby e Smith²³, a contratualização no campo da saúde parece exigir altos custos de transação por serem os contratos caros para redigir, complicados para executar e difíceis para implementar. Essa contratualização exigiria melhorar o ambiente para a cooperação entre provedores e compradores, levando principalmente ao alongamento do período de validade dos contratos. Estes tenderiam a perder a lógica da negociação anual e ganhar a forma de acordo de longo prazo.

Em nosso estudo, a atenção gerenciada é entendida como uma estratégia que envolve mecanismos de gestão clínica e de custos médicos que suprimem ou reduzem os pagamentos por serviços, em favor de modalidades alternativas como orçamento global, capitação, assalariamento e redução da variabilidade da decisão médica.

Procedimentos metodológicos

A amostra selecionada tomou por base a distribuição pela ANS para 2003 e que assinalou a existência 2.307 operadoras médicas ativas e um total de 32,8 milhões de beneficiários. O estudo foi

realizado em duas etapas. A primeira utilizou um conjunto de 26 operadoras selecionadas intencionalmente a partir de entrevistas com dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ente financiador) e segundo critérios de número de beneficiários, modalidade organizacional (empresas de medicina de grupo, de autogestão, cooperativas, seguradoras) e abrangência geográfica. Na fase seguinte, amostras probabilísticas de médicos e serviços hospitalares credenciados foram obtidas a partir deste conjunto inicial de operadoras. Desta forma, os resultados observados são generalizáveis apenas para este grupo de operadoras selecionadas. Em decorrência do caráter não aleatório da seleção inicial de operadoras, optamos por não oferecer nas tabelas de resultados os testes de significância estatística. As entrevistas foram realizadas seguindo os padrões recomendados de ética em pesquisa e por meio de consentimento expresso e informado. Os informantes da pesquisa foram, por um lado, representantes de operadoras e, por outro, médicos e hospitais a elas vinculados. Essa estratégia visou obter informações de dois tipos de prestadores relacionados a uma mesma operadora. Com o cruzamento entre as informações dadas por prestadores e operadoras, procurou-se ampliar a confiabilidade dos dados levantados.

Os prestadores foram selecionados com base em uma única especialidade, a cardiologia. Essa escolha teve como objetivo ganhar profundidade de conhecimento sobre o gerenciamento de uma linha de cuidado, dando maior densidade à análise. Além disso, as cardiopatias, por constituírem um grupo de agravos com grande prevalência populacional e conseqüente relevância epidemiológica, requerem a utilização de serviços ou procedimentos de média e alta complexidade. As 26 operadoras selecionadas foram classificadas em três grupos de porte e cinco de modalidades organizacional. Nos grupos formados pelas operadoras nacionais (grandes nacionais e pequenas nacionais), foram selecionadas, em igual número, empresas de medicina de grupo, cooperativas, autogestões e seguradoras especializadas. No grupo formado pelas operadoras pequenas regionais, foram selecionadas apenas empresas de medicina de grupo e filantrópicas, também em igual número para cada tipo. As oito operadoras do agrupamento Grandes Nacionais foram selecionadas entre aquelas que integram o conjunto das vinte maiores empresas de saúde suplementar com atuação no país. Estas oito

operadoras concentravam 21,3% dos beneficiários de planos de saúde do país, sendo responsáveis pela assistência de 7 milhões de indivíduos. Os demais agrupamentos de Porte (Pequenas Nacionais e Pequenas Regionais), embora concentrem uma quantidade de beneficiários bem menos expressiva, foram relevantes para assegurar diversidade ao estudo. Os estados incluídos no estudo cobrem as cinco macrorregiões do país. Como a região Sudeste é a que concentra a grande maioria dos beneficiários (aproximadamente 70%), seus três estados principais (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro) integram a área geográfica do estudo. Para cada uma das demais macrorregiões do país, foi selecionado um estado relevante. A alocação do tamanho da amostra entre os estratos definidos foi igual, ou seja, dois médicos e dois hospitais por combinação de operadora e cidade. Assim, em cada estado, previa-se a seleção de quatro prestadores de serviços para cada operadora, sendo dois médicos cardiologistas e dois hospitais com atendimento cardiológico. A amostra do estudo é estratificada pelas combinações existentes de operadora escolhida e cidade abrangida. Em cada estrato, as unidades de seleção da amostra são os médicos e hospitais, selecionados com equi-probabilidade dentro de cada estrato, após a elaboração do cadastro de seleção de médicos e hospitais de cada operadora em cada cidade. Uma vez construídos os cadastros de seleção de prestadores de cada operadora em cada cidade considerada no estudo, foram selecionados os prestadores que deveriam ser entrevistados. Tanto a seleção de médicos quanto de hospitais foi feita com equi-probabilidade, usando o algoritmo de Hájek²⁴, que consiste em associar um número aleatório a cada unidade do cadastro e selecionar as unidades que receberam os menores números aleatórios. O tamanho da amostra efetiva de médicos cardiologistas, em cada estrato constituído pelas combinações existentes entre operadoras e cidades, totalizou 156 observações e para os hospitais e clínicas com serviços de cardiologia o total foi de 136 observações. Foi realizada a expansão da amostra para corrigir os resultados de cada estrato, permitindo que as estimativas para a população estudada representem a proporção de cada estrato nesta população. Foram elaborados três instrumentos de coleta de dados – para as operadoras, hospitais e médicos – submetidos a especialista externo e especialista do órgão regulador.

Resultados e análise

Os resultados com relação às informações prestadas pelas 23 operadoras pesquisadas elucidam estratégias e práticas adotadas na interface com os seus prestadores de serviços e seus beneficiários. Os resultados mostram que as operadoras em seu conjunto têm investido em rede própria ou em compartilhar serviços, expresso pelas redes mistas. O uso somente de rede própria é bastante minoritário em todos os segmentos (ambulatório, internação e serviços de apoio diagnóstico). A livre escolha com reembolso, enquanto um tipo de produto de maior custo oferecido pelas operadoras dentre seu portfólio, não é uma prática disseminada. A quase totalidade das operadoras pesquisadas referiu não compartilhar riscos com os médicos, o que pode sustentar a observação vista adiante a partir dos questionários de médicos e de hospitais, sobre a difusão incompleta no Brasil de técnicas de *managed care*. No entanto, uma forma de controle sobre o uso de recursos biomédicos é o fator moderador, praticados pela maioria das operadoras e com maior intensidade nas consultas e na realização de exames do que para cirurgias e internações.

Na Tabela 1, observamos as estratégias predominantes para a gestão de custos e da qualidade dos prestadores credenciados. O procedimento de controle sobre custos e qualidade principalmente adotado é o da auditoria técnica, assinalado por 78,3% das operadoras estudadas para médicos e serviços hospitalares. Na prática, este procedimento é muito associado às negativas de pagamento por serviços prestados (glosas). Por outro lado, um número importante de operadoras não adota qualquer procedimento sistemático nesta área (21,7% para serviços hospitalares;

17,3% para médicos). Destaca-se a não adoção por 30,4% de sistemas de acreditação hospitalar. Estratégias mais complexas de adequação do controle de custos ao da gestão da qualidade são pouco informadas, como o pouco uso de protocolos clínicos na relação com os prestadores é ainda menor (34,8%). Os dados obtidos, associados ao pouco uso de compartilhamento de risco com os prestadores, sugerem que as operadoras de planos de saúde estudadas gerenciam custos baseadas no sistema de glosas e de uso de fatores moderadores e são altamente conservadoras no uso de tecnologias mais avançadas de controle de qualidade e custo, remetendo aos beneficiários e à tabela de procedimentos para prestadores o ônus dos custos médico-assistenciais.

Segundo as operadoras (Tabela 2), itens de divergências freqüentes ou muito freqüentes com médicos e hospitais incluem as glosas (médicos - 47,8%; hospitais - 56,5%), a atuação do médico auditor (médicos, 21,7%; hospitais, 43,5%) e a necessidade de autorizações prévias (médicos - 17,1%; hospitais - 34,8%). Neste caso, os itens refletem processos burocráticos e autorizações de pagamentos como núcleo dos conflitos observados. Por outro lado, aspectos mais diretamente ligados ao controle da autonomia médica são de baixo conflito. Nesta direção, apontam como jamais ou raramente observadas divergências quanto à interferência na conduta médica (médicos - 95,7%; hospitais - 86,9%), à limitação no número de exames (médicos - 82,6%; hospitais - 86,9%) e à não aceitação do protocolo clínico utilizado pelas operadoras (médicos - 73,9%; hospitais - 82,6%). No conjunto, entretanto, apenas o item glosa de pagamentos reflete um padrão elevado de conflito com os prestadores na ótica das operadoras.

Tabela 1. Procedimentos adotados pelas operadoras de planos de saúde para a gestão de custos e da qualidade dos prestadores de serviços.

Procedimentos	Serviços hospitalares (n=23)	Serviços médicos (n=23)
Auditoria técnica (revisão de decisão, revisão por pares)	18 (78,3 %)	18 (78,3%)
Análise de desempenho (prescrição/encaminhamento)	12 (52,2)	14 (60,9)
Protocolos clínicos	8 (34,8)	8 (34,8)
Sistema de acreditação e certificação da qualidade	7 (30,4)	n.a.
Gerenciamento de casos ou doenças (<i>case/disease management</i>)	13 (56,5)	12 (52,2)
Nenhum procedimento sistemático	5 (21,7)	4 (17,3)

Quando os procedimentos das operadoras são analisados para estas variáveis a partir das informações dos hospitais e dos médicos, observamos (Tabela 3) que uma grande parcela dos médicos (47,8%) refere jamais ter havido interferência das operadoras em sua conduta. As frequências seguem elevadas para itens como restrição a protocolos (41,9%) e por parte de auditores (38,2%). Apenas 5,1% destes médicos jamais tiveram problemas com glosas, o que é muito freqüente para 16,9%. Este fator é crítico para os hospitais, onde 60,9% referem conflitos com as operadoras devido a glosas de fatura. Isto fortalece a nossa hipótese sobre o uso predominante deste mecanismo como estratégia de controle de custos. Nesta direção, tetos financeiros jamais foram problemas para 41,0% dos hospitais entrevistados.

Uma amostra aleatória de hospitais dotados de serviços de cardiologia (em total de 136 unidades) credenciados às operadoras selecionadas permite elucidar aspectos relevantes do padrão de conflitos observados nestes mercados. Os dados coletados mostram que a terceirização de serviços é maior para os serviços administrativos (86,3%) e de manutenção predial (76,9%) e menos relevante para serviços médicos e de apoio diagnóstico e, nestes casos, destacam-se os de hemodiálise e os de análises clínicas e têm participação importante a tomografia, a mamografia e a ultra-sonografia. Entre os critérios para seleção de profissionais médicos, destaca-se o item da qualificação/titulação/competência do profissional, considerado como muito importante por 86,9% das unidades pesquisadas, seguido do item eficiência, também muito importante para 59,5%

Tabela 2. Motivos de divergência com médicos e hospitais segundo as operadoras de planos de saúde, n=23.

Itens de divergência	Não resposta		Jamais/raramente		Freqüente/muito freqüente	
	Médicos	Hospitais	Médicos	Hospitais	Médicos	Hospitais
Limitação de número de exames	0 (0,0%)	1 (4,3%)	19(82,6%)	20(86,9%)	4(17,4%)	2, (8,7%)
Não aceitação do protocolo clínico utilizado	3 (13,0)	2 (8,7)	17 (73,9)	19 (82,6)	3 (13,0)	2 (8,7)
Interferência na conduta médica	0 (0,0)	1 (4,3)	22 (95,7)	20 (86,9)	1 (4,3)	2 (8,7)
Glosas	0 (0,0)	1 (4,3)	12 (52,2)	9 (39,1)	11 (47,8)	13 (56,5)
Procedimentos fora da cobertura do plano	0 (0,0)	1 (4,3)	18 (78,3)	17 (73,9)	5 (21,7)	5 (21,7)
Negativa de autorização para procedimentos	0 (0,0)	1 (4,3)	19 (82,6)	16 (69,6)	4 (17,4)	6 (26,1)
Teto financeiro	0 (0,0)	3 (13,0)	18 (78,3)	16 (69,6)	5 (21,7)	4 (17,4)
Atuação do auditor	0 (0,0)	1 (4,3)	18 (78,3)	12 (52,1)	5 (21,7)	10 (43,5)
Necessidade de autorizações prévias	6 (26,1)	6 (26,1)	13 (56,5)	9 (39,1)	4 (17,1)	8 (34,8)

Tabela 3. Motivos de divergência de médicos (n=156) e de hospitais e clínicas (n=136) com relação às operadoras de planos de saúde, distribuição percentual.

Divergências com operadoras	Jamais		Muito freqüente	
	Médicos	Hospitais	Médicos	Hospitais
Interferência conduta	47,8%	20,1%	5,1%	17,8%
Não aceitação de protocolo	41,9	17,5	1,5	4,8
Atuação de auditor	38,2	5,4	1,5	18,5
Teto financeiro	29,4	41,0	3,7	5,2
Procedimentos fora de cobertura	19,1	4,8	8,1	14,3
Limitação no. de procedimentos	16,9	9,6	11,0	17,8
Negativa de autorização	14,7	4,1	9,6	12,5
Glosas	5,1	0,0	16,9	60,9

das unidades. O item remuneração apresenta a segunda mais baixa participação entre importante e muito importante, à frente somente do local de moradia do médico.

Os principais instrumentos adotados para monitoramento da qualidade do trabalho médico são o protocolo clínico e a análise de desempenho. Apenas 51,4% das unidades pesquisadas adotam a auditoria técnica ou revisão por pares, enquanto 30,5% adotam o *case management*. Estes resultados sugerem que técnicas de acompanhamento da decisão clínica, para fins de avaliação de qualidade e/ou de controle de custos, não são realizadas com intensidade pelos serviços privados de saúde no país.

A baixa participação das unidades com certificado de acreditação - apenas 22,4% - pode ser resultado tanto da baixa valorização desse tipo de qualificação pelas unidades pesquisadas, como da pouca importância dada a mecanismos mais eficazes de gestão. A maior parte das unidades pesquisadas mantém credenciamento com mais de quarenta operadoras. Na identificação dos itens em importância para o credenciamento, pesam mais a reputação da operadora, a rapidez no pagamento de faturas e o preço pago pelos serviços. Contudo, o item considerado por todas as unidades como importante ou muito importante é a facilidade de relacionamento com a operadora.

As respostas obtidas em uma amostra aleatória de médicos cardiologistas credenciados (totalizando 156 médicos) às operadoras selecionadas permitem igualmente elucidar aspectos relevantes do padrão de conflitos observados nestes mercados. A quase totalidade (97,9%) trabalha em consultórios particulares e frequentemente compartilha o tempo de trabalho com outros vínculos ou atividades, sendo que uma proporção importante trabalha igualmente no setor público (52,7%), especialmente em hospitais públicos (46%). A grande maioria (96,3%) tem a sua clientela particular formada em mais de 50% por beneficiários de planos de saúde e uma proporção importante (39,9%) tem esta clientela formada por mais de 90% de beneficiários de planos, o que sugere elevada dependência profissional a este tipo de financiamento. Os médicos assinalam como principal critério para o credenciamento a uma operadora a pouca interferência nas condutas (71,3%), seguido pela rapidez no pagamento das faturas (57,4%) e pela reputação da operadora (56,5%) e valorizam pouco o porte da operadora (27,9%).

Igualmente, quando se trata de motivos para o descredenciamento, apenas 19,1% referem como

causa de pedido de descredenciamento a interferência das operadoras em suas condutas ou o controle sobre os pedidos de procedimentos efetuados (14,0%). Além disso, a grande maioria (88,3%) refere que nenhuma ou a minoria das operadoras sugerem o uso de protocolos clínicos (considerados como importante estratégia de padronização da prática médica). Estes resultados sugerem igualmente a baixa penetração de tecnologias de *managed care* nas relações entre médicos e operadoras. Quando perguntados sobre as restrições das operadoras à autonomia médica, 44,9% dos médicos afirmam que as operadoras restringiam pouco a autonomia médica e 41,2%, que não exerciam interferência alguma.

Com relação aos fatores que influenciam a decisão médica, alguns atributos da profissão médica se mostraram fortes. A casuística, ou seja, a sua própria experiência foi o procedimento predominante com o atributo de muito importante para a decisão médica (49,3%). Em seguida, veio outro componente tradicional da imagem de autonomia que a profissão médica tem, que é a influência da opinião de outros médicos colaboradores (37,5%). A existência de tetos financeiros ou um sistema de cotas para procedimentos foi considerada uma influência muito importante por apenas 9,6% dos entrevistados. Estes dados sugerem a pouca interferência de tecnologias comuns de *managed care* na prática cotidiana.

O novo regime regulatório é vagamente conhecido por 30,1% dos médicos entrevistados e 55,9% consideram que conhecem seus pontos principais ou 5,9% conhecem seus detalhes e apenas 7,4% não têm conhecimento, mesmo genérico, sobre a intervenção governamental nestes mercados. Foi observado que 81,6% dos médicos (incluídos os que desconhecem a nova legislação) consideraram que o novo regime regulatório não alterou as suas relações com as operadoras. A quase totalidade das unidades pesquisadas declara conhecer a regulamentação dos planos de saúde. Já na opinião sobre em que medida a regulamentação alterou seu relacionamento com as operadoras, verifica-se um equilíbrio entre os que consideram que a alteração foi nula, negativa ou positiva, mesmo sendo esta última a de maior peso.

Quanto às repercussões do novo regime regulatório, para as operadoras houve piora relevante com relação a custos assistenciais, cobertura de serviços e custos administrativos. No conjunto, para 46,5% delas, a situação piorou quanto ao regime anterior de auto-regulação. Para os hospitais, o novo regime piorou as rela-

ções com as operadoras segundo 46,7% dos entrevistados. Estes assinalam que houve relevante piora com relação aos custos assistenciais e aos custos administrativos. Com relação a condições que melhoraram após o novo regime regulatório, se destacam para as operadoras a qualidade do atendimento e a relação com os beneficiários e, para os hospitais, a cobertura dos serviços foi o item mais destacado.

Conclusões

Os resultados obtidos permitem duas observações principais. A primeira trata do conhecimento de práticas e mecanismos de relacionamento no mercado de saúde suplementar. A segunda sugere que as relações entre operadoras, médicos e hospitais se estabelecem em bases herdadas do antigo sistema previdenciário, centradas no pagamento por tabelas fixas e contas abertas, deixando muito espaço em aberto para inovações e estratégias de indução de qualidade, de eficiência e de controle de custos. Os dados sugerem que mecanismos de compartilhamento de riscos e de busca à eficiência são pouco experimentados e que a agenda de microgestão do *managed care* é incipiente em nosso caso. Quanto aos padrões de relacionamento entre agentes, alguns resultados sugerem que os custos ampliados e em expansão da assistência médica têm sido enfrentados pelas operadoras de modo pouco eficiente, embora estudos adicionais e complementares devam ser realizados para testar hipóteses nestas direções.

Com relação aos mecanismos de pagamentos aos hospitais, prevalecem, no essencial, as formas de financiamento por contas abertas e tabela de pagamentos por procedimentos. Neste modelo, os hospitais apresentam contas sujeitas a glosas pelas operadoras e os pagamentos são retrospectivos, segundo serviços produzidos. Mecanismos mais consistentes de financiamento prospectivo, em geral menos sensíveis aos custos ampliados, estão ausentes, como o *Diagnosis-related group* - DRG ou similares e transferências de orçamentos (global ou parcial). Com relação aos médicos, pagamentos por tabelas não são acompanhados de mecanismos de controle de qualidade, de revisão de decisão ou de compartilhamento de riscos, e o controle de custos parece reduzido à simples contenção de valores de pagamentos por serviços prestados.

O acesso de beneficiários aos serviços é direto, dependendo do tipo de plano ou de procedimentos adotados. Fatores moderadores de con-

sumo (como cobranças sobre os valores de exames realizados) ou barreiras de acesso (como requisição de autorização para procedimentos de maior custo) representam os mecanismos mais comuns de controle de custos. Mecanismos de prevenção de agravos, incentivos ao uso adequado de tecnologias e à maior resolutividade dos atos médicos, que representam estratégias de controle de consumo sem perda de qualidade da atenção, são pouco presentes segundo os dados obtidos no estudo.

O conjunto aqui observado sugere que as operadoras, perante o impacto de custos crescentes da atenção, reagem por meio de estratégias de distribuição dos riscos para os demais participantes dos mercados: aumentos de contribuições dos beneficiários; controle sobre valores pagos por procedimentos realizados; e glosas sistemáticas. Os hospitais e centros diagnósticos também baseiam suas estratégias no controle de custos diretos de procedimentos, embora um número expressivo tenha o conhecimento de seus custos reais. Mecanismos de garantia de qualidade e de incentivos aos prestadores e à melhor decisão clínica e cirúrgica foram pouco observados. Os médicos se utilizam ao máximo da diversificação de contratos.

A eficiência no uso adequado de recursos financeiros e tecnológicos e mudanças no equilíbrio entre operadoras, médicos e hospitais pode ser objetivo perseguido no mercado e pela agência reguladora em virtude de amplas margens para inovações ainda existentes.

Os dados sugerem que aquilo que é reconhecido como *managed care* no Brasil se expressa mais pelo fato de empresas atuarem de modo cada vez mais amplo na mediação entre médicos e usuários, do que pelo arsenal de tecnologias disponíveis de controle de custos, de compartilhamento de riscos, de orientação à qualidade ou de ganhos de eficiência. O novo regime regulatório é pouco conhecido e a grande maioria acha que este não alterou as suas relações com as operadoras. Este estudo identifica tendências em curso nestes mercados e provê informações sobre dinâmicas internas às organizações envolvidas. Em resumo, as falhas de mercado observadas na experiência norte-americana de planos de saúde, mais antiga e consolidada que a nossa, expressam padrões distintos das falhas observadas em nosso estudo. Por outro lado, soluções observadas na experiência internacional sugerem a existência de folgas organizacionais que permitem a indução de inovações orientadas à qualidade no caso brasileiro.

Colaboradores

Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J e Farias LO participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo. Vasconcellos M elaborou o modelo amostral e o plano de análise estatística; E Hollanda e CP Teixeira participaram da elaboração dos questionários, da coleta dos dados e da análise de resultados.

Referências

1. Montone J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. *Regulação e Saúde*. vol.3, tomo I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p. 9-47.
2. Costa NR, Castro AJW. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. *Regulação e Saúde*. vol.3, tomo I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p. 49-54.
3. Ribeiro JM. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. *Regulação e Saúde*. vol.3, tomo I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p. 147-177.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS; 2006.
5. Laffont JJ, Tirole J. *A theory of incentives in procurement and regulation*. Cambridge: The MIT Press; 1993.
6. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive Regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
7. Williamson O. *The economic institutions of capitalism*. New York: The Free Press; 1985.
8. Williamson O. *The mechanism of governance*. New York: Oxford University Press; 1996.
9. Entralgo L. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
10. Offe C. *Contradictions of the welfare state*. Cambridge: MIT Press; 1984.
11. Larson MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press; 1977.
12. Larson MS. Proletarianization and educated labour. *Theory and Society* 1980; 9:131-175.
13. Freidson E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Peninsula; 1978.
14. Freidson E. *Medical work in America: essays on health care*. New Haven - London: Yale University Press; 1989.
15. Enthoven AC, Singer SJ. Markets and collective action in regulating managed care. *Health Affairs* 1997; 16(6):26-35.
16. Robinson R, Steiner A. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service*. London: Open University Press; 1998.
17. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. New York: Harvard Business School Press; 2006.
18. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
19. Starr P. *The logic of health care reform: why and how the president's plan will work*. New York: Penguin Books; 1994.
20. Robinson R, Steiner A. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service*. London: Open University Press; 1998.
21. Enthoven AC, Singer SJ. Markets and Collective Action in Regulating Managed Care. *Health Affairs* 1997; 16(6):26-35.
22. Flynn R, Williams G. *Contracts for Health: quasi-markets and the National Health Service*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
23. Appleby J, Smith P. *Monitoring managed competition in evaluating the NHS reforms*. London: King's Fund Institute; 1994.
24. Hájek J. Limiting distribution in simple random sampling from a finite population. *Publications of the Mathematics Institute of the Hungarian Academy of Science* 1960; 5:361-374.

Artigo apresentado em 12/07/2007

Aprovado em 17/09/2007

Versão final apresentada em 31/10/2007